

Uso y utilidad de planes de cuidados estandarizados con taxonomía NANDA-NIC-NOC en unidades de hospitalización de adultos

Use and utility of standardised care plans and NANDA-NIC- NOC taxonomy in adults' hospitalization units

Autor: Juan Luis Morales Palma (1)

Tutor: Manuel Rich-Ruiz (2)

Categoría profesional y lugar de trabajo: (1) Graduado en Enfermería; (2) Director del Departamento de Enfermería, Farmacología y Fisioterapia de la Facultad de Medicina y Enfermería de la Universidad de Córdoba (Córdoba, España)

Dirección de contacto: juanluismorales3499@hotmail.com

Fecha recepción: 05/11/2022

Aceptado para su publicación: 10/03/2022

Fecha de la versión definitiva: 13/03/2022

Resumen

Objetivo. Valorar la percepción de las enfermeras que trabajan en unidades de hospitalización de adultos sobre los planes de cuidados estandarizados (PCE) y la taxonomía NANDA-NIC-NOC (NNN) en la práctica asistencial. **Material y métodos.** Estudio observacional, descriptivo y transversal, realizado con enfermeras de unidades de hospitalización de adultos del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba y que contaban con una experiencia profesional de 3 meses como mínimo. Fueron seleccionadas mediante muestro no probabilístico accidental. Se ha utilizado un cuestionario modificado de un estudio previo en la materia y se ha realizado análisis descriptivo, bivariante y de regresión múltiple. **Resultados.** Las enfermeras utilizan los PCE habitualmente, los consideran útiles y piensan que sus compañeras los usan de forma moderadamente correcta. Sin embargo, reflejaron que el lenguaje NNN es poco útil y tuvieron una predisposición alta hacia un lenguaje alternativo. El personal de enfermería con mayor experiencia profesional puntuó más positivamente la frecuencia de uso de PCE ($p=0,021$). La unidad de Salud Mental destacó porque sus enfermeras valoraron más positivamente las variables sobre los PCE y el lenguaje NNN. Se obtuvo una asociación positiva entre la frecuencia de uso de PCE (variable dependiente) y el uso del lenguaje NNN (OR = 0,564), así como entre nuestra variable dependiente y el uso correcto de PCE (OR = 0,487). **Conclusión.** Las enfermeras poseen una valoración media tanto de los PCE como del lenguaje estandarizado, siendo esta valoración mayor en la unidad de Salud Mental y entre aquellas enfermeras que utilizan más la NNN y que consideran correcto el uso de PCE.

Palabras clave

Proceso de Atención de Enfermería; Plan de Cuidados Estandarizado; Lenguaje Enfermero Estandarizado; NANDA, NIC, NOC.

Abstract

Objective. To assess the perception of nurses working in adult hospitalisation units on standardised care plans (SCP) and the NANDA-NIC- NOC taxonomy (NNN) in healthcare practice. **Methodology.** Observational, descriptive, cross-sectional study, carried out with nurses from adult hospitalisation units of the Hospital Universitario Reina Sofía of Córdoba who had at least 3 months' professional experience. They were selected by accidental non-probabilistic sampling. A modified questionnaire from a previous study on the subject was used and descriptive, bivariate and multiple regression analysis was performed. **Results.** The nurses used the SCP regularly, considered them useful and thought that their colleagues used them moderately correctly. However, they reflected that NNN language is not very useful and had a high predisposition towards alternative language. The nursing staff with more professional experience rated the frequency of use of SCP more positively ($p = 0.021$). The Mental Health unit stood out because its nurses rated more positively the variables on SCP and NNN language. A positive association was obtained between the frequency of SCP use (dependent variable) and the use of NNN language (OR = 0.564), as well as between our dependent variable and the correct use of SCP (OR = 0.487). **Conclusions.** The nurses have an average rating of both the PCEs and the standardised language, this rating being higher in the Mental Health unit and among those nurses who use the NNN more and who consider the use of SCP to be correct.

Keywords

Nursing Care Process; Standardised Care Plan; Standardised Nursing Language; NANDA, NIC, NOC.

INTRODUCCIÓN

El proceso de atención de enfermería (PAE) o proceso enfermero es un método científico que, aplicado a la práctica asistencial, permite a los profesionales brindar un cuidado de forma racional, lógica y sistemática. Sus fases son las siguientes: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. El diagnóstico, la planificación y la ejecución constituyen el conocido plan de cuidados (PC). (1)

Un plan de cuidados estandarizado (PCE) es considerado un plan de acción general o una especie de directriz para el cuidado. El objetivo general del uso de este tipo de plan es ayudar a las enfermeras a seguir un plan común en el cuidado de un grupo específico de pacientes. Este ayuda a asegurar que todos los pacientes reciben la misma atención de calidad. (2)

Los PCE utilizan un lenguaje estandarizado que, en el caso de España, normalmente, es la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) (3) - NIC (Nursing Interventions Classification) (4) - NOC (Nursing Outcomes Classification) (5) que, conjuntamente, se representan con NNN. Aunque la taxonomía NANDA-NIC-NOC se va actualizando cada determinado tiempo, en los registros informáticos de Andalucía, este lenguaje no está actualizado (6).

Su utilización (de planes de cuidado estandarizados y lenguaje NNN) tiene claras ventajas: homogenización de los cuidados, desarrollo de la disciplina enfermera, visión integral de la persona, cuidados basados en la evidencia científica, continuidad de cuidados (a través del informe de enfermería al alta), etc. (7-13)

Sin embargo, es importante recalcar que entre la teoría de los PCE y el lenguaje NNN y la práctica asistencial del día a día, hay un decalaje que se debe tener en cuenta (14).

Aunque los PCE y la taxonomía NANDA-NIC-NOC son conocidos por las enfermeras tanto en Atención Primaria (AP) como en Atención Hospitalaria (AH), en la práctica, los enfermeros que trabajan en España, en muchas ocasiones, encuentran importantes problemas para su implantación: heterogeneidad de los profesionales, recursos humanos insuficientes, falta de motivación, incertidumbre respecto a la efectividad de los diagnósticos de enfermería en la mejora de la salud de la población, dificultad en el uso de la tecnología, etc. (7,9-11)

Junto a estas razones, la actitud (particular) del personal sanitario hacia los PC se muestra como un importante factor asociado con su uso, así como las normas subjetivas que hay en cada entorno (grupal) de práctica enfermera (15).

