



50 Qüestions essencials sobre ATIC

Maria Eulàlia Juvé Udina, RN, MSN, PhD

© 2024 Maria Eulàlia Juvé Udina

Aquest llibre està legalment protegit pels drets de propietat intel·lectual. Qualsevol ús fora dels límits establerts per la legislació vigent es considera il·legal.

Citació:

Juvé-Udina ME. 50 Qüestions essencials sobre ATIC. Llibre electrònic. Barcelona:

Peoplewalking SL. 2024. <http://aticcare.peoplewalking.com/>

ISBN: 978-84-09-65774-2

AVÍS:

La Infermeria és una àrea del coneixement científic en constant evolució, que es nodreix dels avenços en la recerca científica i la pràctica professional. És responsabilitat de cada infermer/a utilitzar de forma correcta el contingut d'aquest llibre electrònic, així com fer prevaldre el dret de les persones ateses a rebre un procés de prestació de cures segur. L'autora i Peoplewalking S.L., no assumeixen cap responsabilitat per les conseqüències que poguessin generar-se d'un ús incorrecte o una mala interpretació dels continguts d'aquesta obra.

Índex de Continguts

FONAMENTACIÓ FILOSÒFICA I TEÒRICA

- P1. Què és ATIC?, 11
- P2. Com s'estructura la Terminologia ATIC?, 12
- P3. Quines són les assumpcions i influències filosòfiques i teòriques d'ATIC?, 14
- P4. Com s'interpreta a ATIC el concepte metaparadigmàtic *Persona*?, 23
- P5. Com s'interpreta a ATIC el concepte metaparadigmàtic *Entorn*?, 25
- P6. Com s'interpreta a ATIC el concepte metaparadigmàtic *Salut*?, 31
- P7. Com s'interpreta a ATIC el concepte metaparadigmàtic *Infermeria*?, 33
- P8. Quina és la perspectiva infermera d'ATIC?, 36
- P9. ATIC constitueix una teoria?, 38

PROCÉS DE PRESTACIÓ DE CURES (PPC)

- P10. Com s'explica el procés de prestació de cures a ATIC?, 45

VALORACIÓ

- P11. Com es conceptualitza la valoració infermera a ATIC?, 51
- P12. Com s'estructura la valoració infermera a ATIC?, 54
- P13. Què és una variable de valoració a ATIC?, 59
- P14. Quina diferència hi ha entre una unitat de mesura i una escala de mesura?, 60
- P15. Per què les variables de valoració són els únics conceptes d'ATIC que es codifiquen de forma diferent a la resta de conceptes?, 61
- P16. Quins tipus de variables conté ATIC?, 62
- P17. Què són les variables qualitatives nominals?, 63
- P18. Què són les variables qualitatives ordinals?, 65
- P19. Què són les variables quantitatives discretes?, 66

- P20. Què són les variables quantitatives contínues?, 67
- P21. Quins altres tipus de variables de valoració existeixen a ATIC?, 68
- P22. Quina és la diferència entre una variable de valoració i un paràmetre de valoració a ATIC?, 68

DIAGNÒSTIC

- P23. Com es conceptualitza el diagnòstic infermer a ATIC?, 71
- P24. Quins elements donen suport a la formulació diagnòstica?, 75
- P25. Com classifica ATIC els diagnòstics infermers?, 78
- P26. Quines altres tipologies diagnòstiques existeixen a ATIC?, 83
- P27. Què són els problemes en cascada?, 84
- P28. Què és el nivell d'especificitat?, 85

INTERVENCIÓ

- P29. Com es conceptualitzen les intervencions infermeres a ATIC?, 89
- P30. Com es classifiquen les intervencions a ATIC?, 92
- P31. Les intervencions ATIC es basen en l'evidència científica?, 95
- P32. Quina és la diferència entre Intervenció i Activitat?, 96
- P33. Què són les metaintervencions?, 97

RESULTATS

- P34. Com es conceptualitzen a ATIC els resultats?, 101

PLA DE CURES

- P35. Què és el pla de cures?, 107
- P36. Quina és la diferència entre un pla de cures personal, un pla de cures estandarditzat i un pla de cures individualitzat?, 110

INTEROPERABILITAT

- P37. Què és la interoperabilitat semàntica?, 115
- P38. Què són els llenguatges clínics estandarditzats?, 115
- P39. Què és l'anàlisi de conceptes?, 117
- P40. Què són la precoordinació i la postcoordinació?, 118
- P41. Què és la dissecció conceptual?, 120
- P42. Què són els mapatges dels conceptes?, 122
- P43. Com s'estableixen les equivalències en els mapatges de conceptes?, 124
- P44. Quins altres codis d'equivalència conceptual es fan servir?, 127
- P45. Què és el model de dades d'ATIC?, 129
- P46. Quins atributs físics conté el model de dades?, 131
- P47. Què són els mapes conceptuals d'ATIC?, 132

GESTIÓ DE LA PRESTACIÓ CURES

- P48. Què és el model d'indicadors de gestió d'ATIC?, 135
- P49. Què és la complexitat de cures i com es representa a ATIC?, 137
- P50. Què és la intensitat de cures i com es representa a ATIC?, 141

Llistat de figures

- Figura 1. Estructura matricial principal de la terminologia ATIC
- Figura 2. Exemples de conceptes en cada nivell d'abstracció
- Figura 3. Filosofies: influències i assumpcions
- Figura 4. Paradigmes: influències i assumpcions,
- Figura 5. Teories: influències i assumpcions
- Figura 6. Escoles de pensament infermer: influències i assumpcions
- Figura 7. Models: influències i assumpcions
- Figura 8. Marcs de referència: influències i assumpcions
- Figura 9. Dimensions de l' ésser humà i el seu entorn
- Figura 10. Categories de l' ésser humà i el seu entorn
- Figura 11. Components de l' ésser humà i el seu entorn
- Figura 12. Autoavaluació simplificada de l'aportació teòrica d'ATIC en base als criteris de Risjord
- Figura 13. Autoavaluació simplificada de l'aportació teòrica d'ATIC en base als criteris de Fawcett
- Figura 14. Representació circular del procés de prestació de cures i la influència de l' expertesa clínica de la infermera i del context organitzatiu de la prestació de cures.
- Figura 15. Esquemes conceptuals d'alt nivell d' abstracció per organitzar les dades de la valoració infermera de la persona atesa.
- Figura 16. Exemple del contingut d'un esquema de valoració amb ATIC: Dades generals.
- Figura 17. Exemple del contingut d'un esquema de valoració amb ATIC: Alimentació, nutrició i metabolisme
- Figura 18. Contingut mínim d'una variable
- Figura 19. Exemple de variable qualitativa nominal ATIC
- Figura 20. Exemple de Variable qualitativa ordinal ATIC
- Figura 21. Exemple de Variable quantitativa discreta ATIC
- Figura 22. Exemple de Variable quantitativa contínua ATIC
- Figura 23. Exemple de diagnòstic infermer ATIC i resum de les evidències generades.
- Figura 24. Abstracció d'àmbits competencials i interseccions.
- Figura 25. Exemple 1 de diagnòstics relacionats: proposta de diagnòstic diferencial
- Figura 26. Exemple 2 de diagnòstics relacionats: proposta de diagnòstic diferencial
- Figura 27. Classificació dels diagnòstics ATIC en base a la seva potencialitat
- Figura 28. Classificació dels diagnòstics ATIC en base a la seva prioritat
- Figura 29. Classificació dels diagnòstics ATIC segons la seva formulació
- Figura 30. Classificació dels diagnòstics ATIC en base a la seva orientació
- Figura 31. Exemple de diagnòstic d'agrupació
- Figura 32. Exemples de problemes en cascada

- Figura 33. Exemples de diagnòstics amb diferents nivells d' especificitat
- Figures 34 i 35. Exemples d' intervencions amb l'objectiu en la seva definició
- Figures 36. Exemple d'especificacions a una intervenció.
- Figures 37. Tipologia d'intervenció, formació mínima i nivell de complexitat procedimental
- Figura 38. Exemple d' intervenció i resum de les evidències generades
- Figura 39. Exemple de resultat informat a través valor d'una variable
- Figura 40. Jerarquia bàsica dels elements del pla de cures
- Figura 41. Nivells de beneficiaris de les cures infermeres
- Figura 42. Exemple de Dissecció conceptual: Diagnòstic *Activitat elèctrica sense pols*.
- Figura 43. Exemple de mapatge d'un diagnòstic ATIC a CIM-10
- Figura 44. Exemples de mapatge d'un concepte ATIC amb equivalència 1:1
- Figura 45. Exemples de mapatge d'un concepte ATIC amb equivalència 1:1
- Figura 46. Exemple de mapatge d'un concepte ATIC amb equivalència 1:A
- Figura 47. Exemple de mapatge d'un concepte ATIC amb equivalència 1x:1y
- Figura 48. Exemple de mapatge d'un concepte ATIC amb equivalència 1:1 + Z
- Figura 49. Exemplificació d'un model de dades ATIC
- Figura 50. Exemplificació del model de dades: Alguns camps
- Figura 51. Exemple Mapa conceptual ATIC sobre *Alletament matern*
- Figura 52. Esquema bàsic del Model de gestió de la prestació de cures
- Figura 53. Marc conceptual de Fonts i Factors de complexitat de cures
- Figura 54. Identificació de Font i Factor de complexitat a un paràmetre de valoració ATIC
- Figura 55. Exemples de pesos de diagnòstics infermers principals
- Figura 56. Sistema de classificació de pacients *Acute-To-Intensive Care* (ATIC)

FONAMENTACIÓ FILOSÒFICA I TEÒRICA

P1. Què és ATIC?

ATIC és l'acrònim dels conceptes Arquitectura, Terminologia, Interfase-Informació-Infermera i Coneixement.

ATIC comprèn un conjunt d'eines d'**arquitectura del coneixement** infermer que inclou:

- (1) Una **terminologia d'interfase** orientada a conceptes.
- (2) Esquemes sistemàtics de **relacions** en forma de **dades** estructurades, **mapes i xarxes conceptuais (ontologies i arquetips)**, que **faciliten l'harmonització** semàntica i **la representació íntegra del** procés de prestació de cures i **els seus resultats de salut** i qualitat de vida de les persones beneficiàries dels serveis infermers.
- (3) Un **model de dades estructurades**.
- (4) Un **model d'indicadors** d'activitat, seguretat, qualitat i productivitat infermera.
- (5) Un **sistema predictiu** de la **intensitat** de cures en termes d'hores d'infermera requerides per pacient.
- (6) Un **sistema** per a la identificació de la **complexitat** de cures.

Com a terminologia d'interfase, ATIC és un sistema de conceptes disciplinaris basat en el llenguatge natural, el seu refinament teòric i la seva fonamentació científica, que actua de pont entre el llenguatge natural i la necessitat de codi dels sistemes d'informació.

P2. Com s'estructura la terminologia ATIC?

La terminologia ATIC té una estructura multiaxial i matricial. Multiaxial ja que s'articula en tres eixos principals – valoració, diagnòstic i intervenció – i deu eixos secundaris. Els conceptes continguts en els eixos s'organitzen en tres nivells d'abstracció – elements estructurants, elements bàsics i elements moleculars o atòmics –, per la qual cosa l'estructura del llenguatge adquireix una configuració de matriu entre eixos i nivells d'abstracció dels conceptes (Figura 1).

Figura 1. Estructura matricial principal de la terminologia ATIC.

ÚS	NIVELLS d' ABSTRACCIÓ	EIXOS PRINCIPALS		
		Eix VALORACIÓ	Eix DIAGNÒSTIC	Eix INTERVENCIÓ
Estructura. Agrupació. Classificació.	ESTRUCTURANT	Dimensions de l'ésser humà i l'entorn Categories de valoració Components de l'ésser humà i de l'entorn Metaconceptes de valoració i diagnòstic	Dimensions de l' ésser humà i l' entorn Categories diagnòstiques Components de l'ésser humà i de l'entorn Metaconceptes de valoració i diagnòstic	Dimensions de la cura infermera Categories d'intervenció infermera Components de l'ésser humà i de l'entorn Metaconceptes d' intervenció infermera
Elements essencials del procés de prestació de cures	BÀSIC	Variables de valoració	Diagnòstics	Intervencions
Especificació dels elements bàsics	MOLECULAR i ATÒMIC	Paràmetres de valoració		Activitats

Els **elements estructurants** actuen com a agrupadors i són els conceptes de major nivell d'abstracció.

Els **elements bàsics** són els conceptes disciplinaris essencials i específics (poc abstractes) per a la representació de la valoració inicial, continuada i focalitzada, els diagnòstics i les intervencions infermeres.

Els **elements moleculars i atòmics** són conceptes disciplinaris i multidisciplinaris específics que es poden emprar per incrementar el nivell d' especificitat dels elements bàsics. (Figura 2). La diferència entre un concepte molecular i un concepte atòmic rau en què el primer s'expressa mitjançant múltiples termes, mentre que el segon s'expressa amb una sola paraula.

Figura 2. Exemples de conceptes en cada nivell d'abstracció

NIVELLS d' ABSTRACCIÓ	Eix VALORACIÓ	Eix DIAGNÒSTIC	Eix INTERVENCIÓ
ESTRUCTURANTS	Ser físic Homeòstasi i Eliminació	Ser físic Estancament, col·lecció, congestió, bloqueig o retenció	Cures físiques Eliminació i homeòstasi
	Digestiu Gastrointestinal	Digestiu Gastrointestinal	Digestiu Massoteràpia
BÀSICS	Deposicions_Característiques (...)	Restrenyiment	Massatge abdominal (...)
MOLECULARS ATÒMICS	Femtes dures, seques i poc freqüents Caprines Escasses (...)		Educació sanitària: automassatge abdominal Educació sanitària: hidratació (...)

Els punts suspensius (...) indiquen que existeixen dades o elements addicionals

P3. Quines són les assumpcions i influències filosòfiques i teòriques d'ATIC?

Ja el 1922, **Bertha Harmer** explicitava: *La Infermeria té les seves arrels en les necessitats de la humanitat, i té com a base un ideal de servei als altres. El seu objectiu no és només la cura del malalt o del ferit; sinó també la promoció de la salut i la facilitació del repòs i del benestar del cos i la ment, per curar, nodrir, protegir i guiar els desemparats o incapaços, els joves, la gent gran i els infants. El seu objectiu és prevenir la malaltia i preservar la salut (...). La infermera no només té el compromís de cuidar l'individu, sinó també la salut de la comunitat.*

Als anys 60, **Martha Rogers** descriu com a missió essencial de la Infermeria *ajudar les persones a aconseguir el seu màxim potencial de salut (...). El seu àmbit de la pràctica inclou el manteniment i la promoció de la salut, la prevenció de la malaltia, el diagnòstic d'infermeria, les intervencions i la rehabilitació.*

El 1966, **Virginia Henderson**, que havia estat deixeble i col·laboradora de Bertha Harmer, i posteriorment professora de la *Yale School of Nursing*, inclou en la seva definició erudita de la infermeria l'orientació al seu àmbit competencial principal: *ajudar la persona, sana o malalta, en la realització d'aquelles activitats que contribueixen a la salut, a la seva recuperació o a una mort digna.*

Durant la dècada següent, **Ida J. Watson** introdueix la Infermeria com una ciència i un art, entre les ciències naturals i socials, *un procés interpersonal terapèutic i una disciplina basada en la investigació.*

Als anys 80, **Afaf I. Meleis** postula: *La infermeria tracta sobretot d'ajudar les persones durant les transicions; és a dir, durant els canvis en l'estat de salut, els canvis en el rol, els canvis en el desenvolupament o la maduració (...); les transicions obliguen la persona a incorporar nous coneixements, canviar conductes i hàbits i, en conseqüència, modificar la pròpia definició o posició dins l'entorn social.*

Sally E. Thorne, Susan Dahinten i Wendy A. Hall (2002) proposen la Infermeria com *l'estudi dels processos de salut i malaltia de l'ésser humà. El seu exercici implica facilitar, donar suport i ajudar els individus, famílies, comunitats i/o societats, per tal de potenciar, mantenir o recuperar la salut i reduir o pal·liar els efectes de la malaltia. La ciència i la pràctica infermera se centren en els resultats de salut i qualitat de vida en el context d'un entorn determinat.*

ATIC té una orientació eclèctica amb influències filosòfiques i teòriques que inclouen diversos paradigmes, corrents filosòfics, models conceptuals, teories i marcs conceptuals disciplinaris i multidisciplinaris (Figures 3-8).

S'assumeix que la **Persona** és un ésser humà integral en constant interacció amb el seu entorn, en el seu trajecte vital i les seves circumstàncies, i les seves experiències són viscudes com a úniques.

S'assumeix que l'**Entorn** inclou l'entorn físic, geogràfic, temporal, històric, socioeconòmic, natural i també, les circumstàncies individuals o col·lectives.

S'assumeix que la **Salut** és un estat de benestar físic, emocional, social i espiritual, i no només l'absència de malaltia.

S'assumeix que la **Infermeria** és una disciplina científica i una professió autònoma.

Figura 3. Filosofies: influències i assumpcions

Filosofies	Breu descripció	Influència a ATIC: Assumpcions
Filosofia infermera de Nightingale	Aproximació epistemològica de la prestació de cures professionals basada en la influència de l'entorn en la salut i en els processos de curació, la importància de la higiene i la cura individual i col·lectiva en la prevenció d'infeccions i malalties, la necessitat de documentar el procés de prestació de cures i l'estat i evolució de les persones beneficiàries, així com d'analitzar estadísticament les dades i l'impacte de les cures en els resultats de salut i de mortalitat. Referent: Florence Nightingale	<ul style="list-style-type: none"> (1) L'entorn exerceix influència positiva o negativa en el curs de la malaltia o situació de salut i en les experiències al llarg de la vida. (2) La prevenció de malalties, complicacions i discapacitats és un dels eixos vertebradors de la professió infermera i de la seva aportació social. (3) Les cures infermeres tenen un efecte sanador en si mateixes i eviten complicacions i mortalitat. (4) El registre forma part de la prestació de cures. No és un acte addicional o secundari. (5) L'anàlisi de dades és una eina clau de la gestió de la prestació de cures i els seus resultats.
Holisme	Filosofia humanista que planteja com a idea fonamental que "El tot és més que la suma de les seves parts" i que, en observar una totalitat s'evidencien realitats i efectes diferents als produïts per la parcialitat. Referent: Jan Christian Smuts	<ul style="list-style-type: none"> (1) La persona és un ésser humà integral. (2) En cada nivell d'atenció i en cada nivell del sistema sanitari, les necessitats d'informació són diferents, per la qual cosa cap sistema de llenguatge cobreix ara per ara tot el ventall de necessitats.
Post-positivisme	Corrent filosòfic que suggereix que el coneixement científic és fal·libre per naturalesa, assumeix la incertesa i la probabilitat d'error i emfatitza la necessitat de revisió crítica i permanent de les assumpcions científiques. Referents: Karl Popper, Thomas Khun.	<ul style="list-style-type: none"> (1) La pràctica infermera s'ha de basar en l'evidència científica, tot i que ambdues, pràctica i evidència, contempen la possibilitat d'error aleatori, sistemàtic o error per omissió. L'evidència implica l'aplicació dels resultats dels estudis de recerca de major qualitat, així com el sentit comú dels professionals i les preferències de les persones ateses. (2) Els postulats científics no són permanents ni inqüestionables. Els sistemes de llenguatge tampoc.

<p>Pragmatisme</p>	<p>Filosofia orientada a la resolució de problemes de la pràctica basada en la comprensió de la realitat des d'un punt de vista empíric. El significat de les idees està condicionat pels criteris d'utilitat pràctica i el seu valor rau en les conseqüències pràctiques del seu ús, acceptació i resultats. Referents: Charles Pierce, William James</p>	<ul style="list-style-type: none"> (1) El llenguatge és una eina no una finalitat en si mateix. (2) La pràctica assistencial sempre anirà per davant de la capacitat de cap sistema de llenguatge de representar-la. (3) La utilitat d'un llenguatge rau en la seva capacitat de representar i transmetre missatges comprensibles i clars, i de generar entesa i coneixement aplicable.
<p>Constructivisme i Fenomenologia hermenèutica</p>	<p>Corrent multidisciplinari d'aproximació de visions epistemològiques i filosòfiques que postulen que el coneixement és un procés actiu de construcció i elaboració, no només de recepció.</p> <p>La fenomenologia se centra en la comprensió dels significats i de les experiències humanes, destacant la importància de la història i el context individual i social, del coneixement i les preconcepcions, i el seu paper en els judicis o processos de presa de decisions. Referents: John Dewey, Jean Piaget, Martin Heidegger, Hans-Georg Gadamer</p>	<ul style="list-style-type: none"> (1) El coneixement és dinàmic i requereix auto-reflexió i reflexió compartida. (2) La recepció d'informació per si sola no genera coneixement. (3) L'experiència individual o col·lectiva i el context són determinants en la presa de decisions. (4) Els significats estan condicionats per l'experiència humana. (5) Els prejudicis i els valors modifiquen els significats i la presa de decisions.
<p>Feminisme i ètica de la cura</p>	<p>Filosofia i moviment social que defensa la igualtat entre gèneres, i el reconeixement dels drets de les dones arreu del món.</p> <p>L'ètica de la cura es basa en la igualtat, amb èmfasi en el respecte a la diversitat i a la satisfacció de les necessitats pròpies i dels altres. Referents: Simone de Beauvoir, Carol Gilligan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> (1) La professió infermera i el seu exercici pràctic és autònom per definició i per dret. (2) La pràctica infermera i el seu àmbit competencial no és homogeni al món i evoluciona vinculada al progrés del reconeixement dels drets de la dona a cada país o regió. (3) La cura és una activitat humana essencial. La cura professional és un eix vertebral de la disciplina infermera.

Figura 4. Paradigmes: influències i assumpcions

Paradigmes	Breu descripció	Influència a ATIC: Assumpcions
Paradigma de la complexitat	<p>Marc d' estudi dels sistemes complexos i de la interacció entre les seves parts. Com més complex és un sistema més gran és la seva vulnerabilitat i la seva capacitat per inestabilitzar-se.</p> <p>Els sistemes complexos tenen capacitat per autoorganitzar-se i realitzar canvis per adaptar-se i augmentar la seva supervivència i efectivitat.</p> <p>Es caracteritzen per l'absència de linealitat i una dinàmica de caos; un esdeveniment pot afectar qualsevol altre, maximitzant de forma exponencial la impredictibilitat dels resultats.</p> <p>Referents: Edgar Morin</p>	<ol style="list-style-type: none"> (1) Les persones i els seus entorns són sistemes complexos en si mateixos. (2) Els entorns sanitaris són sistemes complexos. (3) La complexitat de cures és el producte de la complexitat individual, el risc de mort, la complexitat terapèutica, la complexitat procedimental i la complexitat del context organitzatiu per a la prestació de cures. La perícia de cada professional pot actuar com a factor agreujant o atenuant de la complexitat de cures. (4) Complexitat i intensitat de cures són conceptes fronterers, però no sinònims. (5) El procés de prestació de cures no és lineal, és circular i iteratiu. (6) A major complexitat, major risc d' inestabilitat, major nombre de variables potencialment intervinents, variables modificadores d'efecte i variables de confusió, així com menor probabilitat que la predicció de resultats sigui correcta. (7) Els problemes no detectats o abordats a temps incrementen exponencialment el risc d'esdeveniments i complicacions molt més greus (efecte papallona). (8) La prevenció és clau en tots els nivells assistencials, no només a l'atenció primària.

