



ORIGINAL

El significado del lenguaje estandarizado NANDA-NIC-NOC en las enfermeras de cuidados intensivos madrileñas: abordaje fenomenológico

J.M. Cachón Pérez^{a,*}, C. Álvarez-López^b y D. Palacios-Ceña^c

^a Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España

^b Unidad de Neonatología, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España

^c Departamento de Enfermería, Obstetricia-Ginecología, Pediatría y Psiquiatría, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España

Recibido el 30 de abril de 2011; aceptado el 1 de diciembre de 2011

Disponible en Internet el 2 de febrero de 2012

PALABRAS CLAVE

Diagnósticos de enfermería;
Lenguaje estandarizado de enfermería;
Educación en enfermería;
Enfermería;
Unidad de cuidados intensivos

Resumen El lenguaje estandarizado de la enfermería es un instrumento que permite integrar un marco teórico de identificación de problemas, intervenciones y resultados en los cuidados. Su utilización en diversos medios asistenciales es variada. En el caso de las unidades de cuidados intensivos es preciso estudiar las implicaciones que tiene la integración de este lenguaje en las enfermeras.

Objetivo: Describir el significado del lenguaje estandarizado NANDA-NIC-NOC para las enfermeras que trabajan en las Unidades de Cuidados Intensivos madrileñas (UCIM).

Método: Estudio cualitativo fenomenológico. Criterio de inclusión: enfermeras de UCIM con un año o más de experiencia que en el momento del estudio estuvieran trabajando en UCIM.

Muestreo: Por propósito y técnica de bola de nieve.

Recogida de datos: Entrevistas no-estructuradas, documentos personales (cartas, diarios). Se grabaron las entrevistas y se transcribieron palabra por palabra para su posterior análisis.

Análisis: Propuesta de Giorgi. Identificación de unidades de significado, grupos de significado comunes y temas.

Resultados: 3 temas construyen el significado de las enfermeras de cuidados intensivos; Vivir integrando 2 caras de la misma moneda, vivir una imposición conceptual, y vivir una oportunidad de desarrollo y autonomía profesional.

Conclusiones: Existe una distancia en la teoría del lenguaje y su aplicación en la clínica. Las enfermeras refieren sentir una imposición conceptual de un determinado lenguaje. Esto crea la construcción de una jerarquía entre enfermeras basada en el uso de NANDA-NIC-NOC. Aun así, el lenguaje estandarizado es vivido como una oportunidad de desarrollo profesional.

© 2011 Elsevier España, S.L. y SEEIUC. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: miguel.cachon@gmail.com (J.M. Cachón Pérez).

KEYWORDS

Nursing diagnosis;
Standardized nursing
language;
Nursing education;
Nursing;
Intensive care unit

The meaning of standardized language nanda-nic-noc intensive care nurses in madrid: a phenomenological approach

Abstract Nursing standardized language is a tool that makes it possible to integrate a theoretical framework of problem identification, interventions and outcomes in care. Its use in the difference care settings is varied. In the case of intensive care units, it is necessary to study the implications that integration of this language would have in nursing area.

Objective: To describe the meaning of standardized NANDA-NIC-NOC language for the nurses working in Intensive Care Units in Madrid.

Method: A phenomenological qualitative study was conducted. Inclusion criteria: ICU in Madrid of nurses with one year or more experience at the time of the study who were working in the ICU.

Sample: Purposive and Snowball sampling technique.

Data collection: Unstructured interviews, personal documents (letters, diaries). Interviews were recorded and transcribed verbatim for later analysis.

Analysis: Giorgi proposal. Identifying meaning units, groups of common senses and themes.

Results: Three themes made up the meaning of standardized language in intensive care nursing. "Living integrating 2 sides of the same coin", "living a conceptual imposition", and "living a development opportunity and professional autonomy".

Conclusions: There is a gap in the theory of language and its clinical application. Nurses report feeling imposition of a specific conceptual language. This creates the construction of a hierarchy between nurses based on the use of NANDA-NIC-NOC. Even so, the standardized language is experienced as a professional development opportunity.

© 2011 Elsevier España, S.L. and SEEIUC. All rights reserved.

Introducción

La *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) define los diagnósticos de enfermería como: «... juicio clínico sobre un problema de salud actual o potencial, de forma individual, familiar o comunitaria, que facilitan la elección de intervenciones y objetivos de enfermería, que la enfermera esta capacitada para realizar¹». Junto a estos se incluyen las intervenciones *Nursing Interventions Classification* (NIC) y resultados *Nursing Outcomes Classification* (NOC)² de enfermería. Asociados de manera inequívoca a aquellos problemas que la enfermera de manera autónoma es capaz de identificar, intervenir y medir resultados. Son estos tres elementos (NANDA-NIC-NOC) los que componen el lenguaje estandarizado de la enfermería (LEE). La unificación del lenguaje empleado, a la hora de identificar y registrar los juicios y actuaciones de las enfermeras, es un aspecto relevante en la asistencia clínica de la enfermería, además de la valoración y el seguimiento de los cuidados³. El empleo de un LEE evita que los problemas detectados por la enfermera en el paciente y la familia se describan mediante un estilo «libre». La estandarización del lenguaje no solo permite la unificación de las intervenciones y objetivos de enfermería, facilita la informatización de las actividades⁴, y es una herramienta básica para el desarrollo de la investigación y de la enfermería basada en la evidencia⁵. Incluso existen iniciativas que aplican el LEE para calcular coste-efectividad, imputar costes derivados de la actividad de enfermería, realizar análisis económicos⁶, y medir el volumen de trabajo de enfermería⁷.