Por esta razón, resulta fundamental crear percepciones (actitudes) positivas hacia los PCE y el lenguaje NNN a los estudiantes del Grado de Enfermería desde los primeros años. Si los futuros enfermeros entienden los efectos beneficiosos de estos lenguajes, los utilizarán más en su futuro profesional y mejorarán la calidad del paciente asistido (16,17)

Partiendo de este supuesto, del convencimiento de la utilidad que poseen para ayudar al usuario en su proceso salud-enfermedad, y de la importancia que tienen para su uso las actitudes profesionales, resulta importante estudiar el empleo y utilidad (percibida) de los PCE y la taxonomía NNN por los profesionales de enfermería en la actualidad.

OBJETIVOS

El objetivo **principal** de este estudio fue valorar la percepción de las enfermeras que trabajaban en unidades de hospitalización de adultos sobre los PCE y la taxonomía NNN en la práctica asistencial.

Los objetivos **específicos** de esta investigación fueron:

1. Describir la opinión de las enfermeras que trabajaban en unidades de hospitalización de adultos sobre la predisposición a un cambio de lenguaje enfermero alternativo a la NANDA-NIC-NOC.
2. Estudiar la distribución de las variables de opinión PCE-NNN según las características profesionales de las enfermeras que trabajaban en unidades de hospitalización de adultos.
3. Estudiar la relación entre el uso de PCE y el resto de las variables de opinión de las enfermeras que trabajaban en unidades de hospitalización de adultos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal.

Ámbito del estudio

Este estudio se llevó a cabo en unidades de hospitalización de adultos del Hospital Universitario Reina Sofía (HURS) de Córdoba. Unidades de hospitalización que participaron: Hematología, Cirugía Cardiovascular, Cardiología, Cirugía General, Aparato Digestivo, Nefrología, Traumatología, Neurología, Medicina Interna, Salud Mental, Cuidados Paliativos, Urología, Cirugía Plástica y Enfermedades Infecciosas.

Población y muestra

La población de este estudio fueron enfermeras que trabajaban en unidades de hospitalización de adultos del HURS. Se realizó un muestreo no probabilístico accidental.

Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión para la participación en el estudio fueron:

1. Enfermeros de ambos sexos.
2. Con experiencia profesional de 3 meses como mínimo.
3. Que aceptaran participar en la investigación tras leer la hoja de información y el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión para la participación en el estudio: enfermeras cuyo puesto fuera el de supervisora.

Variables del estudio

Se recogieron como variables identificativas: edad, sexo, unidad, tiempo de experiencia profesional y en la unidad; y como variables de opinión sobre la temática abordada: 1) Planes de cuidados estandarizados (frecuencia de uso, valor añadido, grado de utilidad según las propias enfermeras, percepción de uso correcto, grado de seguridad y grado de utilidad percibida por lo médicos en opinión de las enfermeras); y 2) Lenguajes estandarizados NNN (frecuencia de uso, nivel de conocimiento, necesidad en la práctica asistencial de un único lenguaje, claridad del lenguaje, facilidad de uso, utilidad clínica, lenguajes alternativos).

Las variables de opinión fueron medidas a través de una escala Likert del 0, más negativo, al 10, más positivo, a excepción de la última pregunta que el 0 era lo más positivo y el 10 lo más negativo. Además, también se daba la opción de responder NO SABE / NO CONTESTA.

Instrumentos de medida

El cuestionario utilizado fue el empleado por el grupo de investigación del Instituto Catalán de Salud en su publicación "Lenguajes enfermeros estandarizados y planes de cuidados. Percepción de su empleo y utilidad en atención primaria". Se contó

con el permiso de los autores. En el apartado de PCE, fue añadida la siguiente pregunta: En tu práctica diaria, del 0 al 10, ¿trabajas habitualmente con planes de cuidados estandarizados? (18)

Recogida de los datos

Los datos fueron recogidos por el investigador principal de este Trabajo de Fin de Grado entre diciembre de 2020 y febrero de 2021. En primer lugar, los cuestionarios fueron entregados el 14 de diciembre y recogidos el 18 de este mismo mes. En segundo lugar, dada la baja participación de las enfermeras, los cuestionarios fueron de nuevo entregados (a las enfermeras que no los hubieran rellenado y quisieran participar) en las unidades de hospitalización el día 26 de enero y se recogieron, finalmente, el 9 de febrero. Los cuestionarios fueron entregados en papel al personal de enfermería (con sus respectivas hojas de información y consentimientos informados). Además, fueron entregados unos sobres para que, una vez cumplimentados los cuestionarios, fueran introducidos con el objetivo de guardar el anonimato.

Análisis de los datos

Para las variables cuantitativas se utilizó la media, la desviación estándar (DE) y el intervalo de confianza (IC) del 95% para el valor medio. Las variables cualitativas se describieron por medio de frecuencias absolutas y relativas (porcentajes).

En el análisis bivariado se compararon todas las variables de opinión PCE- NNN con el tiempo de experiencia profesional dividido en 3 categorías (para ello se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis). También se comparó todas estas variables de opinión PCE- NNN con la variable unidad de hospitalización dicotomizada, en especiales (solo incluía Salud Mental) y generales (todas las demás), para ello se utilizó la prueba de U de Mann-Whitney. Se han utilizado pruebas no paramétricas porque, con anterioridad, se comprobó la no-normalidad de las variables de opinión mediante el test de Kolmogorov-Smirnov.

Respecto al análisis multivariado, se realizó un análisis de regresión logística binaria. Se utilizó como variable dependiente la frecuencia de uso de PCE y como independientes todas las demás variables de opinión PCE-NNN. La frecuencia de uso de PCE fue dicotomizada en: sí se trabaja con PCE (7-10) y no se trabaja con PCE (0-6). Además, también se realizó una regresión lineal con la misma variable dependiente.

Los datos fueron procesados usando el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 25.0. La significación estadística se establecía para una $p < 0,05$.