Figura 5. Teories: influències i assumpcions

Teories	Breu descripció	Influència a ATIC: Assumpcions
Teoria del Tot	<p>Marc proposat com a aproximació agrupadora dels fenòmens d' estudi de la física clàssica i la mecànica quàntica sota un esquema comú. Referent: Stephen Hawking</p>	<p>(1) Tot està relacionat. Les ciències es nodreixen del coneixement que genera cadascuna d'elles i del coneixement que generen les altres.</p> <p>(2) Clínicament, com més gran sigui la capacitat d'integració de coneixements, més senzill serà afinar en el judici. Els models conceptuals de les diferents escoles de pensament infermer poden conviure de forma harmònica. No hi ha una única manera d'interpretar i comprendre els fenòmens d'interès disciplinaris. Cada aportació teòrica té el seu valor. No hi ha un model conceptual que s'hagi evidenciat millor que un altre.</p> <p>(3) Esquematitzar un model de dades de valoració segons els postulats d'un model no és equivalent a incorporar un model a la pràctica. Els models conceptuals no s'implanten a la pràctica, s'operativitzen a través de projectes de millora de la prestació de cures, del seu context organitzatiu i de la transmissió dels seus valors perquè impregnin tot l'exercici professional.</p>
Teoria de fractals	<p>Teoria matemàtica que descriu un conjunt d'elements, parts, o fragments que presenten autosimilitud en un ampli rang d'escala, inclosa la seva totalitat, com si es tractés de petites còpies de la mateixa figura o forma geomètrica. La natura presenta múltiples elements d'estructura fractal. Referent: Benoit Mandelbrot</p>	<p>(1) Els esquemes de dades es poden contemplar com a fractals.</p> <p>(2) L'autosimilitud és aplicable al comportament i l'evolució de múltiples processos de salut, per la qual cosa la seva identificació i abordatge a nivell poblacional o grupal pot ser similar al nivell individual i viceversa. Això contribueix a raonar l'ús d'estàndards de cures poblacionals ajustables a nivell individual, i també d'arquetips o patrons per representar els elements del procés de prestació de cures.</p> <p>(3) Els elements terminològics poden tenir un comportament fractal, per tal d'evitar duplicitats, optimitzar l'ús i reaprofitar les dades en els sistemes d'informació.</p> <p>(4) La propietat d'autosimilitud orienta la prioritització de dades en cada situació clínica i/o de cura de la persona.</p>

Figura 6. Escoles de pensament infermer: influències i assumpcions

Escoles de pensament	Breu descripció	Influència a ATIC: Assumpcions
<p>Escoles de pensament infermer</p>	<p>Inclou els treballs de les teoritzadores de l'escola de pensament de les necessitats humanes, l'escola de la interacció, la de resultats i d'altres orientacions. Essencialment s'impregnen de la concepció de l' ésser humà des d'una òptica holística, un ésser integral amb components biològics, físics, mentals, emocionals, socials, morals i espirituals, en constant interacció amb l'entorn, així com de l'autonomia de l'individu, de la salut com a procés de benestar, no només com a absència de malaltia, de l'autocura, la importància de les interaccions, rols i relacions en la salut, i de la infermeria com a professió autònoma.</p> <p>Referents: Escola de pensament de necessitats: V. Henderson. D.E. Orem, F.G. Abdellah. Escola de pensament de la interacció: H. Peplau, I.M. King, I.J.Orlando, J. Travelbee. Escola de pensament de resultats: C. Roy, M.E. Rogers, M.E. Levine, D.E. Johnson. Altres teoritzadores: N. Pender, M. Leninger, P. Barker.</p>	<p>(1) La Infermeria és una disciplina científica multiparadigmàtica, que empra l'enginyeria de processos en la seva aplicació pràctica a la prevenció i resolució de problemes i situacions de salut individual, grupal, comunitària i poblacional.</p> <p>(2) Cap filosofia ni cap dels models conceptuals preval en importància, impacte o temps sobre les altres. Les assumpcions, creences i principis sobre la naturalesa de la infermeria conviuen i evolucionen a través de les teories de rang mitjà i de la recerca. Sí que prevalen els fenòmens d'estudi i pràctica descrits per Fawcett en el metaparadigma disciplinari: persona, salut, entorn i infermeria.</p> <p>(3) La infermeria és una ciència bàsica (de la salut), social i aplicada.</p> <p>(4) El procés de prestació de cures o procés infermer és el mètode sistemàtic de la prestació professional de cures.</p> <p>(5) Els models conceptuals i les teories d'alt rang determinen a nivell abstracte la pràctica orientant els valors que l'han d'impregnar. No tenen una aplicació pràctica directa. Les seves assumpcions i proposicions s'operativitzen i demostren a través de la investigació quantitativa i qualitativa per generar teories de rang mig i resultats aplicables.</p> <p>(6) La prevenció de malalties, complicacions i discapacitats, l'autocura i la promoció de la salut són elements vertebradors de la disciplina i la professió infermera.</p>

Figura 7. Models: influències i assumpcions

Models	Breu descripció	Influència a ATIC: Assumpcions
Model ecològic	<p>Conjunt d'aproximacions epistemològiques, amb desenvolupaments des de diferents disciplines, que té com a base comuna la promoció de la salut i la prevenció en tots els nivells, de l'individual al poblacional, així com el reconeixement de la importància de l'entorn social (condicionants i determinants socials, factors culturals, econòmics, polítics, legals, històrics i estructurals) i de l'entorn natural en la salut.</p> <p>Referent: Múltiples autors</p>	<p>(1) La pràctica infermera es fonamenta essencialment en la prevenció en tots els nivells poblacionals (individu, família, grup, comunitat, població), en tots els grups d'edat i en tots els nivells assistencials.</p> <p>(2) L'estudi i la pràctica infermera es basen no només en l'abordatge de problemes i situacions de salut reals, sinó en la consideració d'anticipar-se al que pot succeir en funció de la vulnerabilitat i els factors de risc de cada persona (grup o població).</p> <p>(3) Els estàndards poblacionals o grupals són aplicables i s'han d'ajustar a la situació individual de cada persona.</p> <p>Els processos de consens, l'anàlisi dels casos individuals o de sèries de casos pot contribuir a establir estàndards de cures grupals o poblacionals, en absència de millors evidències.</p>
Model Vectorial de Complexitat	<p>Model conceptual que emprava els principis de la física vectorial, i defineix la complexitat en eixos que representen els principals condicionants de salut, incloent-hi les circumstàncies.</p> <p>Referents: Safford MM, Allison JJ i Kiefe CI.</p>	<p>(1) Les circumstàncies personals, familiars, econòmiques, socioculturals i ambientals impacten en la salut de les persones.</p> <p>(2) L'estudi i la pràctica infermera es regeix per la visió de la persona i les seves circumstàncies.</p> <p>(3) La pràctica infermera està condicionada per certs factors de complexitat que caracteritzen cada persona, família o comunitat.</p>

Figura 8. Marcs de referència: influències i assumpcions

Marcs de referència	Breu descripció	Influència en ATIC: Assumpcions
<p>Model d'adquisició d'habilitats humanes</p>	<p>Marc de referència sobre el procés i els resultats de la presa de decisions humana i la seva translació als sistemes d'informació, robòtica i intel·ligència artificial, que ofereix tres premisses principals:</p> <p>(1) L'expertesa s'adquireix a través de la pràctica reflexiva.</p> <p>(2) Es distingeixen 5 nivells d'expertesa: aprenent, principiant, competent, proficient i expert.</p> <p>(3) Pocs arribaran a ser experts. L'expertesa té una distribució en corba normal (campana de Gauss).</p> <p>Referents: Hubert Dreyfus, Stuart Dreyfus, Patricia Benner.</p>	<p>(1) El llenguatge ha de permetre representar el coneixement a cadascun dels diferents nivells d'expertesa.</p> <p>(2) La infermera proficient o experta té una major expertesa clínica, major capacitat analítica i de raonament clínic. En conseqüència, és més capaç d'afinar en identificació precisa de l'estat de la persona beneficiària de les cures i en la previsió de la seva evolució, així com d'identificar de forma més precisa la interacció de la història (antecedents de salut i història de vida), el context i la seva influència en la situació.</p> <p>(3) A la pràctica, els diferents nivells d'expertesa conviuen de forma relativament estable.</p> <p>(4) A major expertesa, menor influència del context organitzatiu en la presa de decisions clíniques. El professional realment expert és més capaç d'adaptar, ajustar o obviar un estàndard, protocol o procediment per donar una resposta clínica més adequada a la necessitat o situació concreta.</p>
<p>Marc DIKW</p>	<p>Marc conceptual de la disciplina infermera per a la gestió del coneixement en els sistemes d'informació. Les sigles signifiquen <i>Data, Information, Knowledge and Wisdom</i> (Dades, Informació, Coneixement i Expertesa – o sentit comú -).</p> <p>Referents: J.R.Graves, S. Corcoran, R. Nelson, I. Joss.</p>	<p>(1) Les dades són entitats discretes no interpretables de forma individual i/o acontextual.</p> <p>(2) La informació es genera amb la interpretació de múltiples dades.</p> <p>(3) El coneixement es genera en relacionar i comparar múltiples conjunts de dades contextualitzades i ser capaç d'identificar patrons i diferències.</p> <p>(4) L'expertesa és l'aplicació correcta i empàtica del coneixement per cobrir necessitats, prevenir, resoldre o pal·liar, problemes o situacions.</p>

P4. Com s'interpreta a ATIC el concepte metaparadigmàtic *Persona*?

Les teories disciplinàries d'alt rang orienten la comprensió de la *Persona* des de diferents òptiques, i conceptualitzen l'ésser humà des de (1) la perspectiva unitària, amb la concepció de l'individu com a camp d'energia i (2) el paradigma de la totalitat, que recull la visió holística.

Des d' ATIC s' assumeix l'orientació del paradigma de la totalitat, incorporant qualsevol desenvolupament teòric en aquest sentit, sense descartar aspectes de la perspectiva unitària, i proposa definir la ***Persona*** com:

*Un ésser humà integral; l' ésser, la seva evolució i raó de ser, en qualitat d' unir les diferents parts en un tot, integrant les seves dimensions: el ser físic, el ser conscient, el ser autònom, les seves interseccions, la seva integralitat i la seva interacció amb l'entorn. Així, **la persona és un ésser orgànic, progressivament conscient i autònom, en una constant simbiosi d' aquestes dimensions, i en un flux d'interacció permanent amb l'entorn, que configuren la seva integralitat, complexitat i especificitat individual.***

*Aquestes dimensions interactuen de forma constant en la seva globalitat, són progressives i ambievolutives (evolucionen amb el temps, però també poden involucionar), com a resultat de la seva pròpia naturalesa i de la relació amb l'entorn i el temps, configurant un **sistema complex**, amb els seus atributs específics que li confereixen la seva **particularitat individual.***

***El ser físic** comprèn el conjunt de funcions biològiques, fisicoquímiques i genètiques bàsiques per a la vida orgànica.*

***El ser conscient** inclou el conjunt de funcions bio-orgàniques i de facultats psíquiques i psicoemocionals essencials per a la vida humana, la interacció social i ambiental, la*

concepció d' un mateix, la convivència, l' adaptació al medi i a les circumstàncies, la gestió emocional, i la relació del jo amb allò que és considerat transcendental.

***El ser autònom** comprèn el conjunt de facultats físiques i psicològiques necessàries per responsabilitzar-se progressivament d'hom mateix, de la pròpia salut i de governar la pròpia vida. L'**autonomia** té tres components interrelacionats: l'**autocura**, (habilitats i activitats de la vida diària); la **independència** (planificació, responsabilitat i organització de la pròpia vida), i l'**autodeterminació** (presa de decisions), considerant el context i tenint en compte que l'autonomia pròpia ha de conviure i respectar l'autonomia dels altres.*

Aquesta conceptualització interpretativa dels constructes *Persona i Entorn* constitueixen part essencial de l'estructura de la terminologia ATIC, en termes de conceptes estructurants o agrupadors d'alt nivell (Dimensions i Categories) i de nivell intermedi (Components) (Figures 9 a 11).

P5. Com s'interpreta a ATIC el concepte metaparadigmàtic *Entorn*?

Per la seva simbiosi i influència mútua, el concepte metaparadigmàtic **Entorn** està íntimament relacionat amb el concepte de *Persona*. Persona i entorn són bidireccionalment dependents l'un de l'altre. L'entorn modula la persona (*Jo sóc jo i les meves circumstàncies*), i les persones modulen i influeixen en l'entorn. L'entorn comprèn el conjunt de condicions i influències externes que afecten la vida i el desenvolupament de l'ésser humà i que tenen la capacitat ambivalent de prevenir, evitar o contribuir a produir malalties o a provocar la mort. L'entorn social s'associa als conceptes de Justícia social i Salut pública (visió homocèntrica). L'entorn natural s'associa a la idea ecocèntrica d'interconnexió i equilibri en la naturalesa del planeta Terra (incloent-hi l'ésser humà com a part d'aquesta naturalesa), i com a part del cosmos.

ATIC conceptualitza l'Entorn com *El conjunt de condicions i variables naturals, geogràfiques, ecològiques, fisicoquímiques, sociopolítiques, econòmiques, culturals i històriques que afecten, o tenen potencial per afectar, la salut individual o col·lectiva de les persones i també, la salut del planeta. L'entorn s'articula de forma concèntrica d'interior a exterior - espai personal o íntim, entorn immediat, entorn familiar, social (grup, comunitari, poblacional), i entorn natural – o viceversa.*

Aquesta conceptualització interpretativa dels constructes *Persona i Entorn* constitueixen part essencial de l'estructura de la terminologia ATIC, en termes de conceptes estructurants o agrupadors d'alt nivell (Dimensions i Categories) i de nivell intermedi (Components). (Figures 9-11).

Figura 9. Dimensions de l'ésser humà i de l'entorn

Codi	Dimensió	Definició
10005600	Ser físic	Conjunt de funcions biològiques, fisicoquímiques i genètiques essencials per a la vida orgànica.
10005601	Ser conscient	Conjunt de funcions bio-orgàniques i de facultats psíquiques i psicoemocionals essencials per a la vida humana, la interacció social i ambiental, la concepció d'un mateix, la convivència, l'adaptació al medi i a les circumstàncies, la gestió emocional i la relació del jo amb el que es considera transcendental.
10005602	Ser autònom	Conjunt de facultats físiques i psicològiques necessàries per responsabilitzar-se d'un mateix i governar la pròpia vida.
10005603	Interseccions	Conjunt de funcions bio-orgàniques i de facultats psíquiques essencials per a la interacció amb l'entorn.
10005604	Integralitat	Interacció constant de les dimensions de l'ésser humà, com a resultat de la seva pròpia naturalesa o de la seva relació amb l'entorn i el temps, configurant un sistema complex amb els seus atributs específics que li confereixen la seva particularitat individual.
10005605	Entorn familiar	Conjunt de persones, amb vincles de parentiu i/o emocional, que habitualment comparteixen una llar.
10005355	Entorn social	Conjunt de condicions, circumstàncies i relacions entre persones que viuen segons unes pautes, valors i lleis generals semblants.
10016165	Entorn natural	Conjunt mediambiental de matèries, éssers, elements, recursos i fenòmens físics, químics, biològics i ecològics (relacionals) de creació natural.

Figura 10. Categories de l'ésser humà i l'entorn

Codi	Categoria	Definició
10008639	Activitat i moviment	Capacitat per moure's, desplaçar-se, realitzar accions, mantenir-se actiu/a i descansar.
10008645	Adaptació	Capacitat de reconèixer les emocions, l'entorn o el context, i actuar en relació als canvis, realitzant les modificacions oportunes per ajustar-se a les condicions.
10008646	Aprenentatge i desenvolupament	Capacitat d'adquisició i aplicació de coneixements, habilitats i actituds, i capacitat de creixement físic, cognitiu, autoconceptual, emocional i social.
10008641	Comunicació	Capacitat d' interactuar, transmetre i rebre informació de qualsevol tipus.
10008642	Conducta i Percepció de la realitat	Capacitat i forma de comprendre i respondre als estímuls de l' entorn, i de prendre decisions que condueixen a l' acció.
10005637	Ferides, Lesions, Reconstruccions i Derivacions	Capacitat de regenerar i reparar els teixits danyats.
10008643	Higiene i Protecció	Capacitat de preservació de la salut i d'evitar danys o reduir riscos.
10008638	Homeòstasi i Eliminació	Capacitat d' autoregular i mantenir l'equilibri i la composició del medi intern, i d'evacuar o prescindir de les deixalles.
10008648	Multicategoria	Altres capacitats o combinacions de categories.
10008637	Nutrició i Metabolisme	Capacitat de proporcionar, aprofitar i assimilar químicament les substàncies necessàries per al creixement, desenvolupament i el manteniment de la salut.
10008636	Oxigenació, Ventilació i Perfusió	Capacitat de captar oxigen, aprofitar-lo i distribuir-lo als teixits, així com d' eliminar diòxid de carboni, per mantenir les funcions vitals essencials.
10008640	Regulació Neurològica	Capacitat de mantenir un funcionament equilibrat del sistema nerviós.
10008647	Relacions i Entorn	Capacitat d'interactuar en diferents context o circumstàncies, establint connexions o vincles, així com l'ambient que envolta l'individu o grup.
10008644	Reproducció i Sexualitat	Capacitat de fecundar i formar nous éssers humans, i de reconèixer i viure plenament la pròpia corporalitat, intimitat, identitat de gènere i el plaer.

Figura 11. Components de l'ésser humà i l'entorn

Codi	Component	Definició
10005622	Adaptatiu Emocional	Conjunt de facultats que regulen els estats d'ànim i afectius, la capacitat per fer front i gestionar reptes i transicions, ressituar-se davant un canvi de circumstàncies, respondre harmònicament a les diferents condicions que planteja l'entorn i defensar-se de les amenaces reals o percebudes.
10005621	Autoconceptual	Conjunt de facultats que intervenen en el desenvolupament i la regulació de la pròpia identitat, la imatge corporal, l'autoestima, els rols i la sexualitat.
10005625	Autocura	Conjunt de facultats que permeten dur a terme les activitats de la vida diària i responsabilitzar-se de la pròpia salut.
10005627	Autodeterminació	Conjunt de facultats que regulen la capacitat d'esforçar-se per aconseguir una tasca o un objectiu, endurar, millorar, mantenir o evitar l'adopció d'una determinada conducta, desenvolupar judicis i opinions, escollir entre dues o més opcions identificant informació rellevant i avaluant les possibles conseqüències en un mateix i en l'entorn.
10005608	Cardiocirculatori	Conjunt d'estructures i funcions orgàniques que regulen l'activitat del batec del cor, l'impuls de la sang des del cor i el flux sanguini a través dels vasos centrals, perifèrics i capil·lars.
10008720	Cultural	Conjunt de valors, normes, símbols, idees i creences transmeses en el procés de socialització, que medien en la identitat individual i col·lectiva, proporcionen sentit a la vida, generen coneixement i emocions, i orienten formes d'entendre el món.
10005626	Desenvolupament	Conjunt de facultats que intervenen en els processos d'assoliment de les diferents etapes de maduració personal.
10005610	Digestiu	Conjunt d'estructures i funcions orgàniques que intervenen en el procés de conversió dels aliments en substàncies que poden ser absorbides per l'organisme i en l'eliminació de secrecions digestives i residus alimentaris.
10005629	Domèstic	Conjunt d'estructures, dinàmiques, i relacions que constitueixen la llar.
10005623	Espiritual	Conjunt de facultats que intervenen en el desenvolupament i la regulació dels principis que permeten reflexionar sobre els propis orígens, la pròpia identitat i la relació amb el que es considera transcendental.
10005609	Homeostàtic Excretor	Conjunt d'estructures i funcions orgàniques que regulen els processos de generació i retenció o excreció dels productes finals del metabolisme nitrogenat, el manteniment de l'equilibri de líquids i electrolits i la regulació de les seves pressions per mantenir un equilibri constant.

10005613	Immunoematològic	Conjunt d'estructures i funcions orgàniques que intervenen en els processos de generació cel·lular sanguínia, oxigenació, protecció de l'organisme contra microorganismes patògens, agents tòxics o cossos estranys, i que regulen la resposta inflamatòria i hemostàtica.
10005624	Interaccional	Conjunt de facultats que contribueixen al desenvolupament, intervenen o regulen les formes de vida, les relacions i els llaços existents entre els membres d'un o diversos grups.
10005615	Locomotor	Conjunt d'estructures que donen forma interna al cos humà, el sustenten i, amb els estímuls adequats, permeten el moviment.
10008728	Mediambiental	Conjunt d'estructures, elements i relacions de i amb l'entorn natural.
10005628	Multicomponent	Conjunt que comprèn dos o més components o bé, el tot més que la suma de les seves parts.
10005606	Multisistèmic	Conjunt d'estructures i funcions orgàniques que regulen o intervenen en diversos processos.
10005618	Neurocognitiu	Conjunt de facultats que intervenen en la regulació de l'estat mental, el processament de la informació i la memòria, i el llenguatge.
10005620	Neurocomportamental	Conjunt de facultats que regulen els processos de pensament, les conductes i comportaments adquirits.
10005617	Neuomotor	Conjunt de facultats que intervenen en els processos de motilitat i mobilitat voluntària.
10005616	Neurorregulador	Conjunt d'estructures i funcions orgàniques que regulen l'homeòstasi cerebral i del sistema nerviós central i autònom, el control dels processos vitals bàsics, els reflexos innats, els cicles de vigília i son, la mobilitat involuntària i la temperatura corporal.
10005611	Nutricional Metabòlic	Conjunt d'estructures i funcions orgàniques que, juntament amb el digestiu, regulen els processos d'aprofitament dels nutrients, la generació d'energia, l'eliminació de productes finals i el control hormonal.
10008727	Professional laboral	Conjunt de processos implicats la consecució i l'acompliment d'un treball o ocupació.

10005612	Reproductor	Conjunt d'estructures i funcions orgàniques que intervenen en la sexualitat, regulen la fertilitat i permeten donar existència a nous éssers humans.
10005607	Respiratori	Conjunt d'estructures i funcions orgàniques que regulen la ventilació pulmonar i l'intercanvi de gasos.
10005619	Sensoperceptual	Conjunt d'estructures i facultats que faciliten la recepció d' informació exterior, estímuls i sensacions a través dels òrgans dels sentits, així com la transmissió dels impulsos de les fibres aferents al sistema nerviós central.
10008732	Social	Conjunt de processos i dinàmiques de construcció, educació, manteniment i millora de la col·lectivitat i del sentit d'identitat col·lectiva.
10005614	Tegumentari	Conjunt d'estructures i funcions orgàniques que intervenen en la protecció de la superfície corporal, protegeixen els teixits interns i contribueixen a la síntesi de substàncies.

P6. Com s'interpreta a ATIC el concepte metaparadigmàtic Salut?

La **Salut** implica el funcionament i benestar biofísic, psicoemocional, social i espiritual de la persona i la col·lectivitat, i reflecteix els valors de cada moment i lloc. Tot i que no és només l'absència de malaltia, l'experiència de l'estar sa i l'estar malalt s'hauria d'assumir des del punt de vista de la seva subjectivitat, i també incorporar en gran mesura, els coneixements sobre el seu manteniment, la prevenció i la comprensió de les malalties i complicacions per poder complir de forma adequada amb el mandat social de la prestació de cures professionals.

A ATIC, la **Salut** es conceptualitza com *un estat objectiu de benestar i equilibri del ser físic, del ser conscient, del ser autònom, la seva integralitat i interacció amb l'entorn, que pot acompanyar-se d'un procés subjectiu de percepció d'aquest estat.*

Al llarg de la vida les persones poden experimentar desequilibris, problemes o dificultats en el desenvolupament, la regulació o el manteniment dels components dimensionals per la qual cosa, entre la salut i la malaltia, s'identifiquen un ventall d'estats de salut parcial o relativa, que no impliquen malaltia, encara que augmenten el seu risc a curt, mig, o llarg termini, que són susceptibles de requerir cures infermeres. Per això, ATIC entén la **salut** com un estat òptim d'equilibri multidimensional.

*Els **estats de salut relativa**, en els quals es produeix una alteració en algun dels components dimensionals de la persona sense que hi hagi malaltia, però augmentant el risc.*

*La **malaltia**, en la qual es produeixen trastorns cel·lulars, tissulars, orgànics o multiorgànics. L'Estar **malalt**, que implica l'existència de malaltia i la potencialitat de trastorns, alteracions o complicacions en la resta dels components dimensionals i la seva integralitat. En situació de malaltia **crònica** es poden produir estats d'exacerbació, **descompensació** o recaiguda, i **estats d'estabilització**, en els quals, malgrat la persistència de la malaltia, la persona pot situar-se en un estat d'adaptació i reequilibri multidimensional.*

P7. Com s'interpreta a ATIC el concepte metaparadigmàtic *Infermeria*?

ATIC conceptualitza la Infermeria com la **disciplina científica** que s'ocupa de l'estudi dels **estats de salut** de les persones, sanes o malaltes, en totes les **etapes de la vida** i les seves **transicions, en el context del seu entorn** i la seva **experiència**, per ajudar a promoure, mantenir o restablir l'equilibri de la integralitat multidimensional, del ser físic, el ser conscient i el ser autònom, o contribuir a una mort digna.

La pràctica infermera es basa en el **coneixement disciplinari** teòric, científic i experiencial, i en els **valors de la professió** infermera, per a la identificació, avaluació i tractament dels estats de salut de l'individu, les **famílies**, els grups, les **comunitats** i les societats; incloent-hi la valoració i identificació de les manifestacions, les causes, els factors de risc, els criteris i indicadors de resultats, el judici i emissió del seu **diagnòstic**, així com la **prescripció** i execució de les cures per al seu abordatge preventiu, rehabilitador, curatiu i/o pal·liatiu.

La pràctica professional infermera no es limita exclusivament a la **prestació** individual o grupal de serveis infermers, sinó també a la seva **gestió** assistencial i directiva, a la participació en l'establiment, execució i avaluació de les **polítiques de salut**; a la direcció, implementació i avaluació dels seus programes de **formació** i **recerca**, i a la **comunicació social** de les seves contribucions i assoliments.

La **missió de l'exercici professional infermer** es fonamenta en l'orientació de l'**optimització de l'estat de salut i de la prevenció**. En la salut, per a la seva preservació; en els estats de salut relativa, per prevenir la malaltia i promoure el restabliment de l'estat previ; en els estats de malaltia per prevenir complicacions o la seva progressió i promoure el restabliment o consecució del millor estat de salut possible, i al final de la vida per prevenir i pal·liar el sofriment. Això implica l'adquisició progressiva d'expertesa mitjançant estudi i

pràctica reflexiva en els seus diferents **àmbits competencials**: (1) *Cuidar*, (2) *Valorar, diagnosticar, abordar estats de salut canviants*, (3) *Ajudar (a la persona, família o comunitat) a aconseguir els objectius de salut*, (4) *Contribuir a garantir la seguretat i la continuïtat de les cures* i (5) *Facilitar els processos d'adaptació i afrontament al nou estat de salut o situació de vida*.

Els **resultats de salut** estan condicionats no només per l'expertesa clínica de les infermeres sinó també per l'entorn. La Infermeria implica també la gestió del **context organitzatiu** on es presten les cures, i el posicionament respecte de l'exercici de l'autonomia professional i de la **simetria** en la relació entre infermeres, metges i altres professionals de la salut, així com la generació de **dades, informació i coneixement** infermer a través de la integració dels registres com a part de la cura, per millorar el **procés de prestació de cures**, els **resultats de salut** i l'**experiència de vida** de les persones i el seu entorn a nivell individual, familiar, comunitari i poblacional.

Les infermeres no tenen un rol autònom i un rol de col·laboració. **L'exercici de la professió infermera és autònom per definició** i l'assumpció de responsabilitat és inherent a aquest exercici professional.