La necesidad de la enfermería de aplicar un LEE en el día a día puede influir en la valoración del paciente. Destacando

la detección de unos problemas, y no de otros. Así, Fátima Lucena y Bottura Leite de Barros⁸ muestran como en la UCI se tiende a utilizar diagnósticos que hacen referencia a problemas físicos, en detrimento de otros emocionales y/o espirituales. Una posible explicación es que los pacientes al ingresar en la UCI requieren de manera prioritaria resolver problemas de origen físico que ponen en riesgo su vida. Pero los autores plantean la necesidad de preguntar qué conocen realmente las enfermeras de la UCI de los pacientes que cuidan. Ya que puede derivar en problemas de comunicación, escucha, aislamiento, sufrimiento y ansiedad. La alta prevalencia de diagnósticos de enfermería identificados en UCI relacionados con necesidades físicas y psicológicas, puede manifestar una dificultad o priorización sesgada de las enfermeras de UCI en detectar problemas emocionales y espirituales respecto a los problemas físicos.

En la actualidad son los profesionales de enfermería los principales elementos en la integración, y seguimiento del LEE en la clínica y en los diferentes ámbitos asistenciales⁹. De igual manera ocurre en las UCI desde los años 90¹⁰ hasta la actualidad¹¹⁻¹³.

Las UCI presentan unas características (tecnología, dilemas éticos, complejidad de los pacientes) que pueden condicionar el empleo del LEE por las enfermeras. En aspectos como a) la detección de diagnósticos de enfermería más frecuentes al ingreso en UCI⁸, b) la aplicación de un sistema de clasificación de pacientes críticos específico para enfermería, y c) la definición de las actividades autónomas de la enfermería y sus efectos en el paciente, familia y el medio ambiente¹⁴. De igual modo en España existen trabajos que muestran la utilización del LEE en las UCI, integrando la asistencia clínica diaria, junto a la investigación¹⁵. Pero siempre se destaca el papel de la enfermería de la UCI para

aplicar cualquier tipo de intervención, iniciativa o programa dentro de la UCI. Es preciso conocer cuál es la perspectiva de las enfermeras de la UCI respecto al LEE, el porqué lo hacen y el cómo lo hacen. El significado que le dan las enfermeras de la UCI al LEE es relevante por las implicaciones que su papel tiene en su integración con éxito dentro de la UCI. Para ello, es preciso utilizar una metodología que profundice en el significado, conteste a las preguntas «por qué lo hago» y «cómo lo hago»¹⁶. Los diseños cualitativos contribuyen a comprender fenómenos complejos como la experiencia subjetiva, los comportamientos de los pacientes, familia y profesionales¹⁶, estudian colectivos, minorías, y la experiencia de enfermar¹⁷.

El objetivo de este estudio es describir el significado del lenguaje estandarizado NANDA-NIC-NOC para el personal de enfermería que trabajan en las Unidades de Cuidados Intensivos Madrileñas (UCIM).

Material y métodos

Estudio cualitativo fenomenológico descriptivo. Utilizando para el análisis de los datos cualitativos la propuesta de Amadeus Giorgi¹⁸⁻¹⁹. Dentro de los diseños cualitativos, la fenomenología se centra en describir y profundizar, en la experiencia vivida y el significado de las personas que viven un fenómeno determinado (enfermedad, ingreso en UCI, aplicación de un nuevo sistema de trabajo)²⁰. En la fenomenología, la realidad es estudiada desde las experiencias individuales de las participantes. A través de sus narraciones los investigadores pueden capturar el significado de esa experiencia²⁰.

Criterios de inclusión; enfermeras de UCIM con un año o más de experiencia que en el momento del estudio estuviera trabajando en UCIM, independientemente de su edad y sexo. Las UCIM donde se ha realizado el reclutamiento de las participantes debían haber desarrollado iniciativas de trabajo con LEE dentro de la unidad o estar en la actualidad trabajando con LEE, independientemente del formato empleado. **Criterios de exclusión;** enfermeras con menos de 1 años de experiencia. **Ámbito de estudio;** unidades no intensivas que manejen patologías médicas y/o quirúrgicas en sus diferentes modalidades.

Estrategias de muestreo

Cada diseño cualitativo (Teoría Fundamentada, Etnografía, Fenomenología, Análisis del Discurso entre otros) utiliza un método muestreo para reclutar a los participantes del estudio²⁰. El método de muestreo debe estar acorde con el diseño cualitativo elegido²¹. En este caso se realizó un muestreo por propósito²². Este muestreo está destinado a recoger las narraciones y vivencias de las protagonistas, las enfermeras de las UCIM. También se aplicó como técnica de muestreo la técnica de bola de nieve²³ para el contacto con otras enfermeras. Consiste en el contacto a través de las participantes del estudio de otras enfermeras que cumplen los criterios de inclusión. En este caso las participantes sirven de conexión entre los investigadores y las nuevas participantes.