Aspectos éticos

El estudio se llevó a cabo de acuerdo con las normas de la Declaración de Helsinki (2013) y con la normativa vigente y fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la provincia de Córdoba. El estudio no comenzó hasta que tuvimos la autorización del Comité de Ética. A todas las participantes le fueron entregados los cuestionarios con sus hojas de información y consentimientos informados. En el tratamiento informático de la información, se cumplió lo establecido por la legislación española sobre protección de datos de carácter personal. Los datos personales obtenidos han sido tratados de acuerdo con el Reglamento UE/2016/679, del 27 de abril de 2016, General de Protección de Datos, y la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

RESULTADOS

Un total de 101 enfermeras respondieron la encuesta. Se descartaron 9 casos por falta de cumplimentación, por lo que finalmente se analizaron los datos de 92 cuestionarios.

El 84,8% de participantes eran mujeres (15,2% hombres). La media de edad de los participantes en el estudio se situaba en los 42,34 años (rango: 22- 62). La experiencia profesional fue recogida en diferentes rangos: entre 3 y 6 meses (2,2%, $n = 2$), de 6 meses a 1 año (2,2%, $n = 2$), de 1 a 3 años

(14,1%, $n = 2$), de 3 a 6 años (7,6%, $n = 7$), de 6 a 10 años (10,9%, $n = 10$) y más de 10 años (63%, $n = 58$). La experiencia profesional en la unidad actual se recogió de forma prácticamente igual a la experiencia profesional general, salvo con la introducción de un nuevo rango: menos de 3 meses (7,6%, $n = 7$), entre 3 y 6 meses (20,7%, $n = 19$), entre 6 meses y 1 año (9,8%, $n = 9$), entre 1 y 3 años (10,9%, $n = 10$), entre 3 y 6 años (9,8%, $n = 9$), entre 6 y 10 años (6,5 %, $n = 6$) y más de 10 años (34,8%, $n = 32$). Las enfermeras refirieron estar en las siguientes unidades de hospitalización: Hematología (5,4%), Salud Mental (20,7%), Medicina Interna (13%), Cirugía General (6,5%), Nefrología (6,5%), Enfermedades Infecciosas (7,6%), Traumatología (13%), Cirugía Cardiovascular (2,2%), Cardiología (9,8%), Aparato Digestivo (3,3%), Neurología (1,1%), Cuidados Paliativos (4,3%), Urología (4,3%) y Cirugía Plástica (2,2%). Es decir, participaron 14 unidades de hospitalización de cuidados generales (79,3%) y 1 unidad de hospitalización de cuidados especiales – Salud Mental – (20,7%).

Respecto a la opinión de las enfermeras sobre los PCE, se obtuvo una media de frecuencia de uso de 6,88 (DE: 2,781; IC 95%: 6,61-7,79). Un 34,8% refirió que la frecuencia de uso de PCE era habitual (9-10). El personal de enfermería valoró con un 6,88 (DE: 2,588; IC 95%: 6,46-7,62) el grado de utilidad de los PCE, un 34,8% los valoró como útiles (7-8). Sin embargo, las enfermeras dieron un 4,25 (DE: 2,849; IC 95%: 3,62-4,92) al grado de utilidad que los médicos dan a los PCE, destacando (28,3%) que para el personal de medicina eran muy poco útiles (0-2). El valor añadido y el grado de seguridad fueron valorados con un 6,91 (DE: 2,488; IC 95%: 6,42-7,52) y un 6,97 (DE: 2,275; IC 95%: 6,58-7,58), respectivamente (**Tabla 1**).

PLANES DE CUIDADO	N	Media / (%)	DE	IC 95 %
Frecuencia de uso	92	6,88	2,781	6,61-7,79
Habitual (9-10)	32	(34,8)	-	-
Con relativa frecuencia (7-8)	28	(30,4)	-	-
Ocasionalmente (5-6)	15	(16,3)	-	-
Casi nunca (3-4)	9	(9,8)	-	-
Nunca (0-2)	8	(8,7)	-	-
Valor añadido	91	6,91	2,488	6,42-7,52
Utilidad (enfermeras)	92	6,88	2,588	6,46-7,62
Muy útiles (9-10)	28	(30,4)	-	-
Útiles (7-8)	32	(34,8)	-	-
Moderadamente útiles (5-6)	18	(19,5)	-	-
Poco útiles (3-4)	7	(7,6)	-	-
Muy poco útiles (0-2)	7	(7,6)	-	-
Uso correcto	91	5,24	2,330	4,74-5,80
Correcto (8-10)	20	(21,7)	-	-
Moderadamente correcto (5-7)	39	(42,4)	-	-
Incorrecto (0-4)	32	(34,8)	-	-
Seguridad	92	6,97	2,275	6,58-7,58
Utilidad (médicos)	83	4,25	2,849	3,62-4,92
Muy útiles (9-10)	6	(6,5)	-	-
Útiles (7-8)	14	(15,2)	-	-
Moderadamente útiles (5-6)	23	(25)	-	-
Poco útiles (3-4)	14	(15,2)	-	-
Muy poco útiles (0-2)	26	(28,3)	-	-

Tabla 1. Opinión de las enfermeras sobre los planes de cuidados estandarizados

Respecto al juicio de las enfermeras sobre el lenguaje NNN, se obtuvo una media de frecuencia de uso de 5,4 (DE: 3,224; IC 95%: 5,10-6,56). Un 25% refirió que la frecuencia de uso de la taxonomía NNN era ocasional (5-6). Las enfermeras tuvieron de media un 6,68 (DE: 2,011; IC 95%: 6,47-7,37) en el nivel de conocimiento autopercibido del lenguaje estandarizado, un 46,7%, casi la mitad, reflejaron tener un conocimiento de NNN notable (7-8). En relación a la necesidad de unificar el lenguaje entre AP y AH, la media fue de un 8,33 (DE: 1,795; IC 95%: 8,19-8,85). Más de la mitad de las participantes, un 57,6%, reflejaron que era muy necesario (9-10). En los apartados de facilidad de uso en la práctica y utilidad, las medias fueron 5,87 (DE: 2,197; IC 95%:

6,03-7,06) y 6,39 (DE: 2,301; IC 95%: 6,03-7,06) respectivamente.