Les professions sanitàries tenen **àmbits de responsabilitat** propis i àrees d'**intersecció competencial** que s'amplien o es redueixen en funció de la **complexitat** de la situació de la persona atesa, per la qual cosa la **corresponsabilitat** és freqüent en l'exercici pràctic de les professions de la salut. En aquestes àrees d'intersecció competencial, les responsabilitats compartides s'han d'assumir en **simetria** i harmonia. Les situacions i problemes de salut de les persones poden tenir un nivell de **complexitat** tan elevat que requereixin del judici i la intervenció de múltiples professionals, que des del seu exercici autònom aportin de forma simètrica coneixement i perícia per a la prevenció, resolució o pal·liació de la situació. La

corresponsabilitat s'ha d'establir també amb els **beneficiaris de les cures**, en el marc de l'exercici de llur **autonomia i dret a prendre les seves pròpies decisions**.

En aquest context, el concepte d'ordre mèdica queda obsolet. L' autonomia de la persona ha d'ésser respectada per dret. El metge pot proposar o recomanar a la persona atesa una teràpia i també, pot demanar serveis o prestacions de cures a la infermera, quan la persona atesa no pot, no sap o no és capaç de comprendre-ho o realitzar-ho per si mateixa.

P8. Quina és la perspectiva infermera a ATIC?

La **perspectiva** infermera és la base fonamental sobre la qual s' assenten els pilars de l'exercici professional: valors, coneixements, habilitats i actituds que permeten la interpretació de les situacions de salut i de vida de les persones ateses, la formulació d'una aproximació cuidadora que combina orientació, art, mètode, ciència, humanisme i professionalitat en els processos de presa de decisions.

L'orientació eminentment preventiva i promotora de la salut i de l'autonomia, l'art de la relació terapèutica interpersonal, el contacte i la presència, l'escolta activa, la transmissió essencial de suport, l'aplicació del mètode sistemàtic del procés de prestació de cures i la pràctica basada en l'evidència.

Aquesta és la **perspectiva** de la Infermeria a ATIC. Una disciplina científica, centrada en la cura de la salut i la promoció de l'autonomia, arrelada en l'humanisme, basada en l'evidència, orientada a l'exercici de la pràctica autònoma, en simetria i corresponsabilitat amb d'altres professionals, per dignificar i ajudar les persones a protegir, promoure i millorar la seva salut, optimitzar les seves habilitats d'autocura i de cura dels altres, prevenir malalties, complicacions i discapacitats, rehabilitar, recuperar i mantenir l'autonomia i la qualitat de vida, així com prevenir i pal·liar el sofriment.

Com a disciplina científica, té un àmbit de coneixement propi i dinàmic, representat a través de les seves aportacions teòriques, els seus sistemes de llenguatge, els resultats de la seva recerca bàsica i clínica, així com la seva aplicació o translació a la pràctica. Alhora, realitza una aportació social específica en termes de resultats de salut individual, familiar, grupal comunitària i poblacional, dins del seu àmbit competencial. El seu focus és la salut humana integral (incloent-hi la salut de l'entorn), la prevenció de malalties, complicacions i

discapacitats, així com la rehabilitació i la pal·liació del sofriment. Per a això, aplica a la pràctica la metodologia de processos, la seva representació en els registres i l'anàlisi de les dades del procés d'atenció d'infermeria, o procés de prestació de cures, i els seus resultats. Com a professió exerceix la seva capacitat d'autoregulació competencial, autonomia en la presa de decisions, considerant la responsabilitat pròpia, i la corresponsabilitat i simetria amb les persones ateses i amb d'altres professionals de la salut, així com la capacitat de delegació, de treball en equip i de treball en xarxes de col·laboració intra i interdisciplinàries.

P9. ATIC constitueix una teoria?

L'avaluació de teories d'alt rang i de rang intermedi és un procés sistemàtic complex que requereix un profund coneixement de l'obra a avaluar i dels mètodes i criteris d'avaluació. Tot i que el desenvolupament d'una teoria no va ser objectiu de l'autora d'ATIC, vegem una suposada autoavaluació esquemàtica sobre com a priori, la seva aportació teòrica respon als criteris que defineixen l'avaluació de teories, segons l'enfocament proposat per Fawcett i també, en base a l'enfocament més recent proposat per Risjord (Figures 12 i 13).

Figura 12. Autoavaluació simplificada de l'aportació teòrica d'ATIC en base als criteris de Risjord

Criteris d'avaluació (Risjord, 2018)	Definició	Autoavaluació
<i>Criteris pragmàtics</i>		
Utilitat	Contribueix a respondre preguntes de recerca	Si
Abstracció	Els nivells d'abstracció són adequats per respondre preguntes de recerca	Si
Valors	Es pressuposen valors justificables o defensables	Si
<i>Criteris epistemològics</i>		
Operativització	Conté elements observables o mesurables de forma fiable.	Si
Precisió	Permet predir de forma precisa com el canvi d'un element modifica un altre.	És qüestionable
Suport empíric	Té el suport d'evidències que demostren que els fenòmens proposats funcionen tal com es proposa.	Si
Suport teòric	Delinea elements i relacions en base a l'evidència científica actual.	Si

Figura 13. Autoavaluació simplificada de l'aportació teòrica d'ATIC en base als criteris de Fawcett

Criteris d'avaluació (Fawcett, 2005)	Definició	Autoavaluació
Rellevància (Significància)	S'aborden explícitament conceptes i proposicions del metaparadigma infermer	Si
	S'expliciten les afirmacions filosòfiques	Si
	S'explicita el model conceptual	Si
	Els autors són reconeguts i existeixen referències de la seva obra	Si
Consistència interna	El context i el contingut són congruents	Si
	Els conceptes reflecteixen claredat i consistència semàntica	Si
	Les proposicions reflecteixen consistència estructural	Si
Frugalitat (Parsimònia)	El contingut s'explica de forma clara i concisa	Si
Comprovabilitat (Testability)	La metodologia de recerca emprada és adequada	Si
	Els conceptes són observables mitjançant instruments apropiats	Si
Adequació empírica	Les tècniques d'anàlisi de dades permeten mesurar les proposicions	Si
	Les afirmacions teòriques són congruents amb les evidències empíriques	Si
Adequació pragmàtica	Es requereix formació o adquisició de noves competències abans de la seva aplicació pràctica	Si
	S'ha aplicat a la pràctica	Si
	És factible la seva implementació pràctica	Si
	Les infermeres tenen la capacitat legal per implantar i avaluar l'eficàcia de les accions derivades	Si
	Les accions derivades són compatibles amb les expectatives dels beneficiaris de les cures i del sistema de salut	Si
	Les accions derivades comporten resultats favorables	Si
	Les accions derivades estan dissenyades de manera que puguin comparar-se resultats del seu ús amb resultats en contextos on no s'aplica	Si
	Els resultats es mesuren en termes de resolució de problemes	Si

L'**aportació teòrica d'ATIC** inclou la conceptualització interpretativa dels constructes del metaparadigma disciplinari, la re-conceptualització dels constructes del procés de prestació de cures, inclòs el concepte de diagnòstic infermer, la proposta d'un sistema de classificació dels diagnòstics infermers, el desenvolupament de la terminologia orientada a conceptes i d'un conjunt d'ontologies i d'arquetips de representació de la prestació de cures i els seus resultats en salut i benestar, el desenvolupament d'un marc conceptual per a la definició i identificació dels factors de complexitat de cures, i el desenvolupament del sistema de classificació de pacients per a la identificació de la intensitat de cures requerida basat en el pes del diagnòstic infermer principal.

Si una teoria científica és tota concepció racional, basada en el mètode científic, que intenta donar una visió o explicació sobre un fenomen, l'**aportació teòrica d'ATIC constitueix una teoria que pretén explicar la complexitat de la cura infermera i l'impacte de les cures infermeres en els resultats de salut de les persones.**

Les teories de rang mig exploren els conceptes d'un nivell més específic a un nivell més abstracte, emprant mètodes quantitatius i qualitius, amb l' objectiu de desenvolupar continguts teòrics que tinguin una aplicació pràctica demostrada en la cura de la salut de les persones, aprofundint en els problemes, intervencions i resultats infermers.

Janice Morse (2021) defineix 5 categories de nivells de teories de rang mig: (Nivell 1)

Descriptives

(Nivell 2) Homologació de conceptes

(Nivell 3) Identificació de seqüències o trajectòries

(Nivell 4) Exploratori amb ampliació de l' abast

(Nivell 5) Múltiples projectes de recerca relacionats.

L'aportació teòrica d'ATIC ha estat provada en múltiples projectes de recerca liderats per la mateixa autora o per altres investigadors, amb estudis publicats en revistes científiques nacionals i internacionals, en cadascuna de les categories esmentades.

Correspon a la comunitat acadèmica i científica infermera avaluar l'aportació teòrica del conjunt de les eines de coneixement ATIC.

PROCÉS DE PRESTACIÓ DE CURES

P10. Com s'explica a ATIC el procés de prestació de cures?

La Teoria del procés infermer de **Helen Yura i Mary Walsh** de 1967 marca l'inici de la formalització de l'ús de l'**enginyeria de processos** en la prestació de cures infermeres, així com el retrobament amb els preceptes de la Filosofia de Florence Nightingale en relació a l'orientació de l'impacte o la **influència de les cures infermeres professionals en els resultats de salut** de les persones ateses. Aquestes autores van descriure el procés de prestació de cures en quatre fases: valoració, diagnòstic-planificació, execució i avaluació.

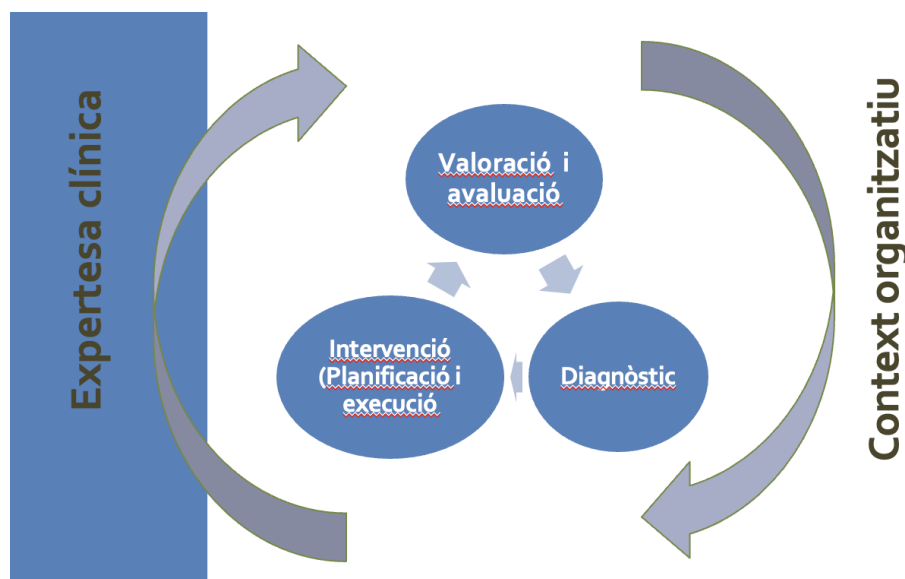
L' *American Nurses Association* (1973) va definir els estàndards de la pràctica infermera a través del procés de prestació de cures en les cinc fases que coneixem actualment: valoració, diagnòstic, planificació, execució i avaluació.

Rosalinda Alfaro-Lefevre, una de les principals teoritzadores contemporànies del procés infermer va introduir, a partir dels anys 90, la relació entre les habilitats de pensament crític, la pràctica reflexiva i la correcta aplicació del procés en la pràctica assistencial infermera, i va insistir en la necessitat d'una valoració inicial integral, una adequada formulació i priorització diagnòstica prèvia a la planificació de les cures a prestar, així com, l'orientació a resultats (avaluació) una vegada prestades les cures a la persona.

En base al coneixement previ generat per les diferents teoritzadores, a ATIC el procés de prestació de cures es conceptualitza com ***un mètode sistemàtic de presa de decisions, que en la seva aplicació pràctica té una dinàmica organitzada, no-lineal sinó circular i iterativa, en el qual la valoració i avaluació contínua de l' estat i l' evolució de la persona atesa, condicionen la resta de les fases.***

L'expertesa clínica de cada infermera i el context organitzatiu de la prestació de cures condicionen el procés i els seus resultats. (Figura 14)

Figura 14. Representació circular del procés de prestació de cures i la influència de l'expertesa clínica de la infermera i del context organitzatiu de la prestació de cures.



El mètode sistemàtic de presa de decisions implica un conjunt integratiu d'interaccions, processos mentals i accions simultànies o quasi-simultànies, que impliquen una seqüència circular i iterativa:

Fase 0. **Establiment de la relació terapèutica** inicial.

Fase 1. **Valoració**. Recull, processament, anàlisi i prioritització de dades i informació de la persona atesa, la seva història, situació i context.

Fase 2. **Diagnòstic**. Deliberació i formulació d'hipòtesis diagnòstiques, el diagnòstic diferencial i la conclusió diagnòstica, incloent-hi la prioritització dels diagnòstics identificats.

Fase 3. **Planificació**. Pauta o prescripció de les cures o intervencions, incloent la seva esquematització o estimació temporal en termes d'inici o fi, freqüència, o durada estimada i el seu efecte esperat (objectius o resultats esperats).

Fase 4. **Execució**. Realització de les intervencions i actuacions planificades i necessàries, per part de la infermera, de la pròpia persona, els seus cuidadors i/o altres professionals, incloent la delegació al personal tècnic auxiliar en l'àmbit de les seves competències, quan escaigui.

Fase 5. **Avaluació**. Identificació dels resultats obtinguts, que es duu a terme de forma contínua com a part de la valoració continuada.

El que succeeix en la interacció entre una persona beneficiària de les cures i una infermera queda en aquell moment i lloc, per la qual cosa no hauria d'existir una bretxa entre l'aplicació sistemàtica del procés i el seu registre.

El **registre**, com a **part integral i simultània** a la **prestació de cures**, és el resum sistemàtic de cadascuna d'aquestes interaccions, observacions, judicis, decisions, accions i resultats.

Contribueix a la seguretat clínica i a la continuïtat de cures, i nodreix la pràctica reflexiva. També contribueix a la generació de dades, informació, coneixement i expertesa per a la millora contínua de la prestació de cures i els seus resultats en les persones beneficiàries de les cures, i per evidenciar l'aportació infermera a la salut, el seu valor i el seu impacte.

El registre no és un fet *a part de* la prestació de cures, *ÉS part de la prestació de cures a les persones ateses.*

VALORACIÓ

P11. Com es conceptualitza la valoració infermera a ATIC?

La **valoració com a mètode sistemàtic** d'interacció, obtenció i intercanvi d'informació objectiva i subjectiva de l' estat i la situació de la persona s'orienta a la identificació d'aspectes, el reconeixement d'entitats, la generació d'informació i la selecció de dades rellevants, la seva prioritització i la seva relació, per conduir la generació d'hipòtesis diagnòstiques.

La perspectiva i l'enfocament teòric eclèctic d'ATIC permeten organitzar la valoració en base a diferents models conceptuals i marcs teòrics (Figura 15), a través de l'organització d'esquemes de dades que contribueixen a facilitar el registre de la valoració als sistemes d'informació d'història clínica electrònica, i persegueix reflectir el coneixement, els valors i actituds de la infermera, considerant, sempre que sigui possible, la implicació activa de la persona beneficiària de les cures.

La **valoració s'ha d'adequar a la situació de la persona**, el seu entorn, context i circumstàncies, per això, a ATIC s' inclouen diversos criteris de classificació dels esquemes de valoració incloent: criteris temporals, contextuals, criteris de perfil de la persona, i criteris relatius a l'àmbit d' atenció.

En termes **temporals**, ATIC distingeix diversos tipus de valoració:

- (1) Valoració inicial, en el primer contacte amb la persona atesa.
- (2) Valoració continuada, al llarg de tot el procés d'atenció.
- (3) Valoració final, a l'alta, al final d'un episodi de cures o de la resolució de la situació.

Figura 15. Esquemes conceptuals d'alt nivell d' abstracció per organitzar les dades de la valoració infermera de la persona atesa.

Model conceptual	Marc conceptual	Marc conceptual	Marc conceptual
Necessitats bàsiques (V. Henderson)	Marc <i>Fundamentals of Care</i> (A. Kitson)	Categories de Valoració ATIC (ME. Juvé)	Patrons funcionals de salut (M. Gordon)
Respirar normalment	Respirar	Oxigenació, Ventilació i Perfusió	Percepció-Manteniment de la Salut
Menjar i beure adequadament	Menjar i beure	Nutrició i Metabolisme	Nutricional-Metabòlic
Eliminar adequadament restes i secrecions	Eliminació	Homeòstasi i Eliminació	Eliminació
Mantenir la temperatura dins dels límits normals	Termoregulació	Regulació neurològica	Activitat-exercici
Dormir i descansar	Dormir i Reposar	Activitat i Moviment	Son-descans
Moure's i mantenir una bona postura	Moviment	Higiene i Protecció	Cognitiu-Perceptual
Mantenir la higiene personal i protegir els teguments.	Higiene personal i Vestit	Comunicació	Autopercepció-Autoconcepte
Vestir-se i desvestir-se	Comunicació i Educació	Conducta i percepció de la realitat	Rol-relacions
Comunicar-se amb els semblants	Seguretat i Confort	Relacions i Entorn	Sexualitat - Reproducció
Detectar i evitar perills, i evitar perjudicar altres	Dignitat i Presa de decisions	Adaptació	Adaptació- Tolerància a l'estrès
Ocupar-se per sentir-se realitzat	Cicle vital	Aprenentatge i desenvolupament	Valors-creences
Jugar i participar en activitats recreatives	Expressió de la sexualitat	Reproducció i Sexualitat	
Reaccionar segons les pròpies creences i valors	Prevenió i Medicació	Ferides, lesions, reconstruccions i derivacions	
Aprendre, descobrir i satisfer la curiositat que condueix a un desenvolupament normal i saludable		Multicategoria	

En termes **contextuals**, ATIC classifica la valoració en:

- (1) Valoració integral; valoració sistemàtica completa.
- (2) Valoració general breu; valoració sistemàtica resumida.
- (3) Valoració d'emergència; valoració sistemàtica ràpida.

(4) Valoració focalitzada; valoració centrada en un aspecte concret.

En termes de **perfil**, ATIC classifica la valoració en:

- (1) Valoració de l'adult
- (2) Valoració de l'ancià/a
- (3) Valoració de l'embarassada
- (4) Valoració de l'infant/a
- (5) Valoració de l'adolescent
- (6) Valoració del nadó
- (7) Valoració específica de salut mental
- (8) Valoració familiar
- (9) Valoració del grup
- (10) Valoració de la comunitat.

En termes d'**àmbit d' atenció**, ATIC permet ordenar la valoració del beneficiari de les cures en: Cures medicoquirúrgiques, Cures maternoinfantils, Cures pediàtriques, Cures de salut mental, Cures de salut familiar i comunitària, Cures geriàtriques i sociosanitàries, Cures pal·liatives.

P12. Com s'estructura la valoració infermera a ATIC?

La **valoració** es nodreix de l'obtenció de dades subjectives (referides per la persona) mitjançant l'entrevista o anamnesi, i de dades objectives (observables i mesurables) obtingudes mitjançant procediments d'exploració o proves, per establir l'estat de salut de la persona atesa.

Per tal d'orientar la valoració infermera i el seu registre, s'empren esquemes de valoració o conjunts ordenats de dades de valoració amb diferents nivells d'abstracció.

Els esquemes de valoració poden ajustar-se a un major nivell d'especificitat a criteri del centre o del professional. Per exemple, en l'àmbit de les cures geriàtriques i sociosanitàries, es poden estructurar esquemes de valoració inicial per a les persones ingressades en unitats de llarga estada, rehabilitació intensiva, etc.

La **valoració** a partir de l'esquema teòric proposat per ATIC o de l'esquema teòric d'un model conceptual pot representar-se amb els més de 20.000 conceptes per a la valoració infermera que conté ATIC, i que s'organitzen dins de les dimensions, categories, components i metaconceptes, o bé emprant altres agrupacions no pròpies d'ATIC a criteri del centre o del professional o bé, amb una combinació d'ambdós.

A tall de resum, el marc conceptual per a la valoració infermera parteix de la conceptualització interpretativa dels constructes del metaparadigma infermer, articulant un esquema de valoració sobre constructes de major a menor nivell d'abstracció:

categories, components, metaconceptes i variables.

L'esquema essencial d'una valoració infermera amb ATIC s'estructura considerant:

1. Dades generals – Multicategoria - (personals, biogràfiques o d'història de vida, queixa, malestar, preocupació o motiu principal pel qual la persona requereix o demana atenció, al·lèrgies i intoleràncies, antecedents de salut, tractaments

actuals o recents, hàbits tòxics, hàbits de vida, capacitat i diversitat funcional, aspectes culturals a considerar, preferències en l'atenció i estat general).

2. Oxigenació, ventilació i perfusió
3. Nutrició i metabolisme
4. Homeòstasi i eliminació
5. Activitat i moviment
6. Regulació neurològica
7. Conducta i percepció de la realitat
8. Comunicació
9. Higiene i protecció
10. Ferides, Lesions, Reconstruccions i Derivacions
11. Aprenentatge i desenvolupament
12. Adaptació
13. Reproducció i sexualitat
14. Relacions i entorn.

Les figures 16 i 17 exemplifiquen seccions de continguts d'esquemes de valoració amb ATIC.

Figura 16. Exemple del contingut d'un esquema de valoració amb ATIC: Dades generals

Categoria	10008636	Multicategoria
Component	10005607	Multicomponent
Metaconcepte	10005659	Autopercepció de la salut i Estat general
Variable	10005506.10005451.10016810.10018966	Estat general (EQN)
Variable	10005506.10005451.10021346.10016810.10018966	Estat general_Referit pel cuidador/a (EQN)
Variable	10005506.10012651.10016810.10018966	Estat general aparent (EQN)
Variable	10002078.10016810.10000855	Estat mental (EQN)
Variable	10000848.10016810.10004713	Estat d'ànim
Variable	10005506.10000848.10012319.10016804.10016291	Expressió facial_Tipus (ECN)
Variable	10019730.10012320.10016804.10016291	Llenguatge corporal_Tipus
Variable	10000000.10018167.10005476.10016810.10019097	Higiene corporal_Estat
Variable	10023009.10016818.10012605	Diversitat funcional (S/N*)
Variable	10020191.10002899.10016804.10022433	Limitació postural_Tipus
Variable	10005476.10002714.10008043.10019144	Índex de Barthel_Total
Variable	10005506.10016636.10002715.10016824.10003362	Índex de Karnofsky_Total
Variable	10005506.10016636.10020035.10016824.10012620	Escala ECOG_Total
Variable	10005506.10005511.10023548.10016818.10012620	Escala FRAIL_Total
Variable	10005540.10004712.10016813.10003054	Tensió arterial sistòlica
Variable	10005540.10004662.10016813.10003054	Tensió arterial diastòlica
Variable	10007444.10002391.10003678	Freqüència cardíaca
Variable	10005549.10002393.10003959	Freqüència respiratòria
Variable	10005549.10004051.10016808.10003362	Saturació d'oxigen
Variable	10005560.10016826.10002488	Temperatura corporal
Variable	10001524.10016824.10004930	Dolor_Intensitat (EVA)
Variable	10019850.10016825.10021593	Signes vitals_Posició durant la presa
Variable	10021345.10022277.10019974.10020060	Circumstàncies personals recents (EQN)

Figura 17. Exemple del contingut d' un esquema de valoració amb ATIC: Alimentació, nutrició i metabolisme.