Para captar la esencia de la experiencia de las participantes, y comprender su significado, es preciso que los

investigadores no condicionen a las participantes, mediante su acción directa en la recogida de datos, o durante el diseño del estudio²⁰. En los diseños fenomenológicos se emplea el *bracketing*²³⁻²⁴. Definido por Stark & Trinidad²⁰ como un proceso reflexivo del investigador, mediante el cual se reconocen y dejan de lado (pero no abandonan) su conocimiento y asunciones a priori, para poder realizar el análisis con mente abierta. Proporciona al investigador los medios para poner sus experiencias, ideas preconcebidas, y estereotipos en suspensión de manera temporal²⁰. El objetivo principal del *bracketing* es evitar, que los investigadores dirijan el estudio a cubrir sus expectativas y hacia los resultados que esperan y no al verdadero significado dado por las participantes que viven la experiencia²⁴⁻²⁵. Además, el *bracketing* debe y se puede establecer en las diferentes fases de los diseños cualitativos (preparación del investigador antes de entrar al campo, en la revisión bibliográfica prediseño del estudio, en la recogida de datos, y en el análisis), y puede establecerse en diferentes diseños cualitativos (etnografía, teoría fundamentada y fenomenología)²⁴. En este estudio se ha aplicado el *bracketing*: a) Registrando de manera previa a la entrada al campo de estudio, el posicionamiento previo de los investigadores²⁶ respecto al marco teórico previo, pregunta de investigación, participantes seleccionados, creencias sobre el LEE en las UCIM, experiencia profesional y motivación que guía el desarrollo de la investigación; y b) Utilización de entrevistas que no condicionen, ni dirijan la entrevista por parte del investigador sobre la participante. Estas son entrevistas no estructuradas. El posicionamiento del investigador cualitativo es considerado como un criterio de calidad, y de rigor²⁷ y una característica de los diseños cualitativos²⁸⁻²⁹.

Recogida de datos

Entrevistas no estructuradas y testimonios personales de los participantes, independientemente del formato (digital o escrito). Se utilizó una pregunta de apertura (*Opening Question*), también denominada *Grand Tour Question*²³. Esta pregunta intenta centrarse en el tema de interés: ¿Cuál es su experiencia al utilizar el LEE en la UCI? La entrevista se realizó en un medio a elección de los participantes. Se realizaron entrevistas hasta la saturación de los datos¹⁶: Cuando ningún dato relevante o nueva información se añaden en sucesivas entrevistas.

Tratamiento de los datos

Todas las entrevistas se grabaron (se realizó la petición de manera previa) y se recogieron notas de campo. Posteriormente las grabaciones se transcribieron palabra por palabra. Se realizó el análisis de las narraciones transcritas por los investigadores, programando sesiones semanales para analizar los datos obtenidos de las diferentes fuentes para cada participante.

Análisis cualitativo

Aplicación de la propuesta de Giorgi³⁰. Identificación de unidades de significado, agrupación por significados comunes y

determinación de temas y subtemas del significado del LEE por las enfermeras de las UCIM.

Rigor metodológico

En los diseños cualitativos el rigor metodológico viene determinado por; la validez y la verificabilidad o fiabilidad de los datos²⁸. La validez se define como la mejor aproximación disponible a la verdad de los datos recogidos de los participantes²⁸. Se traduce como la presencia en el estudio de muestras y ejemplos de las narraciones de las participantes que hagan referencia y apoyen las interpretaciones y descripciones de los investigadores. En nuestro caso se presentó el análisis preliminar temático a los participantes para verificar, aportar o dar la posibilidad de contradecir los análisis interpretados por los investigadores. Por otro lado, la verificabilidad se define como la aplicación de mecanismos de control para repetir y asegurar las condiciones de recogida de datos empleados²⁸. Los mecanismos de verificabilidad aplicados en este estudio han sido:

Triangulación por fuentes: utilización y comparación entre fuentes de datos primarias (entrevistas) y secundarias (material documental personal)³¹.

Triangulación por investigadores: de los casos analizados, se realizaron verificaciones por el resto del equipo, del proceso de recogida de datos, del análisis y de los resultados. Se programaron reuniones semanales donde se estudiaban y discutían los casos³².

Criterios de calidad

Se utilizaron los criterios de calidad para estudios cualitativos publicados por *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ)²⁷.

Consideraciones éticas

Se manejaron los datos personales siguiendo las indicaciones de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal³³; eliminando cualquier dato personal de los participantes. Una vez terminado el estudio se destruyó todo el material obtenido. Se informó de manera previa a los participantes. Una vez aceptada su participación se volvía a explicar el estudio y el procedimiento de recogida de datos, y se firmaba el consentimiento informado. Se establecieron las normas a seguir por los investigadores en caso de posible daño emocional durante la entrevista de los participantes³⁴. Consistía en parar y ofrecer la posibilidad de terminar la entrevista según los deseos de las participantes.

Resultados

El estudio comenzó en noviembre del 2009 y finalizó en abril de 2010 (6 meses), se realizó en 5 hospitales de la Comunidad de Madrid, donde doce enfermeras cumplieron los criterios de inclusión. La edad media de las participantes fue de 32,3 años, la media de los años de experiencia como enfermera fueron de 10,58 años, y la media de

experiencia trabajando en UCI fue de 8,91 años. 7 enfermeras trabajaban en UCI orientadas a patologías respiratorias y patología médica general, 3 en UCI dirigidas a cirugía general, digestivo, y tórax, y el resto en UCI cardíacas. El tipo de contrato más habitual entre las participantes del estudio fue fijo estatutario, seguido del contrato interino, y finalmente el contrato temporal en 3 de las participantes. Cuatro participantes estaban vinculadas a formación posgrado y formación continuada del propio hospital, dos de ellas habían cursado un master y las otras dos, sendas licenciaturas. (Tabla 1)

Se realizaron 19 entrevistas no estructuradas y se obtuvieron 3 cartas personales en relación con su vivencia de aplicar el LEE y el significado que le daban. Los temas identificados que construyen el significado de las enfermeras de las UCIM respecto al uso del LEE, es:

Vivir integrando 2 caras de la misma moneda.

