

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y**  
**PODOLOGÍA**



**APLICACIÓN A LA METODOLOGÍA DE**  
**ENFERMERÍA EN LA ORGANIZACIÓN DE LOS**  
**CUIDADOS, DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS-OS**  
**ENFERMERAS-OS EN LA FUNDACIÓN**  
**ONKOLOGIKOA DE SAN SEBASTIÁN**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR**  
**PRESENTADA POR**

M<sup>a</sup> Encarnación Encinas Prieto

Bajo la dirección de los doctores

Esperanza Rayón Valpuesta  
José Francisco Valencia Gárate

**MADRID, 2013**

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**E. U. ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA**  
**Departamento de Enfermería**



**TESIS DOCTORAL**

**APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE ENFERMERIA EN LA  
ORGANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS, DESDE LA PERSPECTIVA DE  
LAS/OS ENFERMERAS/OS EN LA FUNDACION ONKOLOGIKOA DE  
SAN SEBASTIÁN**

**M<sup>a</sup> Encarnación Encinas Prieto**

Directores de Tesis: Esperanza Rayón Valpuesta  
José Francisco Valencia Gárate

Julio de 2012

*La práctica enfermera puede ser concebida como un campo de experiencias donde se viven a la vez las creencias y los valores arraigados en lo esencial de la disciplina, así como el ejercicio de un juicio clínico que lleva a una intervención reflexionada.*

Suzanne K erouac

## **Agradecimientos**

A la Dra. Rayón por haber confiado en mí para este proyecto y por su inestimable ayuda en su consecución.

Al Dr. Valencia, por estar siempre cerca y poder contar con su experiencia y su buen hacer tanto profesional como personal en todo momento.

A Kontxi, por su inestimable colaboración en la búsqueda de datos en el hospital oncológico.

A la Dirección de Enfermería del hospital oncológico.

A las enfermeras de la planta de hospitalización, sin su colaboración este proyecto no hubiera sido posible.

A la Dra. Garcia-Orellan, quien me ayudo “en esta travesía por el desierto”, por su ánimo y su dedicación.

A la Dra. Trespaderne, una gran compañera siempre dispuesta a ayudar por su implicación en este proyecto.

A Inés y Yolanda, unas amigas muy especiales por su compañía tanto en lo profesional como en lo personal sobre todo en los momentos de duda e incertidumbre.

A mis padres y a mi hermana Ana.

A mis hijos, Iñigo, Mónica y Laura por su paciencia y su apoyo durante estos años

A Julián, por todo

INTRODUCCIÓN	3
CAPITULO 1. EL PROCESO DE ENFERMERÍA	11
1.1.Importancia y necesidad del Proceso de Enfermería	13
1.2.Reseña histórica del Proceso de Enfermería	23
1.3.Gestión de cuidados	31
1.4.La práctica del cuidado y el Proceso de Enfermería	48
1.5.Definiciones y etapas del Proceso de Enfermería	58
1.5.1. Valoración. Una cuestión compleja	73
1.5.2. Diagnóstico de Enfermería. Conocimiento y práctica	80
1.5.3. Planificación de los cuidados	89
1.5.4. Ejecución de los cuidados	93
1.5.5. Evaluación de los cuidados	95
CAPITULO 2. CUESTIONES METODOLÓGICAS	97
2.1. Antecedentes y justificación de la investigación	99
2.2. Objeto de la investigación	109
2.3. Objetivos de la investigación	112
2.4. Material y Métodos	112
2.4.1. Características de las informantes. Muestra	122
2.4.2. Ámbito de la investigación	127
2.4.3. Técnicas de recogida de datos. Entrevistas Historia Clínica Electrónica (HCE).	136
2.4.4. Trabajo de campo. Fases de la investigación	176
2.5. Análisis de los datos. Identificación de las categorías	183

<b>CAPITULO 3. RESULTADOS</b>	185
3.1. La actividad diaria de enfermería en el hospital oncológico	187
3.2. La Historia Clínica Electrónica (HCE) en el hospital oncológico de San Sebastián	199
3.2.1. Registro formal	208
3.2.2. Registro informal	232
3.3. Percepción de las enfermeras sobre la aplicación del Proceso de Enfermería. Desarrollo de las categorías	240
<b>CAPITULO 4. DISCUSIÓN</b>	287
4.1. Relación entre las etapas del Proceso de Enfermería y la aplicación de cuidados	289
4.2. Significado del concepto rol autónomo/rol de colaboración y su repercusión en la aplicación del Proceso de Enfermería. Interpretación de los discursos	300
4.3. Análisis de los registros de enfermería en el HCE	307
<b>CAPITULO 5. CONCLUSIONES</b>	313
<b>CAPITULO 6. PROPUESTA DE IMPLANTACIÓN EN EL HOSPITAL ONCOLÓGICO</b>	323
6.1. Análisis DAFO	325
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	343
<b>ANEXOS</b>	358

# ***INTRODUCCIÓN***



En los últimos 50 años, la enfermería ha evolucionado desde la teoría, validando una serie de conceptos para entenderla como disciplina científica, hasta este momento, estableciendo las estrategias de integración entre la teoría y la práctica de los cuidados. El concepto de disciplina de enfermería surge en Estados Unidos, a través de un grupo de enfermeras que trataban de explicar cómo una profesión nueva “debía explicitar su propio conocimiento a través de sus bases teóricas para poder sobrevivir como profesión” (1). En enfermería se puede definir el concepto de disciplina, como el conocimiento propio orientado hacia la práctica del cuidado, según una perspectiva única y un proceso reflexivo de conceptualización y de investigación, este tipo de disciplinas tienen como objetivo desarrollar los conocimientos que sirvan para definir y guiar la profesión (2).

En este sentido los cuidados de enfermería precisan de habilidades interpersonales, así como conocimientos científicos y métodos adecuados para llevarlos a la práctica asistencial, método que en enfermería se ha desarrollado y se denomina Proceso de Enfermería.

La enfermería como disciplina es relativamente joven y su avance lleva un ritmo desigual con respecto a la práctica asistencial. Desde este planteamiento, parece adecuado profundizar en los aspectos que pueden dificultar el avance en la práctica de los conocimientos propios de la disciplina enfermera, es decir su implementación en la práctica.

Es necesario identificar cuál es el objeto de estudio de la disciplina enfermera, el mismo, lo constituyen (3):

- El marco teórico enfermero, las teorías y los modelos de cuidados enfermeros.
- El método para aplicarlos en la práctica, el Proceso de Enfermería.

Por lo tanto, en la práctica asistencial, la enfermera deberá apoyarse en la ciencia, es evidente que ya no es posible utilizar únicamente el conocimiento común y/o empírico, sino que será preciso utilizar el conocimiento científico, lo que permitirá la búsqueda de soluciones a los problemas que se presenten (4). La aplicación en la práctica del conocimiento científico es, como decía, el Proceso de Enfermería. Este Proceso establece cinco etapas: Valoración, Diagnóstico de Enfermería (DdE), Planificación, Ejecución y Evaluación. La aplicación de estas etapas supone una manera dinámica y sistemática de llevar a cabo los cuidados de enfermería. Además el Proceso de Enfermería facilita unos cuidados humanísticos, centrados en unos objetivos (resultados) esperados en paciente, aportando a la enfermera los mecanismos para poder evaluar constantemente los cuidados que realiza y plantear acciones de mejora cuando sean necesarias.

Aunque desde el siglo XVII (5) se constatan documentos relacionados con la disciplina de enfermería en España, que inciden en la importancia de trabajar metódicamente, la experiencia indica que hoy en día sigue habiendo un desajuste importante entre la teoría y la práctica y una escasa implantación del Proceso de Enfermería, en el trabajo asistencial.

En la actualidad diferentes disposiciones normativas, establecen el principio de que la mejora de la calidad del sistema sanitario en su conjunto debe presidir las actuaciones de las instituciones sanitarias públicas y privadas. Se concretan los elementos que configuran la que se denomina infraestructura de la calidad, que comprende normas de calidad y seguridad, indicadores, guías de práctica clínica y registros de buenas prácticas y de acontecimientos adversos (6). Es necesario, por lo tanto, establecer un plan estratégico que contemple las acciones específicas para todos los profesionales, con el objetivo de poder aprovechar al máximo el potencial del personal sanitario y gestionar de la forma más eficiente los recursos.

Estas acciones, referidas a las enfermeras (se utilizará enfermera referido a enfermera/o, por ser un colectivo mayoritariamente femenino) deberán contener la naturaleza del servicio de enfermería. Así, la Ley 44/2003, explicita la función de las enfermeras en su redacción donde dice “corresponde a los Diplomados universitarios en enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades” (7).

Sin embargo para poder llevar a cabo unos cuidados utilizando el Proceso de Enfermería, de forma que se garantice que éstos están basado en el conocimiento científico, es necesario utilizar un modelo de cuidados, puesto que un modelo “proporciona un marco de referencia que explica como observar e interpretar los fenómenos de interés para la disciplina, definiendo los conceptos de salud, persona, entorno y enfermería desde la perspectiva de el

modelo elegido” (8), en definitiva ayuda a prestar un servicio asequible, accesible, comprendido y aceptado por el paciente y los profesionales de enfermería.

En este sentido, la aplicación del Proceso de Enfermería en la práctica asistencial será necesario para evidenciar la relación entre el coste-beneficio (sostenibilidad de Sistema Sanitario), ya que permitirá identificar las cargas de cuidados reales, explicitando la naturaleza del servicio de enfermería a la sociedad. Así, su utilización exige registrar las actividades relacionadas con los cuidados independientes que son responsabilidad exclusiva de la enfermera y que surgen del Diagnóstico de Enfermería y los cuidados interdependientes que se llevan a cabo en colaboración con otros profesionales del equipo de salud.

Si las actividades de cuidados no están registradas en el plan de cuidados, el resultado de la cuantificación no será real. El diagnóstico médico y la prescripción médica de donde surgen la mayoría de las actividades interdependientes que llevan a cabo las enfermeras, no siempre explican las cargas de trabajo de enfermería. En las actividades independientes poco reflejadas en los registros de cuidados, intervienen otras variables, como el nivel de dependencia de la persona cuidada, la edad, etc. que suponen una carga en tiempo invisible, en la actividad de enfermería.

Por lo tanto, los cuidados de enfermería, presentan un alto nivel de complejidad, se fundamentan en las diferentes respuestas de la persona, entendido el concepto de respuesta como un enfoque según el cual cada persona responde de forma distinta ante un

proceso de salud-enfermedad. Precisan, además, múltiples intervenciones adaptadas a la persona a través del abordaje holístico, lo que supone que cada persona es un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales (9) y debe contemplar todas las circunstancias y la interacción constante con el paciente. El término paciente se identifica como “la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud” (10), por lo que se utilizará el término paciente al referirnos a la persona que requiere cuidados de salud. Será preciso, por lo tanto, conocer todos los aspectos relacionados con la actividad de enfermería para poder determinar realmente el binomio coste-beneficio.