Nutrició i metabolisme		
Categoria	10008637	<i>Nutrició i Metabolisme</i>
Component	10005611	<i>Nutricional Metabòlic</i>
Metaconcepte	10020156	<i>Antropometria i Constitució</i>
Variable	10005506.10000511.10016804.10018966	Constitució corporal_Aspecte
Variable	10000511.10006853.10003409.10003707	Pes corporal
Variable	10000511.10004664.10016812.10000780	Talla (cm)
Variable	10000511.10003639.10003409.10019176	Índex de massa corporal
Variable	10000511.10009174.10019214.10000780	Perímetre de la cintura (cm)
Variable	10000511.10008400.10019214.10000780	Perímetre abdominal (cm)
Variable	10000511.10002959.10019214.10000780	Perímetre del maluc (cm)
Variable	10000511.10009174.10002959.10016806.10000780	Índex cintura-maluc (cm)
Variable	10005674.10006853.10017638.10016822.10003707	Augment de pes involuntari recent (Kg)
Variable	10005674.10006853.10003374.10016822.10003707	Pèrdua de pes involuntària recent (Kg)
Variable	10005674.10006853.10003374.10016822.10003362	Pèrdua de pes involuntària recent (%)
Metaconcepte	10012099	<i>Ingesta d'aigua i aliments</i>
Variable	10005525.10006858.10018447.10020881	Gana_Característiques
Variable	10005525.10006858.10017637.10016824.10011658	Canvis recents en la gana_Intensitat (EQO)
Variable	10005490.10005525.10018447.10020881	Conducta alimentària_Manifestacions
Variable	10005547.10018474.10007619.10016804.10008855	Aversions alimentàries_Tipus
Variable	10005525.10006706.10016804.10020407	Aliments restringits_Tipus
Variable	10005674.10005525.10001353.10015229.1001	Nombre de menjars al dia
Variable	10005674.10005525.10004010.10015229.10009027	Completa tots els àpats_N dies/setmana
Variable	10005525.10022277.10016804.10020407	Ingesta d'aliments recents_Tipus
Variable	10019986.10005525.10019164.10012605	Dieta o ingesta oral_Tolerància (S/N*)
Variable	10005674.10005525.10001357.10008798.10001356	Dies sense ingesta
Variable	10006849.10000088.10006451.10016822.10019182	Ingesta estimada d'aigua_Quantitat (mL/dia)
Variable	10006849.10005002.10016822.10003052	Aportació líquida oral (mL)
Variable	10005674.10005525.10019555.10019980.10012925	Alimentació, hidratació i ingesta_Preferències
Variable	10005674.10005525.10020377.10016804.10020407	Ingesta complementària_Tipus (EQN)
Metaconcepte	10020154	<i>Nutrició</i>
Variable	10005525.10022258.10016804.10018904	Patró d'alimentació o dieta habitual_Tipus
Variable	10005674.10005525.10017802.10016822.10003362	Ingesta estimada de proteïnes (%)
Variable	10005674.10005525.10017803.10016822.10003362	Ingesta estimada de greixos (%)
Variable	10005674.10005525.10017804.10016822.10003362	Ingesta estimada de carbohidrats (%)
Variable	10005674.10005525.10004010.10015229.10009027	Completa tots els àpats_N dies/setmana

Variable	10005674.10005525.10001353.10015229.10014795	Nombre de menjars al dia
Variable	10019172.10017634.10016808.10002482	Albúmina en sang venosa (g/dL)
Metaconcepte	10012549	Nutrició artificial
Variable	10005674.10003182.10016818.10012605	Nutrició enteral (S/N*)
Variable	10005674.10003187.10016818.10012605	Nutrició parenteral (S/N*)
Metaconcepte	10012102	Perfil metabòlic
Variable	10019174.10005517.10016808.10003051	Glucèmia capil·lar (mg/dL)
Variable	10019174.10021486.10016808.10003055	Cetonèmia capil·lar (mmol/L)
Variable	10019172.10012909.10013341.10016808.10003051	Colesterol HDL (mg/dL)
Variable	10019172.10012909.10013340.10016808.10003051	Colesterol LDL (mg/dL)
Variable	10019172.10012909.10016808.10003051	Colesterol total (mg/dL)
Variable	10019172.10017803.10017739.10016808.10003051	Triglicèrids (mg/dL)
Metaconcepte	10012100	Tracte digestiu superior
Variable	10005515.10021995.10016802.10021985	Masticació_Característiques
Variable	10018922.10007389.10016823.10012040	Reflex deglutori (+/-)
Variable	10005515.10019481.10016802.10021985	Deglució_Característiques
Categoria	10008637	Nutrició i Metabolisme
Component	10005625	Autocura
Metaconcepte	10012098	Activitats de la vida diària_Alimentar-se
Variable	10018166.10005476.10008043.10012897	Alimentar-se_Autonomia (EQO)
Variable	10018166.10005476.10008043.10022433	Alimentar-se_Autonomia (EQN)
Variable	10005674.10016804.10008058	Nutrició_Tipus d'administració

Els esquemes de valoració poden incloure consideracions de context, temporalitat, tipologia d'elements, àmbit de cures o d'altres, per crear una matriu de valoració holística de la persona atesa. Els esquemes de dades reflecteixen no només una orientació holística, sinó també els valors i actituds de la infermera en la cura de la persona, així com la participació del beneficiari de les cures en el seu procés de salut. Totes les dades obtingudes a la valoració són importants, però la seva prioritització contribueix a la formulació de les hipòtesis diagnòstiques.

P13. Què és una variable de valoració a ATIC?

Una **variable de valoració** és un concepte que agrupa de forma estructurada, una pregunta clínica i les seves opcions de resposta.

La formulació de la pregunta està implícita en la denominació o l'enunciat de la variable de valoració. Les opcions de resposta es troben o bé en les llistes de valors, o bé en els rangs de valors.

Metodològicament, la correcta formulació d'una pregunta clínica implica la consideració de: el fenomen d'interès, l'atribut que es vol mesurar, i l'escala o unitat de mesura que s'emprarà. També pot contenir altres elements relatius al subjecte o objecte d'interès, o altres aspectes temporals o contextuals. Així, per exemple, la pregunta implícita a la variable Temperatura corporal (°C) és: ***Quin és el valor en centígrads de la temperatura corporal de la persona atesa?***

El fenomen d'interès és la Temperatura del cos.

L'atribut a observar és la Temperatura.

La unitat de mesura emprada són els graus centígrads.

La pregunta implícita en la variable Conducta agressiva_Presència (0/1) és:

La persona atesa té una conducta agressiva? O bé, La persona atesa es mostra o es comporta de forma agressiva?

El fenomen d'interès és la Conducta agressiva

L'atribut a mesurar és la Presència o existència

L'escala de mesura és l'Escala binària (on 0 = No i 1 = Si).

P14. Quina diferència hi ha entre una unitat de mesura i una escala de mesura?

Una **unitat de mesura** és una referència de la magnitud d'una quantitat que, en general, s'estableix per acord internacional o bé, ve determinada per la llei. La principal referència internacional d'unitats de mesura és el Sistema Internacional d'Unitats. Per exemple, el pes és una magnitud física i el quilogram és una unitat de mesura del pes.

Tot i que hi poden haver excepcions, les variables quantitatives solen mesurar-se emprant unitats de mesura.

En l'exemple de la Temperatura corporal (°C), l'atribut Temperatura correspon a la magnitud que es vol mesurar i els graus centígrads són la unitat de mesura.

Les **escales de mesura** d'ATIC són conceptes que inclouen de forma abstracta una classificació o llistat de respostes a variables qualitatives.

Per exemple, l'Escala Qualitativa Nominal de Temperatura d'ATIC inclou com a possibles respostes de les variables que s'hi relacionen, valors com: Gelat, Extremadament fred, Molt fred, Fred, Lleument fred, etc...

Els valors provenen de conceptes allotjats en els eixos secundaris d'ATIC, o també poden assimilar elements moleculars i atòmics de l'eix Valoració. Tot i que hi pot haver excepcions, les variables qualitatives solen mesurar-se emprant escales de mesura.

En l'exemple anterior de la Variable Conducta agressiva_Presència (0/1), la propietat a mesurar és la presència o existència de la conducta i l'escala de mesura és una escala qualitativa nominal, que en aquest cas es representa numèricament, on 0 = No i 1 = Si.

P15. Per què les variables de valoració són els únics conceptes d'ATIC que es codifiquen de forma diferent a la resta d'elements?

Les **variables de valoració** d'ATIC són elements d'estructura conceptual composta per diversos elements, que descriuen característiques o qualitats de l'ésser humà, de l'entorn o de les cures a prestar, i el seu conjunt de valors, que permet avaluar o valorar un fenomen

i els seus diferents atributs. Aquestes característiques o qualitats poden fer referència a conductes, hàbits, capacitats, estats, signes, símptomes, o altres observacions estructurades.

A ATIC cada variable conté una pregunta i les seves opcions de resposta en forma de rang de valors numèrics o de llista de valors qualitius.

Les variables de valoració d'ATIC s'estructuren com a mínim amb un focus o fenomen d'interès, un atribut i una escala o unitat de mesura (Figura 18).

Figura 18. Contingut mínim d'una variable

Variable	Alimentar-se_Autonomia (EQN)	10018166.10005476.10008043.10022433
Focus	Activitats de la vida diària_Alimentació	10018166
Atribut	Autonomia i capacitat funcional	10008043
Escala de mesura	Escala qualitativa nominal d'autonomia, capacitat funcional i transferències	10022433

Aquesta estructura conceptual composta de les variables de valoració es representa en el seu codi.

Tots els conceptes d'ATIC tenen un codi acontextual i unívoc de 8 dígits, excepte les variables el codi unívoc de les quals es construeix mitjançant la concatenació dels codis de 8 dígits dels elements que componen la variable.

Per exemple, el codi de la variable, 10019174.10005517.10016808.10003051 Glucèmia capil·lar (mg/dL)

està format pels codis dels elements:

10019174	Sang capil·lar	[Focus]
10005517	Glucosa en líquid o teixit orgànic	[Focus]

10016808	Densitat, concentració o consistència	[Atribut]
10003051	Mil·ligrams per decilitre	[Unitat de mesura]

P16. Quins tipus de variables conté ATIC?

ATIC conté diferents tipologies de variables de valoració en funció de la seva escala de mesurament, i es classifiquen en:

1. Qualitatives nominals
2. Qualitatives ordinals
3. Quantitatives discretes
4. Quantitatives contínues
5. Altres tipus de variables.

P17. Què són les variables qualitatives nominals?

Les **variables qualitatives nominals** són variables l'escala de mesura de les quals és qualitativa (no quantitativa), i la seva llista de valors o opcions de resposta conté expressions semàntiques, que en ocasions poden expressar-se numèricament, tot i que el més habitual és que siguin expressions terminològiques en forma de descriptors o conjunts de paraules que designen conceptes.

A ATIC, les **variables qualitatives nominals** plantegen preguntes les respostes de les quals expressen el seu contingut (llista de valors o opcions de resposta) mitjançant conceptes com paràmetres (elements atòmics i moleculars de l'eix Valoració), judicis descriptius, localitzacions anatòmiques, o d'altres elements codificats dels eixos secundaris de la Terminologia. (Figura 19).

La llista de valors o opcions de resposta d'una variable pot ser uniselecció o multiselecció. Això es defineix a través del comportament de la variable. Quan el comportament d'una variable s'identifica com a llista de valors uniselecció, en informar la variable a la pràctica el professional només podrà seleccionar una de les opcions de resposta. Quan el comportament de la variable es defineix com a llista de valors multiselecció, el professional podrà escollir diverses opcions de resposta.

Les opcions de resposta a les llistes es presenten en ordre alfabètic.

Figura 19. Exemple de variable qualitativa nominal ATIC

Variable	Alimentar-se_Autonomia (EQN) 10018166.10005476.10008043.10022433
Definició	Judici descriptiu resultant de la valoració dels paràmetres relatius a l' autonomia o capacitat funcional per a l'autocura, en les activitats d' alimentació bàsiques de la persona atesa.
Dimensió	Ser autònom
Categoria	Nutrició i Metabolisme
Component	Autocura
Metaconcepte	Activitats de la vida diària_Alimentar-se
Llista de respostes	
10000433	Autònom/a per a les activitats d'alimentació
10000490	Beu d'un vas o tassa
10003035	Menja per si mateix/a
10001400	Dificultat lleu per a l'alimentació
10001396	Dificultat extrema per a l'alimentació
10001470	Disposa de cuidador/a per a les activitats d'alimentació
10022212	En sedestació, no sosté el cap
10001870	En sedestació, sosté el cap
10002212	Expulsió involuntària d'aliments fora de la boca
10002687	Incapacitat per a l'alimentació
10003013	Masticació funcional
10024162	No pot acostar les seves mans a la cara
10024159	No pot acostar un vas a la boca
10024082	No pot agafar objectes amb les mans
10024079	No pot tallar el menjar
10023487	No pot mastegar
10008866	Por o fòbia a ennuegar-se
10003947	Requereix estris d' alimentació adaptats
	...

* ECN = Escala qualitativa nominal

P18. Què són les variables qualitatives ordinals?

Les **variables qualitatives ordinals** plantegen preguntes les respostes de les quals expressen el seu contingut mitjançant conceptes que impliquen un ordre.

Generalment contenen descriptors o expressions, però poden també admetre conceptes numèrics (aràbics o romans), així com expressions simbòliques (per exemple: + = Positiu; - = Negatiu), per expressar les opcions de resposta o el resultat.

La figura 20 mostra un exemple d'una variable qualitativa ordinal d' ATIC.

Figura 20. Exemple de Variable qualitativa ordinal ATIC

Variable	Alimentar-se_Autonomia (EQO) 10018166.10005476.10008043.10012897
Definició	Judici descriptiu resultant de la valoració del grau d' autonomia o capacitat funcional per a l'autocura, en les activitats d' alimentació bàsiques de la persona atesa.
Dimensió	Ser autònom
Categoria	Nutrició i Metabolisme
Component	Autocura
Metaconcepte	Activitats de la vida diària_Alimentar-se
Llista de respostes	
10005461	Independent
10012902	Autònom/a
10012901	Lleugerament dependent_Necessita ajut mínim o supervisió
10012900	Moderadament dependent_Necessita ajuda parcial
10012899	Dependent_Necessita ajut
10012898	Totalment dependent_Necessita suplència total
10012604	No procedeix
10012609	No valorable

P19. Què són les variables quantitatives discretes?

Les **variables quantitatives discretes** plantegen preguntes les respostes de les quals s'expressen numèricament, generalment amb números enters, i poden adoptar tots els valors dins d'un rang finit o només alguns d'ells.

Per exemple, el nombre de fills és una variable quantitativa discreta que pot admetre tots els valors dins d'un rang finit. Les seves opcions de resposta numèrica s'expressen amb nombre sencer, i el rang de valors (opcions de resposta) oscil·la de 0 (valor mínim = cap fill) a 40 (valor màxim = 40 fills).

Els valors del rang poden estar exagerats per admetre casos extrems.

La variable de la Figura 21 és de tipus quantitativa discreta i admet només determinats valors del rang.

Figura 21. Exemple de Variable quantitativa discreta ATIC

Variable	Alimentar-se_Autonomia (0/10)	10018166.10005476.10008043.10028405
Definició	Valor numèric equivalent al resultat de la valoració tricotòmica de l'autonomia o capacitat funcional en les activitats d'alimentació bàsiques, on 0 = Totalment dependent i 10 = Independent o Autònom/a. Pot emprar-se en la valoració de l'autonomia en les activitats de la vida diària en l'Índex de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965).	
Dimensió	Ser autònom	
Categoria	Nutrició i Metabolisme	
Component	Autocura	
Metaconcepte	Activitats de la vida diària_Alimentar-se	
Rang de valors	0 -10	
Normovalors	10	
Valors discrets admesos	0, 5, 10	

P20. Què són les variables quantitatives contínues?

Les variables quantitatives contínues plantegen preguntes les opcions de respostes de les quals s' expressen mitjançant números enters o decimals, que poden adoptar qualsevol valor dins d'un rang. Igual que les variables quantitatives discretes, a ATIC el rang, que representa el valor mínim i màxim de les opcions de resposta numèrica de la variable, pot estar exagerat per admetre valors extrems (Figura 22).

Figura 22. Exemple de Variable quantitativa contínua ATIC

Variable	Ingesta estimada d'aigua_Quantitat (mL/dia) 10006849.10000088.10006451.10016822.10019182
Definició	Valor numèric equivalent al resultat de la valoració subjectiva de la quantitat d' aigua, en mil·lilitres, que ingereix la persona atesa per dia.
Dimensió	Integralitat
Categoria	Homeòstasi i Eliminació
Component	Homeòstatic Excretor
Metaconcepte	Ingesta
Rang de valors	0 - 5000
Normovalors	1500 - 2500

A ATIC, totes les variables quantitatives, discretes i contínues presenten una proposta d'opcions de resposta amb un rang de valors mínim i màxim i un rang de normovalors. Els normovalors mínim i màxim suggereixen valors fisiològics o de normalitat. De la mateixa manera, els rangs de valors i normovalors es categoritzen en grups d'edat: adults, edat pediàtrica, nounats i edat geriàtrica. Els rangs de valors i normovalors d'adults estan sempre informats. En la resta dels grups d'edat, la proposta de rang pot estar informat o no, segons si aplica.

P21. Quins altres tipus de variables de valoració existeixen?

ATIC identifica altres tipus de variables com Data/Hora o variables de tipus interval.

Les variables Data/Hora responen a preguntes sobre la temporalitat concreta d'un esdeveniment. Per exemple, *En quina data o quin dia es va col·locar el catèter venós perifèric que porta la persona atesa?*

Les variables de tipus interval són variables especials, solen aparellar-se, i mesuren el valor inicial o mínim i el valor final o màxim d'un mateix aspecte. Aquest tipus de variables permeten establir la distància entre dos punts. Cadascun d'ells es presenta com una variable diferenciada.

P22. Quina és la diferència entre una variable i un paràmetre de valoració a ATIC?

Els paràmetres de valoració són elements que representen un sol concepte, mentre que una variable de valoració representa un concepte format per una pregunta i les seves opcions de resposta.

A nivell d'estructura de la terminologia, la principal diferència entre un paràmetre i una variable de valoració d'ATIC rau en el nivell conceptual de cadascun d'ells: els paràmetres són dades de valoració de nivell Atòmic o Molecular, mentre que les variables són elements de nivell Bàsic.

Els paràmetres de valoració són les dades de menor nivell d'abstracció de l'Eix Valoració, i s'empren essencialment per nodrir les llistes de valors de les variables qualitatives a través de les escales de mesura pròpies d'ATIC.

DIAGNÒSTIC

P23. Com es conceptualitza el diagnòstic infermer a ATIC?

L'àmbit de responsabilitat o àmbit competencial de les infermeres assistencials inclou de manera essencial: (1) la cura de la salut, la promoció de l'autonomia i la contribució a la defensa del dret a la salut de les persones, (2) la valoració, la detecció precoç, el diagnòstic i l'abordatge preventiu, terapèutic, rehabilitador o pal·liatiu de situacions o estats de salut canvians, (3) el suport a la persona en l'adherència a les recomanacions de cures i tractaments, (4) la contribució a garantir la seguretat i la continuïtat de les cures, i (5) la facilitació dels processos d'adaptació i afrontament al canvi en l'estat de salut o en processos vitals.

El diagnòstic infermer, com a segona fase del procés de prestació de cures, implica un exercici deliberatiu d'anàlisi i priorització de les dades de la valoració, de formulació d'hipòtesis diagnòstiques, el seu raonament i conclusió diagnòstica.

El diagnòstic infermer justifica la necessitat de cures infermeres professionals, respon a la pregunta *Per què cal que la infermera presti les cures a la persona atesa?* Així, l'objectiu del diagnòstic infermer és la identificació de situacions o problemes que requereixen intervenció infermera per optimitzar l'estat de salut i prevenir el deteriorament: en la salut, per a la seva preservació; en els estats de salut relativa, per prevenir la malaltia i procurar el restabliment de l'estat previ; en els estats de malaltia, per prevenir complicacions o la seva progressió, i promoure la recuperació o consecució del millor estat de salut i de qualitat de vida possible. Així mateix, en qualsevol de les circumstàncies anteriors, persegueix també promoure el benestar, i prevenir i pal·liar el sofriment humà.

En aquest context, i en base al marc teòric exposat en seccions anteriors, el diagnòstic infermer es conceptualitza a ATIC com **un judici clínic, o la conclusió de diversos judicis clínics, sobre l'estat de salut de l'individu (família o comunitat), i les conseqüències reals,**

possibles o de risc en les diferents dimensions de la persona i la seva integralitat, en el context del seu entorn i la seva experiència particular, i en l'àmbit de la responsabilitat professional infermera, que inclou també la corresponsabilitat amb el beneficiari de les cures, els seus cuidadors i/o amb altres professionals de la salut.

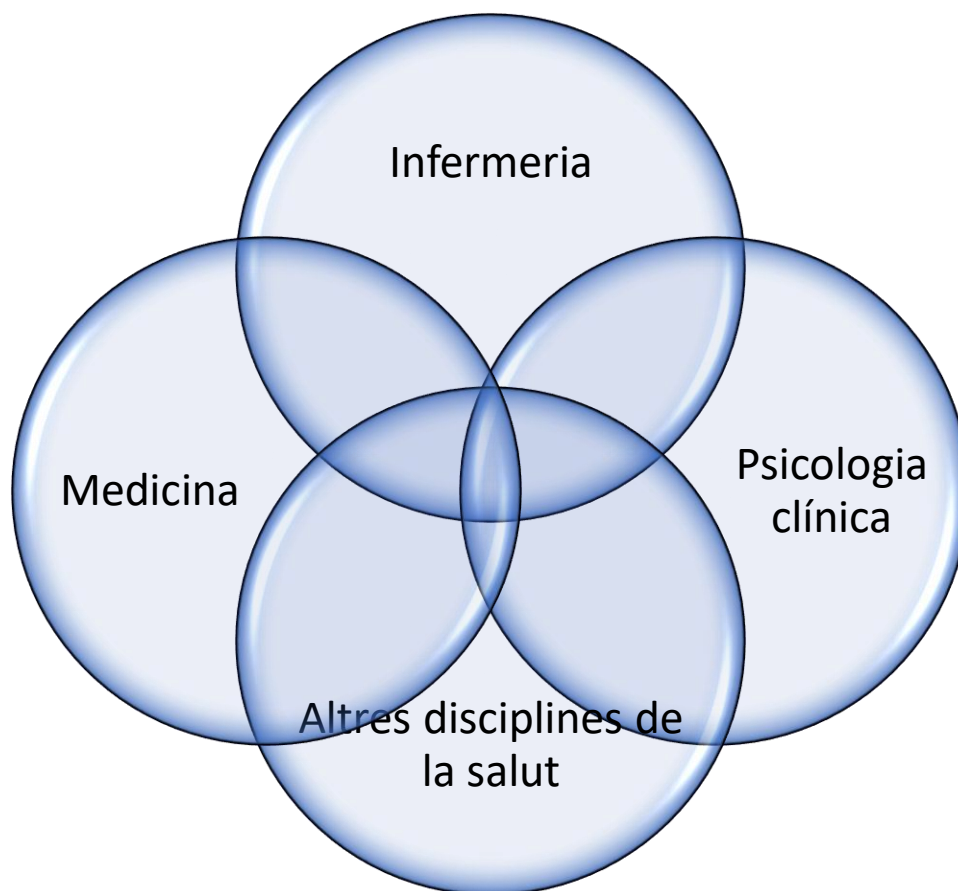
Cadascun dels conceptes diagnòstics d'ATIC és sotmès a un procés formal d'anàlisi de la producció científica infermera que contribueix a explicar per què aquella situació vital o problema de salut es pot considerar un diagnòstic infermer, tot i que en altres enfocaments teòrics s'inclouin com a problemes interdependents. A ATIC no es treballa sota l'enfocament del model Bifocal de L.J. Carpenito. La inclusió d'un diagnòstic en la terminologia ATIC es fa sota criteris d'evidència científica en termes de volum d'estudis científics publicats per infermeres sobre el fenomen o problema, el tipus de disseny d'aquests estudis i les àrees d'interès disciplinari des de les quals es produeixen aquestes evidències (Figura 23).

Figura 23. Exemple de diagnòstic infermer ATIC i resum de les evidències generades.

Diagnòstic	Temor al part	10000009
Definició	La dona embarassada i/o la seva parella experimenta una sensació d'inquietud intensa i aprensíó cap a la idea, la proximitat o la imminència del naixement. Les causes descrites de temor al part inclouen la tendència a l'ansietat o a una inadequada gestió de l'estrès, la manca de suport, la immaduresa emocional, la manca de coneixements, els antecedents de parts amb complicacions, la primiparitat, la desconfiança en l'equip assistencial, la manca de referències i les falses creences.	
Dimensió	Ser Conscient	
Categoria	Procés o resposta de defensa o adaptació	
Component	Adaptatiu Emocional	
Metaconcepte	Estat d'ànim; Embaràs	
Producció científica Volum	Abundant	
Producció científica Dissenys	Tipus 3: Analítics observacionals o experimentals, metaanàlisi o metasíntesi	
Producció científica Àrees	Cures maternoinfantils i pediàtriques, Cures de salut familiar i comunitària, Cures de Salut mental	

La prevenció, pal·liació o resolució dels diagnòstics pot dependre totalment o parcialment de la intervenció infermera (responsabilitat i corresponsabilitat) dins l'àmbit competencial de la Infermeria, que pot interseccionar amb àmbits competencials d'altres disciplines de la salut (Figura 24), tot i així, formen part pròpia de la disciplina, de ple dret, reconeguda legalment, i suportada en l'evidència científica. L'evidència científica que dona suport al diagnòstic determina el grau d'intersecció en la identificació i abordatge d'aquest problema o situació, entre les infermeres i altres professionals de la salut.

Figura 24. Abstracció d'àmbits competencials i interseccions.



P24. Quins elements donen suport a la formulació diagnòstica?

Els **elements que donen suport a la formulació i reflecteixen el raonament diagnòstic** es basen en les dades de valoració: factors de risc, factors causals o relacionats, factors de modificació, manifestacions i conductes indicadores de salut (paràmetres fisiològics o de normalitat), i manifestacions suggerents de problema de salut, malaltia, complicació o discapacitat (signes, símptomes, conductes erràtiques o disruptives).

Aquests elements han de constar registrats com a part de la valoració, per ser incorporats en la deliberació diagnòstica, però a la pràctica no necessàriament s'han d'explicitar en la representació de la formulació diagnòstica en el pla de cures de la persona, seguint l'esquema del **format PES** (Problema, Etiologia, Signes i Síntomes), **excepte** durant l'etapa d'aprenentatge dels exercicis de deliberació diagnòstica i d'adquisició de les habilitats de pensament o raonament crític.

Fins a completar l'adquisició de les competències bàsiques del currículum formatiu dels estudis de grau en Infermeria, és recomanable explicitar els elements que donen suport a la formulació diagnòstica. El format PES continua sent una eina de primer ordre en l'aprenentatge de la deliberació diagnòstica, però la seva rellevància acadèmica no s'hauria de traslladar linealment al registre de la prestació de cures a la pràctica assistencial professional.

El **diagnòstic diferencial** també forma part de procés deliberatiu sistemàtic previ a la conclusió diagnòstica. ATIC presenta una guia per al diagnòstic diferencial basada en habilitats cognitives d'alt nivell, principalment, anàlisi de conceptes i anàlisi lògic, suggerint relacions entre el concepte d'interès (diagnòstic que està sent considerat) conceptes

relacionats (diagnòstics en la mateixa esfera conceptual i clínica) i conceptes fronterers (diagnòstics molt similars, la diferència dels quals amb el diagnòstic inicialment considerat resideix en un atribut diferencial). (Figures 25 i 26)

Figures 25. Exemple 1 de diagnòstics relacionats: proposta de diagnòstic diferencial

En aquest cas de l' exemple, l'atribut diferencial entre una extravasació i una infiltració és el tipus de solució vessada en els teixits perivasculars.