Un 38% valoró como fácil (7-8) el uso en la práctica del lenguaje NNN. Además, un 43,5% de las enfermeras reflejó una baja (5-7) utilidad de la taxonomía NNN. La claridad del lenguaje estandarizado de enfermería más utilizado en España fue evaluada con un 5,87 (un 31,5% del personal de enfermería piensa que son comprensibles, 7-8). Para terminar con el apartado de opinión de la taxonomía NNN, destacar que la predisposición a un cambio de lenguaje fue valorada con un 6,18 (DE: 2,658; IC 95%: 5,39- 6,64), un 26,1% de las participantes señaló una preferencia alta (7-8) hacia un lenguaje alternativo (Tabla 2).

LENGUAJES ESTANDARIZADOS	N	Media / (%)	DE	IC 95%
Frecuencia de uso	92	5,4	3,224	5,10-6,56
Habitual (9-10)	20	(21,7)	-	-
Con relativa frecuencia (7-8)	17	(18,5)	-	-
Ocasionalmente (5-6)	23	(25)	-	-
Casi nunca (3-4)	11	(12)	-	-
Nunca (0-2)	21	(22,8)	-	-
Nivel de conocimiento autopercebido	92	6,68	2,011	6,47-7,37
Sobresaliente (9-10)	13	(14,1)	-	-
Notable (7-8)	43	(46,7)	-	-
Suficiente (5-6)	25	(27,2)	-	-
Insuficiente (3-4)	6	(6,5)	-	-
Muy deficiente (0-2)	5	(5,4)	-	-
Necesidad de unificar lenguaje AP- AH	91	8,33	1,795	8,19-8,85
Muy necesario (9-10)	53	(57,6)	-	-
Necesario (7-8)	27	(29,3)	-	-
Relativamente necesario (5-6)	6	(6,5)	-	-
Poco necesario (3-4)	3	(3,3)	-	-
Totalmente innecesario (0-2)	2	(2,2)	-	-
Claridad (comprensibles)	91	5,87	2,372	5,67-6,70
Muy comprensible (9-10)	13	(14,1)	-	-
Comprensibles (7-8)	29	(31,5)	-	-
Moderadamente comprensibles (5-6)	25	(27,2)	-	-
Poco claros (3-4)	15	(16,3)	-	-
Incomprensibles (0-2)	9	(9,8)	-	-
Facilidad de uso en la práctica	91	5,87	2,197	5,57-6,54
Muy fáciles (9-10)	7	(7,6)	-	-
Fáciles (7-8)	35	(38)	-	-
Difíciles (5-6)	26	(28,3)	-	-
Muy difíciles (3-4)	14	(15,2)	-	-
Imposibles de emplear (0-2)	9	(9,8)	-	-
Utilidad	91	6,39	2,301	6,03-7,06
Alta (8-10)	34	(37)	-	-
Baja (5-7)	40	(43,5)	-	-
Nula (0-4)	16	(17,4)	-	-
Predisposición a un cambio de lenguaje	84	6,18	2,658	5,39-6,64
Muy alta (9-10)	19	(20,7)	-	-
Alta (7-8)	24	(26,1)	-	-
Media (5-6)	21	(22,8)	-	-
Baja (3-4)	11	(12)	-	-
Muy baja (0-2)	9	(9,8)	-	-

Tabla 2. Opinión de las enfermeras sobre los lenguajes estandarizados NNN.

Como se ha comentado en el apartado de material y métodos, se realizó un análisis bivariante en el que se relacionaron, por un lado, las variables de opinión PCE-NNN con la experiencia profesional dividida en tres categorías (de 3 meses a 6 años, de 6 a 10 años y más de 10 años) y, por otro lado, las primeras con las unidades de hospitalización divididas en especiales y generales.

Respecto al análisis bivariante entre las variables de opinión PCE-NNN y la experiencia profesional, solo se obtuvo significación estadística en dos variables de opinión: frecuencia de uso de PCE y uso de correcto de PCE. En ambas variables, podemos destacar que el estrato que mayor puntuación otorga es el de las enfermeras con más de 10 años de experiencia, seguido del grupo que tiene entre 3 meses y 6 años y, por último, el grupo que presentaba una experiencia comprendida entre los 6 y 10 años (**Tabla 3**).

EXPERIENCIA PROFESIONAL	3 MESES-6 AÑOS				6 -10 AÑOS				MÁS DE 10 AÑOS				
PLANES DE CUIDADOS	N	Media	DE	IC 95%	N	Media	DE	IC 95%	N	Media	DE	IC 95%	P
Frecuencia de uso	24	6,29	2,331	5,31-7,28	10	5,40	3,098	3,18-7,62	58	7,38	2,802	6,64-8,12	0,021
Valor añadido	24	7,04	1,732	6,31-7,77	10	6,00	2,582	4,15-7,85	57	7,02	2,735	6,29-7,74	0,337
Utilidad (enfermeras)	24	7,00	2,000	6,16-7,84	10	6,10	2,283	4,47-7,73	58	6,97	2,853	6,22-7,72	0,255
Uso correcto	23	5,04	1,965	4,19-5,89	10	3,50	1,780	2,23-4,77	58	5,62	2,427	4,98-6,26	0,015
Seguridad	24	7,04	2,293	6,07-8,01	10	6,40	1,897	5,04-7,76	58	7,03	2,347	6,42-7,65	0,305
Utilidad (médicos)	23	4,35	2,740	3,16-5,53	8	3,50	2,726	1,22-5,78	52	4,33	2,949	3,51-5,15	0,744
LENGUAJES ESTANDARIZADOS	N	Media	DE	IC 95%	N	Media	DE	IC 95%	N	Media	DE	IC 95%	P
Frecuencia de uso	24	5,33	3,171	3,99-6,67	10	3,80	3,615	1,21-6,39	58	5,71	3,151	4,88-6,54	0,245
Nivel de conocimiento autopercebido	24	6,63	2,123	5,73-7,52	10	5,30	2,452	3,55-7,05	58	6,95	1,811	6,47-7,42	0,087
Necesidad de unificar lenguaje AP-AH	24	8,58	1,381	8,00-9,17	10	8,30	1,494	7,23-9,37	57	8,23	2,000	7,70-8,76	0,870
Claridad (comprensibles)	24	5,79	2,449	4,76-6,83	10	5,90	2,183	4,34-7,46	57	5,89	2,410	5,26-6,53	0,974
Facilidad de uso en la práctica	24	5,54	2,303	4,57-6,51	10	4,90	1,912	3,53-6,27	57	6,18	2,164	5,60-6,75	0,130
Utilidad	23	6,35	2,014	5,48-7,22	9	5,56	2,186	3,88-7,24	58	6,53	2,429	5,90-7,17	0,234
Predisposición a un cambio de lenguaje	22	5,09	2,671	3,91-6,28	9	6,67	1,732	5,34-8,00	53	6,55	2,693	5,80-7,29	0,074

Tabla 3. Análisis bivariante: variables de opinión de PCE-NNN y tiempo de experiencia profesional por estratos.