Este aspecto, adquiere mayor importancia en el panorama actual y referido a la salud, donde la cronicidad de muchas patologías así como el aumento de la esperanza de vida conlleva una nueva forma organizativa y una nueva filosofía del trabajo. El trabajo en equipo, adquiere todo su valor en esta nueva concepción de asistencia sanitaria. La atención sanitaria integral supone la cooperación multidisciplinar, la integración de los procesos y la continuidad asistencial, y evita el fraccionamiento y la simple superposición entre procesos asistenciales atendidos por distintos titulados o especialistas. Esta nueva organización evoluciona hacia la corresponsabilidad con el paciente y su familia, lo que supone integrarlos en la nueva organización de cuidados. El paciente en este escenario se presenta como un colaborador, es decir como responsable de su propia salud. Supone el paso de un modelo sanitario paternalista a un modelo centrado en el principio de autonomía personal. La organización metodológica

del Proceso de Enfermería proporciona el marco adecuado para poder estructurar unos cuidados que cubran la demanda de los nuevos cambios sociales dentro del ámbito profesional de enfermería.

Es de destacar que el Proceso de Enfermería como método de trabajo, es el más conocido en nuestro entorno profesional, el mismo, supone la articulación de todas las actividades enfermeras que tiene como fundamento el método científico, instrumento interdisciplinar y universal, basado en la utilización sistemática de una secuencia ordenada, razonada, coherente y retroactiva de actividades (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación) que incluyen en sí mismas, valores, actitudes, habilidades y conocimientos propios de cada disciplina. La aplicación de la estructura del métodos científico aplicada al trabajo profesional, es eje vertebrador del trabajo interdisciplinar, ya que todas las disciplinas utilizan la misma secuencia aplicada a su campo profesional específico.

La toma de conciencia que hace de la enfermera una profesional, parte del hecho de que la atención debe estar centrada, en las respuestas o manifestaciones que tiene la persona ante la enfermedad o potencial de enfermedad (11), como responde ante su proceso de salud-enfermedad. La identificación correcta de las necesidades y de los problemas reales o de riesgo que realiza la enfermera de los pacientes, deben ser fundamento de las intervenciones de enfermería.

Las enfermeras actúan como agentes de cambio cuando adquieren conciencia de su fuerza y poder en el sistema de salud, al reconocer la importancia y trascendencia de su papel en el

mantenimiento de la salud y bienestar de la población. Esta toma de conciencia significa cambio de estructuras mentales para incorporar los valores y actitudes profesionales, que incluyen actuar reflexivamente, con creatividad y responsabilidad para lograr eficiencia y eficacia en el trabajo de enfermería.

El Proceso de Enfermería asegura la calidad de los cuidados en la medida que evalúa las acciones con base en los objetivos planteados en términos de bienestar, comodidad, seguridad del paciente. El paciente es quien determina, de acuerdo con la satisfacción de sus necesidades o solución de sus problemas, si las acciones son efectivas y si la calidad del cuidado ha sido lograda. El cuidado de enfermería, llevado a cabo utilizando el Proceso de Enfermería como método de trabajo, le permite al paciente participar en su propio cuidado, puesto que éste tiene derecho a decidir libremente entre las diferentes opciones terapéuticas disponibles, una vez que ha recibido la información de forma comprensible y adecuada. Además le garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales y le ofrece atención individualizada y continua de calidad, de acuerdo con la prioridad de sus problemas.

La presente investigación se desarrolla en la Fundación Onkologikoa (denominado en la presente investigación hospital oncológico) de San Sebastián, siendo las protagonistas del mismo las enfermeras que trabajan en la unidad de hospitalización. Se trata de poder identificar el aspecto relacional entre el trabajo asistencial y los factores que influyen en la forma de organizar los cuidados en la práctica diaria y su correspondencia con el Proceso de Enfermería.



***CAPÍTULO 1***  
***El PROCESO DE ENFERMERÍA***



### **1.1 Importancia y necesidad del Proceso de Enfermería.**

Para situar la importancia y necesidad de utilizar el Proceso de Enfermería como una metodología científica en la práctica de los cuidados, es preciso explicar su integración en el concepto de disciplina, entendida como ciencia enfermera y su abordaje como una disciplina práctica o ejercicio y práctica de la disciplina. Una disciplina está caracterizada por sus propios antecedentes en cuanto a educación, formación, procedimientos, métodos y áreas de contenido, es aquí donde se incluye el Proceso de Enfermería puesto que supone el método específico que utiliza enfermería en su práctica asistencial.

Para hablar o entender el concepto de disciplina enfermera, así como la propia implantación del método de organización de cuidados, es decir el Proceso de Enfermería, se deben tener en cuenta los contextos que han marcado su evolución, siendo la tradición un elemento muy integrado todavía hoy en día, en la práctica del cuidado. Esta integración explicaría en parte que mayoritariamente, enfermería, en la actualidad, desarrolle su rol profesional desde un modelo biomédico, modelo centrado en la enfermedad y por lo tanto los cuidados en este modelo están orientados hacia la enfermedad y no en la persona como ser bio-psico-social-cultural y espiritual. En este sentido los cuidados independientes, en este modelo, el denominado rol autónomo pasan a un segundo plano sobre las actividades interdependientes, que surgen en su mayoría del Diagnóstico y la prescripción médica.

Para romper con esta dinámica y avanzar, Esteban (12), orienta hacia una serie de cuestiones sobre la consideración de enfermería como disciplina y que tienen un aspecto importante en cuanto a la aceptación de un enfoque metodológico para la aplicación práctica y el desarrollo del conocimiento. Pero además plantea una serie de aspectos en relación a su consideración como disciplina tales como:

- La implicación, el orden y método en su campo de conocimientos así como la metodología en la práctica asistencial.
- La construcción de un cuerpo propio de conocimientos, para lo que es imprescindible conocer y profundizar en los modelos, las teorías, así como en los métodos propios. En enfermería el Proceso de Enfermería es el método que permite la resolución de los problemas del área de competencia propia y que lo diferencia de otras disciplinas.
- Como toda ciencia, enfermería debe tener una serie de conocimientos ordenados de manera que tengan un significado holístico, metodología científica y lenguaje científico propio alrededor del que pivotarán los conocimientos que vayan configurando la disciplina.
- La práctica enfermera debe focalizar el interés no solo en las áreas de colaboración con otras disciplinas sino que permitirá establecer su área concreta de actuación profesional.

El Proceso de Enfermería planteado en la presente investigación como método que organice el trabajo asistencial, viene desarrollándose en muchos países de Europa y de América desde mediados del siglo XX. Entre las ventajas del mismo está la de permitir detallar cuál es la aportación específica de la profesión de enfermería a los cuidados de salud de la población.

La utilización del Proceso de Enfermería proporciona una sistemática de trabajo que permite llevar a cabo investigaciones para mejorar los cuidados a las personas, con características individuales y por lo tanto únicas. El Proceso de Enfermería posee una flexibilidad que permite adaptar los cuidados a las personas de una forma individualizada (13).

El Proceso de Enfermería está bien asimilado en las Escuelas Universitarias de Enfermería, sin embargo, a pesar del tiempo transcurrido no ha calado tanto en la práctica asistencial. No obstante, en el discurso de una gran parte de las enfermeras queda claro que identifican sus ventajas, entre las cuales está, que permite identificar los conocimientos específicos que la enfermera necesita para poder explicar su aportación social.

En la actualidad en el Real Decreto 1093/2010 (14) se aprueban el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud (CDMS). Incorpora los conceptos desarrollados en el Proceso de Enfermería, términos como:

- a) NANDA, *North American Nursing Diagnosis Association*, Terminología validada y estandarizada sobre Diagnósticos de Enfermería.

- b) NOC, *Nursing Outcomes Classification*, referida a la clasificación de los resultados esperados. En su traducción al idioma español se denomina Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE).
- c) NIC, *Nursing Interventions Classification* referida a la clasificación estandarizada sobre las intervenciones realizadas por las enfermeras. En su traducción al español se denomina Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE).

Estos términos deberán ser incorporados en los informes clínicos incluyéndolos en cada una de las etapas del proceso de Enfermería, Valoración, Diagnóstico, Planificación Ejecución-Intervención y Evaluación- Altas y derivaciones enfermeras.

La incorporación de esta terminología debería favorecer de una forma más “natural”, la utilización del Proceso de Enfermería, como metodología de trabajo basado en los conocimientos científicos que enfermería ira aplicando y enriqueciendo desde la práctica clínica.

García (15) analiza algunos aspectos históricos que explican por qué la práctica de enfermería no ha evolucionado al mismo ritmo que la disciplina enfermera, sin embargo desde 1668 se constatan documentos de enfermería en España que inciden en la importancia de trabajar de forma ordenada y metodológica. En la actualidad sigue existiendo un vacío entre la teoría y la práctica, y una escasa implantación del Proceso de Enfermería o de otras metodologías que trabajen de forma normalizada con los

Diagnósticos de Enfermería o utilicen de forma regular la terminología específica de enfermería (NOC, NIC).

En España y para intentar dar una respuesta óptima a la aplicación del Proceso de Enfermería surgió el proyecto NIPE, cuyo objetivo general es normalizar la práctica profesional a través de una red de investigación formada por profesionales de toda España que permita impulsar un lenguaje común y una metodología común, el Proceso de Enfermería. Utilizando esta metodología como eje del proceso de cuidar, además incorpora los conceptos de Persona, Entorno, Salud y Cuidado-Enfermería como fenómenos nucleares de la disciplina.

Así se reafirma que el Proceso de Enfermería fundamenta la práctica asistencial puesto que permite poner en práctica los conocimientos propios de la disciplina, proporcionando, además un enfoque sistemático y compartido de los cuidados en la realidad asistencial.

Uno de los aspectos a destacar y que las enfermeras manifiestan reiteradamente es la invisibilidad de muchos de los cuidados que éstas llevan a cabo. La realización de los cuidados de una forma sistemática permitirá identificar las cargas de cuidados reales, ya que si los cuidados no están plasmados en el plan de cuidados, éstos no son tenidos en cuenta y por lo tanto son obviados en la cuantificación real. Por lo tanto, si se consigue utilizar de forma habitual el Proceso de Enfermería, las cargas de trabajo de enfermería serán reales ya que se tendrán en cuenta una serie de variables que intervienen en los cuidados como son, la edad, nivel de dependencia, etc.