Diagnòstic	Extravasació	10002222
Definició	La persona presenta un vessament de líquid o solució intravenosa cap a l'espai perivascular i/o el teixit intersticial subcutani amb potencial per provocar isquèmia i necrosi dels teixits. L'extravasació d'injeccions o perfusions intravenoses de determinats agents de quimioteràpia (vesicants), solucions de contrast, medicaments hiperosmolars (clorur potàssic, bicarbonat 1M), vasoactius (dopamina, dobutamina, adrenalina, noradrenalina) o amb pH extrem (aciclovir, fenitoïna), és la que sol tenir conseqüències més greus. La principal diferència entre el concepte d'extravasació i el d'infiltració és que el primer es refereix al vessament de solució vesicant (amb potencial per produir necrosi en el teixit) mentre que el segon implica el vessament de solució no vesicant. La infiltració de grans volums de solució pot provocar compressió nerviosa i síndrome compartimental agut.	
Dimensió	Ser Físic	
Categoria	Ferides, Lesions, Reconstruccions i Derivacions	
Component	Tegumentari	
Metaconcepte	Lesions	
Diagnòstics relacionats	Cremada química Risc de recurrència/progressió de la isquèmia perifèrica Reacció local a l'administració Infiltració	

Figures 26. Exemple 2 de diagnòstics relacionats: proposta de diagnòstic diferencial

Diagnòstic	Risc d' autolesió intencionada	10000426
Definició	La persona és vulnerable i/o presenta factors de risc de desenvolupar conductes autodestructives i dur a terme lesions deliberades, no letals, cap a si mateixa.	
Dimensió	Integralitat	
Categoria	Interacció o conducta disruptiva	
Component	Neurocomportamental	
Metaconcepte	Estrès i Càrrega al·lostàtica	
Diagnòstics relacionats	Desesperança Síndrome ansiosa-depressiva Risc de suïcidi Risc d' autolesió involuntària	

En aquest cas de l' exemple, l' atribut diferencial principal és la determinació de la intencionalitat i la magnitud de la intenció d' autolesió.

En qualsevol cas, és important recordar que la precisió en la formulació, deliberació i conclusió diagnòstica s'associa a la pràctica reflexiva i la progressió esperada en l'adquisició d'expertesa clínica al llarg de la vida professional. El diagnòstic no es limita a la memorització d'etiquetes o denominacions, sinó a la incorporació progressiva de conceptes (significats) i de les relacions entre ells, en l'anàlisi de les dades, la seva prioritització i contrast, la deliberació i formulació d'hipòtesis diagnòstiques en el context i la situació concreta de cada persona beneficiària de les cures.

P25. Com classifica ATIC els diagnòstics infermers?

ATIC inclou un sistema de **classificació diagnòstica** en base a criteris de potencialitat, prioritat, orientació i formulació, que permet organitzar o tipificar els diagnòstics infermers en categories de classificació.

El criteri de **potencialitat** indica l'existència real, potencial o probable del diagnòstic.

El diagnòstic **real** implica la **verificació** de l'existència de manifestacions, signes, símptomes o conductes indicadores del diagnòstic.

El diagnòstic de **risc** implica un augment de **probabilitat** en base a l'existència de factors de risc o de vulnerabilitat. Els factors de risc fan referència a la presència de variables objectives que determinen l'existència o la magnitud d' un perill o contingència. La vulnerabilitat implica la susceptibilitat d'estar afectat per una situació, relació, o factor intern o extern, malgrat l'absència de factors de risc objectius.

Els diagnòstics de risc que inclouen en la seva denominació els conceptes *recurrència* i/o *progressió* són indicadors de severitat de l'estat o de la resposta. La recurrència i la progressió impliquen l'existència d'una situació real que generalment ha diagnosticat un metge, en la qual la infermera infereix a partir de la valoració el risc de repetició de l'esdeveniment -recurrència- o d'agreujament de l'estat -progressió-.

La **sospita** diagnòstica implica **possibilitat d'existència del diagnòstic**, mentre s' obté més informació per a la seva verificació o descart (Figura 27).

Figura 27. Classificació dels diagnòstics ATIC en base a la seva potencialitat

Potencialitat	Definició	Exemple
Diagnòstics reals	Judici clínic sobre la presència d'un problema, situació o resposta evidenciada per diverses manifestacions, signes, símptomes o altres claus observables, mesurables o perceptibles.	Infecció urinària
Diagnòstics de risc	Judici clínic que deriva de la presència de factors de risc i/o vulnerabilitat. Factors de risc refereix a l'existència de variables objectives que estableixen la presència o magnitud d'una amenaça. Vulnerabilitat refereix a la susceptibilitat de ser afectat per una condició, element, situació, relació, interacció o influència, malgrat l'absència de factors de risc objectivables.	Risc d' infecció
Sospita diagnòstica	Judici clínic sobre la intuïció o orientació de la presència d'un problema, situació o resposta, a falta de més informació per a la seva verificació.	Sospita d'infecció transmissible per SARS-Cov-2 (COVID-19)

El criteri de **prioritat** estableix un nivell de severitat, gravetat, risc de complicacions greus o de mort, i suggereix una priorització dicotòmica entre el **diagnòstic principal** i els diagnòstics **secundaris** (Figura 28). Tots els diagnòstics són importants, però l'establiment de la priorització diagnòstica contribuirà a orientar la planificació i prestació d' intervencions de cures, per a la consecució dels resultats esperats.

La prevenció del deteriorament agut de l'estat de salut de la persona requereix que la infermera afronti el desafiament del diagnòstic diferencial i la priorització diagnòstica. Tal com van explicitar Henry & Walker el 2004, "Si les infermeres atorguen la mateixa importància als problemes greus que als problemes menors, no podran dedicar el temps que necessiten per resoldre aquells problemes que condueixen a la consecució dels resultats esperats globals".

El procés continu d'obtenció de dades a través de l'observació vigilant, la interacció freqüent amb la persona atesa, i el reconeixement i la interpretació de canvis en l'estat de

la persona, condueix la prioritització dels problemes amb l'objectiu d'evitar o frenar l'anomenada cascada de problemes (Vegeu Problemes en cascada, Pregunta 27).

Figura 28. Classificació dels diagnòstics ATIC en base a la seva prioritat

Prioritat	Definició
Diagnòstic principal	Judici clínic (o la conclusió de diversos judicis) sobre el problema o situació de la persona (família, grup o comunitat) que, per la seva afectació dimensional, gravetat, severitat i/o potencial per produir complicacions o actuar com a factor etiològic, d'alt risc o desencadenant d'altres problemes, genera la major necessitat de cures infermeres en termes d'immediatesa del seu abordatge, intensitat i/o complexitat. Les intervencions orientades a l'abordatge del diagnòstic principal poden també ser d'utilitat en la prestació de cures d'algun dels diagnòstics secundaris, però no s' haurien de repetir en el registre del pla de cures. El diagnòstic infermer principal s'empra en el sistema de classificació de pacients <i>Actute To Intensive Care</i> (ATIC) per determinar la intensitat de cures infermeres requerida.
Diagnòstics secundaris	Judici clínic (o la conclusió de diversos judicis) sobre el problema/s o situació de la persona (família, grup o comunitat) que coexisteixen amb el diagnòstic principal, des de la seva detecció o a posteriori, que generen necessitat de cura addicional.

El criteri de **formulació diagnòstica** (tipus de diagnòstic), es basa en els elements que cada diagnòstic combina en el seu descriptor, reflectint el concepte que hi subjau. (Figura 29).

Figura 29. Classificació dels diagnòstics ATIC segons la seva formulació

Formulació	Definició	Exemple
Diagnòstics descriptius	Judici clínic que inclou en la seva formulació l'explicitació d'un problema o situació de salut o de vida, real. És freqüent que identifiquin lesions, dolències, conductes o símptomes que requereixen control, així com situacions que requereixen atenció urgent.	Restrenyiment
Diagnòstics causals	Judici clínic que inclou en la seva formulació el problema o situació i el seu/s factors etiològics.	Sofriment per experiència propera a la mort
Diagnòstics predictius	Judici clínic predictor de probable evolució.	Risc d'ictus
Diagnòstics avaluatius	Judici clínic que contempla els canvis reals o potencials de l'estat de la persona, d'un punt en el temps al següent.	Risc de recurrència/progressió de la isquèmia perifèrica

El criteri d' **orientació** (classe de diagnòstic) s'associa a l'estructura del Model Ecològic de promoció de la salut i prevenció de malalties, complicacions i discapacitats, i a la idea que la salut està influïda per factors intrapersonals, interpersonals, institucionals, comunitaris, de polítiques públiques i determinants socials, per la qual cosa emfatitza especialment l'orientació preventiva (Figura 30).

Figura 30. Classificació dels diagnòstics ATIC en base a la seva orientació

Orientació	Definició	Exemple
Diagnòstics orientats a la vigilància i la prevenció primària	Judici clínic orientat a la detecció i control de factors de risc per a la salut o condicionants socials de la salut.	Sedentarisme
Diagnòstics orientats a la vigilància i la prevenció secundària	Judici clínic de cribratge i detecció precoç de malalties o complicacions, predictor de probable evolució si no es controlen els factors de risc.	Risc oncològic
Diagnòstics orientats a la vigilància i la prevenció terciària	Judici clínic orientat a situacions o problemes que requereixen seguiment (en presència de malaltia, situació crònica o de fragilitat) i estabilització en situacions de malaltia o situació aguda i subaguda.	Risc de recurrència/progressió de la infecció
Diagnòstics orientats a la vigilància i la prevenció quaternària	Judici clínic orientat a la prevenció de problemes evitables derivats l'atenció sanitària.	Risc de pneumònia associada a ventilació mecànica
Diagnòstics orientats a la vigilància i la prevenció crítica	Judici clínic orientat a la prevenció del deteriorament agut i del risc de mort imminent.	Risc de xoc cardiogènic
Diagnòstics orientats a l'autonomia	Judici clínic sobre l'estat i la capacitat de la persona d'escollir les seves pròpies opcions segons les seves conviccions, raonaments i objectius, en el context de la relació i interacció amb els altres, per la qual cosa també és autònom aquell que és capaç d'identificar i cooperar amb les persones (o elements) de qui depèn, en termes d'activitats de la vida diària, desenvolupament personal, voluntat i presa de decisions	Risc de claudicació familiar
Diagnòstics orientats a la salut, el benestar i el control de símptomes	Judici clínic sobre la necessitat de la persona de millorar el seu equilibri integral, el seu nivell de confort i alleujar el sofriment físic, emocional, social i/o espiritual.	Fatiga
Diagnòstics de lesions i dolències	Judici clínic sobre el dany a la integritat tissular localitzat, sense afectació sistèmica, o la presència d' indisposicions, afeccions físiques o malalties menors que s' autolimiten i tenen una afectació de la vida diària limitada en el temps.	Refredat comú
Diagnòstics d' actuació urgent	Judici clínic orientat a l' abordatge problemes de salut hiperaguts o situacions que impliquen una amenaça imminent per a la vida o la integritat de la persona.	Aturada cardiorrespiratòria
Diagnòstics orientats a la rehabilitació	Judici clínic orientat a la recuperació funcional física, conductual o psicoemocional, interaccional o integral.	Síndrome postUCI
Diagnòstics orientats a l'adaptació al medi o a les circumstàncies	Judici clínic sobre la capacitat adaptativa, els mecanismes i respostes d'afrontament, la gestió de l'estrès i de les relacions i interaccions amb hom mateix i amb l'entorn.	Risc de deteriorament de l'adaptació al nou estat de salut
Resultats adversos	Judici clínic sobre esdeveniments que produeixen resultats evolutius subòptims, que poden o no estar associats a la situació de salut o a la malaltia de base.	Fòbia parental a la febre

P26. Quines altres tipologies diagnòstiques hi ha a ATIC?

ATIC descriu també una tipologia específica de diagnòstics anomenada **diagnòstics d'agrupació (cluster)**, que es defineixen com: *el judici clínic sobre l'estat de la persona, que agrega un conjunt de problemes que comparteixen una etiologia comuna* (Figura 31).

Figura 31. Exemple de diagnòstic d'agrupació

Diagnòstic	Immaduresa fisiològica del nadó	10002673
Definició	El nadó presenta un conjunt de vulnerabilitats inherents, que impliquen processos d'adaptació, habituació, organització progressiva, i un desenvolupament orgànic, funcional i de maduració, preparat per adaptar-se a la vida extrauterina, que li permeten sobreviure, mantenir l'equilibri intern i interaccionar amb l'entorn.	
Dimensió	Integralitat	
Categoria	Procés o resposta de defensa o d'adaptació	
Component	Multicomponent	
Metaconcepte	Adaptació a la vida extrauterina	

La immaduresa fisiològica és l'estat natural de vulnerabilitat del nadó en l'adaptació progressiva a l'entorn extrauterí durant el primer mes de vida. Aquesta vulnerabilitat associada a la manca de maduresa natural implica múltiples riscos: distèrmia i hipotèrmia, infecció, hemorràgia, hiperbilirubinèmia, hipoglucèmia, deshidratació, broncoaspiració, hipoxèmia, fatiga respiratòria, alteracions del ritme cardíac i de la pressió arterial, i de desorganització neurocomportamental.

La immaduresa fisiològica difereix de la prematuritat. El nadó a terme té desenvolupats els mecanismes essencials d'adaptació a la vida extrauterina, el nadó prematur, no.

P27. Què són els problemes en cascada?

L'orientació eminentment **preventiva** d' ATIC, contempla la identificació de problemes en cascada en tots els nivells i àmbits de prestació de cures infermeres, des de l'atenció familiar i comunitària fins a les cures crítiques. Els problemes en cascada impliquen el desenvolupament d'una seqüència de complicacions, que incrementen progressivament de gravetat, desencadenades a partir d'un primer esdeveniment innoeu o d'una situació que a priori podria considerar-se de baix risc. Per això, ATIC proposa continguts sobre possibles complicacions i seqüències a considerar a partir d'un diagnòstic determinat (Figura 32).

Figura 32. Exemples de problemes en cascada

Diagnòstic	Restrenyiment	10003972
Definició	La persona experimenta una disminució de la freqüència i la quantitat d'evacuacions intestinals, amb emissió molesta, difícil o dolorosa de femta de consistència seca i endurida (que es correspon amb les categories 1,2 i 3 de la <i>Bristol Stool Scale</i>). En adults, l'evacuació de femta amb una freqüència inferior a tres vegades la setmana, es considera restrenyiment. Les causes més habituals són: l'aportació insuficient d'aigua, líquids i de fibra en la dieta, el sedentarisme, la falta de moviment, l'estrès, els viatges, el canvi de hàbit, i la percepció de necessitat de consumir laxants. També s'associa a l'embaràs i a trastorns digestius, metabòlics, psiquiàtrics, a l'administració de determinats medicaments, i la cirurgia abdominal o pèlvica.	
Dimensió	Ser físic	
Categoria	Estancament, col·lecció, bloqueig o retenció	
Component	Digestiu	
Metaconcepte	Gastrointestinal	
Problemes en cascada	Risc de recurrència/progressió de l'encefalopatia* Risc d'oclusió intestinal	

* Quan el restrenyiment es produeix en el context d'una cirrosi hepàtica.

P28. Què és el nivell d'especificitat?

L'**especificitat o granularitat** és el nivell d'abstracció conceptual d'un constructe. A major abstracció, menor especificitat i viceversa.

A la pràctica, les infermeres tenen cura de persones concretes en unes circumstàncies específiques, per la qual cosa el diagnòstic, així com la resta dels conceptes inclosos al pla de cures, hauria de tenir la major concreció o granularitat conceptual possible.

Els diagnòstics ATIC s'identifiquen amb un nivell d'especificitat alt, mig o baix, en funció de la seva granularitat. (Figura 33)

Els diagnòstics d'**alta especificitat** inclouen en la seva denominació múltiples especificacions (detalls) i en general, no requereixen afegir més informació.

Els diagnòstics d'**especificitat mitja** inclouen alguna especificació en la seva denominació, i admeten l'addició d'altres conceptes, mitjançant l'ús d'elements dels eixos secundaris d'ATIC.

Els diagnòstics de **baixa especificitat** són conceptes més abstractes i generals, propers al nivell d'abstracció d'un metaconcepte.

La granularitat o especificitat dels conceptes dels eixos principals d'ATIC contribueix a reduir o minimitzar els obstacles de l'ús de constructes abstractes a la pràctica; l'especificitat dels conceptes millora la seva compressió i ús perquè permet als professionals reflectir de manera més precisa els seus judicis clínics.

Figura 33. Exemples de diagnòstics amb diferents nivells d'especificitat

Diagnòstic	Definició	Especificitat	Abstracció
Ansietat 10000238	La persona experimenta un sentiment d'aprensió d'origen inespecífic, acompanyat d'una resposta del sistema nerviós autònom, davant la percepció d'una amenaça o l'anticipació d'un perill.	Baixa	Alta
Ansietat d'incertesa 10000241	La persona presenta un sentiment d'aprensió, d'intensitat variable, vinculat a la inseguretat del resultat, a l'espera de la informació o confirmació d'un esdeveniment, o la manca de precisió diagnòstica, pronòstica o de l'evolució o progressió de la malaltia o dels seus símptomes.	Mitjana	Mitjana
Ansietat d'incertesa familiar 10000242	El cuidador/a principal (un o més membres de la família) presenta un sentiment d'aprensió, d'intensitat variable, vinculat a la inseguretat del resultat, a l'espera de la informació o confirmació d'un esdeveniment, o la falta de precisió diagnòstica, pronòstica o de l'evolució o progressió de la malaltia o dels seus símptomes en el seu propparent.	Alta	Baixa

INTERVENCIONS

P29. Com es conceptualitzen les intervencions infermeres a ATIC?

A partir de la conceptualització interpretativa dels constructes metaparadigmàtics en la qual es fonamenta ATIC, una **intervenció** infermera es defineix com *la prescripció i realització d'una prestació infermera, que deriva del diagnòstic, i reflecteix l'abordatge per a la prevenció, resolució, rehabilitació o pal·liació del diagnòstic, i en conseqüència, l'obtenció d'un resultat de salut*. Aquestes indicacions de cures poden ser incloses al pla de cures proactivament per la pròpia infermera, a sol·licitud i pacte amb la persona atesa, el seu cuidador/a, o altres professionals de la salut.

Totes les **intervencions infermeres** d'ATIC inclouen en la seva definició l'objectiu a aconseguir. D'aquesta manera, ATIC fusiona intervencions i objectius en una única forma de representació (Figures 34 i 35).

Les intervencions infermeres no són descripcions detallades dels procediments d'execució d'una cura o procediment. Són conceptes relatius a prestacions que inclouen actuacions i accions cuidadores i règims de cures, la denominació de les quals explicita la cura a proporcionar per part de la infermera, de manera individual o conjunta amb altres professionals, per part de la pròpia persona, amb o sense ajuda de la infermera, o si escau, delegant la prestació de la cura a un tècnic en cures auxiliars d'infermeria (TCAI).

Figures 34 i 35. Exemples d'intervencions amb l'objectiu en la seva definició

Intervenció	Canvis posturals	10000606
Definició	Prevenir lesions neuromusculars, lesions per pressió i fricció, evitar contractures i deformitats, preservar la respiració i la circulació, reduir la pèrdua de to muscular, contribuir al control de les pressions internes, i afavorir la sensació de benestar, mitjançant l'assistència a la persona amb limitació, patològica o terapèutica, de la mobilitat, a modificar la posició del cos, mantenint l'alineació corporal o funcional, amb o sense dispositius de suport.	
Dimensió	Cures físiques	
Categoria	Activitat, Mobilització i Immobilització	
Component	Locomotor	
Metaconcepte	Mobilització assistida	

*En negreta es destaca la formulació de l'objectiu/s

Intervenció	Escolta activa	10002042
Definició	Establir una relació terapèutica, donar suport i ajudar la persona a canalitzar i expressar les seves preocupacions, inquietuds, pors, pensaments, opinions, percepcions, sensacions o sentiments, mitjançant una actitud empàtica i tècniques d'escolta atenta, assertiva i pausada, i avaluar el seu estat ànimo per identificar precoçment canvis o indicadors de deteriorament psicoemocional.	
Dimensió	Cures psicoemocionals	
Categoria	Comunicació i Interacció	
Component	Adaptatiu Emocional	
Metaconcepte	Relació terapèutica	

*En negreta es destaca la formulació de l'objectiu/s

Les intervencions permeten incloure especificacions estructurades amb elements moleculars i atòmics de l'Eix Intervenció i amb elements d'eixos secundaris (productes, condicions, etc.), que amplien la informació del que caracteritza la intervenció, informen sobre un aspecte a destacar, o que s'han de detallar per garantir la seguretat, qualitat i la continuïtat de les cures, o bé per raons normatives, ètiques, legals, o de cost-eficiència. La

infermera pot emprar les relacions entre elements proposades a ATIC o adequar-les en funció de la situació de cada persona atesa (Figura 36).

Figures 36. Exemple d'especificacions a una intervenció.

Intervenció	Acollida	10000031
Definició	Iniciar la relació terapèutica mitjançant la recepció de la persona, amb cordialitat i empatia segons correspongui al nivell de consciència i estat general, a l'àrea on se l'atendrà, ubicar-lo, acomodar-lo, informar-lo, valorar-lo i realitzar les cures inicials de seguretat i confort.	
Dimensió	Cures integrals	
Categoria	Context organitzatiu i Continuitat assistencial	
Component	Multicomponent	
Metaconcepte	Relació terapèutica	
Activitats relacionades	10001121 Cuidador principal: identificar 10000547 Polsera d'identificació: col·locar 10003225 Objectes personals: lliurar a la família 10001881 Entorn immediat: adaptar a les necessitats ...	

Les intervencions no s'han d'interpretar ni representen tasques a repartir entre professionals o torns. Són una representació conceptual de la prescripció de les cures a prestar a les persones sanes o malaltes. Per això s'han de planificar vinculades a un diagnòstic, i preferentment el registre de la seva execució s'ha d'il·lustrar mitjançant el resultat obtingut. Les intervencions, activitats i variables de resultat evolutiu s'han de planificar amb un esquema temporal lògic en termes de freqüència i durada. (Vegeu secció Pla de cures).

P30. Com es classifiquen les intervencions a ATIC?

Les intervencions infermeres d'ATIC es classifiquen en funció de la tipologia, la formació mínima necessària, el nivell de complexitat procedimental, i si escau, l' àmbit d'especialitat.

El **criteri de tipologia** fa referència quatre nivells de cures:

1. Cures generals i bàsiques
2. Cures especialitzades i intenses
3. Cures avançades per substitució
4. Cures avançades per extensió

Les **cures infermeres generals i bàsiques** es defineixen com el conjunt d'intervencions cuidadores basades en el diagnòstic infermer, que cobreixen la preservació, ajuda, suplència, educació o supervisió de la persona en les activitats de la vida diària, en el maneig de dispositius i teràpies de baix risc, així com, la promoció de la salut i del benestar integral.

Les **cures infermeres especialitzades** i intenses inclouen el conjunt d' intervencions cuidadores basades en el diagnòstic infermer, que cobreixen la preservació, ajuda, suplència, educació o supervisió de la persona en les activitats relatives a la prevenció de complicacions, l'abordatge de problemes de salut greus, o de situacions de vida complexes, i del maneig de dispositius i teràpies d'alt risc.

Les **cures avançades per substitució** impliquen prestacions que se situen en la intersecció entre l'àmbit competencial de la infermera i l'àmbit competencial d'altres professionals de la salut. Són una forma de pràctica avançada, per tant, requereixen un nivell d'especialitat o màster, així com una capacitació específica addicional, a més de l'acord del reconeixement de la intersecció competencial entre ambdós grups professionals.

Les **cures avançades per extensió** fan referència a noves prestacions que s'inclouen en l'àmbit competencial de la Infermeria especialista, amb capacitació específica addicional, que amplien o estenen la cartera de serveis propis.

La **formació** mínima recomanada s'informa a ATIC de forma estimativa en 3 categories principals i una categoria addicional. Les categories principals inclouen la formació bàsica (estudis de grau), la formació especialista (especialitat) o especialitzada (màster), i altres nivells formatius. La categoria addicional inclou la capacitació específica addicional.

El **nivell de complexitat procedimental** s'estableix de forma teòrica i acontextual en funció de la dificultat del procediment de cures a prestar, en tres nivells: baix, mig i alt.

Aquesta classificació en base a la complexitat procedimental no té una aplicació pràctica directa atès que, a la pràctica la complexitat estarà mediada per la situació i els atributs individuals de la persona atesa, l' expertesa clínica de la infermera i el context en què es presta la cura. (Vegeu P49).

Així, per exemple, l'*Escolta activa* pot categoritzar-se com una intervenció de Cures generals i bàsiques (Figura 37), que requereix un nivell formatiu bàsic (grau universitari) i que té un nivell de complexitat procedimental baix. Aquesta és la seva classificació teòrica. Però a la pràctica, en afegir context, per exemple, en la cura d' una persona amb discapacitat auditiva, hipoacúsia o sordesa, o en la cura d'una persona que no entén ni parla l'idioma, la intervenció adquireix un caire diferencial que marca un augment de la seva complexitat, requerint probablement combinar les tècniques d'escolta activa amb tècniques de comunicació augmentativa.

Figures 37. Tipologia d'intervenció, formació mínima i nivell de complexitat procedimental

Intervenció	Escolta activa	10002042
Definició	Establir una relació terapèutica, donar suport i ajudar la persona a canalitzar i expressar les seves preocupacions, inquietuds, pors, pensaments, opinions, percepcions, sensacions o sentiments, mitjançant tècniques d' escolta atenta, empàtica, pausada, i avaluar el seu estat anímic per identificar precoçment canvis o indicadors de deteriorament psicoemocional.	
Dimensió	Cures psicoemocionals	
Categoria	Comunicació i Interacció	
Component	Adaptatiu Emocional	
Metaconcepte	Relació terapèutica	
Tipus d' Intervenció	Cures bàsiques	
Formació mínima	Bàsica	
Nivell de complexitat procedimental	Baixa	

P31. Les intervencions ATIC es basen en l'evidència científica?