En el análisis bivariante en el que se relacionó las variables de opinión PCE- NNN con las unidades de hospitalización (Salud Mental -específica- y resto de unidades -generales), se obtuvo significación estadística tanto en las variables de opinión de PCE (frecuencia de uso, valor añadido, utilidad - enfermeras- y utilidad -médicos-) como en las variables de opinión de

NNN (frecuencia de uso, claridad, facilidad de uso en la práctica, utilidad y predisposición a un cambio de lenguaje). Las enfermeras pertenecientes a la unidad de Salud Mental evaluaron más positivamente las variables anteriormente nombradas (excepto la última) que el personal de enfermería perteneciente a unidades generales. Respecto a la variable predisposición a

un cambio de lenguaje, en la encuesta se pedía a las profesionales que valoraran del 0 (no cambiar) al 10 (cambiar) la necesidad de un cambio de lenguaje, y en esta variable ha sido donde el personal de enfermería

de Salud Mental ha otorgado menor puntuación que las enfermeras que trabajan en unidades generales, ya que las primeras están más a favor del lenguaje estandarizado NNN (**Tabla 4**).

UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN	SALUD MENTAL				RESTO DE UNIDADES				p
	N	Media	DE	IC 95%	N	Media	DE	IC 95%	
PLANES DE CUIDADOS									
Frecuencia de uso	19	8,05	2,147	7,02-9,09	73	6,58	2,857	5,91-7,24	0,033
Valor añadido	19	7,58	2,755	6,25-8,91	72	6,74	2,403	6,17-7,30	0,037
Utilidad (enfermeras)	19	7,74	2,535	6,51-8,96	73	6,66	2,572	6,06-7,26	0,034
Uso correcto	19	6,00	2,517	4,79-7,21	72	5,04	2,254	4,51-5,57	0,060
Seguridad	19	7,68	1,600	6,91-8,46	73	6,78	2,394	6,22-7,34	0,091
Utilidad (médicos)	19	5,89	2,378	4,75-7,04	64	3,77	2,810	3,06-4,47	0,003
LENGUAJES ESTANDARIZADOS									
Frecuencia de uso	19	7,05	2,857	5,68-8,43	73	4,97	3,193	4,23-5,72	0,008
Nivel de conocimiento autopercebido	19	7,26	1,790	6,40-8,13	73	6,53	2,049	6,06-7,01	0,118
Necesidad de unificar lenguaje AP- AH	19	8,79	1,302	8,29-9,29	72	8,21	1,935	7,75-8,66	0,432
Claridad (comprensibles)	19	7,53	1,541	6,78-8,27	72	5,43	2,367	4,87-5,99	0,000
Facilidad de uso en la práctica	19	6,89	1,595	6,13-7,66	72	5,60	2,262	5,07-6,13	0,021
Utilidad	19	7,68	1,887	6,77-8,59	71	6,04	2,289	5,50-6,58	0,002
Predisposición a un cambio de lenguaje	19	4,53	2,855	3,15-5,90	65	6,66	2,413	6,06-7,26	0,005

Tabla 4. Análisis bivalente: variables de opinión PCE-NNN y unidades de hospitalización.

Respecto al análisis multivariante, se llevó a cabo tanto una regresión lineal como logística binaria. En ambas se usó como variable dependiente la frecuencia de uso de PCE. En el primer tipo de regresión, resultó una correlación positiva entre la variable dependiente y el uso correcto de PCE y la frecuencia de uso de NNN. Sin embargo, salió una correlación negativa entre la variable dependiente y el nivel de conocimiento autopercebido de NNN, aspecto difícil de explicar por carecer de sentido. Dada la situación, se decidió realizar una regresión logística binaria en la que la frecuencia de uso de PCE fue dicotomizada (sí se trabaja con PCE y no).

El sí tomó las puntuaciones del 7 al 10 y el no del 0 al 6. En el modelo final de regresión ajustada se obtuvo una correlación positiva entre nuestra variable dependiente y la frecuencia de uso de NNN y el uso de correcto de PCE. En el uso correcto de PCE, se alcanzó una Odds Ratio (OR) de 0,487, es decir, por cada unidad de aumento en la variable uso correcto de PCE, se duplica la probabilidad de que se utilicen PCE (frecuencia de uso). Respecto a la frecuencia de uso de NNN, se obtuvo una OR de 0,587, esto es, por cada unidad de aumento en la variable frecuencia de uso de NNN, aumenta un 77% la probabilidad de que se usen PCE (**Tabla 5**).

	PCE1: FRECUENCIA DE USO		REGRESIÓN CRUDA				MODELO FINAL DE REGRESIÓN AJUSTADA (*)			
	Sí (7-10)	No (0-6)	p	OR	IC 95% OR	p	OR	IC 95% OR		
Constante	-	-	-	-	-	-	<0,001	310,441	-	-
PCE2: Valor añadido	7,80	5,19	<0,001	0,595	0,460	0,769	-	-	-	-
PCE3: Utilidad (enfermeras)	7,67	5,41	<0,001	0,689	0,561	0,845	-	-	-	-
PCE4: Uso correcto	6,39	3,13	<0,001	0,367	0,244	0,552	0,004	0,487	0,297	0,799
PCE5: Seguridad	7,57	5,84	0,002	0,697	0,556	0,873	-	-	-	-
PCE6: Utilidad (médicos)	5,04	2,63	<0,001	0,709	0,582	0,864	-	-	-	-
NNN1: Frecuencia de uso	7,10	2,22	<0,001	0,453	0,331	0,619	0,001	0,564	0,409	0,777
NNN2: Nivel de conocimiento autopercebido	7,28	5,56	<0,001	0,625	0,482	0,810	-	-	-	-
NNN3: Necesidad de unificar lenguaje AP-AH	8,88	7,31	<0,001	0,554	0,395	0,778	-	-	-	-
NNN4: Claridad (comprensibles)	6,33	4,97	0,011	0,778	0,640	0,945	-	-	-	-
NNN5: Facilidad de uso en la práctica	6,28	5,06	0,015	0,771	0,626	0,950	-	-	-	-
NNN6: Utilidad	7,20	4,84	<0,001	0,585	0,451	0,759	-	-	-	-
NNN7: Predisposición a un cambio de lenguaje	6,05	6,43	0,541	1,056	0,887	1,258	-	-	-	-