Algunas de las conclusiones del estudio de Juve (16) sobre la complejidad de los cuidados de enfermería están relacionadas con aquellos cuidados que denomina “Fuentes de Complejidad psicoemocional” y que tienen mucha relación con las características que presentan los pacientes del hospital oncológico, ámbito de estudio de la presente investigación. Algunas descripciones tienen que ver con aspectos como, el miedo y el dolor, lo que provoca en muchos pacientes respuestas con más miedo, ansiedad y agresividad. La educación a un enfermo colostomizado con graves dificultades para aceptar su estado de salud y su imagen física o la apatía e indiferencia ante cualquier estímulo o cuidado para positivizar la situación y promover la autonomía, o situaciones en las que el paciente que se ha rendido, no lo expresa, pero emocionalmente tiene un gran sufrimiento.

Es por lo tanto el Proceso de Enfermería un método en la práctica asistencial indispensable para poder validar y evaluar los cuidados de enfermería, visibilizarlos y cuantificarlos, sin embargo, el problema se plantea al intentar identificar la forma en que organizan los cuidados y que factores influyen en cómo los organizan y su relación con la organización basada en el Proceso de Enfermería.

Parece oportuno referirse a la opinión de las estudiantes (se utilizará el femenino por ser mayoritario el número de estudiantes mujeres) y profesorado en relación a algunas cuestiones como son las necesidades de formación del Proceso de Enfermería. Destaca también el carácter imprescindible de su utilización pues permite trabajar en equipo para atender las

necesidades de la persona, así como llevar a cabo el seguimiento de los cuidados. También hay críticos, no tanto, en la pertinencia de su aplicación, sino en las dificultades que conlleva (excesiva burocracia, escasez de recursos personales, tiempo, etc.). Otro aspecto que destaca es la escasa puesta en práctica por parte de las enfermeras y poco reconocimiento por parte de las instituciones.

Es evidente que en muchas ocasiones las estudiantes de Enfermería y así lo manifiestan, desde el primer curso se ven fagocitados por una “marea” de tareas y actividades que llevan a cabo las enfermeras, asumiendo inmediatamente esa forma de trabajo, y continuándola durante los años de formación y una vez comenzada la vida profesional.

Otro aspecto que tiene incidencia es la falta de implicación institucional, destacándose como muy importante la existencia del gran peso en las costumbres y hábitos en la forma de llevar a cabo el trabajo de enfermería. Consideran importante, como elemento negativo a la hora de implementar el Proceso de Enfermería la escasa formación de las enfermeras sobre la teoría del Proceso de Enfermería.

A través de la experiencia con las estudiantes, en su periplo por las diferentes instituciones en las prácticas asistenciales, entre las cuestiones que las enfermeras describen como elementos que identifican en relación a la escasa implantación del Proceso de Enfermería, están las siguientes:

- La necesidad de formación del personal asistencial sobre el Proceso de Enfermería.

Aplicación de la metodología de la enfermería en la organización de los cuidados

- Poca motivación de las enfermeras en la utilización del Proceso de Enfermería, como herramienta de trabajo, generalmente por falta de tiempo.
- La poca adecuación de la herramienta a las peculiaridades de cada hospital o unidad de hospitalización.

Además de los diferentes estudios y consideraciones de expertos que evidencian la importancia del Proceso de Enfermería, la legislación a través de los diferentes Decretos establece las competencias de las enfermeras y los parámetros de su actuación (Ley 16/2003: 28 de Mayo) (6) que indican que los servicios sanitarios ofertados deber estar avalados por criterios de calidad lo que supone también su adaptación continua, incorporando a la práctica diaria, los conocimientos y evidencias científicas que aporta el desarrollo de la profesión.

Para un abordaje global de la práctica enfermera es necesario el análisis de los servicios enfermeros en el marco de las Organizaciones Sanitarias que permita conocer el momento crucial en el que se encuentra enfermería como proveedor de servicios, caracterizado por cambios importantes en las necesidades y demandas de la población, y por la posibilidad y oportunidad de mejorar la práctica asistencial, enmarcándola en un modelo conceptual de enfermería, que defina al paciente/familia/comunidad y el ámbito profesional. Y por otro lado, desarrollándola con métodos científicos como el Proceso de Enfermería, que garantice la calidad y la coherencia del servicio sanitario con la necesidad de los pacientes y familiares.

Otro aspecto destacado es el que el Proceso de Enfermería asegura la calidad de los cuidados en la medida que evalúa las

acciones con base en los objetivos planteados en términos de bienestar, comodidad, seguridad del paciente. El paciente es quien determina, de acuerdo con la satisfacción de sus necesidades o solución de sus problemas, si las acciones son efectivas y si la calidad del cuidado ha sido lograda. El cuidado de enfermería, llevado a cabo utilizando el Proceso de Enfermería como método, le permite al paciente participar en su propio cuidado, tal y como establece la Ley 41/2002: 14 de noviembre (10); le garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales y le ofrece atención individualizada y continua de calidad, de acuerdo con la prioridad de sus problemas.

Así mismo en relación con la Misión de la enfermería, el Real Decreto 1231/2001, plasma cual es el perfil del enfermero generalista identificándolo como “el profesional legalmente habilitado, responsable de sus actos profesionales de enfermero que ha adquirido los conocimientos y aptitudes suficientes acerca del ser humano, de sus órganos, de sus funciones biopsicosociales en estado de bienestar y de enfermedad, del método científico aplicable, sus formas de medirlo, valorarlo y evaluar los hechos científicamente probados, así como el análisis de los resultados obtenidos, auxiliándose para ello de los medios y recursos clínicos y tecnológicos adecuados, en orden a detectar las necesidades, desequilibrios y alteraciones del ser humano, referido a la prevención de la enfermedad, recuperación de la salud y su rehabilitación, reinserción social y/o ayuda a una muerte digna” (17). Se expresa claramente la necesidad del método científico cuyo método de aplicación es el Proceso de Enfermería.

Por su parte en el Libro Blanco de Enfermería se muestra el resultado del trabajo llevado a cabo por una red de universidades, gestores y directores de enfermería (hospitales) españoles con el objetivo explícito de realizar estudios y supuestos prácticos útiles en el diseño de un Título de Grado adaptado al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), aunque se trató de una propuesta no vinculante que se presenta ante el Consejo de Coordinación Universitaria y el Ministerio de Educación y Ciencia para su información y consideración. El valor de este documento es que sirvió como instrumento de reflexión sobre hacia donde debía encaminarse la práctica enfermera.

A destacar los objetivos que planteaba y que se han tenido en cuenta en las diferentes propuestas de grado, desarrollan una orientación hacia los siguientes aspectos:

1. Adquirir conocimientos amplios de la ciencia enfermera, las ciencias de la salud, humanas y sociales y para dar respuesta a las necesidades y expectativas de las salud de las personas, familias, grupos y comunidad.
2. Desarrollar habilidades para la aplicación de procedimientos de los cuidados enfermeros y guías clínicas.
3. Desarrollar la capacidad de establecer relaciones positivas con las personas asignadas a su cuidado.
4. Utilizar la metodología científica en sus intervenciones.
5. Adquirir los instrumentos necesarios para desarrollar una actitud crítica y reflexiva

Como se ve la utilización del Proceso de Enfermería vuelve a estar presente en la reflexión y análisis de los diferentes expertos de la profesión. En este sentido hay datos sobre su utilización en la práctica asistencial, sin embargo hay muy pocos datos sobre la

opinión de las enfermeras en relación con su aplicación y la pertinencia de la utilización del Proceso de Enfermería.

En el cómo lleva a cabo los cuidados la enfermera es decir, cómo se organizan éstos y porqué, desde el punto de vista de las enfermeras, es donde se focaliza la intervención en la presente investigación. Es necesario en este punto identificar cuáles son los objetivos de cuidados, aspecto que dependerá del área donde se llevan a cabo éstos. De esta forma desde el área identificada se individualizarán los cuidados y permitirá orientar y guiar la práctica asistencial hacia el foco de interés identificado. De la misma forma se podrán describir con palabras las actividades de cuidados.

## **1.2. Reseña histórica del Proceso de Enfermería.**

No es posible explicar aisladamente la historia del Proceso de Enfermería puesto que éste está íntimamente relacionado con la profesionalización de la enfermería, así, la Enfermería como disciplina profesional se puede decir que es novel puesto que su profesionalización surge a mediados del siglo XIX con las investigaciones de Florence Nightingale (1820-1910).

Es en la Segunda Guerra Mundial cuando se producen una serie de cambios científicos y sociales, cambios que calaron también en la Enfermería, pero es a partir de 1950, cuando se produce el mayor desarrollo disciplinar siendo este el motor que inicia un avance rápido y continuo.

Nightingale, ya identifica en el siglo XIX el rol específico de Enfermería lo que suponía un reconocimiento del área de

competencia, estableciendo límites y funciones específicas de cada área profesional, que tenían que estar fundamentados a través de una formación específica que capacita profesionalmente y que además proporciona la autonomía y responsabilidad profesional.

La utilización del método científico supuso un antes y un después en la búsqueda del conocimiento y por lo tanto, también en el desarrollo de la disciplina de Enfermería. Así cada disciplina configura su conocimiento aplicando el método científico en su propio campo, y desarrolla un método específico como instrumento para garantizar una práctica rigurosa (18), que en el caso de enfermería, como se decía, es el Proceso de Enfermería.

Es entre los años 1950 y 1960 en EEUU, cuando se empiezan a plasmar los planteamientos teóricos específicos de la Enfermería, se comienza a desarrollar el concepto de cuerpo propio de conocimientos. A la vez se va a producir una separación entre la Enfermería y la Medicina sobre todo al identificar la afirmación de Nightingale cuando dice “que lo relativo a la enfermera es el hombre enfermo más que la enfermedad” (19).

En 1955 Lydia Hall (1906-1969) describió la actividad de enfermería como un proceso en su modelo de esencia, cuidado y curación, especificándolos como fases. Nuevamente se ratificaba la afirmación de Nightingale, puesto que Hall, explicaba que a medida que era necesaria menor atención médica, más necesarios eran los cuidados de enfermería.

Es a partir de este momento cuando conceptualmente se van desgranando los aspectos del cuidado y la idea de identificar a la

persona como un todo en relación constante con su entorno y estudiado desde una perspectiva holística. En la conferencia que Yura (20) pronunció en Nueva Jersey sobre la calidad de asistencia sanitaria, a través de su discurso afirma que “la asistencia sanitaria es un proceso”.