Es vivir una imposición conceptual.

Es vivir una oportunidad de desarrollo y autonomía profesional.

Vivir integrando 2 caras de la misma moneda

Hace referencia a la vivencia que tienen las enfermeras de vivir una dualidad simultánea. Por un lado el conocimiento teórico que hace referencia al LEE y por otro lado la aplicación de estos conceptos teóricos a la práctica clínica diaria. En ocasiones presentan gran dificultad de integrarse.

«Es como vivir dos mundo opuestos». (E3)

«...por un lado te bombardean de que debes hacerlo así, pero por otro lado en la práctica no hay control todo vale». (E6)

«...sé que debería ser lo mismo, uno complementa al otro, pero a la hora de manejarlo me es muy difícil». (E2)

«Hay diagnósticos que son fruto de darle muchas horas a la cabeza... no me parece factible que eso le pueda pasar a nadie...». (E5)

«Si los diagnósticos no están mal, pero la manera de decirlo, hace que no sepas a qué se refiere». (E11)

«Puede ser que los que estén confeccionándolo... No se acercan mucho a la realidad de todos los días». (E7)

Por otro lado las propias enfermeras manifiestan que los problemas que se manejan en UCI requieren de una aproximación más práctica y operativa, menos teórica. De hecho influye en la detección y priorización de determinados problemas.

«... porque al final tener 28 factores relacionados ¿en qué me va a mejorar mi actuación de enfermería?». (E13)

«...el tema de diagnósticos relacionados depende mucho de las actuaciones medicas, están muy interrelacionadas... Tal vez en planta no, pero en servicios especiales es así». (E12)

Tabla 1 Datos socio-demográficos y profesionales

Enfermera	Edad	Títulos académicos (mayor grado)	Años experiencia enfermera	Años experiencia UCI	Tipo UCI	Contrato	Vinculación formación posgrado-continuada
1	28	Diplomada	7	5	UCI médica	Contrato interino	No
2	34	Master	13	12	UCI cardiaca	Fija Estatutaria	Sí
3	22	Diplomada	1	1	UCI médica	Contrato temporal	No
4	30	Licenciada	9	9	UCI médica	Contrato interino	Sí
5	45	Diplomada	24	18	UCI quirúrgica	Fija Estatutaria	No
6	41	Licenciada	20	13	UCI médica	Fija Estatutaria	Sí
7	33	Diplomada	5	3	UCI médica	Fija Estatutaria	No
8	28	Diplomada	7	5	UCI médica	Contrato temporal	No
9	27	Diplomada	6	6	UCI médica	Contrato interino	No
10	32	Diplomada	8	8	UCI quirúrgica	Contrato interino	No
11	22	Diplomada	1	1	UCI cardiaca	Contrato temporal	No
12	47	Master	26	26	UCI cardiaca	Fija Estatutaria	Sí

«...la prioridad es salvar la vida al paciente. Es el principal problema y el resto ya se irá viendo». (E7)

En algunas entrevistas se destaca la presencia de los alumnos de enfermería como nexo de unión entre la teoría y la práctica. Al ser en ocasiones uno de los pocos elementos de referencia de las tendencias teóricas a nivel de metodología que se están impartiendo en las universidades y en el ámbito académico.

«Nos sirven como recordatorio de que las cosas cambian y de las tendencias sobre cuidados y teoría». (E10)

«...la verdad es que los alumnos tienen dificultades. Porque intentan mostrarte todo lo que les enseñan pero ellos mismos se dan cuenta que la clínica real es un muro muy alto. Pero nos obliga a que junto con ellos intentemos adaptar lo que aprenden, con la realidad diaria». (E13)

Es vivir una imposición conceptual

Hace referencia a cómo se aplica y se da a conocer el LEE. El modo en ocasiones es vivido como una imposición y obligación por estados jerárquicos superiores sin permitir retroalimentación bidireccional. El origen de la «obligación» está identificado por las enfermeras entrevistadas en la supervisión de unidad, direcciones de enfermería, y unidades de investigación- formación de las direcciones de enfermería.

«Nada un día vino la supervisora y nos dijo hay que probar esto y lo otro, ya sabéis lo que hay que hacer, órdenes de arriba...». (E6)

En ocasiones el propio manejo de este lenguaje no es conocido ni manejado por las propias personas que imponen su uso por las enfermeras de UCIM.

«No digo que no sea bueno, solo que personalmente tengo más interés en estudiar o desarrollarme en otros campos de mi profesión como la gestión o la docencia...». (E6)

Pero por otro lado, aparecen narraciones en las que la propia formación depende del aprendizaje autodidacta y de iniciativas de las propias enfermeras, sin apoyo institucional.