Igual que els diagnòstics, totes les intervencions de la terminologia ATIC es sotmeten periòdicament a revisió de la producció científica infermera relacionada, en termes de volum d'articles científics publicats en revistes indexades, tipus de dissenys dels estudis, i àrees d'interès disciplinar.

Figura 38. Exemple d'intervenció i resum de les evidències generades

Intervenció	Catèter venós perifèric curt: mantenir
Definició	Assegurar la integritat, el funcionament i la permeabilitat d'un accés al flux venós perifèric, per a obtenció de mostres de sang i administració de líquids, fàrmacs o hemoderivats, mitjançant la canalització d'una via de curta durada, de longitud inferior a 10 cm, habitualment a una vena de les extremitats superiors, i prevenir complicacions associades.
Dimensió	Cures físiques
Categoria	Maneig de dispositius
Component	Cardiocirculatori
Metaconcepte	Catèters
Producció científica Volum	Abundant
Producció científica Dissenys	Tipus 3_Analítics observacionals o experimentals, metaanàlisi i metasíntesi
Producció científica Àrees d' interès disciplinar	Cures medico-quirúrgiques Cures maternoinfantils i pediàtriques

L' anàlisi de la producció científica infermera sobre una intervenció no té una aplicació pràctica directa. La seva utilitat rau en el fet que contribueix a aportar informació en resposta a la pregunta *La infermera pot prescriure i/o realitzar aquesta intervenció?* En ocasions, les pròpies infermeres poden tenir dubtes sobre el que poden prescriure i fer. En intentar respondre a aquesta pregunta, és important recordar que la resposta pot nodrir-se de les evidències generades per la recerca infermera, i és molt recomanable considerar les qüestions legals, els aspectes relatius al context, la situació de la persona atesa, els

àmbits competencials i l'expertesa clínica de la infermera. De la mateixa manera, és aconsellable que la reflexió inclogui preguntar-se *Per què?* Preguntar-nos per què s'ha de prescriure o realitzar una intervenció, és una forma pràctica d'establir la relació entre la intervenció i el diagnòstic infermer.

P32. Quina és la diferència entre Intervenció i Activitat?

A nivell d'estructura de la Terminologia ATIC, les Intervencions són conceptes de nivell bàsic i les Activitats són conceptes de nivell molecular o atòmic. Les Activitats es relacionen jeràrquicament amb les Intervencions, essent les intervencions els elements de nivell superior.

Una Intervenció és una prescripció de cures mentre que una Activitat és una especificació que afegeix detall, context o informació a la Intervenció. Per exemple, a la Intervenció 10000984 *Control: diüresi*, es pot relacionar l'activitat 10000626 *Característiques: valorar*, indicant que, en realitzar la determinació quantitativa de la diüresi del pacient, es realitzi també la valoració qualitativa de les característiques de l'orina.

Les activitats són especificacions que permeten un registre dels elements essencials que caracteritzen la intervenció, que informen sobre un aspecte a destacar i que s'han de detallar per garantir la seguretat, la qualitat, la continuïtat de les cures o bé per motius normatius o legals.

P33. Què són les metaintervencions?

Una **metaintervenció** és un tipus d'element que actua com a agrupador pràctic de diverses intervencions.

Les metaintervencions tenen un nivell d'organització jeràrquica superior a les intervencions, i es conceptualitzen a ATIC com a pautes de cures vinculades a una situació, tractament o procediment clínic, no associat a un diagnòstic infermer, en la qual la infermera proporciona

ajuda, educació o suplència a la persona en la seva preparació, durant o després de la seva realització.

ATIC defineix el concepte de metaintervenció, però limita la seva inclusió a la terminologia, i recomana que les intervencions incloses al pla de cures de la persona atesa s'associïn als diagnòstics infermers que corresponguin, reservant l'ús de metaintervencions a alguns protocols d'actuació o tractament que requereixen cooperació multidisciplinària.

Si vostè utilitza ATIC a un sistema d'informació d'història clínica electrònica d'un proveïdor de serveis de salut, és possible que localitzi metaintervencions creades en el sistema a decisió i preferència del centre. Si empra altres sistemes de llenguatge, també pot trobar que s'inclouen metaintervencions.

Posem, per exemple, la representació al pla de cures de les cures de manteniment d'un accés venós. Des d'ATIC es recomana vincular les intervencions de cures del catèter venós incloent en el pla de cures el diagnòstic 1002476 Risc de disfunció del catèter venós o bé el diagnòstic 10018455 Risc de bacterièmia per catèter, en lloc de crear una metaintervenció "Catèter venós" que agrupi les intervencions de cures del dispositiu.

Atès que les cures dels accessos vasculars estan dins de l'àmbit de responsabilitat de les infermeres, i que existeixen diagnòstics ATIC amb evidència científica d'alta qualitat que dona suport a aquesta afirmació, metodològicament el correcte és relacionar les intervencions relatives als catèters venosos al diagnòstic que es decideixi incloure al pla de cures.

RESULTATS

P34. Com es conceptualitzen a ATIC els resultats?

La identificació dels **resultats** és un element del procés diagnòstic a partir de la valoració continuada de l'estat o l'evolució de la persona atesa. Els resultats només es poden determinar a partir d'haver completat com a mínim un primer cicle complet del procés infermer, ja que són el producte de la deliberació diagnòstica a partir de la valoració continuada o avaluació.

Els resultats infermers es defineixen a ATIC com a judicis clínics sobre l'evolució de l'estat de salut de la persona atesa un cop prestades les cures, això és, el conjunt d'efectes i conseqüències de la prestació de cures en la salut, autonomia i qualitat de vida de la persona atesa, o una meta de salut rellevant que s'aconsegueixen per la influència de la prestació de les cures infermeres.

La Terminologia ATIC no contempla un eix de resultats per separat, com passa a d'altres sistemes de llenguatge estandarditzats. Els **resultats s'inclouen com a part de la valoració i el diagnòstic**, ja que la seva identificació requereix, *sine qua non*, l'avaluació de l'evolució de la persona atesa i si escau, la formulació d'un nou judici diagnòstic.

Els resultats poden tenir una orientació evolutiva o finalista.

L'**orientació evolutiva** implica que es tracta d'un resultat intermedi, en progrés cap al resultat final esperat o previst. L'**orientació finalista** implica que el resultat és conclouent.

Depenent de la seva orientació finalista o evolutiva, a ATIC el resultat pot informar-se: (1) emetent un nou diagnòstic, (2) mitjançant l'especificació d'un diagnòstic existent afegint un element de judici, o (3) a través de la identificació de valors de les variables de valoració continuada relacionades.

Els **resultats poden associar-se** al diagnòstic o a una intervenció depenent del context on s'empren.

A ATIC es recomana associar directament variables de resultat evolutiu als diagnòstics, i reservar la relació a intervencions només en casos concrets o bé a preferència del professional (Figura 39). Poden emprar-se les variables de resultat evolutiu proposades a les ontologies d'ATIC i/o ajustar-se a criteri de la infermera responsable de la cura del pacient.

Les variables de valoració continuada permeten informar els resultats de forma dinàmica i àgil, per retroalimentar, si escau, l'actualització dels diagnòstics i intervencions al pla de cures de la persona atesa.

Figura 39. Exemple de resultat informat a través valor d'una variable

Diagnòstic	Ferida traumàtica	10002300
Definició	La persona presenta una lesió tissular aguda amb pèrdua de la solució de continuïtat de la pell, superficial o profunda (amb afectació de tendons, músculs, ossos, nervis o vasos), resultat d'una punció, tall, fricció, esclafament o arrencament.	
Dimensió	Ser físic	
Categoria	Ferides, Lesions, Reconstruccions i Derivacions	
Component	Tegumentari	
Metaconcepte	Ferides	
Variable relacionada	10005510.10002300.10016810.10014677 Ferida traumàtica_Estat	
Llista de valors de la variable*	10007211 Infectat/da	

* La llista de valors conté múltiples respostes possibles. En l'exemple, només es mostra el valor seleccionat per al resultat identificat.

D'altra banda, **resultats sensibles a la pràctica infermera** (RSPI) és el terme utilitzat internacionalment per determinar indicadors de resultats finalistes, que en general s'analitzen en el context de la gestió de la prestació de cures, i s'empren com a variables dependents o de resultat en múltiples estudis de recerca.

Els resultats sensibles a la pràctica infermera inclouen, per exemple, la mortalitat intrahospitalària, la mortalitat a 30 dies, els reingressos hospitalaris abans de 30 dies, la reconsulta a urgències, les infeccions adquirides a l'entorn sanitari, la fallida de rescat - *failure to rescue* - (mortalitat per complicacions evitables), o la fallida de manteniment – *failure to maintain* - (complicacions per omisió de cures bàsiques), les caigudes en el context sanitari o sociosanitari, o els esdeveniments adversos associats a l'ús de subjecció mecànica, entre d'altres.

L'obtenció de les dades necessàries per a la determinació dels RSPI depèn en gran mesura de la qualitat del registre de la valoració infermera, inicial i continuada, i del pla de cures de cada persona atesa.

PLA DE CURES

P35. Què és el pla de cures?

Igual que en d'altres països, a Espanya, la Llei 41/2002 reguladora de l'autonomia del pacient i dels drets i obligacions en matèria de documentació clínica, identifica el dret de la persona atesa al fet que quedi constància verídica de la informació relativa al seu procés assistencial a la història clínica, i entre d'altres elements, determina que ha de quedar registrat el pla de cures.

La tercera i quarta fase del procés infermer implica la confecció i execució del pla de cures a partir dels diagnòstics identificats i la seva prioritització.

El **pla de cures** o la planificació de les cures es recolza en la representació dels diagnòstics, les intervencions cuidadores, els resultats (variables de valoració continuada), així com el seu esquema temporal previst d'execució o consecució.

El pla de cures representa un pacte de prestació de cures entre la infermera i la persona atesa, i és una eina dinàmica que s'ha d'actualitzar en funció de l'evolució de l'estat de la persona.

El pla de cures no és llistat de tasques. És una representació, mental i escrita, de l'aplicació del procés de prestació de cures i els seus resultats; una eina de coneixement disciplinar que inclou el QUÈ es fa (intervencions), QUAN (programació temporal), QUI (infermera, TCAI, infermera especialista, la pròpia persona atesa, el seu cuidador/a, etc.), PER QUÈ (diagnòstic) i PER A QUÈ (objectius o resultats esperats en forma de variables de valoració). Aquests elements es representen en una jerarquia en la qual el pla de cures és l'element de major nivell, els diagnòstics representen el segon nivell jeràrquic, i les variables i intervencions el tercer nivell. Aquesta estructura jeràrquica pot tenir variacions, per exemple, una intervenció pot actuar com a element mare de variables i d'activitats. (Figura 40).

Els plans de cures fomenten la participació de la persona atesa i la seva família, sempre que la seva situació ho permet, contribueixen a la seguretat clínica en establir per escrit informació clínica rellevant de la prestació de cures i els seus resultats en la salut, i també faciliten la continuïtat de cures entre les diferents infermeres que tenen cura de la persona, i entre els diferents nivells assistencials.

De la mateixa manera, possibiliten disposar de dades de la prestació de cures i els seus resultats per a la generació d'indicadors de gestió de cures, per informar la presa de decisions a nivell assistencial i gestor, introduir estratègies de millora, i fer més visible l'impacte i l'aportació de les cures als resultats de salut de manera objectiva.

En funció del nivell poblacional al qual van dirigits, els plans de cures es categoritzen en dos tipus: el pla de cures personal i el pla de cures estandarditzat.

Figura 40. Jerarquia bàsica dels elements del pla de cures

Pla de cures	<i>Per què?</i>	<i>Què? Per a què?</i>	<i>Què? Per a què?</i>	<i>Cada quan?</i>	<i>Quan?</i>
Diagnòstic 1					
	Variable A			c/6h	6-12-18-24
	Variable B			c/6h	6-12-18-24
	Variable C			c/6h	6-12-18-24
	Variable D			c/8h	6-14-22
	Intervenció X			c/6h	6-12-18-24
		Variable J		c/6h	6-12-18-24
		Variable H		c/6h	6-12-18-24
	Intervenció Z			c/24h	10
		Variable K		c/24h	10
		Variable N		c/12h	9-21
	Intervenció I			Si precisa	
		Activitat T		Si precisa	
		Variable S		Si precisa	
Diagnòstic 2					
	Intervenció W			A la tarda	
		Activitat P		A la tarda	
		Variable J		A la tarda	
Diagnòstic 3					
	Intervenció P			c/48h	
		Variable Q		c/48h	
		Variable R		c/48h	

P36. Quina és la diferència entre un pla de cures personal, un pla de cures estandarditzat i un pla de cures individualitzat?

Els plans de cures com a representació de la prestació de cures i dels seus resultats, s'han d'emprar en qualsevol àmbit d'atenció infermera i en qualsevol tipus de beneficiari, des de l'atenció a nivell individual a l'atenció poblacional (Figura 39).

El **pla de cures personal** és aquell que resulta de la interpretació de les dades de valoració de la persona atesa, la identificació dels diagnòstics infermers i la determinació de les intervencions cuidadores per a l'obtenció dels resultats de salut d'una persona concreta, i no contempla l'ús d'un estàndard o protocol grupal o poblacional.

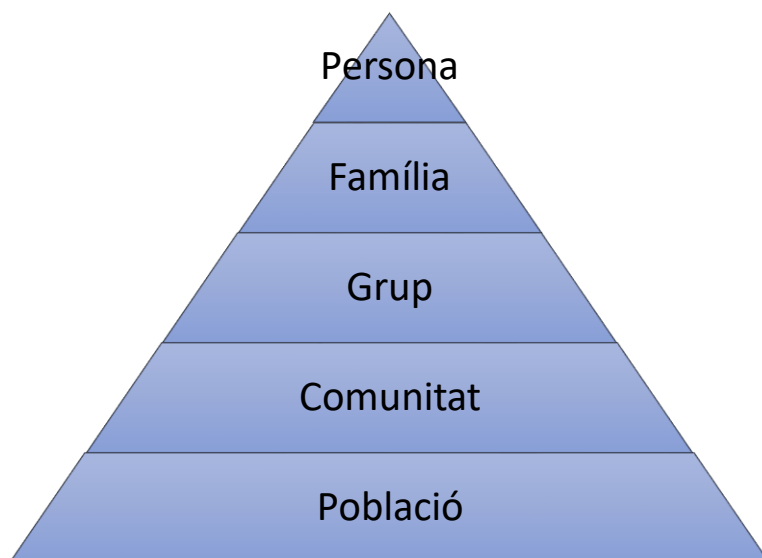
El **pla de cures estandarditzat** és aquell que es defineix en base a l'evidència científica i a processos de consens participat, a partir de la identificació del motiu d'atenció o d'ingrés d'un perfil de persones identificat amb mètodes epidemiològics. El motiu d'atenció i la identificació de la població diana són els elements clau per iniciar la definició d'un pla de cures estandarditzat. Aquests plans de cures normalitzats són el resultat dels processos d'establiment, harmonització i adopció de normes o recomanacions en el procés de prestació de cures a cada grup o perfil de persones que presenten una situació de salut o de vida determinada.

Els plans de cures estandarditzats són guies d'atenció grupals o poblacionals que inclouen els diagnòstics, intervencions i resultats esperats més habituals en aquesta població. L'aplicació correcta d'un pla de cures estandarditzat a nivell individual ha d'incloure l'ajust o individualització com a pas addicional, per convertir-lo en un pla individualitzat.

El **pla de cures individualitzat** és el resultat de l'aplicació d'un pla de cures estandarditzat a partir del motiu d'atenció, i ajustat a la situació i necessitats de la persona atesa, a través

de la modificació parcial dels seus continguts en funció de la valoració individual de la persona i del resultat de la deliberació diagnòstica.

Figura 41. Nivells de beneficiaris de les cures infermeres



INTEROPERABILITAT

P37. Què és la interoperabilitat semàntica?

El concepte d'**interoperabilitat** fa referència a la capacitat que tenen diversos sistemes, components o tecnologies de la informació per intercanviar dades i informació (interoperabilitat funcional) i d'utilitzar o reutilitzar aquest intercanvi considerant els significats dels conceptes (interoperabilitat semàntica).

La interoperabilitat entre sistemes requereix de llenguatges i procediments d'estandardització i harmonització: estàndards de llenguatges tecnològics, com el llenguatge de marques d'hipertext HTML7 o el llenguatge de consultes estructurades (SQL), arquitectures de programari, llenguatges clínics estandarditzats, estàndards de representació dels processos, inclòs el procés de prestació de cures, arquetips o patrons, i models de dades estandarditzats.

P38. Què són els llenguatges clínics estandarditzats?

Els vocabularis clínics estandarditzats són sistemes normalitzats de llenguatge relatiu a l'àmbit de la salut. Els vocabularis estandarditzats o controlats es classifiquen en dues tipologies principals: vocabularis de referència i vocabularis d'interfase.

Els vocabularis de referència inclouen nomenclatures i classificacions. Són sistemes de llenguatge que empen els mètodes taxonòmics per a la classificació o organització de termes. Les nomenclatures són sistemes terminològics basat en normes preestablertes, que permet la construcció de conceptes complexos, amb diferents nivells d'abstracció. La *Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms* (SNOMED CT) és un vocabulari de referència de tipus nomenclatura.

Els vocabularis estandarditzats de tipus Classificació són llenguatges de referència que representen una agregació sistemàtica de dades, jerarquitzada en grups o classes mútuament excloents, com per exemple la Classificació Estadística Internacional de Malalties i Problemes de Salut de l'Organització Mundial de la Salut (CIM-10), o la

Classificació Internacional de la Pràctica Infermera (CIPi o ICNP) de l'*International Nurses Council*.

Històricament, el principal objectiu de les Nomenclatures i les Classificacions ha estat ordenar el coneixement disciplinari i oferir una estructura terminològica per agregar elements, així com explotar dades per generar informació, essencialment per a la gestió.

D'altra banda, els vocabularis d'interfase, també anomenats llenguatges d'entrada o d'aplicació, i concretament les Terminologies d'interfase són llenguatges estandarditzats orientats a conceptes (significats), que empen expressions terminològiques properes al llenguatge natural dels professionals assistencials, amb un nivell d'especificitat dels seus conceptes major que el dels vocabularis de referència.

Històricament, l'objectiu de les Terminologies d'interfase ha estat facilitar la interacció entre el professional i els sistemes d'informació assistencial i contribuir a garantir la precisió de les dades, reduint el nivell d'abstracció dels conceptes. ATIC és un llenguatge d'interfase. Per a la construcció terminològica i ontològica dels conceptes a ATIC s'empen les tècniques d'anàlisi de conceptes, pre i postcoordinació, dissecció conceptual, i establiment d'equivalències amb els llenguatges de referència a través de les tècniques de mapatge.

P39. Què és l'anàlisi de conceptes?

L' **anàlisi de conceptes** és una metodologia qualitativa que comprèn un conjunt de tècniques que permeten examinar fenòmens i constructes d'interès disciplinar, orienten la clarificació conceptual mitjançant la generació de definicions operatives dels termes, i disminueixen l'ambigüitat per generar conceptes de major utilitat i precisió per al seu ús a la pràctica.

L'anàlisi de conceptes s'associa a dissenys de recerca en els quals s' examinen, determinen i clarifiquen els conceptes, els seus atributs, característiques, i relacions amb d'altres

conceptes. Tot i que existeixen diferents aproximacions metodològiques, totes elles parteixen del mètode descrit per Wilson en la dècada dels 60, que inclou 11 passos:

1. Aïllar les qüestions del concepte, plantejant preguntes de concepte, de fet i de valors.
2. Cercar respostes a les fonts primàries d'informació
3. Plantejar i analitzar un cas exemplar (concepte d'interès)
4. Plantejar i analitzar un cas contrari (concepte contrari)
5. Plantejar i analitzar un cas relacionat (conceptes relacionats)
6. Plantejar i analitzar un cas fronterer (concepte quasi-sinònims)
7. Plantejar i analitzar i cas inventat (concepte addicional opcional)
8. Analitzar el context social
9. Analitzar les emocions subjacents
10. Exposar els resultats pràctics
11. Exposar la definició operativa del concepte analitzat.

ATIC empra l'anàlisi de conceptes com a part de la seva construcció conceptual.

P40. Què són la preordinació i la postordinació?

La **preordinació** o enumeració és la representació d'un element mitjançant una expressió predefinida, amb codi d'identificació unívoc, la seva definició i la resta dels camps d'informació que el componen.

Per exemple, Dolor abdominal és un element compost per dues paraules el significat de les quals implica la presència o percepció de sensació dolorosa a la regió de l'abdomen referida per la persona que l'experimenta.

A efectes de dissecció conceptual, està format pel concepte *Dolor* que representa el problema i el concepte *Abdominal* que representa la seva localització.

L'usuari d'ATIC troba el concepte Dolor abdominal precoordinat, de manera que pot utilitzar directament un únic element (dolor abdominal) en lloc d'haver-ne d'utilitzar dos (dolor + abdominal).

La **postcoordinació** és la representació d'un element mitjançant la combinació de diversos conceptes de diferents eixos; la construcció d'un concepte mitjançant la suma de conceptes bàsics i conceptes moleculars o atòmics (conceptes kernel) de la terminologia o llenguatge. A ATIC, la postcoordinació permet a l'usuari combinar elements d'eixos principals i secundaris per afegir context a un element.

Per exemple, al concepte *Dolor abdominal* (precoordinat) l'usuari d'ATIC podria afegir l'element *Intens* (eix Judici), creant així l'expressió postcoordinada *Dolor abdominal intens*, en el registre d'història clínica de la persona atesa.

ATIC també utilitza la postcoordinació per establir equivalències conceptuals en el mapatge dels conceptes mitjançant un codi d'equivalència 1:1+Z (Vegeu pàg. 126)

En general, les classificacions com la CIM-10 contenen termes precoordinats sense possibilitat de postcoordinació. L'efecte de pretendre la màxima enumeració, o de voler contenir en un llenguatge el màxim nombre d'elements precoordinats, pot contribuir a obtenir major nivell d'especificitat dels conceptes, però alhora, incrementa exponencialment el nombre d'elements en el vocabulari, la qual cosa complica de forma significativa el seu manteniment, i incrementa el risc d'errors sistemàtics, especialment errors per duplicitat o multiplicitat d'un mateix concepte, amb diferents representacions terminològiques, diferents codis però igual significat.

ATIC, seguint les recomanacions internacionals, equilibra el contingut d'elements precoordinats i postcoordinats, per garantir una cobertura conceptual i una composició adequada (equilibri composicional). La recerca ha demostrat que les terminologies que

combinen pre i postcoordinació obtenen una major cobertura conceptual de l'àmbit o disciplina d'interès, i són més capaces de representar conceptes clínics de major utilitat i qualitat.

P41. Què és la dissecció conceptual?

La **dissecció conceptual** és un mètode d'anàlisi de conceptes que implica la divisió del concepte en les seves parts essencials, amb l' objectiu de contribuir a la interoperabilitat semàntica i a l'intercanvi de dades i informació entre diferents sistemes, mitjançant l'ús d'estructures categòriques.

Una estructura categòrica és un patró o model que conté categories d'agrupació i les relacions que s'estableixen entre elles. Aquestes relacions es denominen entitats categòriques o categories d' entitat, i venen definides per consens internacional a l'Estàndard ISO 18104: 2014.

La dissecció d'un concepte fins a les seves parts més atòmiques o essencials exposa cadascuna de les parts que construeixen el significat del terme o expressió i alhora, facilita la comparació entre conceptes i expressions terminològiques d'un sistema de llenguatge estandarditzat amb les d'altres vocabularis normalitzats, per la qual cosa també facilita el mapatge de conceptes entre diferents vocabularis estandarditzats.

ATIC proposa la dissecció conceptual progressiva dels elements dels tres eixos principals, emprant categories d' entitat. Actualment, presenta una proposta de dissecció dels conceptes de l'eix diagnòstic. La figura 42 mostra la proposta de dissecció del diagnòstic 10015981 *Activitat elèctrica sense pols*.

Figura 42. Exemple de Dissecció conceptual: Diagnòstic *Activitat elèctrica sense pols*.

Categoria d'entitat	Concepte ATIC	Eix ATIC
<i>hasFocus</i>	Activitat cardíaca	Eix Focus
<i>hasJudgement</i>	Dissociat/a	Eix Judici
<i>hasClinicalCourse</i>	Hiperagut/a	Eix Judici
<i>hasFinding</i>	Sense pols	Eix Judici
<i>hasFinding</i>	Pèrdua de consciència	Eix Valoració
<i>hasFinding</i>	Acrocianosi	Eix Valoració
<i>hasFinding</i>	Cianosi	Eix Valoració
<i>hasFinding</i>	Cianosi central	Eix Valoració
<i>hasFinding</i>	Cianosi labial o bucal	Eix Valoració
<i>hasFinding</i>	Desviació traqueal	Eix Valoració
<i>hasFinding</i>	Ritme sinusal	Eix Valoració
<i>hasFinding</i>	Taquiarítmia	Eix Valoració
<i>hasFinding</i>	Taquicàrdia	Eix Valoració
<i>hasFinding</i>	Temperatura corporal freda al tacte	Eix Valoració
<i>hasFinding</i>	Temperatura perifèrica freda al tacte	Eix Valoració
<i>hasFinding</i>	Turgència cutània escassa	Eix Valoració
<i>hasPotential</i>	Real	Eix Judici
<i>hasSubjectOfInformation</i>	Persona atesa	Eix Beneficiaris

P42. Què són els mapatges dels conceptes?

El **mapatge** (*mapping*) és un mètode sistemàtic d'establiment d'equivalències o correspondències entre els conceptes d'una terminologia i els d'un altre sistema de llenguatge.