Desde la creación del término de Proceso de Enfermería comienza a utilizarse por otras enfermeras, como Johnson citada por Raile (8) en 1959 (1919-1999), asumiendo la creencia de Nightingale de que el primer problema de la enfermería es el que se origina por la simbiosis entre la persona que está enferma y su entorno y no tanto con la propia enfermedad. Aunque Johnson no utiliza específicamente el término de Proceso de Enfermería está implícito en el desarrollo de su modelo, ya que nos habla de valoración, trastornos, tratamiento y evaluación. Johnson, define la valoración enfermera desde el momento que la enfermera empieza a observar a la persona. Las fuentes de datos que utiliza incluyen la historia clínica, pruebas y otras observaciones pertinentes, así mismo, explica cómo la enfermera debe poder acceder a la información relacionada con los objetivos para poder tratar al paciente.

Orlando (1926-2007) avanza un paso más en el desarrollo del proceso. En su primera publicación (1961) su propuesta la denominó “Teoría de la práctica enfermera efectiva”. En la reimpresión de su publicación de 1961, en el prefacio Orlando afirmó “Si hubiera sido más valiente en 1961, cuando escribí este libro por primera vez, lo habría propuesto como “teoría del Proceso de Enfermería” (8). En su concepto de proceso habla de cómo la acción de la enfermera debe ser deliberada y no intuitiva

o automática. Los pasos que Orlando identificaba de forma rudimentaria fueron Análisis, Síntesis y Ejecución.

Wiedenbach (1900-1996), sigue la teoría de Orlando como proceso deliberativo y no automático. Wiedenbach propone la identificación de ayuda al paciente a través de una secuencia, consistente en:

- Observación de comportamientos compatibles o incompatibles con su bienestar.
- Explicar el significado de dicho comportamiento.
- Determinar la causa de su malestar o incapacidad.
- Determinar si puede resolver sus problemas o necesita ayuda.

A partir de este punto la enfermera deberá proporcionar la ayuda necesaria y debe comprobar que se ha satisfecho la necesidad de ayuda.

Knowles (1926-2010) citada por Benavent (3), presentó una nueva manera de describir el Proceso de Enfermería utilizando una serie de fases que identificó como “five d’s”: “descubrimiento (discover), búsqueda (deliver), decisión (decide), acción (do), evaluación (discriminate). Sin embargo su método ha tenido poca difusión entre las enfermeras.

Una de las primeras definiciones del PAE, Proceso de Atención de Enfermería, fue la que realizó la WICHE *Western Integrate Commission on Higher Education*, Comisión para la Integración de la Educación Superior en el oeste) en una de las reuniones para determinar el marco de los conocimientos enfermeros, definiendo

el Proceso de Enfermería como lo que sucede entre el paciente y la enfermera en un contexto determinado, incorpora los comportamientos entre el paciente, la enfermera y la interacción resultante, consideran cinco etapas dentro del PAE: percepción, comunicación, interpretación, intervención y evaluación (21).

Una de las primeras clasificaciones surgió en el año 1967, a través de un grupo de profesores de enfermería de la *School of Nursing at Catholic University of America*, identificaron cuatro etapas para el PAE y que describieron Yura y Walsh (20), en el mismo afirman que la idea básica del proceso es que éste constituye una unidad, su descripción se da a modo de una sucesión de etapas, todas tienen que estar íntimamente relacionadas y ninguna puede funcionar de forma aislada o independiente. Por lo tanto es necesaria la comprensión total del proceso para poder ponerlo en práctica y así lo reafirma al determinar que el Proceso de Enfermería está constituido de una forma ordenada y sistémica que permite determinar los problemas del paciente, planificando la forma de solucionarlos e implementando un plan general y evaluando el grado de consecución del mismo, es decir, permite comprobar si se han resuelto los problemas identificados.

Es en este momento cuando se produce un primer acuerdo implícito en relación a las etapas del Proceso de Enfermería, y que en su inicio se identifican como:

1. Valoración.
2. Planificación.

3. Ejecución.

4. Evaluación.

Siendo el objetivo final de todas ellas la de prevenir o resolver situaciones problemáticas que afectan a los pacientes.

Aunque todas las teóricas (profesionales de enfermería que han estudiado y validado a través de la práctica de la enfermería, las teorías basan la actuación de la enfermera en que lo cuidados deben ser prestados a través de una metodología científica y sistemática, como el Proceso de Atención de Enfermería), todas ellas coincidían en las cuatro etapas propuestas, muchas de ellas definían la primera etapa a modo de recolección de datos e identificación de problemas, definiéndolos como diagnósticos de enfermería. Esta situación creó cierta confusión entre los términos descritos.

Ante esta situación Abaunza de González y Alberdi (22,23) citando a Roy (1975), Aspinall (1976) indican la inclusión del término Diagnóstico de Enfermería y se comenzó a utilizar el término Proceso de Enfermería.

Fue en 1973 cuando el Proceso de Enfermería se afianzó en la práctica clínica a través de la inclusión de sus etapas en los *Standards of Nursing Practice de la ANA (American Nurses Association, Asociación de Enfermería Norteamericana)*. Detallan el ámbito de aplicación y las normas de la Práctica de Enfermería, describiendo el nivel de competencia de cuidados de enfermería siguiendo el Proceso de Enfermería. Es en este momento cuando se integran las cinco etapas del Proceso de Enfermería:

1. Valoración.
2. Diagnóstico.
3. Planificación.
4. Aplicación.
5. Evaluación.

Es en los años 70 cuando este movimiento comienza a tomar voz entre la profesión de enfermería, si bien de una forma muy tímida en un inicio. En España el salto cualitativo se produce con la incorporación de la Enfermería a la Universidad. Cambian sustancialmente los contenidos de los planes de estudio adecuando la terminología y se introducen nuevos conocimientos, así como una nueva forma de estructurar los cuidados.(3)

La producción científica que existe en nuestro país relacionada con el Proceso de Enfermería, demuestra que es una inquietud importante entre las enfermeras el desarrollar y aplicar el Proceso de Enfermería (24). De la misma forma existe un interés en adaptar el Proceso de Enfermería a las características de nuestro país, por supuesto sin perder la esencia del significado del mismo. Uno de los motivos más importantes es la necesidad de adaptar el mismo a las competencias legales de las enfermeras. En relación a esta adaptación Cuesta (25), plantea si los diagnósticos de la NANDA, y sus etiquetas son coherentes y adecuados a la lengua española.

En la actualidad el término Proceso de Atención de Enfermería, no pierde su significado como concepto, pero cambia su

denominación, de forma natural se ha ido sustituyendo el término Proceso de Atención de Enfermería por el de Proceso de Cuidados. En nuestro entorno es más utilizado el término de Proceso de Enfermería.

Benavent et al (26), desarrollan la siguiente definición, “el proceso enfermero es el instrumento básico del trabajo enfermero, que nos permite actuar con método adaptándonos a cada sujeto (entendido como individuo o como grupo), generando una información básica para la investigación en enfermería”.

En la definición propuesta se interpreta que el Proceso de Enfermería tiene una validez instrumental en la práctica asistencial, constituyéndose como una herramienta para generar conocimiento. No se puede obviar que la génesis del conocimiento de enfermería se inicia en la práctica.

### **1.3 Gestión de cuidados**

La implantación real del Proceso de Enfermería en la práctica asistencial pasa por el conocimiento y reconocimiento de la gestión de cuidados que realizan no solo las gestoras de enfermería, sino también las propias enfermeras en su actividad diaria.

Así, la enfermera en el desarrollo del rol profesional lleva a cabo labores de gestión del propio cuidado, identificado en el Proceso de Enfermería, por lo que el concepto de gestión tiene trascendencia fundamental en todo el proceso de cuidados. Como se decía, también el concepto de gestión de cuidados hace referencia a la implicación que los gestores deben llevar a cabo para materializar la aplicación del Proceso de Enfermería.

La gestión de cuidados es un término relativamente nuevo en nuestro entorno, y da un significado importante a la utilización del Proceso de Enfermería como forma estructurada de organizar las actividades de enfermería en la prestación de cuidados.

En este sentido Alfaro-LeFevre (13), plantea que “La gestión de cuidados pretende reducir los costes proporcionando servicios dentro de un grupo de proveedores que cooperan para brindar cuidados de calidad al menor coste posible. Las enfermeras, médicos y otros profesionales que trabajan con este sistema afrontan el desafío de proporcionar cuidados según los estándares más altos al mejor precio”.

La gestión de los cuidados, por otra parte, tiene que ver directamente con el liderazgo en la profesión de enfermería, puesto que son los líderes de la profesión quienes deben gestionar los cambios conducentes al desarrollo de la profesión y quienes identifican y dan respuesta a las necesidades de la sociedad en relación con los cuidados.

La Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (27), en su Documento sobre Gestión del Producto Enfermero, refiere que los Directivos de los servicios de enfermería, en la actualidad, “han pasado de ser meros administradores de recursos a convertirse en gestores de una de las líneas de producción que deben garantizar las organizaciones sanitarias: los cuidados de enfermería”, es decir, que cada grupo profesional en el marco de las nuevas exigencias organizativas, debe asumir la responsabilidad en las decisiones que toma dentro de su ámbito de competencia y dentro del equipo multidisciplinar en el que lleva a cabo su actividad.

Kerouac et al (2) , define la gestión de los cuidados enfermeros como un “proceso heurístico dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud”.

El concepto heurístico es de gran trascendencia en enfermería puesto que las respuestas de la persona son únicas y el concepto de creatividad adquiere toda su dimensión al tener que planificar unos cuidados individualizados.

En la gestión de los cuidados de enfermería se deben tener en cuenta múltiples aspectos como el entorno en el que se llevan a cabo, la complejidad de los cuidados, las políticas específicas de la empresa en relación al coste-beneficio, su cartera de servicios, que a su vez tiene que ver con las personas que trabajan en la organización y los recursos financieros, así como con las nuevas legislaciones en relación a las competencias de los profesionales y los derechos de los pacientes.

La enfermera gestora y asistencial deberá formar parte del equipo multidisciplinar donde intervienen y evidencian el proceso de cuidados, estableciéndose relaciones cuyo objetivo principal es el paciente y donde el rol de cada profesional debe estar claramente identificado.

Es necesario en este contexto destacar que el personal de enfermería está formado mayoritariamente por mujeres, con una serie de situaciones muy similares al estatus de la mujer en la sociedad actual con múltiples roles que la sociedad le otorga, madre, esposa, cuidadora y profesional, además de formar un colectivo muy numeroso con una formación muy heterogénea.

El papel de la enfermera gestora adquiere un rol fundamental puesto que es la persona que ocupa un lugar estratégico en el entramado directivo, por lo que su conocimiento y visión de la práctica del cuidado y el papel que la enfermera tiene en él, suponen un elemento de primer orden para el avance profesional. Así, las “concepciones enfermeras sirven de base para una práctica administrativa específica y exclusiva de las gestión de los cuidados” (2), es decir, que la gestora está en condiciones de

plantear una cultura organizativa donde la práctica profesional esté basada en el cuerpo de conocimientos propio de la disciplina enfermera.