«Intentamos establecer una dinámica en la unidad, pero sin el apoyo de la supervisión y de la dirección se quedo en eso, un intento y un póster...». (E9)

Ha habido enfermeras que señalan una relación entre el tipo de contrato y la vinculación laboral y la aceptación voluntaria o no de integrar el lenguaje estandarizado, siendo el contrato temporal un motivo para verse «forzada» a participar en iniciativas del empleo del lenguaje estandarizado aún cuando no ven una utilidad clara:

«Soy interina y no se me ocurre decir que no. Tengo que estar en ese grupo de trabajo porque sé lo que hay. Mi puesto de trabajo podría peligrar». (E4)

Es vivir una oportunidad de desarrollo y autonomía profesional

El empleo del lenguaje estandarizado se vive como una oportunidad de aumentar el desarrollo de la propia disciplina enfermera, de unificar criterios y de identificar un campo propio de conocimiento.

«Tal vez no sea el mejor método, pero ahora mismo es lo que tenemos y tenemos que seguir desarrollándolo. Es necesario conocer los instrumentos que pueden darnos mayor autonomía». (E5)

De igual modo existe una percepción de categorización entre las propias enfermeras, creando una jerarquía en función del empleo y aplicación del lenguaje. Pudiendo aparecer diferencias de criterios entre las propias enfermeras en una misma unidad.

«...Hay dos tipos de enfermera, las que lo hacen y las que no». (E1)

«... Con el tiempo se da por supuesto quién esta y quién no, aunque nunca te hayan preguntado». (E6)

«Siempre es lo mismo estás o no estás, si estás ya sabes lo que significa que te cuenten horas extras, participar en congresos y todo eso...». (E7)

La autonomía obtenida por el uso del LEE es descrita a nivel teórico, pero al intentar trasladar esa autonomía a la práctica clínica las entrevistadas manifestaban tener problemas para integrarla y expresaban las dificultades diarias del trabajo en una UCI, asociando la autonomía al control de tecnología como la monitorización cardiovascular y aplicación de otras tecnologías terapéuticas como la ventilación mecánica.

«Sé que es importante, pero la autonomía de la enfermera en la UCI nos lo da el control constante de máquinas, monitores y todo eso, no la aplicación de la NANDA o del PAE» (E7).

«La relación de la enfermera con otros profesionales en la UCI se basa en su conocimiento de la tecnología que utiliza, sea ventiladores, monitorización cardiaca, o bombas de perfusión, y como estos aparatos pueden influir en la realización de otras técnicas como fisiorespiratoria, hacer un escáner, etc. Nuestra importancia está en que somos las únicas que realmente integramos todo, no el empleo de NANDA». (E14)

En ocasiones las enfermeras narran que aplicar el lenguaje estandarizado, es como seguir en una dirección pero sin indicaciones claras y sin percibir resultados tangibles que apoyen esta dirección. La propia incertidumbre del camino a seguir produce un cuestionamiento de su propio trabajo.

«... yo acabé hace 25 años, en aquella época te informaban de aquello como si fuera la panacea para un futuro inmediato, y hoy por hoy muchos años después no se utiliza para nada en mi trabajo». (E8)

«Yo lo tengo claro, si toca manejar la NANDA, se hace, lo importante es no parar». (E1)

«Trabajamos de una manera determinada... metodológica... pero no reflejamos nada al no tener un lenguaje estandarizado». (E9)

Discusión

Vivir integrando 2 caras de la misma moneda

Las enfermeras que participan en el estudio manifiestan que existen dificultades en el momento de aplicar el lenguaje estandarizado en la práctica clínica. Describen que hay una diferencia entre los planteamientos teóricos y su aplicación práctica. Estos resultados coinciden con el trabajo de González Sánchez et al.³⁵. En sus resultados muestran como la enfermería que participa en el estudio, opina que la utilidad del plan de cuidados en la unidad es escasa o nula para el 42,9 y el 21,4%, respectivamente. En este estudio consideran dentro del plan de cuidados la aplicación de un lenguaje estandarizado NANDA, junto al NIC, NOC. Estos resultados se podrían explicar porque en la práctica clínica al utilizar LEE, adaptan los fundamentos teóricos

del lenguaje estandarizado en función de sus necesidades específicas, en las que influye: a) el contexto asistencial (tipo de unidad), b) el tipo de pacientes, y c) la presencia de iniciativas institucionales³⁶, provocando diferencias en la aplicación del lenguaje entre la práctica clínica y los fundamentos teóricos³⁷. Otra posible explicación, desde la perspectiva de las enfermeras que han participado en el estudio, es que al utilizar planes de cuidados estandarizados basados en el LEE es necesario emplear mucho más tiempo para desarrollarlos, refieren falta de formación y además la utilización de un lenguaje específicamente enfermero provoca dificultades en la comunicación con otros profesionales que no sean enfermeras³⁸.

Mientras existen estudios que muestran que la integración del LEE dentro de una plataforma digital, mejora la calidad de registro de la documentación de enfermería, contribuye a la investigación, la educación y reduce el estrés del trabajo diario de la enfermera³⁹⁻⁴⁰. Otros indican que la relación entre diagnósticos, intervenciones y resultados requiere una mayor evaluación, para poder determinar una relación clara entre la calidad del LEE y la clínica⁹.

Otro dato a señalar es la opinión que las enfermeras tienen de los alumnos, pues los consideran como un puente de unión entre el conocimiento teórico y la aplicación práctica. De hecho la tendencia es enseñar el LEE a los estudiantes de enfermería en la clase y en entornos clínicos (práctica hospitalaria)⁴¹. Farren⁴¹ muestra como se puede integrar el LEE para el desarrollo de competencias del estudiante, promover el pensamiento reflexivo, crítico y la individualización de los cuidados. Coincide con Doucette et al.⁴² que muestra como los estudiantes en la UCI durante sus prácticas les da una visión amplia de la salud y la enfermedad, y favorece la unión entre la teoría y la práctica.