(*) Índice de validez del 90,1%

Tabla 5. Regresión logística binaria para la variable de frecuencia de uso de PCE dicotomizada.

DISCUSIÓN

Los resultados descritos en el apartado anterior muestran que las enfermeras consideran que los PCE tienen un grado de valor añadido medio, defienden que son útiles, piensan que las enfermeras los utilizan moderadamente bien, evalúan la seguridad que estos aportan como notable y perciben que la utilidad que los médicos dan a los PCE es muy poca. Estos datos difieren de los obtenidos en un estudio catalán del año 2019 realizado a enfermeras que trabajaban en AP. Las enfermeras evaluaron el valor añadido y el grado de seguridad de los PCE con un 5,4 y un 5,8, respectivamente, valoraron a los PCE como muy poco útiles, atribuyeron un uso incorrecto por parte de las enfermeras y, por último, coincidieron con nuestro estudio en que el grado de utilidad que el personal de medicina aportaba a los PCE era mínimo (18). No obstante, nuestros datos fueron obtenidos de enfermeras que trabajaban en AH, por lo que los datos no son absolutamente comparables.

Respecto a la taxonomía NANDA-NIC-NOC, en nuestro estudio obtuvimos que las enfermeras la usan ocasionalmente, perciben que su conocimiento de este lenguaje estandarizado es también medio, consideran que es muy necesario el uso de un mismo lenguaje entre AP y AH, y defienden que la taxonomía es comprensible. Además, estiman que son fáciles de utilizar en la práctica diaria y que su utilidad es baja. Por último, su predisposición a un lenguaje alternativo es alta. En el citado estudio catalán del párrafo anterior, se obtuvieron unos resultados parecidos a los nuestros. Todas las variables fueron valoradas de forma muy similar a las obtenidas en nuestro estudio, a excepción de la facilidad de uso en la práctica y la claridad, ya que las enfermeras que participaron en la investigación catalana valoraron la claridad del lenguaje NNN como incomprendible y estimaron que la taxonomía era difícil de llevar a cabo en la práctica diaria.

Podemos pensar que es extraño que los PCE hayan sido valorados como útiles y al lenguaje NAN-

DA-NIC-NOC se le haya otorgado una utilidad baja. Interpretamos que esto puede ser debido a que los PCE facilitan diagnósticos, intervenciones y resultados para una patología determinada, por lo que produce una economización del tiempo. Un estudio realizado en Suecia en 2008 señalaba que los PCE disminuían el tiempo de registro de cuidados, ya que facilitaban información, así como eliminaban la información redundante (19).

En nuestro estudio, obtuvimos significación estadística cuando relacionábamos la variable frecuencia de uso de PCE con la experiencia profesional, dividida en tres estratos (de 3 meses a 6 años, de 6 a 10 años y más de 10 años). La frecuencia de uso de PCE fue mayoritaria en el grupo de mayor experiencia profesional, seguido del grupo más inexperto y, por último, nos encontraríamos con el grupo de experiencia media. Nos resulta coherente que el grupo de enfermeras que más experiencia laboral tiene presente mayor uso de PCE; ya que mientras más tiempo en la práctica profesional se tiene, más tiempo se ha tenido para trabajar con PCE. Este argumento es apoyado por un estudio realizado a 239 enfermeras que trabajaban en Atención Primaria (Cataluña) (20). No obstante, no podemos olvidarnos que las enfermeras con menor experiencia laboral también destacaron por su realización de PCE. Pensamos que esto es debido a que las enfermeras con menor experiencia y, por lo general, con menor edad, han trabajado más con PCE en las universidades y tienen mayor manejo de los registros electrónicos. Esta interpretación está apoyada en diferentes estudios (16,17,21). No obstante, es innegable que se trata de un resultado y unas explicaciones controvertidas.

La frecuencia de uso de planes de cuidados estandarizados y lenguaje NANDA-NIC-NOC fue mayoritaria en la unidad de Salud Mental en comparación con el resto de unidades. En estudios llevados a cabo en ámbitos tan diversos como Suecia o Venezuela (22,23), se evidencia una especial sensibilidad de esta especialidad de la enfermería hacia el uso de estas herramientas. No obstante, es posible que esta asociación puede estar condicionada por cuestiones locales.

En el análisis multivariante, se pudo observar como la frecuencia de uso de PCE estaba correlacionada positivamente con la frecuencia de uso del lenguaje NNN y el uso correcto de PCE. En Andalucía, los planes de cuidados estandarizados utilizan la taxonomía NNN; por lo tanto, es lógico que en este análisis nos saliera una asociación significativa

entre la frecuencia de uso de planes de cuidados estandarizados y el lenguaje NANDA-NIC-NOC. No ocurre esto en otros servicios de salud como el catalán, en el que está la taxonomía ATIC (Arquitectura, Terminología, Interfase-Información-Enfermera, Conocimiento) y esta identificación PCE-NNN no es directa (24).

Respecto a la asociación entre frecuencia de uso de PCE y uso de correcto de PCE, interpretamos que mientras mejor utilicen las enfermeras los PCE mayor será el uso de PCE en una unidad de hospitalización. Una tesis doctoral publicada en el año 2017 en Barcelona defendía que la actitud (particular) del personal sanitario hacia los PCE se muestra como un importante factor asociado con su uso, así como las normas subjetivas que hay en cada entorno (grupál) de práctica enfermera (15).