Pero, además, los sistemas sanitarios son empresas que en el servicio que prestan a la sociedad, deben realizar un esfuerzo para favorecer el desarrollo de las personas que cumplen un papel en la empresa. La planificación del trabajo que realizan las personas es uno de los ejes en la pretensión de que los cuidados que se llevan a cabo sean de calidad.

En relación a qué se entiende por calidad desde el punto de vista asistencial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (28) la define como la necesidad de asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria adecuada, teniendo en cuenta al paciente desde todos los puntos de vista, conociendo sus conocimientos para lograr el mejor resultado con el mínimo de riesgo de efectos adversos y la mayor satisfacción del paciente con la asistencia que se está prestando. En este sentido la satisfacción de la persona es un importante valor añadido a todo el proceso sanitario.

Las directrices estratégicas para los servicios de enfermería general 2011-2015, plantean cinco áreas concretas de interés que tienen relación con la gestión, de los que destacaría por su interés específico con el presente estudio los siguientes objetivos:

Liderazgo para la salud: Las enfermeras deberán estar preparadas y capacitadas para que aporten liderazgo en todos los niveles del sistema de salud.

Administración de personal: Los planes nacionales de desarrollo sanitaria deben incluir estrategias apropiadas de personas y promoverán el acceso igualitario de todos los pacientes a los servicios de enfermería.

Mejora de la productividad: Se deberá facilitar un ambiente de trabajo positivo, para el rendimiento óptimo del personal.

Administración y gobierno: Ayudar a los gobiernos a apoyar el fortalecimiento de los sistemas de salud a través de sistemas de administración y gestión, especialmente en los servicios de enfermería.

Se puede decir que, en definitiva, el objetivo final es lograr los “mejores resultados de salud para las personas, las familias y las comunidades mediante la prestación de servicios de enfermería general competentes, sensibles a la diversidad cultural y basados en la evidencia” (29).

En el panorama actual, los sistemas sanitarios están inmersos en una serie de reformas orientadas hacia la racionalización del gasto sanitario, optimizando los recursos para disminuir este gasto, esta situación lleva consigo la reflexión sobre el modelo de gestión actual apareciendo el concepto de aseguramiento de la calidad como un elemento de competitividad y supervivencia que integre el concepto de coste-beneficio, con la satisfacción del paciente (30).

Se ha utilizado el término calidad asistencial, pero siendo este un concepto muy amplio, es necesario acotar su significado por lo que se tendrá en cuenta en su concepción lo referente a los

aspectos científico-técnicos, la satisfacción del paciente así como los estándares establecidos por el centro o institución donde se llevan a cabo los cuidados. Es evidente que en la sociedad actual no se puede obviar conceptos como eficiencia en la prestación sanitaria, debiendo existir una relación entre los esfuerzos y los recursos utilizados, y su consecución con los resultados, de esta forma se trata de conseguir la mayor efectividad y con el menor coste posible.

La utilización de una metodología que permita identificar los resultados y por lo tanto medir y evaluar sus consecuencias a través de las intervenciones de enfermería, confiere mayor seguridad en las actuaciones clínicas al paciente, evitando posibles daños, favoreciendo su detección lo que permitirá minimizar las consecuencias.

En la práctica, las estrategias para llevar a cabo unos cuidados de calidad están integradas por medio de estructuras y sistemas que apoyen la mejora continua de la misma. En la gestión para llevarlo a cabo intervienen el paciente y la relación calidad-precio, evidentemente en todo este entramado tiene un papel preponderante el liderazgo profesional de enfermería.

En nuestro país no están incluidos sistemas de reevaluación una vez finalizados los estudios que habilitan para las competencias profesionales en cada caso. Sin embargo esto no exime que los profesionales estén perfectamente capacitados y actualizados en relación a sus competencias. Las gestoras de enfermería tienen la responsabilidad de facilitar y fomentar la formación continuada, así como comprobar, a través de los instrumentos que en cada caso se establezcan y que en todo caso deberán combinar tanto el

conocimiento, como la habilidad manual e intelectual, así como las competencias interpersonales.

La gestión de cuidados, está, además, íntimamente relacionada con competencias profesionales, que deben actualizarse continuamente según los avances técnicos y científicos y en el caso de enfermería deberán tener en cuenta las necesidades de la sociedad, que van cambiando continuamente en relación a las necesidades de cuidados de las personas.

Todos estos aspectos relacionados con las competencias los plantea Mora (31), cuando dice, que “un experto en gestión clínica es aquella enfermera que puede y debe evaluar los resultados previstos en su práctica clínica”.

La gestión supone, además, tomar decisiones, realizar acciones deliberadas para llevar a la práctica, lo que permite prever situaciones y adoptar medidas adecuadas para corregir éstas cuando no se corresponde con lo previsto. En definitiva plantea realizar un diagnóstico de la situación, decisiones sobre los cuidados a realizar, realización de los procesos, para obtener resultados que permitan introducir correcciones al proceso, cuando sea preciso.

Los entornos donde se realizan los cuidados reciben diferentes nombres, en el caso del presente estudio es la unidad de hospitalización del hospital oncológico de San Sebastián, en la misma, existe un equipo multidisciplinar formado por personal de administración, enfermeras y médicos con un fin determinado que es el bienestar del paciente, en todas las situaciones en que se encuentre. La unidad precisa para su óptimo funcionamiento una estructura organizativa, liderazgo y cultura de servicio hacia el paciente. Es importante especificar que como unidad de hospitalización, no solo es su función prestar cuidados, sino que cada uno en su rol deberá realizar funciones de docencia y sobre todo de investigación con el fin de favorecer y facilitar la progresión en el conocimiento.

Los entornos asistenciales deberían disponer de unidades específicas de investigación que realizarán la función de coordinadoras, siendo éstas las que lleven el peso de los aspectos metodológicos de la investigación, es decir, gestionar el conocimiento. La unidad de hospitalización es el lugar de donde pueden y deben identificarse aquellas cuestiones que precisan de investigación, lo que redundará en poder realizar los mejores cuidados posibles.

En el momento actual el término gestión del conocimiento adquiere todo su significado, Ayuso (30,32) cita a Drucker con esta cuestión al indicar que “el conocimiento pasará a ser el único elemento significativo en el avance de las organizaciones”.

Los planteamientos tradicionales, en cuanto a la forma de organizar los cuidados como único elemento de avance, dejan de ser válidos y es el conocimiento y la innovación como parte del mismo lo que realmente permite el avance profesional. La gestión del conocimiento está integrada por la gestión de las personas, la gestión de la información y la gestión, en nuestro caso del proceso de cuidados.

Un elemento fundamental es la gestión de las personas, puesto que aportan el conocimiento y la relación interpersonal necesarios para llevar a cabo las actuaciones precisas. No hay duda de la necesidad de una formación continuada en un ámbito donde los avances técnicos y científicos son muy rápidos y las necesidades de la sociedad a las que dan respuesta las enfermeras, están en continua evolución.

Clark (33), en la encuesta realizada en la universidad de Pensilvania en Filadelfia, en el año 2008, refiere que la percepción de las enfermeras con respecto a la formación continuada es heterogénea, aunque un 66% indica que se fomenta la formación continuada y solo en un porcentaje pequeño estiman que dicha formación está bien relacionada con el puesto de trabajo. Esta situación es muy similar a la que se produce en el contexto de la investigación.

En relación a esta cuestión, en el hospital oncológico de San Sebastián no existe un programa específico de formación continuada, si bien las enfermeras pueden decidir individualmente áreas de formación que quieren desarrollar.

En cuanto con la gestión de información, desde el año 2007, la historia clínica está informatizada lo que supone una fortaleza en la institución pues posibilita una gestión multidisciplinar y donde se incluyen aspectos como los protocolos clínicos, evolutivo de enfermería, peticiones y transacciones clínicas.

La gestión de procesos supone el otro eje en la gestión del conocimiento que Mora (31) identifica como un conjunto de actuaciones, decisiones y tareas que se relacionan secuencialmente y se clasifican con el objetivo de lograr un resultado que genere satisfacción en relación a las necesidades del paciente.

En este sentido, Mora, cita a Ruiz (31), quien define la gestión como el plano en el que convergen unas buenas prácticas asistenciales con las buenas prácticas de gestión.

En el hospital oncológico se han planteado los objetivos o prioridades, así como la elaboración de unas líneas de actuación, que permiten relacionar los recursos con las líneas previstas para lograr los objetivos propuestos. El análisis previo se realiza a través del análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) como elementos que permitan plantear unos objetivos realistas y adecuados. La definición de la misión y la visión, establece un primer paso para incorporar la gestión clínica como instrumento para otorgar unos cuidados de calidad. En su definición de la Misión (34), dice, "Oncológico de Kutxa, tiene como misión proveer de manera profesional servicios sanitarios oncológicos a pacientes que necesiten sus servicios, aportando valor al sistema sanitario, bajo los principios de calidad técnica y humana, sostenibilidad y eficiencia". En cuanto a la Visión dice,

“querer ser y ser percibida como una organización proactiva e innovadora, referente en oncología y competente a nivel internacional, que aporte a sus usuarios/as-pacientes el mejor servicio de asistencia oncológica posible en todo momento manteniéndose en la vanguardia tecnológica y del conocimiento”.

Como primer paso se plantea una reflexión estratégica donde entre otros profesionales, las líderes de enfermería, deben planear aquellos objetivos estratégicos que tienen que ver con su función o rol asistencial, tanto en el área interdependiente o rol de colaboración, como en el área independiente o rol autónomo y todo esto, sin perder de vista el objetivo de la atención sanitaria, el bienestar del paciente.

La experiencia a través de la relación establecida con el ámbito hospitalario indica que la gestión que llevan a cabo las enfermeras, en muchas ocasiones, es intuitiva, carente de formación específica, lo que, supone un trabajo excesivo y no bien conducido. En cualquier modelo de gestión, el liderazgo es el criterio más importante para poder tener ciertas garantías de éxito cuando se quiere abordar el cambio. El liderazgo lo asumen los responsables de la organización entendiendo como responsables del área de enfermería, la directora de enfermería, supervisoras, adjuntas de docencia u otros cargos de responsabilidad. Es evidente que las enfermeras en todas las acciones que acometen para mejorar las prácticas, necesitan del apoyo de las organizaciones. Es necesario, además, que cuando las enfermeras emprendan estrategias conducentes a mejorar sus prácticas, éstas deberán ser “dueñas” de los procesos que emprenden. Este compromiso que se adquiere, supone que en las

individualidades las enfermeras, también adquieren características de liderazgo.