Els **mapatges es realitzen a nivell conceptual**, és a dir, les equivalències s'estableixen en base a la similitud dels significats, no dels termes o expressions que denominen el concepte. El seu objectiu és facilitar l'harmonització semàntica i la comunicació entre diferents sistemes de llenguatge, intra o interdisciplinaris, i afavorir així no només la comunicació de dades entre sistemes d'informació, sinó també la comunicació i l'entesa entre els professionals de la salut que participen del procés d'atenció a les persones.

ATIC proposa un mapatge unidireccional dels seus diagnòstics a la Classificació Internacional de Malalties i Problemes de salut (CIM-10) de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), ja que és el sistema de classificació diagnòstica de més ús al món (Figura 32).

També proposa d'un mapatge unidireccional de tots els conceptes dels diferents eixos, principals i secundaris d'ATIC a la *Systematized Nomenclature of Medicine-Clinical Terms* (SNOMED-CT), ja que és la nomenclatura de referència reconeguda a nivell internacional per a les ciències de la salut.

Figura 43. Exemple de mapatge d'un diagnòstic ATIC a CIM-10

Diagnòstic	Síndrome vespertina	10022166
Definició	La persona amb demència presenta un conjunt de manifestacions neuroconductuals, amb exacerbació de la confusió i la inquietud psicomotriu, a partir de mitja tarda (o migdia depenent de la zona horària), associada a l'acumulació d'estímul externs no reconeixibles al llarg del dia.	
Dimensió	Integralitat	
Categoria	Distorsió perceptual o interpretativa	
Component	Neurocomportamental	
Metaconcepte	Estat mental	
Tipus d' equivalència	1: A	
Codi CIM-10	F05 Deliri a causa d'afecció fisiològica coneguda	

Font del codi CIM-10: eCIEmaps <https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/metabuscador.html>

En aquest exemple, es pot observar que el diagnòstic ATIC *Síndrome vespertina* troba una equivalència conceptual a CIM-10 anomenada *Deliri a causa d'afecció fisiològica coneguda*. Aquesta equivalència conceptual s'identifica en el procés de mapatge com un tipus d'equivalència 1:A indicant que es tracta no d'una equivalència conceptual idèntica (conceptes amb el mateix significat, encara que la seva expressió sigui diferent), sinó d'una equivalència relativa ja que el concepte a la CIM-10 és més ampli i abstracte.

P43. Com s'estableixen les equivalències en els mapatges de conceptes?

La correcta realització d'un **mapatge** entre els elements de dos sistemes de llenguatge implica l'establiment d'**equivalències conceptuais**.

Per a l'establiment d'aquestes equivalències és útil considerar les tècniques d'anàlisi de conceptes, tenint en compte el concepte (significat del terme) a mapar, el seu contrari, els seus constructes relacionats i fronterers (quasi-sinònims), així com la dissecció conceptual, i aspectes de context i estructura, com el nivell d'especificitat de l'element.

El mapatge implica l'ús del sistema normalitzat internacional de tipologies o codis per a l'establiment d'equivalències semàntiques o conceptuais que inclouen els següents:

1:1 = equivalent idèntic

1:0 = equivalent nul

1:A = equivalent més abstracte

1:E = equivalent més específic

1:N = múltiples equivalents

N:1 = diversos a un equivalent

ATIC inclou addicionalment dos codis d'equivalència conceptual:

1x:1y = equivalent amb diferència de classificació

1:1+Z = equivalent amb postcoordinació

El significat de cadascun d'aquests codis d'equivalència s'explica a les pàgines següents.

1: 1 és el codi que indica que el concepte existeix a la terminologia ATIC i troba equivalent conceptual idèntic al vocabulari de referència SNOMED-CT o CIM-10.

L'equivalència s'estableix pel significat, no pel terme o la forma d'expressió o denominació.

Per exemple:

Figura 44. Exemples de mapatge d'un concepte ATIC amb equivalència 1: 1

Codi ATIC	Concepte ATIC	Equivalència	Codi SNOMED-CT	Concepte SNOMED-CT
10000890	Conducta desinhibida	1:1	247973004	Conducta desinhibida (troballa)

En aquest cas, l'equivalència és idèntica tant terminològicament com conceptualment.

Font del codi SNOMED-CT: <https://snomedsns.es/>

Figura 45. Exemples de mapatge d'un concepte ATIC amb equivalència 1: 1

Codi ATIC	Concepte ATIC	Equivalència	Codi SNOMED-CT	Concepte SNOMED-CT
10021877	Conducta agressiva passiva	1:1	286679006	Agressió passiva – mecanisme de defensa psicològic (troballa)

En aquest cas, l'equivalència és idèntica conceptualment, encara que la seva expressió terminològica sigui diferent.

Font del codi SNOMED-CT: <https://snomedsns.es/>

L'equivalència **1: A** implica que el concepte existeix a ATIC i no existeix idèntic al vocabulari de referència, però troba un equivalent més abstracte.

Figura 46. Exemple de mapatge d'un concepte ATIC amb equivalència 1:A

Codi ATIC	Concepte ATIC	Equivalència	Codi SNOMED-CT	Concepte SNOMED-CT
10007533	Conducta assertiva	1: A	844005	Troballa relacionada amb la conducta

El concepte de Conducta assertiva no existeix explícitament en el vocabulari de referència, però hi ha un concepte relacionat més abstracte.

Font del codi SNOMED-CT: <https://snomedsns.es/>

Equivalència 1: 0 implica que el concepte existeix a ATIC i NO té equivalent conceptual al vocabulari de referència.

Equivalència 1: E

El concepte existeix a ATIC i troba un equivalent més específic al vocabulari de referència.

Equivalència 1: N El concepte existeix a ATIC i troba múltiples equivalents al vocabulari de referència.

Equivalència N: 1

Existeixen diversos conceptes a ATIC que equivalen a un únic concepte al vocabulari de referència.

P44. Quins altres codis d'equivalència conceptual es fan servir?

L' **equivalència 1x: 1y** es crea a ATIC per indicar aquelles situacions en què el concepte existeix a ATIC i troba equivalent conceptual que a priori és idèntic al vocabulari de referència, però està classificat o tipificat de forma diferent. Aquesta diferència en la

classificació o tipificació del concepte pot tenir implicacions de major o menor impacte a la pràctica.

Figura 47. Exemple de mapatge d'un concepte ATIC amb equivalència 1x:1y

Codi ATIC	Concepte ATIC	Equivalència	Codi SNOMED-CT	Concepte SNOMED-CT
10000583	Risc de caigudes	1x:1y	129839007	Amb major risc de caigudes (troballa)

Font del codi SNOMED-CT: <https://snomedsns.es/>

A ATIC l'element 10000583 Risc de caigudes es classifica com un concepte diagnòstic. Al vocabulari de referència SNOMED-CT està classificat com una troballa. Tot i que el concepte és idèntic en el seu significat, aquesta divergència en la tipificació o classificació de l'element implica que el vocabulari de referència considera el diagnòstic infermer equivalent a una troballa de valoració.

A efectes de la representació del diagnòstic infermer en els sistemes d'HCE, aquesta tipificació alteraria la jerarquia dels elements al pla de cures.

A efectes generals, el codi 1x:1y és pràcticament idèntic al codi 1:1 però adverteix de l'existència d'aquesta diferència en la forma de situar el concepte en l'arquitectura del llenguatge.

De la mateixa manera, ATIC identifica les equivalències que es troben mitjançant la postcoordinació d'elements, amb el codi **1:1+Z**.

A efectes generals, aquest codi és pràcticament idèntic al codi d'equivalència 1:1, destacant que l'equivalència és idèntica quan s'aplica la postcoordinació; el concepte existeix a ATIC com a concepte precoordinat i troba equivalent en *sumar* dos o més elements del vocabulari de referència (Figura 48). L'ordre dels elements a postcoordinar pot alterar el

significat del concepte i en conseqüència, l' equivalència establerta. Això afecta principalment el mapatge de variables de valoració, diagnòstics i alguns altres elements.

Figura 48. Exemples de mapatge d'un concepte ATIC amb equivalència 1:1 + Z

Codi ATIC	Concepte ATIC	Equivalència	Codis SNOMED-CT	Conceptes SNOMED-CT
10016978	Sospita de peritonitis	1:1+Z	48661000 + 415684004	Peritonitis (trastorn) Sospita (qualificador)

Font del codi SNOMED-CT: <https://snomedsns.es/>

Finalment cal destacar que la proposta de mapatge dels conceptes ATIC als vocabularis de referència es regeix per una estratègia optimista (minimitzar el nombre d'equivalències 1:0). Així mateix, cal recordar que els vocabularis de referència no estan exempts de possibles errors, conceptes duplicats (un mateix significat representat per diverses expressions terminològiques amb diferents codis), i d'altres qüestions que poden condicionar l'establiment d'equivalències conceptuals mitjançant les tècniques de mapatge.

P45. Què és el model de dades d'ATIC?

Un model de dades és la representació abstracta de l'organització de conjunts de dades estructurades, l'estandardització de les seves relacions lògiques i limitacions o restriccions, la seva semàntica, comportament esperat i els seus fluxos, per a la seva representació als sistemes d'informació. Els models de dades han d'explicitar l'estructura de les dades i els seus atributs físics (tipus de camps requerits).

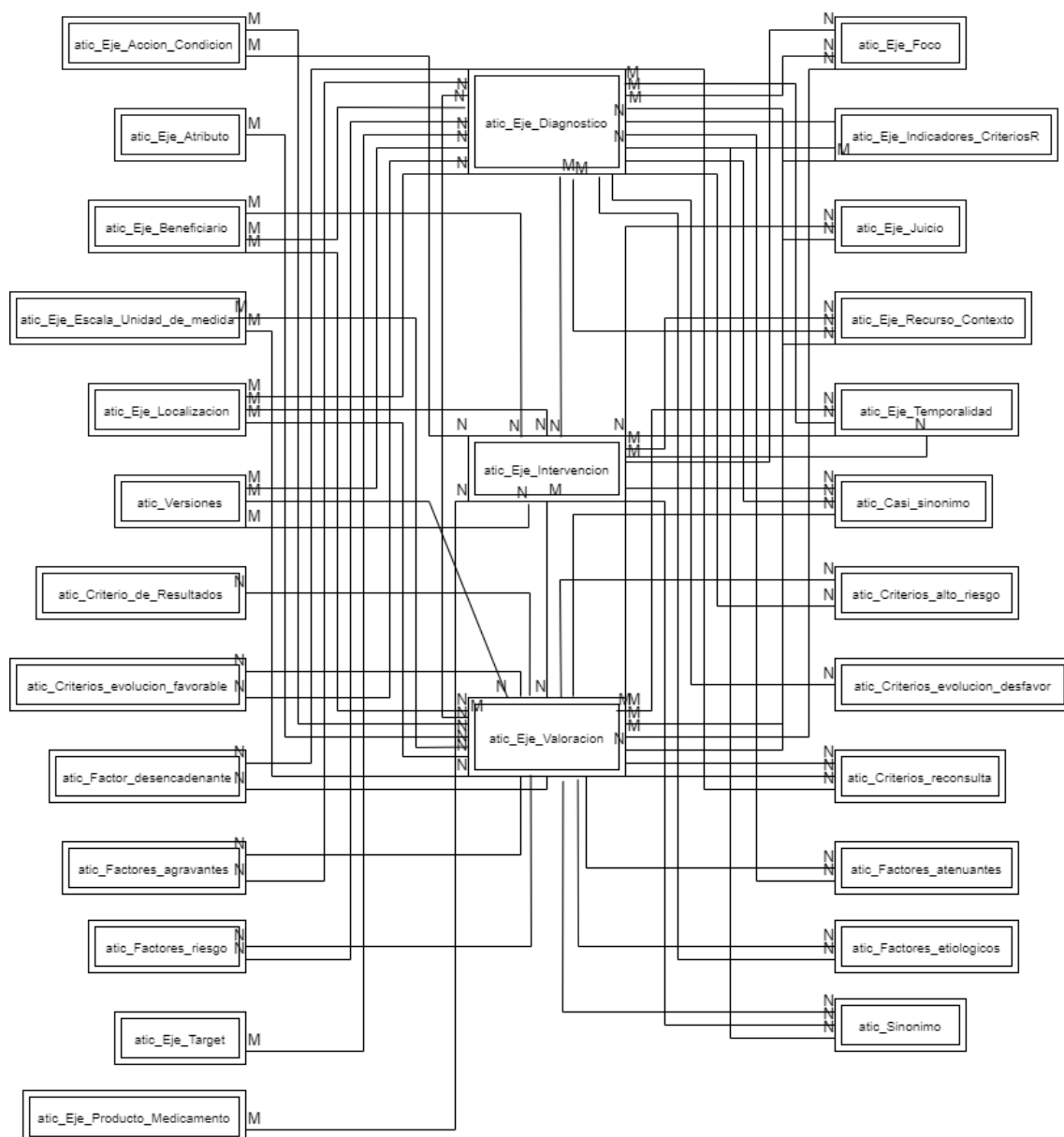
La interoperabilitat és la capacitat que tenen dos o més sistemes, components o tecnologies de la informació per intercanviar dades (interoperabilitat funcional) i reutilitzar-les en base al seu significat (interoperabilitat semàntica). Un dels elements clau per facilitar la interoperabilitat entre sistemes d'informació és l'establiment i l'harmonització d'estàndards tecnològics i clínics. La modelització de dades és un mètode d'estandardització tecnològica.

El model de dades d'ATIC utilitza un sistema estandarditzat que conforma un llenguatge relativament senzill a nivell informàtic, i es recolza en diagrames relacionals d'entitats, dissenyat per l'autora amb el suport d'enginyers i analistes de sistemes d'informació, per comunicar el coneixement que conté.

A efectes de traducció del model de dades per fer-lo comprensible al lector, la figura següent resumeix de forma molt simplificada una part del model.

La representació gràfica exemplificada del model de dades (Figura 49) mostra en la seva part central els tres eixos principals de la terminologia- valoració, diagnòstic i intervenció, i la multiplicitat de relacions ontològiques entre els elements d'aquests eixos amb els elements dels eixos secundaris i de la resta de taules, configurat un sistema terminològic i ontològic multidimensional complet per a la representació de la prestació de cures infermeres i els seus resultats en salut.

Figura 49. Exemplificació d'un model de dades ATIC (Peoplewalking. Prohibida la seva reproducció).



P46. Quins atributs físics conté el model de dades?

Els **atributs físics** del model de dades són els camps que defineixen l'element, la seva denominació i el tipus de camp que representa. A ATIC hi ha camps que són idèntics per a tots els eixos i altres que són específics d'un eix concret. Per exemple, els camps Codi, Element, Definició, o *Mostrar com*, són camps idèntics en tots els eixos (Figura 50).

La informació continguda en cada camp de cada concepte constitueix formalment el contingut complet en l'aspecte terminològic de cada element. Les relacions entre elements i camps d'elements estableixen les eines ontològiques d'ATIC.

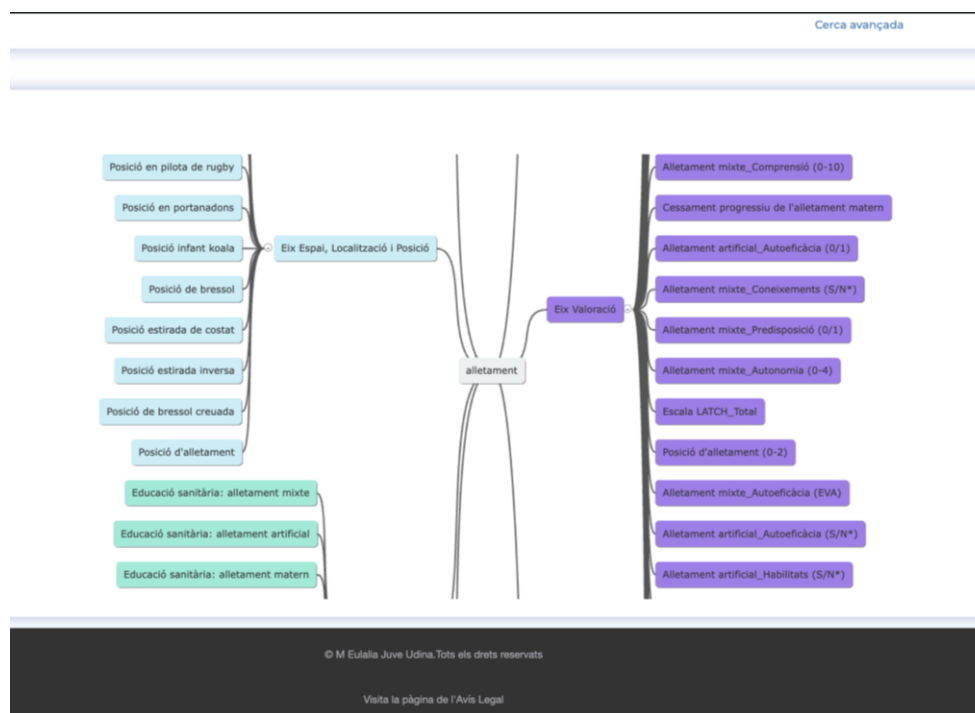
Figura 50. Exemplificació del model de dades: Alguns camps

Nom	Mostrar Etiqueta	Tipus
id	ID	id únic
name	Nom	Camp de Text
description	Descripció	Camp de Text
codi	Codi	Camp de Text
element	Element	Camp de Text
definicion	Definició	Camp de Text
mostrar_como	Mostrar com	Camp de Text
eix	Eix	Camp de Text
niveld_id	Nivell	Llista de Valors
preferenciad_id	Preferència	Llista de Valors
desús	Desús	Casella de Verificació
en_term	EN_Term	Camp de Text
en_term_view	EN_Term Mostrar com	Camp de Text
cat_term	CAT_Term	Camp de Text
cat_term_view	CAT_Term Mostrar com	Camp de Text
version_de_inclusion	Versió d' inclusió	Camp de Text
fecha_ultima_actualizacion	Data última actualització	Data i hora
fecha_supresion	Data supressió	Data i hora
conocimiento_asercional	Coneixement assercional	Àrea de Text

P47. Què són els mapes conceptuals d'ATIC?

Un mapa conceptual és una eina d'organització del coneixement mitjançant una representació esquemàtica gràfica sobre un concepte, la seva posició jeràrquica o estructural, que permet visualitzar i comprendre de forma ràpida relacions entre elements. ATIC genera de forma automàtica un mapa conceptual per a cada element de la terminologia, en funció de la cerca per paraula clau, identificant elements nadius, fronterers i relacionats (Figura 51).

Figura 51. Exemple Mapa conceptual ATIC sobre Alletament



Font: <http://aticcare.peoplewalking.com/>

Atès que l'estructura de la terminologia ATIC és matricial, no jeràrquica, els mapes conceptuals dels elements d'ATIC es generen amb representació de tipus Spider.

GESTIÓ DE LA PRESTACIÓ DE CURES

P48. Què és el model d'indicadors de gestió d'ATIC?

Els indicadors de gestió són eines de mesura o avaluació de la consecució d'objectius assistencials d'un equip, àrea, centre, organització o sistema sanitari i també, expressions o valors quantitius que expliquen l'estat i el comportament d'un procés i els seus resultats. Aquests valors poden comparar-se a un *gold* estàndard o magnitud de referència. Poden indicar alineació o desviacions del comportament esperat, la qual cosa permet planificar i dur a terme accions de millora.

Els indicadors s'utilitzen per informar i orientar la presa de decisions en la direcció i gestió de la prestació de cures.

El **model d'indicadors de gestió** d'ATIC és un sistema per a l'explotació de les dades generades en el procés de prestació de cures, que s'articula en 4 dimensions:

1. Activitat
2. Seguretat i Continuitat
3. Qualitat i Valor afegit
4. Productivitat i Eficiència

Cada dimensió s'estructura en diverses categories que contenen indicadors i dades relacionades (Figura 52).

La dimensió **Activitat** conté indicadors relatius a nombre de persones ateses, episodis de cures, fluxos de pacients i tipologies de cures prestades.

La dimensió **Seguretat i Continuitat** conté indicadors de procés i resultat en la prevenció i control de: la infecció, de complicacions nutricionals, del deteriorament agut i les complicacions crítiques, de ferides i lesions, d'aspectes psicoemocionals, entre d'altres. També inclou indicadors relatius a l'administració de teràpies i continuïtat de cures.

La dimensió de **Qualitat i Valor afegit** conté indicadors de promoció de la salut i l' autonomia, atenció a la família, benestar i control de símptomes. Inclou també indicadors de qualitat dels registres.

La dimensió de **Productivitat i Eficiència** presenta indicadors de plantilla (*staffing*), context organitzatiu, i *case-mix* en termes de complexitat de cures i intensitat de cures.

Figura 52. Esquema bàsic del Model de gestió de la prestació de cures

Dimensió	Categoria
Activitat	Episodis de cures Fluxos i mobilitat organitzativa Característiques demogràfiques Tipologia de cures
Seguretat i Continuitat	Prevenció i control de la infecció Prevenció i control de complicacions crítiques Prevenció i control del deteriorament Prevenció i control de complicacions nutricionals Prevenció i control de problemes psicoemocionals Prevenció i cura de ferides, lesions i derivacions Administració de medicaments i teràpies Continuitat de cures
Qualitat i Valor afegit	Benestar i control de símptomes Promoció de la salut i l'autonomia Atenció a la família Adequació d'estàndards i qualitat de registres
Productivitat i Eficiència	Complexitat de cures Intensitat de cures <i>Staffing</i> Context organitzatiu

P49. Què és la complexitat de cures i com es representa a ATIC?

Tradicionalment el concepte de **complexitat de cures** s'ha associat a la determinació de les càrregues de treball per determinar els recursos necessaris per tenir cura de la persona. ATIC manté una posició distant al concepte de càrrega de treball, principalment perquè aquest constructe s'associa a la idea que les infermeres realitzen tasques, la qual cosa no encaixa en el posicionament filosòfic i teòric d' aquesta autora. A més, generalment els sistemes de determinació de càrregues de treball es dissenyen de forma descontextualitzada, sense considerar el context de la situació, la gravetat, o les circumstàncies personals. A ATIC es parteix de la conceptualització de la *Persona* com un sistema complex.

La **complexitat de cures** és un concepte multidimensional que engloba la complexitat individual de la persona atesa i el seu entorn, la complexitat terapèutica, la complexitat procedimental, i la complexitat de l'entorn en el que es presten les cures. Així mateix, la complexitat està mediada per l'expertesa clínica de les infermeres. En la primera dècada d'aquest segle, l'autora d'ATIC va crear un Marc conceptual (ATIC COMPLEX[©]) per explicar la complexitat de cures, articulada en fonts i factors de complexitat (Figura 53), a partir d'elements de les assumpcions derivades del Paradigma de la Complexitat i del Model Vectorial de Complexitat de Safford *et al.* (Pregunta 3).

Les **fonts de complexitat individual** són els dominis en els quals s'agrupen els factors individuals de complexitat de cures (FICCs).

Els 5 dominis o fonts de complexitat individual descrits són: (1) Mental Cognitiu, (2) Psicoemocional, (3) Sociocultural, (4) Evolutiu i (5) Comorbiditats i complicacions.

Figura 53. Marc conceptual ATIC COMPLEX: Fonts i Factors de complexitat de cures

Font de complexitat	Factor de complexitat
Mental Cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> Agitació Trastorns del nivell de consciència Deteriorament de les funcions cognitives Trastorns de la percepció de la realitat
Psicoemocional	<ul style="list-style-type: none"> Agressivitat Por o fòbia Ansietat Trastorns de l' adaptació i l' autoconcepte
Socioculturals	<ul style="list-style-type: none"> Analfabetisme Limitacions idiomàtiques Estats d' exclusió social Conflictes de creences Falta de cuidador/a
Evolutiva	<ul style="list-style-type: none"> Extrems d' edat Etapa de desenvolupament
Comorbiditat i Complicacions	<ul style="list-style-type: none"> Diversitat funcional i dependència Malaltia crònica major Inestabilitat hemodinàmica Alt risc d' hemorràgia Trastorns de la comunicació verbal Incontinència Fragilitat vascular Limitació postural Moviments involuntaris Extrems de pes Deshidratació Edema Dolor no controlat Síntomes refractaris Infecció transmissible Immunosupressió Trastorns anàtomo-funcionals

Els **factors individuals de complexitat de cures** són un conjunt de característiques específiques de cada persona, organitzades en 5 dominis, que tenen potencial per provocar un augment de la dificultat en el procés de prestació de cures, així com un increment del consum de recursos infermers en termes d' hores de cures o d'esforç clínic per a l' establiment del diagnòstic, la realització de les intervencions o la consecució dels resultats (Figura 53).

Cada factor de complexitat individual s'acompanya d'un conjunt d'especificacions que descriuen situacions o troballes que indiquen l'existència del FiCC.

Els FiCCs han estat extensament estudiats per demostrar la seva relació amb resultats sensibles a la pràctica infermera, incloent la mortalitat, i d'altres esdeveniments adversos.

Fins al moment, la **complexitat terapèutica**, referida al grau o nivell de sofisticació, dificultat i de risc en la gestió i administració de teràpies farmacològiques, no s' aborda directament a ATIC.

La **complexitat procedimental** s'explica breument a la pregunta 30.

Per determinar la **complexitat del context organitzatiu** on es presten les cures, es recomana emprar instruments normalitzats per a aquesta finalitat com la *Practice Environment Scale del Nursing Work Index* o l'instrument de determinació de l'omissió de cures OMICE (MISSCARE).

ATIC COMPLEX inclou la representació dels FiCCs en dels paràmetres de valoració (Figura 54). La seva identificació permet alertar sobre la presència d'elements que incrementen la complexitat de la prestació de cures a la persona, contribuint a reduir el risc d' errors per omissió i de complicacions evitables.