Qué aporta este estudio

- **Para los profesionales:** conocer la opinión sobre los PCE y la taxonomía NNN de las compañeras de enfermería del HURS.
- **Para los gestores:** identificación de puntos fuertes y débiles sobre los que planificar políticas.
- **Para los pacientes:** cuidados más homogéneos y basados en la evidencia.

Limitaciones del estudio

- **Del estudio:**
 - Tamaño muestral limitado.
- **Derivadas del tema de interés:**
 - Escasez de investigaciones.
 - Concentradas en determinados entornos/áreas geográficas.
 - Falta de investigaciones sobre las percepciones/actitudes hacia el tema.

Futuras líneas de investigación

Es necesario conocer la opinión sobre los PCE y el lenguaje NNN en un tamaño muestral más grande, así como en otras comunidades autónomas.

Resultaría importante realizar investigaciones cualitativas sobre este tema de investigación, para ir más allá de los números.

CONCLUSIÓN

Las enfermeras utilizan los PCE frecuentemente y evalúan el grado de valor añadido y de seguridad que estos aportan como medio. Consideran que son útiles y que las enfermeras, en general, les dan un uso moderadamente correcto. Sin embargo, reflejaron que la utilidad que los médicos aportan a los PCE es muy poca.

La frecuencia de uso del lenguaje NNN fue valorada como ocasional, su nivel de conocimiento autopercebido como notable y defendieron que era importante utilizar un único lenguaje entre AH y AP. Reflejaron que la taxonomía NNN era comprensible. Sin embargo, plasmaron una predisposición alta hacia un lenguaje alternativo.

Se evidenció en nuestro estudio que las enfermeras que más trabajaban con PCE eran las que pertenecían al grupo con mayor y menor experiencia profesional, resultados que deberán ser estudiados en futuras investigaciones.

Se mostraron opiniones positivas hacia los PCE y el lenguaje NNN en la unidad de hospitalización de Salud Mental en comparación con el resto de unidades.

Finalmente, se obtuvo que, si las enfermeras percibían que sus compañeras utilizaban correctamente los PCE, se duplicaba la frecuencia de uso de PCE. También se mostró asociación entre la frecuencia de uso de PCE y el uso del lenguaje NNN.

Es necesario continuar investigaciones tanto cualitativas como cuantitativas sobre los PCE y el lenguaje NNN para mejorar los cuidados que son otorgados al paciente, pues este es el objetivo principal de la enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alfaro-Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero. Fundamento del razonamiento clínico. 8a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
2. Carpenito LJ. Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice. 15a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2016.
3. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA International). Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación 2018-2020. Barcelona: Elsevier; 2019.
4. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner CH. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 7a ed. Madrid: Elsevier; 2018.
5. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 6a ed. Madrid: Elsevier; 2018.
6. Martínez A. Actualización de los diagnósticos enfermeros en los registros informáticos del Servicio Andaluz de Salud. RECIEN. 2018; 16. DOI: <https://doi.org/10.14198/recien.2018.16.03>
7. Duque PA. Factores relacionados con la aplicabilidad del Proceso de Atención de Enfermería en una institución de salud de alta complejidad en la ciudad de Medellín, Colombia. Univ Salud. 2014; 16 (1): 91-102.
8. Román-Cereto M, Campos-Rico A, Viñas-Heras C, Palop R, Zamudio-Sánchez A, Domingo-García R et al. Las taxonomías enfermeras NANDA, NOC y NIC en la práctica asistencial hospitalaria. Enferm Clin. 2005; 15 (3):163- 7
9. Rivera V, Pastoriza P, Díaz C, Hilario N. Revisión crítica de la taxonomía enfermera NANDA Internacional 2009-2011. RECIEN. 2013; 6. DOI: <https://doi.org/10.14198/recien.2013.06.07>.
10. Raña CD, Pita R, Conceiro A, Fernández I, García CM. Opinión de las enfermeras de atención primaria en el área sanitaria de A Coruña sobre la utilización de los diagnósticos de enfermería. Enf Clin. 2004; 14: 77-82.
11. Giménez-Maroto A, Serrano-Gallardo P. Imprecisiones del proceso diagnóstico enfermero. Comput Inform Nurs. 2012; 30: 82-8.
12. Villarejo L, Pancorbo PL. Diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones identificadas en pacientes ancianos pluripatológicos tras el alta hospitalaria. Gerokomos. 2011; 22 (4): 152-61. DOI: <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2011000400002>.
13. Guadarrama D, Delgado P, Martínez M, López EM, Acevedo M, Noguera C et al. Integración del proceso enfermero en la historia clínica electrónica de un hospital universitario. Rev Calid Asist. 2017; 32 (3): 127-34.
14. Cachon JM, Álvarez C, Palacios D. El significado del lenguaje estandarizado NANDA-NIC-NOC en las enfermeras de cuidados intensivos madrileñas: abordaje fenomenológico. Enferm Intensiva. 2012; 23: 68-76. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2011.12.001>.
15. Lumillo-Gutiérrez I. Uso y actitud hacia el diagnóstico enfermero: Revisión integrativa y análisis de patrones en dos muestras internacionales [tesis doctoral]. Barcelona: Programa de Docto-