El liderazgo de enfermería es el motor que promueve los cambios en la profesión, no se debe olvidar que las enfermeras tienen un trabajo muy instrumental, y en muchas ocasiones la “inmediatez” del día a día no permite reflexionar sobre cuestiones importantes de la actividad profesional. Es ahí donde el liderazgo adquiere su máxima responsabilidad al planificar las acciones y los espacios donde enfermería pueda reflexionar y plantear acciones de mejora para llevar a cabo unas buenas prácticas.

Uno de los objetivos de la Dirección de enfermería debe ser promover la cultura del cambio y la innovación entre las enfermeras, facilitar las estrategias para que se impliquen en ella y establecer los mecanismos adecuados para conseguir los objetivos propuestos. Es necesario un principio de confianza para que el proceso de cambio se pueda iniciar y que éste no sea “obligado”, debe contar desde su inicio con la participación de los profesionales de la organización.

Existen muchos estilos de liderazgo y es muy importante tener en cuenta el contexto, y las personas que están en el mismo, en nuestro caso las enfermeras que trabajan en la unidad de hospitalización del hospital oncológico. Las organizaciones sanitarias están pasando de unos modelos jerarquizados a unos modelos más horizontales, que favorecen la coordinación y la relación laboral entre el equipo multidisciplinar. “Para garantizar la asistencia sanitaria integral se requiere un sistema que coordine a todos los profesionales implicados en el cuidado integral de los paciente, y el trabajo en equipo se hace

imprescindible para conseguir la calidad de los servicios, la satisfacción de los clientes, el desarrollo de los profesionales y la viabilidad de los resultados económicos” (35).

Parece oportuno, en este punto, reflexionar sobre el concepto de equipo multidisciplinar, como un concepto recurrente que ha demostrado ser imprescindible si la atención sanitaria se orienta hacia el paciente. Es necesario que todas las personas implicadas tengan claro que todos y cada uno de ellos son válidos como pertenecientes a un equipo de trabajo, ya que cada uno en su ámbito de competencias proporciona lo que el paciente demanda, es decir, una atención integrada y continúa. Para lograr esta atención es necesaria la coordinación entre profesionales, ya que aún siendo expertos cada uno de ellos en su rol profesional, únicamente si se produce una buena interrelación en el equipo, los servicios que prestan se verán focalizados en la atención al paciente.

Como se verá más adelante, las enfermeras, en los discursos generales sobre la práctica de la profesión, describen, que en muchas ocasiones, es complicado modificar estructuras muy asentadas, que tienen que ver con las relaciones profesionales y la distribución del poder y de influencia, aspectos que se tendrán que tener en cuenta, si queremos propiciar la innovación. Es imprescindible incidir en los mismos para inculcar en los profesionales la necesidad de innovar para que realmente el centro del proceso asistencial sea el paciente, adaptando los cuidados a las demandas y necesidades de este. Por lo que en la actuación profesional se incluirán aspectos tecnológicos y

humanistas, imprescindibles en el abordaje integral de la persona.

Es necesario volver a incidir en que el eje de cualquier actuación debe ser el paciente, por lo que sería muy oportuno tenerlo en cuenta a la hora de cambiar determinadas estructuras organizativas planteando su atención asistencial en función y alrededor del paciente.

El hospital oncológico de San Sebastián cuenta con un plan estratégico, el establecimiento de los objetivos plantea un reto al liderazgo de enfermería, puesto que serán en parte las responsables de que se tenga en cuenta en la elaboración de los objetivos la ponderación en relación a la importancia del trabajo de enfermería. De forma global los objetivos deberían ir encaminados hacia objetivos asistenciales, de calidad, formación, investigación y docencia, sin olvidar el área económica en relación al coste-beneficio, puesto que en la actualidad el hospital oncológico es una Fundación de Titularidad Privada.

Por lo tanto, la gestión de cuidados es un aspecto determinante en la aplicación de cuidados de enfermería, el liderazgo de enfermería debe percibirse como visible para las enfermeras, además deberá ser el motor que dirige el cambio y la innovación en los cuidados.

En este punto, parece adecuado plasmar algunas pinceladas de la teoría de Bass (36), que distingue tres estilos de liderazgo y que identifica como:

1. El transformacional.

2. El transaccional.

3. El “laissez faire”.

Esta teoría establece que el líder transformacional guía a sus seguidores, los inspira, estableciendo desafíos así como una motivación basada en el desarrollo personal de quienes lo siguen. Precisamente el líder transformacional conduce al logro de estándares de excelencia, individuales y colectivos, a través del establecimiento de una visión y una misión compartidas. Por su parte, el liderazgo transaccional es aquel en el cual los seguidores se motivan con base en los beneficios esperados del logro de las metas o tareas encomendadas. Finalmente, en el estilo “laissez faire” el líder renuncia al control con lo cual permite que sean los subordinados quienes tomen las decisiones.

Las características de los puestos de gestión de enfermería supondrían un estilo de liderazgo más transformacional que transaccional, hecho confirmado en la literatura con otro tipo de organizaciones como equipos de innovación (37) o estilos de liderazgo compartido (38).

En la presente investigación, como se decía, se focaliza el estudio, en el modo de organizar los cuidados y su relación con el Proceso de Enfermería lo que supone trabajar con eficacia para proporcionar los mejores cuidados a los pacientes. Es vital considerar si es viable su aplicación y plantear estrategias conducentes a que la resistencia al cambio sea menor. Si como se decía, es importante la visión y misión compartidas y puesto que el hospital oncológico ha consensuado la misma con las personas de la organización, el siguiente paso sería conocer desde la

expresión de sus propias vivencias cuáles son las ventajas e inconvenientes que perciben en relación a un cambio en la organización de los cuidados. El planteamiento para conocer sus ideas ha pasado por una entrevista en profundidad donde se plantean los siguientes aspectos, recurrentes en los discursos informales de las enfermeras:

1. Resistencia al cambio: Falta de motivación o reconocimiento, que puede promover pasividad ante los cambios.
2. Presión asistencial: Valoración sobre la posibilidad de su implantación y la necesidad de que parte del tiempo dedicado a la planificación de los cuidados esté incluido en la jornada laboral.
3. Formación: Imprescindible en cualquier abordaje, pertinencia de formación en conceptos metodológicos.
4. Percepción de aumento de carga asistencial: La necesidad de realizar valoraciones exhaustivas, identificar diagnósticos de enfermería y planificar intervenciones, así como llevar a cabo registros especificados en las guías de trabajo propuestas, puede percibirse como un incremento en la actividad laboral. Es necesario especificar que la gestión supone contar con una fotografía de las necesidades y las cargas y hacer los ajustes necesarios para equilibrarlos.
5. Liderazgo de las responsables de enfermería: Como y de qué manera las enfermeras perciben el liderazgo y como se refleja en la actividad diaria.

Para poder abordar una estrategia de cambio organizativo hay un aspecto que se debe tener en cuenta y es que cada organización está inmersa en su propia cultura, así en cada grupo de trabajo se produce una situación única. Cada persona lleva consigo sus mitos, historias, tradiciones, que en ocasiones se comparten con parte del grupo o interactúan con otros grupos. Es importante conocer estos aspectos y comprenderlos como parte del proceso para abordar cualquier cambio. Modificar estos factores es complejo, se ha de tener en cuenta que enfermería está inmersa en una naturalización de la profesión y en un fuerte componente de tradición sobre un modelo muy integrado en los cuidados el modelo biomédico. En él la enfermera focaliza su actuación en los cuidados interdependientes (rol de colaboración), abandonando o limitando el cuidado independiente, en definitiva su rol autónomo.

Siguiendo este razonamiento Pickering (39) dice, “es importante respetar el pasado y vivir en el presente para poder trabajar para el futuro”.

En definitiva el contexto en el que se desarrolla la actividad asistencial debe tener en cuenta a las enfermeras responsables del cuidado cuando se toman decisiones referidas a ellas, ya que como se decía, el contexto está muy enraizado entre las personas que lo comparten. Si se utilizaran las afinidades, los “lugares comunes” (mitos, valores, experiencias...) de las personas que comparten la organización, las enfermeras, en nuestro caso, supondría un paso importante como motor impulsor del cambio.

Si queremos fomentar el cambio de cultura en la organización para desarrollar el Proceso de Enfermería y que este sea compartido por todas las enfermeras y no impuesta, e integrada en el plan estratégico de la organización, el hospital oncológico, es necesario tener en cuenta el contexto en que se encuentran las enfermeras, protagonistas y ejecutoras del cambio, además, las líderes deberán impulsar, facilitar el proceso para poder conseguirlo.

#### **1.4. La práctica del cuidado y el Proceso de Enfermería.**

El foco de interés de la disciplina enfermera indica aquello sobre lo que se orienta la práctica de la enfermería. En otras palabras, la práctica de enfermería se centra en el cuidado de la persona y/o familia, comunidad que en continua relación con el entorno en que se desarrolla su vida, vive experiencias de salud únicas (2).

Como disciplina, Enfermería tiene un área de investigación y de práctica única, examinando los fenómenos o áreas de interés de una forma específica. Los fenómenos consensuados en enfermería son persona, salud, entorno y cuidado, sin embargo, es la manera particular de establecer las relaciones entre estos conceptos lo que da esa perspectiva única a la profesión.

Se puede decir que desde ahí parte el concepto de rol autónomo o la forma de identificar las actividades independientes de la enfermería y que constituye una parte importante de la práctica de enfermería pero solo como una parte de la misma, puesto que supone, además, la utilización del pensamiento científico para poder llevar a cabo su función de forma global y así poder dar respuesta a las necesidades de la persona, familia, comunidad.

Tapp y al (40), definen el desarrollo del rol autónomo como un “indicador de lo que supone la profesionalización de enfermería que incide en la calidad de los cuidados de enfermería y en satisfacción tanto de las enfermeras como de todo el equipo de salud”.

La autonomía está enmarcada dentro del rol y competencias profesionales habilitadas en cada país. Las enfermeras están cualificadas académica y legalmente para desarrollar un rol autónomo que incluye decisiones clínicas, competencias y juicio clínico. Sin embargo, cuando por las razones que sean las enfermeras no pueden poner en práctica lo aprendido, ni seguir practicando tanto sus habilidades y conocimientos, ni pueden emitir juicios clínicos de su área de competencia, es en ese momento cuando comienzan a perder autonomía profesional.

En la actualidad se está debatiendo nuevos conceptos van surgiendo, básicamente entre las ciencias sociales y de la salud, y que se describe como una dicotomía entre el tratamiento técnico *cure* y los cuidados y su aspecto más relacional *care*.

Las teóricas americanas predisponen el concepto *care*, sobre el *cure* para definir la práctica de enfermería. “Desde el punto de vista sociológico surge el debate en el que el *care* es un trabajo, una tarea sin reconocimiento (la parte invisible que aportan las mujeres en la producción de salud), la parte no explícita (41)”.