Es vivir una imposición conceptual

La aplicación del lenguaje estandarizado puede percibirse como una imposición desde puestos directivos y de investigación de enfermería. La aplicación de programas sin una implicación directa de las enfermeras puede influir en la aplicación de esos programas y en la calidad de los registros obtenidos⁴³. De igual modo a) evitar el aprendizaje autodidacta de las enfermeras implicadas (en programas de integración del LEE como parte de iniciativas desde la institución); b) desarrollo de cursos específicos del uso en la práctica del LEE; y c) un apoyo académico para la implantación y evaluación de los diagnósticos de la NANDA, es crítico para obtener unos resultados medibles de la actuación de las enfermeras⁴³. Los investigadores no hemos encontrado artículos en los que identifiquen de manera expresa una relación entre el tipo de contrato, la vinculación laboral y la aceptación voluntaria o no de integrar el LEE en las enfermeras. No obstante creemos que el tipo de contrato si puede modificar la tendencia a aplicar el LEE, y puede ser un elemento utilizado a la hora de implantar determinadas iniciativas institucionales.

En la revisión para la Cochrane de Urquhart et al.⁴⁴ muestran como los sistemas de registro de los planes de cuidados de enfermería, no tenían un impacto evidente en los resultados de los pacientes. Dentro de las posibles explicaciones, el autor señalaba que podían deberse a la calidad de los

registros, a errores en los mismos, y a la implicación de las enfermeras en el uso de LEE. Los autores creemos que la implicación de la enfermera en la valoración y registro de datos, y revisión de la calidad de los registros en el plan de cuidados es fundamental para proporcionar unos cuidados adecuados.

Es vivir una oportunidad de desarrollo y autonomía profesional

El empleo del LEE se vive como una oportunidad de aumentar el desarrollo de la propia disciplina enfermera, y de identificar un campo propio de conocimiento. Existen estudios que muestran como la aplicación del LEE en UCI se asocia a un aumento de los niveles de cualificación profesional de las enfermeras⁷. En cambio nuestros resultados coinciden con otros estudios que muestran como las enfermeras de UCI asocian su autonomía al manejo de la tecnología y de equipamiento tecnológico complejo, y no al uso de LEE⁴⁵. De hecho Las enfermería está incrementando el uso de maquinaria y equipamiento tecnológico. Las enfermeras que manejan ese equipamiento presentan mejores oportunidades educativas asociadas al uso de esa tecnología⁴⁶⁻⁴⁷.

Los autores no hemos encontrado trabajos previos que muestren una categorización o clasificación entre las enfermeras dentro de la UCI, por manejar el LEE. Pero en cambio si existen trabajos previos que muestran que el uso de equipamiento tecnológico por las enfermeras de UCI, construye una identidad profesional asociada al manejo de esa tecnología, a diferencia de otras enfermeras que no manejan ese equipamiento complejo⁴⁷. La tecnología puede ser un elemento de ayuda al desarrollo profesional permitiendo la especialización en diversas técnicas y procedimientos (y acceso de determinados servicios u ofertas de trabajo); o un obstáculo al limitar el acceso a las enfermeras que no dominen esa tecnología.

Existen estudios que muestran como la tecnología puede cambiar identidades profesionales, en base al dominio de determinadas profesiones de esa tecnología. Un ejemplo es la UCI y la tecnología de fertilidad in vitro⁴⁸⁻⁴⁹. Dentro de las posibles explicaciones de este fenómeno, la tecnología ha dado a la enfermería un poder que la convierte en un grupo de gran influencia respecto a su relación con el paciente y la familia. Lo paradójico de este fenómeno es que las enfermeras raramente han influido en la inclusión de una tecnología dentro del sistema de salud, pero el uso de esa tecnología (una vez integrada en la actividad cotidiana) ha provocado una variación en su independencia como profesión y en su reconocimiento⁴⁶. A pesar de las tendencias de las enfermeras de UCI de asociar su autonomía al manejo tecnológico existen ciertos cuidados esenciales en la UCI no asociados a la tecnología⁵⁰. Incluso el uso de la tecnología no siempre puede llevar asociado beneficios para el paciente y/o la enfermera, pues cuando las enfermeras no tienen la preparación suficiente para identificar los problemas por los que una máquina no funciona bien, el significado de las alarmas, etc. puede provocar en la enfermera ansiedad, estrés y miedo, modificar la práctica clínica, la distribución del trabajo diario, y puede dar una sensación de falsa seguridad basada en la confianza de la tecnología y equipamiento tecnológico⁵¹⁻⁵². Existen estudios que muestran que la

enfermera dé más credibilidad a los resultados procedentes de la tecnología que al criterio clínico de la enfermera que valora directamente al paciente⁵¹.

Nuestros resultados muestran como las enfermeras necesitan percibir resultados claros de la aplicación del LEE. La incertidumbre de no saber si el trabajo realizado con el LEE sirve para algo en su contexto puede provocar su alejamiento de la integración del LEE⁴³. Esta sensación es descrita como «una apuesta», no perciben una visión clara de los objetivos a conseguir, no saben si la integración del LEE en UCI es a largo plazo o solo temporal (para realizar un estudio concreto), y si los esfuerzos valdrán la pena.