Figura 54. Identificació de Font i Factor de complexitat a un paràmetre de valoració ATIC

Valoració (Paràmetre)	Esgotament mental	10022155
Definició	Impressió o sensació limitant de depleció significativa de capacitat o energia mental o intel·lectual.	
Dimensió	Integralitat	
Categoria	Multicomponent	
Component	Multicategoria	
Metaconcepte	Energia i Vitalitat	
Font de complexitat	Mental Cognitiva	
Factor de complexitat	Càrrega al·lostàtica i Estrès	

En la seva aplicació pràctica, el concepte ja comporta la identificació del FICC per la qual cosa la infermera no ha de realitzar un registre addicional per recollir la informació dels FICCs. En fer el registre de l'element de valoració, internament el sistema el reconeix com a factor de complexitat individual.

A efectes de la prestació de cures als pacients, la identificació dels FICCs s'hauria de tenir en compte en els processos de deliberació diagnòstica i d'ajust o individualització del pla de cures.

A efectes d'anàlisi de les dades a nivell de gestió de la prestació de cures, la identificació dels factors de complexitat pot contribuir a explicar una part del consum de recursos infermers.

P50. Què és la intensitat de cures i com es representa a ATIC?

La **intensitat de cures** és la quantitat de temps d'infermera necessari per a la prestació de cures directes i indirectes a cada persona atesa, en base a les necessitats de cures de la persona, en termes d'hores d'infermera per dia de pacient.

Històricament, la intensitat de cures s'ha associat a la intensitat terapèutica mèdica i a la imatge de les unitats de cures intensives (UCI). Tot i que la presència d'intensitat terapèutica mèdica pot implicar al mateix temps intensitat de cures infermeres com en el cas de les persones ateses a UCI, la intensitat de cures infermeres no depèn només de la presència d'intensitat terapèutica en termes farmacològics, procedimentals o de monitoratge intensiu, sinó principalment de les necessitats de cures que presenta la persona. Per això, davant de situacions d'alta dependència, últims dies de vida, brot o crisi d'un trastorn mental, o altres dificultats o problemes de salut o de vida, la intensitat terapèutica mèdica pot ser lleu o moderada, mentre que la intensitat de cures infermeres és elevada.

Per estimar la intensitat de cures és necessari determinar el balanç entre oferta i demanda, és a dir el diferencial entre hores de cures necessàries i hores de cures disponibles.

La disponibilitat d'hores d'infermeres en un equip o centre pot ser relativament senzilla de determinar, ja que requereix essencialment calcular el producte del nombre d'infermeres que treballen en l'atenció a les persones per 24h, el resultat de les quals indicarà les **hores d'infermera ofertades per dia de pacient** (aNHPPD o HIPDPo).

És molt més complex determinar quantes hores d'infermera són necessàries per cobrir les necessitats de les persones ateses, i per això s'utilitza una unitat denominada Hores requerides d'infermera per dia de pacient (rNHPPD o HIPDPr)

Les **hores requerides d'infermera per dia de pacient** són una unitat de mesura del nombre d'hores de cures de la infermera (no de TCAI) que necessita cada persona atesa.

El balanç entre rNHPPD i aNHPPD, s'assimila mitjançant la seva transformació percentual a la cobertura de les necessitats de cures, i permet respondre a la pregunta *Quantes hores*

d'infermera que requereixen les persones ateses es cobreixen amb les hores d'infermeres disponibles?

La cobertura en termes d'intensitat de cures és el percentatge resultant d'aquest balanç.

El **sistema de classificació de pacients *Acute To Intensive Care (ATIC)*** és un instrument per determinar la intensitat de cures requerida a partir del pes del diagnòstic infermer principal que les infermeres identifiquen al pla de cures de cada persona atesa (Figura 55).

La determinació del diagnòstic infermer principal és una decisió de la infermera en l'etapa de prioritització dels diagnòstics inclosos en el pla de cures, segons els criteris de definició del concepte diagnòstic principal.

El pes del diagnòstic infermer principal és un valor abstracte obtingut a partir d'una fórmula que considera dos factors principals: la severitat (comorbiditats) i el risc de mort (gravetat) de la persona atesa.

Figura 55. Exemples de pesos de diagnòstics infermers principals

Diagnòstic	Pes	Grup	rNHPPD
Síndrome postUCI	716	Superintensives	14
Risc d' insuficiència multiorgànica	661	Intensives	12
Agonia	607	Intensives	10
Risc de xoc cardiogènic	549	Preintensives	8.25
Risc de síndrome de desús	554	Preintensives	9
Risc de sèpsia	453	Intermèdies	6.5
Risc de recurrència/progressió del deliri	439	Intermèdies	6
Dolor crònic (no controlat)	404	Intensificació	6
Risc d' hipovolèmia	359	Intensificació	4.5
Risc de deteriorament neurològic	351	Intensificació	4
Risc de pancreatitis	301	Intensificació	3.5

En el model de dades de la terminologia aquest pes està associat un camp dels elements de l'eix diagnòstic de manera que, la determinació de la intensitat de cures requerida no requereix que la infermera hagi d' emplenar cap formulari o registre adicional.

El sistema d'assignació de cada persona atesa a un grup d'intensitat només considera el pes del diagnòstic marcat com a principal. La diagnosi principal s'ha d'identificar al pla de cures i modificar-se, si escau, en funció de l'evolució de la situació de la persona atesa.

El sistema de classificació de pacients ATIC, té una notable capacitat predictiva (àrea sota la corba ROC = 0.81), i categoritza els pesos dels diagnòstics en 10 grups d'intensitat, que equivalen a rNHPPD, i que es pot traduir a una ràtio infermera: pacients (Figura 56).

Figura 56. Sistema de classificació de pacients *Acute To Intensive Care* (ATIC)

Grup d' intensitat	Rang de pes del diagnòstic	rNHPPD	Ràtio
Cures gigaintensives	901 - 1000	31 - 42	2 o > : 1
Cures megaintensives	801 - 900	21 - 30	1.5 : 1
Cures superintensives	701 - 800	14 - 20	1:1
Cures intensives	601 - 700	10 - 13	1:2
Cures preintensives	501 - 600	7 - 10	1:3
Cures intermèdies	401 - 500	5 - 7	1:4
Cures d'intensificació	301 - 400	3 - 5	1:6
Cures agudes	201 - 300	2 - 3	1:8
Cures subagudes	101 - 200	1- 2	1:12
Cures ocasionals	1 - 100	0.1 - 1	1:20

La validesa predictiva del sistema de classificació de pacients ATIC permet identificar diàriament les hores d'infermera que necessita cada persona atesa. La seva aplicació es limita a l'àmbit hospitalari i sociosanitari.

Recentment, s'han publicat diversos estudis que, emprant aquest sistema, evidencien l'impacte de la cobertura (balanç entre rNHPPD i aNHPPD) en els resultats clínics de les persones ateses, en termes de mortalitat, reingressos, infeccions adquirides en l'àmbit sanitari, complicacions crítiques evitables i complicacions derivades de l'omissió de cures bàsiques (fallida de manteniment).

A partir del raonament i anàlisi de les dades de la valoració, la precisió en el procés de deliberació, priorització i conclusió diagnòstica, amb la identificació d'un diagnòstic infermer principal al pla de cures, aquest sistema de classificació de pacients permet determinar les hores d'infermera que necessita diàriament cada persona atesa.

REFERÈNCIES

Juvé-Udina ME, Adamuz J, Gonzalez-Samartino M, Tapia-Pérez M, Jiménez-Martínez E, Berbis-Morello C, Polushkina-Merchanskaya O, Zabalegui A, López-Jimenez MM. **Association between nurse staffing coverage and patient outcomes in a context of pre-pandemic structural understaffing. A patient-unit-level analysis.** *Journal of Nursing Management* 2024 (in press).

Urbina A, Juvé-Udina ME, Adamuz J, Gonzalez-Samartino M, Jiménez-Martínez E, Delgado-Hito P, Romero M. **Association between peripheral venous catheter failure and care complexity factors in emergency department: A cross-sectional study.** *BMJ Open* 2024 14:10 doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-090101>

Jiménez-Martínez E, Adamuz J, González-Samartino M, Muñoz-Carmona MA, Hornero A, Martos-Martínez MP, Membrive-Martínez R, Juvé-Udina ME. **Peripheral intravenous catheter failure, nurse staffing levels and care complexity individual factors: A retrospective multicentre cohort study.** *PLoS One* 2024 9;19(5): e0303152. doi: 10.1371/journal.pone.0303152.

Juvé-Udina ME, Adamuz J. **Nursing Knowledge Tools and Strategies to Improve Patient Outcomes and the Work Environment.** EN: Rollins Gantz N & Hafsteinsdóttir TB. **Mentoring in Nursing through narrative stories across the world.** Cham (Switzerland): Springer Nature, 2023 pp.211-222.

Asensio Flores S, Juvé-Udina ME, Soldevila Cases R, Chacón Aparicio A, Castellà-Creus M, Zuriguel Perez E, Adamuz J. **Factores individuales de complejidad de cuidados en pacientes ingresados en unidades de cardiología y cirugía cardíaca.** *Enfermería en Cardiología* 2023 30 (88-89) <https://doi.org/10.59322/8889.2833.ZX2>

Urbina A, Juvé-Udina ME, Romero-García M, Delgado-Hito P, González-Samartino M, Adamuz J. **Factores de complejidad de cuidados asociados a la reconsulta en un servicio de urgencias.** *Emergencias* 2023 35:245-51.

Juvé-Udina, ME. **ATIC: 30 años construyendo conocimiento enfermero y autonomía profesional.** *Metas de Enfermería* 2022 25(7): 3-4.

Rios AM, Artigas M, Juvé Udina ME. **Planes de cuidados estandarizados para personas atendidas en atención primaria.** Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Institut Català de la Salut.

2021 [Disponible solo en catalán en: [Rios A, Artigas M, Juvé ME \(Ed\). Plans de cures estandarditzats per a persones ateses en l'atenció primària](#)]

Adamuz J, González-Samartino M, Jiménez-Martínez E, Tapia-Pérez M, López-Jiménez MM, Rodríguez-Fernández H, Castro-Navarro T, Zuriguel-Pérez E, Carratala J, Juvé-Udina ME. **Risk of acute deterioration and care complexity individual factors associated with health outcomes in hospitalised patients with COVID-19: a multicentre cohort study.** *BMJ Open.* 2021 11(2): e041726. doi: 10.1136/bmjopen-2020-041726.

Paley, J. **Concept analysis in Nursing. A new approach.** New York: Routledge, Oxon 2021.

Adamuz J, Juvé-Udina ME, González-Samartino M, Jiménez-Martínez E, Tapia-Pérez M, López-Jiménez MM, Romero-García M, Delgado-Hito P. **Care complexity individual factors associated with adverse events and in-hospital mortality.** *PLoS One.* 2020 15(7): e0236370. doi: 10.1371/journal.pone.0236370.

Juvé-Udina ME, Gonzalez-Samartino M, Planas-Canals, M, Rodriguez-Fernández H, Batuecas-Duelt, I, Tapia-Pérez M et al. **Acuity, nurse staffing and workforce, missed care and patient outcomes. A cluster-unit-level descriptive comparison.** *Journal of Nursing Management* 2020 28: 1-14.

<https://doi.org/10.1111/jonm.13040>

Rios-Jiménez AM, Artigas-Lage M, Sancho-Gomez M, Blanco-Aguilar M, Acedo-Anta M, Calvet-Tort G, Hermosilla-Perez E, Adamuz-Tomas J, Juvé-Udina ME. **Lenguajes enfermeros estandarizados y planes de cuidados. Percepción de su empleo y utilidad en atención primaria.** *Atención Primaria* 2020 52(19): 750-758.

[10.1016/j.aprim.2019.10.005](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.10.005)

Juvé-Udina ME, Adamuz J, Lopez MM, Tapia M, Fabrellas N, Matud C, Gonzalez-Samartino M. **Predicting patient acuity according to their main problem.** *Journal of Nursing Management* 2019 27: 1845-1858.

<https://doi.org/10.1111/jonm.12885>

Castellà-Creus M, Delgado Hito P, Casanovas Cuellar C, Tapia Pérez M, Juvé-Udina ME. **Barriers and facilitators involved in standardised care plan individualisation process in acute hospitalization wards: a grounded theory approach.** *Journal of Clinical Nursing* 2019 [doi: 10.1111/jocn.15059](https://doi.org/10.1111/jocn.15059).

Castellà-Creus M, Delgado-Hito P, Andrés-Martínez I, Juvé-Udina ME. **Individualization process of the standardized care plan in acute care hospitalization units: study protocol.** *Journal of Advanced Nursing* 2019 75: 197-204.

Ros B, Rodiera J, Juvé-Udina ME, Carbó A, Falcó A. **Disfunción cognitiva posoperatoria. Un análisis de concepto.** *Revista Española de Enfermería ROL* 2019 42(4): 294-301.

Meleis AI. **Theoretical Nursing. Development and Progress.** 6th Ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2018.

Adamuz J, Gonzalez M, Jiménez E, Tapia M, López MM, Ruiz MJ, Rodríguez H, Delgado P, Juvé-Udina ME. **Care complexity individual factors associated with hospital readmission: a retrospective cohort study.** *Journal of Nursing Scholarship* 2018 doi: 10.1111/jnu.12393

González M, Delgado P, Adamuz J, Viso MF, Castellà M, Juvé-Udina ME. **Accuracy and completeness of records of adverse events through an interface terminology.** *Revista de Escola de Enfermagem da USP* 2018; 52: e03306.

Bender M. **Re-conceptualizing the nursing metaparadigm: Articulating the philosophical ontology of the nursing discipline that orients inquiry and practice.** *Nursing Inquiry* 2018 25(3): e12243. doi: [10.1111/nin.12243](https://doi.org/10.1111/nin.12243).

Juvé-Udina ME. **La Terminología ATIC como herramienta de soporte a la gestión.** *Metas de Enfermería* 2018 21(1): 66-72.

Juvé-Udina ME. **La Terminología ATIC: consideraciones de uso en la prestación de cuidados.** *Metas de Enfermería* 2018 20(10): 67-76.

Solà ME, Lopez C, Martínez E, Adell M, Juvé-Udina ME, Lleixà M: **Nursing assessment as an effective tool for the identification of delirium risk in older in-patients: a case-control study.** *Journal of Clinical Nursing* 2018 DOI: 10.1111/jocn.13921

Risjord M. **Middle-range theories as models; New criteria for analysis and evaluation.** *Nursing Philosophy* 2018 e12225 <https://doi.org/10.1111/nup.12225>

Juvé-Udina ME, Fabrellas N, Adamuz J, Cadenas S, González M, de la Cueva L, Delgado P. **Surveillance nursing diagnoses, ongoing assessment and outcomes on in-patients who suffered a cardiorespiratory arrest.** *Revista de Escola de Enfermagem da USP* 2017 51; e 03286.

Juvé-Udina ME. **Capacidad discriminante del diagnóstico enfermero principal con el uso de la Terminología ATIC: estimación ponderal preliminar.** *ENE de Enfermería* 2017 11(3) 5p.

Gonzalez-Samartino M, Delgado-Hito P, Adamuz-Tomas J, Matud-Calvo C, Tapia-Perez M, Lopez-Jiménez MM, Juvé-Udina ME. **Una terminología de interfase como eje de unos cuidados seguros. Nivel de conocimientos y de comprensión de intervenciones enfermeras ATIC.** *Revista Española de Enfermería ROL* 2017 40(19): 698-709.

Rey Luque, O. **Validación del instrumento *Misscare* al español (España) como herramienta de monitorización de la calidad y la seguridad de los cuidados en pacientes hospitalizados.** Tesis doctoral. Universidad de La Laguna, 2017.

Juvé ME. **ATIC Eje diagnóstico.** Barcelona: Naaxpot SLU Ed., 2016.

Fitzpatrick JJ, McCarthy G. **Nursing Concept analysis. Application to research and practice.** New York: Springer Pub. 2016.

Juvé-Udina ME, Delgado-Hito P, Fabrellas-Padres N, Hurtado-Pardos B, Martí-Cavallé M, Gironés-Nogué M, et al. **Newborn physiological immaturity. A concept analysis.** *Advances in Neonatal Care* 2015, 15(2): 86-93.

Mallén L, Juvé-Udina ME, Roé-Justniano MT, Domenech-Farrarons A. **Dolor de parto. Análisis del concepto.** *Matronas Profesión* 2015 16(2):61-67.

Juvé-Udina ME, Zuriguel-Perez E, Fabrellas-Padrés N., Gonzalez-Samartino M, Romero-García M, Castellà-Creus M, et al. **Basic Nursing Care: Retrospective evaluation of Communication and psychosocial**

interventions documented by nurses in the acute care setting. *Journal of Nursing Scholarship*, 2014; 46(1): 65-72.

Juvé-Udina ME. **What patients' problems do nurses e chart? Longitudinal study to evaluate the usability of an interface terminology.** *International Journal of Nursing Studies*. 2013; 50: 1698-1710.

Fabrellas N, Sanchez C, Juvé ME, Aurin E, Montserrat D, Casanovas E, et al. **A program of nurse algorithm guided care for adult patients with acute minor illnesses in primary care.** *BMC Family Practice*. 2013; 14:61 doi:10.1186/1471-2296-14-61.

Juvé-Udina ME. **Evaluación de la validez de una terminología de interfase.** Tesis doctoral. Universidad de Barcelona, Barcelona 2012.

https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/108998/MEJU_TESIS.pdf

Juvé-Udina ME. **Terminología enfermera de interfase. Fundamentos filosóficos y teóricos para su desarrollo y validación. Parte 1.** *Revista Española de Enfermería ROL*. 2012; 35(4), 20-25.

Juvé-Udina ME. **Terminología enfermera de interfase. Fundamentos filosóficos y teóricos para su desarrollo y validación. Parte 2.** *Revista Española de Enfermería ROL*. 2012; 35(5): 368-375.

Juvé-Udina ME. **Terminología enfermera de interfase. Fundamentos filosóficos y teóricos para su desarrollo y validación. Parte 3.** *Revista Española de Enfermería ROL*. 2012; 35 (6): 409-416.

Juvé-Udina ME. **Evaluación inductiva de la estructura de una terminología enfermera de interfase: conceptualización del proceso enfermero.** *Nursing (Spanish Ed)*. 2012; 30 (7): 62-66.

Juvé-Udina ME, Gonzalez-Samartino M, Matud-Calvo C. **Mapping the diagnosis axis of a new interface terminology to the NANDA International Taxonomy.** *International Scholarly Research Network*. 2012: ID 676905, 6 pag doi:10.5402/2012/676905

Juvé-Udina ME. **A nursing interface terminology: evaluation of face validity.** *Open Journal of Nursing*. 2012; 2(3): 196-203 doi:10.4236/ojn.2012.23030

Juvé-Udina ME. **Is the ATIC terminology oriented to nursing phenomena?** *Open Journal of Nursing*. 2012; 2(4): 388-395 doi:10.4236/ojn.2012.24057

Juvé-Udina ME, Anton-Almenara P. **Consideraciones éticas en la gestión enfermera. Una revisión actual.** *Nursing (Spanish Ed.)* 2012; 30(3): 52-58.

Juvé ME (Ed). **Planes de cuidados estandarizados para enfermos hospitalizados.** Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Institut Català de la Salut 2012 [Disponible solo en catalán en: [Juvé ME \(Ed\). Plans de cures estandarditzats per malalts hospitalitzats.](#)]

Juvé-Udina ME, Pastor-Maylin L, Estrem-Cuesta M, Blanco-Aguilar C, Verge-Monedero JM, Coiduras-Charles, A et al. **¿De qué se ocupan las enfermeras? Estudio transversal de la producción científica reciente.** *Nursing (Spanish Ed.)*, 2011; 29 (10): 56-9.

Juvé-Udina ME, Farrero-Muñoz S, Matud-Calvo C, Jiménez-Pérez H, Rodríguez-Gías, E, Martínez-Muñoz, M. et al. **Intensidad de cuidados enfermeros: ¿cargas de trabajo o complejidad individual?** *Metas de Enfermería.* 2010; 13(8): 6-14.

Joos, I., Nelson, R. & Smith, M.J. **Introduction to computers for healthcare professionals.** 5th Ed. Sudbury: Jones and Bartlett Pub., 2010.

Giménez-Maroto A., Serrano-Gallardo P. **Imprecisiones del proceso diagnóstico enfermero.** *Metas de Enfermería* 2008; 11:57–63.

Juvé-Udina ME, Farrero-Muñoz S, Monterde-Prat D, Sevillano Lalinde MM, Olivé-Ollé C, Casado-García A, Vila-Coma M, Ridaio-March M. **Umbral de pericia requerido para la ejecución competencial enfermera.** *Metas de Enfermería* 2008 11(10): 8-15.

Safford MM, Allison, Kiefe CI. **Patient complexity: more than comorbidity. The vector model of complexity.** *Journal of General Internal Medicine* 2007; 22(supl 3): 382-90.

Juvé-Udina, M.E., Farrero-Muñoz, S., Monterde-Prat, D., Hernandez-Villén O., Sistac-Robles, M., et al. **Análisis del contexto organizativo de la práctica enfermera. El *Nursing Work Index* en los hospitales públicos.** *Metas de Enfermería* 2007; 10(7):67-73.

Juvé-Udina, ME, Farrero-Muñoz, S., Matud-Calvo, C., Monterde-Prat, D., Fierro-Barrabés, G., Marsal-Serra, R., et al. **¿Cómo definen los profesionales de enfermería hospitalarios sus competencias asistenciales?** *Nursing (Spanish Ed.)* 2007; 25 (7): 62-73.

Juvé-Udina, ME, Huguet, M., Monterde, D, Sanmartin, MJ, Martí N, Cuevas, B, et al. **Marco teórico y conceptual para la definición y la evaluación de competencias del profesional de enfermería hospitalario.** *Nursing (Spanish Ed.)* 2007; 25 (4): 56-61.

Rosenbloom ST, Miller RA, Johnson KB. Elkin PL, Brown SH., **Interface Terminologies: Facilitating Direct Entry of Clinical Data into Electronic Health Record Systems.** *Journal of the American Medical Informatics Association* 2006; 13:277–288. DOI 10.1197/jamia.M1957

Juvé-Udina, ME. **Desarrollo de un sistema para la valoración clínica basado en la teoría de la complejidad y la ciencia enfermera.** *Nursing (Spanish Ed.)* 2005; 23(5): 50-55.

Fawcett J. **Middle-range Nursing Theories are necessary for the advancement of the discipline.** *Aquichán* 2005, 5(1): 32-43.

Fawcett J. **Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories.** 2nd ed. Philadelphia: F.A. Davis, 2005.

Avant KC. **The Wilson method of concept analysis.** In: Rogers BL, Knafl KA, editors. *Concept Development in Nursing: Foundations, Techniques, and Applications.* 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 2000. pp. 55–64.

Thorne S, Canam C, Dahinten S, Hall W, Henderson A, Kirkham SR. **Nursing's metaparadigm concepts: disimpacting the debates.** *Journal of Advanced Nursing* 1998, 27(6):1257-68. [doi: 10.1046/j.1365-2648.1998.00623.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00623.x)

Luis-Rodrigo MT, Fernandez-Ferrín C, Navarro-Gomez MV. **De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI.** Barcelona: Masson Ed. 1998.

Juvé-Udina, ME. **Complicaciones críticas.** EN: Juvé-Udina ME (ed). *Enfermería oncohematológica.* Barcelona: Masson Ed. 1996.

Juvé-Udina ME. **Planes de cuidados estandarizados para los enfermos con déficit inmunitario.** EN: Navarro-Gomez MV y Novel Martí G. *Enfermería médico-quirúrgica. Necesidad de comunicación y seguridad.* Barcelona: Masson Ed. 1995.

Juvé-Udina ME. **Valoración del riesgo de insuficiencia multiorgánica en enfermos con cáncer.** *Enfermería Clínica* 1994 4(4): 173-179.

Soothel K, Henry C & Kendrich K. **Themes and perspectives in nursing.** Cornwall (UK): Chapman&Hall Pub., 1992.

Carpenito LJ. **Nursing diagnosis. Application to practice.** Philadelphia: JB Lippincott Co., 1992.

Fitzgerald Miller J. **Coping with chronic illness. Overcoming powerlessness.** 2nd ed. Philadelphia: F.A. Davis Co., 1992.

Alfaro R. **Applying nursing diagnosis and nursing process: a step-by-step guide.** 2nd Ed. Philadelphia: JB Lippincott Co., 1990

Graves, JR & Corcoran S. **The study of nursing informatics.** *Journal of Nursing Scholarship*, 1989; 21: 227-231. doi:10.1111/j.1547-5069.1989.tb00148.x

Chapman CM. **Theory of Nursing. Practical application.** London: Harper & Row, 1985.

Fawcett J. **The Metaparadigm of Nursing: Present Status and Future Refinements.** *Journal of Nursing Scholarship* 1984 16(3): 84-87.

Yura H & Walsh MB. **The nursing process.** 2nd ed. New York: Appleton-Century-Crofts, 1973.

Mayeroff M. **On Caring.** New York: Harper Perennial 1971.

Nightingale F. **Notes on Nursing.** British Library (UK), 1859. EN: Skretkowicz V. *Florence Nightingale's Notes on Nursing. Commemorative Ed.* New York: Springer Pub. 2010.

Recursos web

Página web ATIC (Peoplewalking S.L.)

<http://aticcare.peoplewalking.com/>

Página web CIE-10 ecieMaps (Ministerio de Sanidad. Gobierno de España)

<https://www.eciemaps.sanidad.gob.es/browser/metabusador>

Página web SNOMED-CT Internacional (IHTSDO)

<https://www.snomed.org/>

**Als meus fills Max i Pablo.
A la meva família i amics.**

The secret of change is to focus all your energy not on fighting the old, but on building the new.

Sòcrates, 470 aC.