De esta forma si el *care* es una práctica, el *caring* será la esencia o acción en la que la práctica del *care* se concreta.

Un concepto muy relacionado con la metodología para llevar a cabo los cuidados es el concepto de *design*, diseño de cuidados, y que especifica que el cuidado va mas allá del propio acto de cuidar puesto que unifica el “qué” y el “cómo” del cuidado. El diseño nos permite diseñar un cuidado donde se incluyen procesos como la reflexión, creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de los conocimientos, el juicio clínico y la intuición. En definitiva la teoría, el conocimiento y la práctica del cuidado el cómo se lleva a cabo son caras de una misma moneda la una no puede entenderse sin la otra, ambos elementos constituyen lo que se denominan cuidados de calidad.

En nuestro entorno profesional se producen incoherencias en relación a esta cuestión que debemos superar si queremos avanzar como disciplina, así una afirmación refrendada por una gran parte de las enfermeras es la que se refiere a determinados planteamientos conceptuales, como cuando se afirma que una cosa es la teoría y otra la práctica, esto puede suponer una dificultad en el avance de la disciplina. La teoría y la práctica son aspectos complementarios de nuestro rol de cuidado, es decir, una no puede sostenerse sin la otra. Así los conocimientos teóricos son imprescindibles para poder llevar a cabo unos

cuidados basados en una evidencia científica, de la misma forma que nuestra práctica profesional nos permite estudiar aspectos del cuidado que van evolucionando cómo evoluciona la persona y la propia sociedad.

En este sentido Collière (42) afirma “dime qué conocimientos utilizas para prestar cuidados y cómo los empleas y te diré que clase de cuidados das”.

Siguiendo este razonamiento, el Proceso de Enfermería va a permitir:

1. Identificar cuál es la situación de la persona objeto de los cuidados.
2. Determinar los problemas y necesidades detectados en el paciente.
3. Planificar y administrar los cuidados propios.

Es en definitiva aplicar el Proceso de Enfermería y demostrar la importancia de los cuidados, además la enfermera experta puede activar distintas etapas del proceso a la vez, lo cual indica su estructura dinámica, siendo aspectos muy importantes que exige el Proceso de Enfermería tanto la toma de decisiones como el registro por escrito, lo que proporciona orden en las actuaciones de la enfermera (24).

Una de las cuestiones más importantes en el momento actual es la aplicación del proceso en la práctica y para ello es necesaria una difusión clara y buscar los mecanismos necesarios que facilite su funcionamiento en la práctica asistencial.

El Proceso de Enfermería como herramienta de trabajo proporciona un orden en la realización de los cuidados de enfermería, es decir, permite seguir un orden lógico, encaminado hacia los objetivos que se pretenden alcanzar y que como objetivo general trata de proporcionar al paciente los mejores cuidados disponibles. Por lo tanto no se puede dejar a la improvisación o a la intuición de la enfermera la organización de los cuidados. Aunque las enfermeras actúen avaladas por la gran experiencia profesional (conocimiento empírico), que le permite conocer cuál debe ser su actuación en cada momento, esta situación de experiencia no se da en las enfermeras más noveles lo que puede crear inseguridades y situaciones comprometidas.

Por lo tanto en relación al uso del Proceso de Enfermería en la práctica diaria, permitiría “asumir responsabilidades y tomar decisiones basadas en razonamiento crítico y conocimiento científico” (43).

En la actualidad el Proceso de Enfermería se entiende como una estructura organizada para la práctica de la enfermería profesional, tiene similitudes con los pasos de método científico e incluye como parte del proceso el pensamiento científico.

Es evidente que en los cuidados nos encontramos en muchas ocasiones con situaciones desconocidas puesto que la persona es un individuo con respuestas únicas, de ahí la importancia de aplicar unos cuidados de forma metodológica lo que nos permite hacer la aplicación del Proceso de Enfermería, por un lado utilizar el pensamiento científico e identificar elementos ya conocidos para poder elaborar una respuesta adecuada y por otro tener en

cuenta las especificidades de la persona, es decir la respuesta única a su proceso de salud.

La evolución del Proceso de Enfermería ha ido desarrollándose siguiendo los pasos del método científico, y su similitud se visualiza de forma general en la siguiente tabla:

**Tabla 1.** Relación entre las etapas del Método Científico y el Proceso de Enfermería.

<b>MÉTODO CIENTÍFICO</b>	<b>PROCESO DE ENFERMERÍA</b>
<b>Recogida de datos</b> Determinación del problema	<b>Valoración</b> Recogida y organización de datos
<b>Formulación de hipótesis</b> Análisis de datos para identificar cual es el problema	<b>Diagnóstico</b> Análisis de los datos para identificar problemas de salud y recursos
<b>Planificación de la investigación</b>	<b>Planificación</b> Desarrollo de un plan de cuidados: objetivos, intervenciones y actividades
<b>Ejecución</b> Análisis e interpretación	<b>Ejecución</b> Puesta en marcha del plan
<b>Verificación de las hipótesis</b>	<b>Evaluación</b> Comprobación de la eficacia del plan

No obstante, se ha de resaltar que aunque el Proceso de Enfermería sigue las líneas generales del método científico, no es el método científico en sí mismo ya que éste es de difícil aplicación en la cotidianidad de la práctica asistencial, por lo tanto se utiliza para una serie de cuestiones muy concretas. “Así pocas cosas están sujetas a resultados bien cimentados en resultados comprobados empíricamente” (44).

Para poder operativizar el Proceso de Enfermería en la práctica asistencial es necesario utilizar un modelo que nos proporciona el conocimiento necesario respecto a cómo llevar a cabo los cuidados.

Los modelos se transforman en elementos útiles para las enfermeras cuando son probados en la práctica asistencial a través de una metodología científica como es el Proceso de Enfermería, así la aplicación y su evaluación proporciona los elementos necesarios para desarrollar una teoría permitiéndonos “adquirir conocimientos que permiten perfeccionar las prácticas cotidianas mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos” (8).

Así, un modelo de enfermería proporcionará el conocimiento de cómo deben ser los cuidados y donde debemos focalizar la búsqueda del problema y el Proceso de Enfermería indica cómo deben organizarse los cuidados.

Los resultados de las investigaciones se plasman en las teorías de enfermería, modelos de cuidados que ofrecen las explicaciones teóricas de las situaciones enfermeras y el método con el que deben ser aplicados en la práctica, y con los resultados de la

aplicación se validan los conocimientos expresados en las construcciones teóricas.

Entre las cuestiones que responden a la afirmación de que los modelos sirven de guía y orientan la práctica profesional se pueden destacar las siguientes puesto que permiten reconocer en ellas nuestra práctica asistencial, en definitiva, las respuestas a las preguntas para que permitan identificar algún tipo de modelo, estas serían:

- Cuál es el objetivo que se persigue.
- Quién es y cómo es la persona sobre la que se va actuar.
- Existe un instrumento metodológico de aplicación propio y el conocimiento sobre el mismo.
- Existen unos procedimientos y si existen, como son, está validada su efectividad para conseguir el objetivo” (3).

En nuestro entorno, el modelo o su adaptación, que más se utiliza es el de Henderson, (9) posiblemente por ser uno de los modelos conceptuales más conocidos. Su concepto sobre la función propia de la enfermera que dio esta autora y que fue adoptado por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) refleja la filosofía de la autora respecto de la persona, grupo y/o comunidad.

En palabras de Henderson (45), “la función propia de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos en la hora de su muerte), actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesario. Igualmente

corresponde a la enfermera cumplir esta misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible”.

Este modelo es, en su estructura y en su lenguaje, el que más se adapta a la cultura y contexto social del entorno. Su construcción teórica es muy abierta lo que da lugar a diversas interpretaciones que permiten adaptarlo a las variantes culturales y sociales específicas de cada entorno y situación de cuidados. Así por ejemplo en nuestro medio, este modelo ha servido y sirve de guía para el diseño de programas informáticos como el Zainieri (46), desarrollado en la red de asistencia pública hospitalaria y Osabide de la red asistencia pública de atención primaria de Osakidetza/ Servicio Vasco de Salud.

Da una imagen de unicidad de la persona al conceptualizar o definir a la persona como un todo compuesto por aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí.

Reconoce que la persona posee el potencial de cambio, de afrontamiento, de interrelación con los demás y su entorno, y de competencia para ocuparse de sus propios cuidados.

De acuerdo al Modelo de Henderson, la persona es un ser integral, es decir, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tiende al máximo desarrollo de su potencial.

En relación a la persona, los postulados sobre los que se basa el pensamiento de Henderson son los siguientes conceptos básicos:

- Cada individuo quiere y se esfuerza para poder conseguir la INDEPENDENCIA.
- Cada individuo es un todo completo que presenta NECESIDADES.
- Cuando una Necesidad está insatisfecha, el individuo deja de ser UN TODO COMPLETO E INDEPENDIENTE.

Según Henderson las Necesidades las agrupa en 14 Necesidades Básicas que Fernández (47) las adapta describiéndolas como las siguientes:

1. Necesidad de oxigenación.
2. Necesidad de nutrición e hidratación.
3. Necesidad de eliminación.
4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
5. Necesidad de descanso y sueño.
6. Necesidad de utilizar prendas de vestir adecuada.
7. Necesidad de termorregulación.
8. Necesidad de higiene y protección de la piel.
9. Necesidad de evitar peligros.
10. Necesidad de comunicación.
11. Necesidad de actuar según sus creencias y valores.
12. Necesidad de trabajar y realizarse.

13. Necesidad de jugar /participar en actividades recreativas.

14. Necesidad de aprender.

Aunque no está claramente especificado, de los escritos de Henderson, se puede inferir que para ella el concepto de necesidad no presenta el significado de carencia o problema, sino de requisito. El concepto requisito entendido como fuerza o energía interna que motiva a las personas a satisfacer de modo único las Necesidades. Esta acepción parece que surge de la influencia de la Teoría de la Motivación de Maslow (48).

La estructura del modelo de Henderson permite utilizar el Proceso de Enfermería como metodología adecuada para llevar a cabo los cuidados de una forma sistemática y organizada utilizando la taxonomía diagnóstica de la NANDA para formular los problemas identificados establecer los resultados esperados (NOC) y las intervenciones para lograrlo (NIC), pudiendo evaluar las acciones individuales de la enfermera y los resultados obtenidos.