Este estudio presenta limitaciones dado que los resultados no pueden ser extrapolables directamente a otros contextos asistenciales¹⁶, ya que el entorno profesional y geográfico puede ser diferente, no obstante ayudan a comprender y profundizar en el significado de un fenómeno, en un grupo profesional (enfermeras), en un espacio asistencial específico (UCI), en un lugar concreto (Madrid, España). En cualquier caso los resultados pueden servir de guía para establecer nuevas preguntas de investigación, y teorías que guíen otros estudios²⁹. La investigación cualitativa permite profundizar en determinados aspectos asistenciales y ayudarnos a comprender porque los sujetos actúan de una determinada manera dentro de su contexto social²³.

Conclusiones

En los resultados se muestra como en las enfermeras de UCIM existe una sensación de disparidad entre lo que consideran teoría y fundamentación del LEE y su aplicación práctica en la clínica. Estos dos elementos aparecen continuamente, dando una sensación de imposición conceptual de un determinado lenguaje. Alejado de lo vivido por la enfermera en su experiencia en la práctica clínica diaria. Es de destacar como las enfermeras de las UCI perciben a los alumnos como «su» puente o nexo de unión, en cierto modo, entre la teoría impartida en la universidad (en este caso LEE) y la práctica clínica.

Unido a esta experiencia aparece la percepción de creación de una categorización y jerarquía de tipo de enfermeras en función del uso del LEE. A pesar de todo el empleo del LEE es vivido como una oportunidad de desarrollo profesional, y de la disciplina. Sería necesario integrar programas globales a largo plazo del LEE en UCI, evitando iniciativas a corto plazo sin una perspectiva de continuidad. Del mismo modo es preciso desarrollar investigaciones que profundicen en los elementos que pueden condicionar la integración del LEE dentro de la UCIM. Los autores en base a los resultados concluimos que el empleo del LEE es una herramienta para llegar a un fin, no el fin en sí mismo; y como toda herramienta, esta debe ser probada y mejorada en la clínica por las enfermeras que trabajan en las UCIM.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Herdman TH, editor. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación (2009-2010). Barcelona: Elsevier; 2010.
2. Johnson M, Bulechek G, Dochterman JM, Maas M, Moorhead S, editores. Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones: Interrelaciones NANDA, NOC, NIC. Madrid: Elsevier; 2004.
3. Luis Rodrigo MT, editor. Los diagnósticos enfermeros: Revisión crítica y guía práctica. 8.ª ed. Barcelona: Elsevier-Masson; 2008.
4. Gudmundsdottir E, Delaney C, Thoroddsen A, Karlsson T. Translation and validation of the Nursing Outcomes Classification labels and definitions for acute care nursing in Iceland. *J Adv Nurs*. 2004;46:292-302.
5. Kautz DD, Van Horn ER. An Ejemplar of the Use of NNN Language in Developing Evidence-Based Practice Guidelines. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2008;19:14-9.
6. Stone PW, Lee NJ, Giannini M, Bakken S. Economic Evaluation and Usefulness of Standardized Nursing Terminologies. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2004;15:101-13.
7. De Cordova PB, Lucero RJ, Jun S. Using the Nursing Interventions Classification as a Potential Measure of Nurse Workload. *J Nurs Care Qual*. 2010;25:39-45.
8. De Fátima Lucena A, Bottura Leite de Barros AL. Nursing Diagnosis in a Brazilian Intensive Care Unit. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2006;17:139-46.
9. Muller-Staub M, Lavin MA, Needham I, Van Achterberg T. Nursing diagnoses, interventions and outcomes - application and impact on nursing practice: systematic review. *J Adv Nurs*. 2006;56:514-31.
10. Robbins BT. Application of Nursing Interventions Classification (NIC) in a cardiovascular critical care unit. *J Contin Educ Nurs*. 1997;28:78-82.
11. Giménez AM, Serrano P, Marín B. Clinical validation of dysfunctional ventilatory weaning response: The Spanish experience. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2003;14:53-64.
12. Do Vale IN, De Souza SR, Carmona EV. Nursing diagnoses identified during parent group meetings in a neonatal intensive care unit. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2005;16:65-73.
13. Pykkö AK, Laurila J, Ala-Kokko TI, Hentinen M, Janhonen SA. Intensive care nursing scoring system. Part 1: Classification of nursing diagnoses. *Intensive Crit Care Nurs*. 2000;16:345-56.
14. Pykkö AK, Laurila J, Ala-Kokko TI, Hentinen M. Intensive Care Nursing Scoring System. Part 2: Nursing interventions and nursing outcomes. *Intensive Crit Care Nurs*. 2001;17:16-28.
15. Gutierrez Alejandro A, Calvo Buey JA, Marcos Camina RM. Study for the decrease of errors in the records of hydric balances of critical patients admitted to an intensive care unit. *Enferm Intensiva*. 2005;16:100-9.
16. Kuper A, Reeves S, Levinson W. An introduction to reading and appraising qualitative research. *BMJ*. 2008;337:404-9.
17. Dew K. A health researcher's guide to qualitative methodologies. *Aust N Z J Public Health*. 2007;31:433-7.
18. Giorgi A. Phenomenology and the Foundation of Psychology. *Nebr Symp Motiv*. 1975;23:281-348.
19. Giorgi A. Concerning the application of phenomenology to caring research. *Scand J Caring Sci*. 2000;14:11-5.
20. Starks H, Trinidad SB. Choose your method: A comparison of Phenomenology, Discourse Analysis, and Grounded Theory. *Qual Health Res*. 2007;17:1372-80.
21. Denzin NK, Lincoln YS, editores. *The Sage Handbook of Qualitative Research*. 3 ed. Thousand Oaks: Sage publications; 2005.
22. Mayan, MJ. Una introducción a los métodos cualitativos: Módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales. Qual Institute Press [libro en Internet]. 2001 [consultado 15 Abr 2011]. Disponible en: <http://www.ualberta.ca/~iiqm/pdfs/introduccion.pdf>
23. Morse JM, Richards L, editores. *Readme first for a user's Guide to Qualitative Methods*. California: Sage Publications; 2002.
24. Gearing RE. Bracketing in research: A typology. *Qual Health Res*. 2004;14:1429-52.
25. Palacios-Ceña D, Corral Liria I. The basics and development of a phenomenological research protocol in nursing. *Enferm Intensiva*. 2010;21:68-73.
26. Dowling M. From Husserl to van Manen. A review of different phenomenological approaches. *Int J Nurs Stud*. 2007;44:131-42.
27. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19:349-57.
28. Cohen DJ, Crabtree BF. Evaluative criteria for qualitative research in health care: controversies and recommendations. *Ann Fam Med*. 2008;6:331-9.
29. Green J, Thorogood N, editores. *Qualitative Methods for Health Research*. 2 ed. London: Sage Publications; 2009.
30. Giorgi A. The theory, practice and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *J Phenomenol Psicol*. 1997;28:235-60.
31. Pope C, Mays N, editores. *Qualitative Research in Health Care*. 3ª ed. London: BMJ books; 2006.
32. Clark JP. How to peer review a qualitative manuscript. En: Godlee F, Jefferson T, editores. *Peer Review in Health Sciences*. 2 ed. London: BMJ Books; 2003. p. 219-35.
33. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE [versión en Internet]. 1999 [citado 15 Abr 2011]; 298: [aprox 13 p.]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf>
34. Hewitt J. Ethical components of researcher researched relationships in qualitative interviewing. *Qual Health Res*. 2007;17:1149-59.
35. González Sánchez JA, Corujo Fernández B, Colino Lamparero MJ, López Ortega S, Molina de Arévalo MV, Rosado Muñoz N, et al. Plan de cuidados frente a protocolo asistencial. Análisis comparativo en pacientes sometidos a cateterismo cardíaco. *Enferm Intensiva*. 2006;17:104-14.
36. Wong E. Novel Nursing Terminologies for the Rapid Response System. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2009;20:53-63.
37. De Lima Lopes J, Bottura Leite de Barros AL, Marlene Michel JL. A Pilot Study to Validate the Priority Nursing Interventions Classification Interventions and Nursing Outcomes Classification Outcomes for the Nursing Diagnosis "Excess Fluid Volume" in Cardiac Patients. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2009;20:76-88.
38. Müller-Staub M. Evaluation of the Implementation of Nursing Diagnoses, Interventions, and Outcomes. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2009;20:9-15.
39. Von Krogh G, Dale C, Naden D. A Framework for Integrating NANDA NIC, and NOC Terminology in Electronic Patient Records. *J Nurs Scholarsh*. 2005;37:275-81.
40. Klehr J, Hafner J, Spelz LM, Steen S, Weaver K. Implementation of standardized nomenclature in the electronic medical record. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2009;20:169-80.
41. Farren A. An Educational Strategy for teaching Standardized Nursing Languages. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2010;21:3-13.
42. Doucette E, Brandys D, Canapi BK, Davis A, DiNardo J, Imamedjian I. The intensive care unit an untapped learning resource: A student perspective. *Dynamics*. 2011;22:19-23.
43. Müller-Staub M, Needham I, Odenbreit M, Lavin MA, Van Achterberg T. Improved Quality of Nursing Documentation: Results of a Nursing Diagnoses, Interventions, and Outcomes Implementation Study. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2007;18:5-17.
44. Urquhart C, Currell R, Grant MJ, Hardiker NR. Nursing record systems: effect on nursing practice and health care outcomes.