- rado de Ciencias Enfermeras, Escuela Universitaria de Enfermería; 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2017.02.004>.
16. Karata T, Aslam S. Effect of 'nursing terminologies and classifications' course on nursing students' perception of nursing diagnosis. *Nurse Educ Today*. 2018; 67:114-7. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2018.05.011>.
 17. Ramóns X. Reflexiones sobre el proceso de Enfermería. Desafío para estudiantes, docentes y profesionales de la práctica clínica. *Metas Enferm*. 2017; 20 (6): 75-8. DOI: <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2019.20.1003081110>.
 18. Ríos-Jiménez AM, Artigas-Lage M, Sancho-Gómez M, Blanco-Aguilar C, Acedo-Anta M, Calvet-Tort G et al. Lenguajes enfermeros estandarizados y planes de cuidados. Percepción de su empleo y utilidad en atención primaria. *Ate Primaria*. 2020; 52 (10): 750-758. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.10.005>.
 19. Dahm MF, Wadensten B. Nurses' experiences of and opinions about using standardized care plans in electronic health records – a questionnaire study. *J Clin Nurs*. 2008; 17 (16): 2137-45. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02377.x>.
 20. Lumillo-Gutiérrez I, Romero-Sánchez JM, d'Agostino F, Paramio-Cuevas JC, Fabrellas N, Moreno-Corral L J et al. Nurses' characteristics and practice environments: comparison between clusters with different attitude and utilization profiles regarding nursing diagnosis. *J Nurs Manag*. 2019; 27 (1): 93-102. DOI: <https://doi.org/10.1111/jonm.12652>.
 21. Park HA, Cho I. Education, Practice, and Research in Nursing Terminology: Gaps, Challenges, and Opportunities. *Yearb Med Inform*. 2009: 103-8.
 22. Åling M, Nilsson E, Garpstål B, Strömberg L. Nursing Diagnosis Panorama in a Swedish Forensic Psychiatric Setting Using NANDA-International Taxonomy. *J Forensic Nurs*. 2018; 14 (3): 141-147 DOI: <https://dx.doi.org/10.1097/JFN.0000000000000195>.
 23. Acosta D, Lapeira P, Ramos E. Cuidado de enfermería en la salud comunitaria. *Duazary*. 2016; 13 (2): 105-110 DOI: <https://doi.org/10.21676/2389783X.1715>.
 24. Juvé-Udin ME. La terminología ATIC: consideraciones de uso en la prestación de cuidados. *Metas Enferm*. 2018; 20 (10):67-76.

ANEXOS

Cuestionario

CUESTIONARIO: PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS Y LENGUAJE NANDA-NIC-NOC EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE ADULTOS

TE PEDIMOS QUE NOS RESPONDAS, EN PRIMER LUGAR, A UNAS PREGUNTAS GENERALES:

1. Hombre / Mujer (marque con un círculo)
2. Edad: _____ años cumplidos.
3. Tiempo de experiencia profesional (marque con una cruz):
 - Entre 3 meses y 6 meses
 - Entre 6 meses y 1 año
 - Entre 1 año y 3 años
 - Entre 3 años y 6 años
 - Entre 6 años y 10 años
 - Más de 10 años
4. Tiempo de experiencia profesional en la unidad/servicio (marque con una cruz):
 - Entre 3 meses y 6 meses
 - Entre 6 meses y 1 año
 - Entre 1 año y 3 años
 - Entre 3 años y 6 años
 - Entre 6 años y 10 años
 - Más de 10 años
5. Unidad de hospitalización en la que trabajas actualmente:

A CONTINUACIÓN, VAMOS A PASAR A LA ENCUESTA. ESTÁ DIVIDIDA EN DOS PARTES: LA PRIMERA VERSA SOBRE LOS PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS Y LA SEGUNDA ABARCA EL LENGUAJE ESTANDARIZADO NANDA-NIC-NOC (NNN):

PRIMERA PARTE

En primer lugar, te pedimos que, por favor, nos contestes a las siguientes preguntas sobre planes de cuidados estandarizados (marque con un círculo):

1. En tu práctica diaria, del 0 (ninguna) al 10 (mucho), ¿trabajas habitualmente con planes de cuidados estandarizados?

0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10---NO SABE---NO CONTESTA

2. En tu opinión, ¿qué grado de valor añadido tiene trabajar con los planes de cuidados estandarizados? Del 0 (ninguno) al 10 (mucho).

0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10---NO SABE---NO CONTESTA

3. Valora del 0 (ninguno) al 10 (mucho) el grado de utilidad que tiene el uso de planes de cuidados estandarizados.

0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10---NO SABE---NO CONTESTA

4. En tu opinión, cómo crees que la mayoría de enfermeras y enfermeros utilizan los planes de cuidados estandarizados. De 0 (mal) a 10 (muy bien).

0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10---NO SABE---NO CONTESTA

5. Del 0 (nada seguro) al 10 (mucho más seguro), ¿qué grado de seguridad crees que nos da a las enfermeras y enfermeros trabajar con los planes de cuidados estandarizados?

0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10---NO SABE---NO CONTESTA

6. Desde tu perspectiva, valora de 0 (ninguna) a 10 (mucho) el grado de utilidad que otorgan los profesionales de medicina a los planes de cuidados estandarizados.

0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10---NO SABE---NO CONTESTA

SEGUNDA PARTE

En segundo lugar, te pedimos que, por favor, nos contestes a las siguientes preguntas sobre el lenguaje NNN (marque con un círculo):

1. En tu práctica diaria, del 0 (ninguna) al 10 (mucha), ¿trabajas habitualmente con el lenguaje NANDA_NIC_NOC?

0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10---NO SABE---NO CONTESTA

2. Del 0 (muy deficiente) al 10 (excelente), ¿cuál es tu nivel de conocimiento de las clasificaciones NANDA_NIC_NOC?

0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10---NO SABE---NO CONTESTA

3. Del 0 (nada necesario) al 10 (muy necesario), ¿en qué grado crees que es necesario que se tienda a utilizar un único lenguaje en todo el SAS?

0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10---NO SABE---NO CONTESTA

4. En tu opinión, del 0 (muy espeso) al 10 (muy claro), ¿las clasificaciones NANDA_NIC_NOC contienen un lenguaje claro?

0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10---NO SABE---NO CONTESTA

5. En tu opinión, del 0 (muy difícil) al 10 (muy fácil), ¿las clasificaciones NANDA_NIC_NOC son fáciles de utilizar en la práctica?

0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10---NO SABE---NO CONTESTA

6. Desde tu perspectiva, valora del 0 (muy mal) al 10 (perfectamente bien) si las clasificaciones NANDA_NIC_NOC son útiles para reflejar adecuadamente los problemas de salud de los pacientes que atienden las enfermeras y enfermeros, las actuaciones/intervenciones enfermeras y los resultados esperados.

0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10---NO SABE---NO CONTESTA

7. Del 0 (no cambiar) al 10 (cambiar), ¿en qué grado preferirías cambiar las clasificaciones NANDA_NIC_NOC por otro lenguaje como vocabulario de elección para los registros enfermeros?

0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10---NO SABE---NO CONTESTA

¡MUCHÍSIMAS GRACIAS POR TU TIEMPO!