- Cochrane Reviews [Internet]. 2003 [citado 15 Abr 2011]; [aprox 1p.]. Disponible en: <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab002099.html>
45. Wikström AC. Technology- an actor in the ICU: a study in work-place research tradition. *J Clin Nurs*. 2004;13:555-61.
 46. Barnard A. Nursing and the primacy of technological progress. *Int J Nurs Stud*. 1999;36:435-42.
 47. Palacios-Ceña D. Management of technology and its influence on nursing care. *Enferm Clin*. 2007;17:146-51.
 48. Barnard A, Sandelowski M. Technology and humane nursing care: (ir)reconcilable or invented difference? *J Adv Nurs*. 2001;34:367-75.
 49. Palacios Ceña D. La construcción moderna de la enfermería. *Cultura De Los Cuidados*. 2007;22:26-32.
 50. Wilkin K. A critical analysis of the philosophy, knowledge and theory underpinning mouth care practice for the intensive care unit patient. *Intensive Crit Care Nurs*. 2002;18:181-8.
 51. Haghenbeck K. Critical Care Nurses experiences when Technology Malfunctions. *J N Y State Nurses Assoc*. 2005;36:13-9.
 52. Palacios Ceña D. Modernidad, positivismo y tecnología: Influencia en la enfermería y en pacientes que necesitan equipamiento tecnológico. *Index Enfermería*. 2008;17:188-92.