### **1.5. Definiciones y etapas del Proceso de Enfermería.**

En relación a las definiciones del Proceso de Enfermería, éstas han ido desarrollándose a lo largo del tiempo. En un principio parecía que éste únicamente podía ser utilizado con las personas quedando excluidas de su aplicación la familia y/o la comunidad. En este sentido Alberdi (23) citando a Deiminger plantea que el Proceso de Enfermería es una forma ordenada y sistemática de determinar los problemas de un individuo, elaborando y llevando a cabo el plan de cuidados específico para solucionarlos, permitiendo evaluar la eficacia de las soluciones planificadas.

Otras definiciones son más abiertas y consideran el Proceso de Enfermería como el pilar fundamental de la práctica enfermera. Así pues, el Proceso de Enfermería es una “serie diseñada de acciones encaminadas a conseguir los objetivos de Enfermería, mantener el bienestar del cliente y, si cambia su estado de salud, darle la cantidad y calidad de cuidados de enfermería que mejoren su situación para devolverle en bienestar. Si este bienestar no puede ser conseguido, el proceso enfermero contribuirá a la calidad de vida del cliente, aplicando el máximo de sus recursos” (20). En este sentido el concepto cliente tiene un significado más amplio identificándolo como persona, familia y/o comunidad.

Phaneuf (49), así mismo, plantea el Proceso de Enfermería como proceso intelectual y deliberado, estructurado con arreglo a una serie de etapas ordenadas lógicamente, que se utilizan para planificar unos cuidados personalizados dirigidos al mayor bienestar de la persona cuidada”.

Una de las definiciones más aceptadas en la actualidad es la que define el Proceso de Enfermería como “una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Eje de todos los abordajes enfermeros, el proceso promueve unos cuidados humanísticos, centrados en unos objetivos (resultados) y eficaces. Además, impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y plantearse cómo pueden mejorarlo” (13).

Realizando un análisis más profundo de la definición esta se focaliza en aspectos como que el Proceso de Enfermería es:

Aplicación de la metodología de la enfermería en la organización de los cuidados

1. Sistemático. Consta de cinco pasos, en los que se llevan a cabo una serie de acciones deliberadas para extremar la eficiencia y obtener resultados beneficiosos a largo plazo.
2. Dinámico. Porque permite moverse hacia atrás o hacia delante entre los distintos pasos del proceso y es capaz de dar respuesta a problemas cambiantes.
3. Humanístico. Se basa en que a medida que planificamos y brindamos los cuidados debemos considerar los intereses, valores y deseos específicos del usuario (persona, familia o comunidad). Debemos considerar el cuerpo, la mente y el aspecto social.
4. Centrado en los objetivos (resultados). Centra la atención en la persona que demanda los cuidados de salud y en si ésta obtiene los mejores resultados de la manera más eficiente.

El Proceso de Enfermería, no solo es un instrumento necesario para llevar a cabo unos cuidados eficientes y eficaces pero que puede quedar al arbitrio de enfermeras o gestores su utilización, sino que es una exigencia de la propia sociedad, a través de las competencias descritas en las normativas de cada país. En EEUU y Canadá su utilización está regulada por el Código ético de la *American Nurses Association* (ANA), Estándares para la práctica de la *American Nurses Association* (ANA) y el Estándar II de la *Canadian Nurses Association* (CNA). En todas ellas se hace una descripción de los pasos del Proceso de Enfermería.

Entre los beneficios que aporta la utilización de Proceso de Enfermería, estarían aspectos como que:

- 1.- Mejora la eficiencia y eficacia de los cuidados.
- 2.- Permite llevar a cabo unos cuidados más humanistas, el individuo es el protagonista de su propio proceso de salud.
- 3.- Favorece la autonomía profesional al desarrollar los cuidados independientes.
- 4.- Proporciona un marco de registros de enfermería para:
  - Facilitar la comunicación y prevenir errores.
  - Evitar las repeticiones innecesarias en los registros.
  - Disponer de datos necesarios para estudios de investigación relacionados con la profesión, los cuidados, etc.....
- 5.- Promueve el pensamiento crítico.
- 6.- Permite cuantificar de forma más real el gasto económico así como las necesidades de personal en la organización.
- 7.- Proporciona satisfacción a las enfermeras, al visualizar los objetivos/resultados obtenidos.

Por otra parte el Proceso de Enfermería tiene una serie de peculiaridades que le permiten responder al estado cambiante de salud de la persona, desde este punto de vista destacaría algunas cuestiones que lo hacen práctico en el entorno asistencial, estas cuestiones son las siguientes:

- Que es un sistema abierto y flexible lo que permite satisfacer las necesidades del paciente, familia y comunidad.

Aplicación de la metodología de la enfermería en la organización de los cuidados

- Está planificado, puesto que se realizan acciones deliberadas, es decir, se dirige a objetivos concretos.
- Permite a la enfermera y al paciente ser creativos en el diseño de métodos para resolver el problema de salud identificado.
- Es interpersonal, tiene como requisito que la enfermera se comunique de forma directa y coherente con los pacientes/o sus familias para satisfacer sus necesidades.
- Exige y permite una comunicación terapéutica.
- Es cíclico. Como todas las etapas están interrelacionadas, no hay un principio ni un fin absolutos. Hace hincapié en la retroalimentación, que conduce o a la confirmación del problema o a la revisión del plan de cuidados.
- Puede aplicarse de forma “universal”, el proceso se emplea como marco para los cuidados en todo tipo de contexto sanitario, con pacientes de todos los grupos de edades y en todo el ciclo vital.
- Precisa de un Modelo Conceptual o guía o esquema de valoración.

En relación a las etapas del Proceso de Enfermería, éstas están claramente identificadas en la actualidad adquiriendo un gran protagonismo la etapa de diagnóstico de enfermería.

Previo a una explicación más exhaustiva de cada una de las etapas, se realizará una explicación general de las mismas con el objetivo de permitir una visión de conjunto de las mismas, lo que

facilitará entender la secuencia más compartimentada que precisa la explicación de cada una de ellas.

### Valoración

En esta etapa, se procede a recoger, examina y organizar la información sobre el estado de salud, buscando evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que pueden generar problemas de salud. En este sentido Benavent et al (3), afirman que la autonomía de la actividad de enfermería precisa tener información “suficiente para dar una respuesta profesional a la demanda de cuidados de las personas”.

### Diagnóstico (DdE) identificación de los problemas

Es una etapa consecuencia y relacionada con la etapa de valoración, requiere de un proceso de razonamiento, para poder analizar los datos e identificar los problemas. A medida que las enfermeras asumen un papel autónomo, delimitado por un marco de competencias definido legalmente, se evidencia la necesidad de una terminología adecuada que permita describir los fenómenos propios de la disciplina.

En respuesta a esta demanda nacen las taxonomías enfermeras de diagnósticos: NANDA Internacional, NANDA-I, como clave en la utilización de un lenguaje común en enfermería.

En 1973 Gebbie y Lavin profesores de la Saint Louis University, Missouri, trataron de identificar y nombrar las actuaciones de Enfermería, convocaron a enfermeras asistenciales, gestoras, investigadoras y docentes de todas las regiones de E.E.U.U. a la 1ª Conferencia National para la clasificación de los DdE, donde se

formaron grupos de trabajo con el objetivo de formular diagnósticos.

La First National Conference con el apoyo económico de la *Saint Louis University School of Nursing and Allied Health Professions*, identificó los diagnósticos de enfermería. Se reunieron en 1975 y 1980 y a partir de entonces se reúnen cada 2 años.

En 1982 desapareció y en su lugar se creó la *NANDA North American Nursing Diagnosis Association*, que invitó a todos los profesionales que desearan participar en el esfuerzo de desarrollar una taxonomía diagnóstica propia.

La aportación a ese listado es Internacional, con el fin de que las propuestas de incorporación de nuevos Diagnósticos se realizan desde cualquier país, estudiándose posteriormente por la Directiva de NANDA la aceptación o no de las mismas.

En la conferencia de 2002, la palabra NANDA ha dejado de ser un acrónimo, para convertirse en una marca registrada: NANDA Internacional. Con el mismo objetivo.

En los primeros congresos no hubo un acuerdo de cómo clasificar los diagnósticos por lo que se determinó efectuar un listado por orden alfabético. En conferencias posteriores se trabajó para desarrollar una estructura taxonómica.

En la séptima conferencia, celebrada en 1986, se presentó la Taxonomía I hasta 1998 que se presentó a los miembros de la organización la propuesta de la Taxonomía II, que finalmente fue aprobada en la decimocuarta conferencia en el año 2000.

La taxonomía NANDA, define los diagnósticos de mayor aceptación internacional. Su objetivo es mejorar y fomentar la utilización de la terminología de los diagnósticos de enfermería entre las enfermeras

En otras palabras, Berman et al (51) definen la taxonomía como “un sistema de clasificación o un conjunto de categorías estructuradas en función de un único principio o de un conjunto de principios”.

La utilización de los Diagnósticos de Enfermería supone, además, la utilización de un lenguaje común, que facilita la comunicación entre las enfermeras. En definitiva ayuda a unificar internacionalmente el lenguaje enfermero.

NANDA (52) por su parte define el Diagnóstico como “Un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad frente a procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de la actuación enfermera destinada a lograr objetivos de los que la enfermera es responsable”.

En el momento actual, es muy aceptada por enfermería la definición que identifica el Diagnóstico de Enfermería como, un problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta holística de la persona y de la comunidad siendo las enfermeras responsables de identificar y tratar de forma independiente los problemas identificados (13).

Planificación de cuidados de enfermería. Objetivos y Resultados de enfermería: NOC.

La planificación es un proceso de razonamiento deductivo, exige reflexionar antes de actuar, es, además, un proceso dinámico puesto que, en ocasiones, y según se desarrolle el proceso de salud del paciente, es necesario realizar modificaciones al plan propuesto.

La etapa de planificación se dirige a prevenir, reducir o corregir los problemas identificados para lo que es imprescindible tener en cuenta los siguientes elementos:

1. Establecer prioridades según los problemas o diagnósticos identificados.
2. Enunciar los objetivos o resultados esperados.
3. Determinar las Intervenciones de Enfermería o acciones que llevará a cabo la enfermera para prevenir o tratar los problemas y lograr los objetivos propuestos.
4. Anotar o individualizar el plan de cuidados.

Se desarrollarán en profundidad los términos NIC y NOC, cuando se aborde en profundidad la etapa de planificación.

#### Ejecución de cuidados: Intervenciones de enfermería: NIC

En esta etapa es necesario volver a valorar el estado actual de la persona antes de actuar, así como llevar a cabo las intervenciones, se realizarán y se supervisarán los cuidados en colaboración con el equipo multidisciplinar.

Evaluación En esta etapa se visualiza si se han conseguido los objetivos o resultados de los pacientes propuestos a través de la

actuación o intervención de enfermería. Permitirá, además, continuar, modificar o finalizar el plan de cuidados.

Aunque el Proceso de Enfermería es un proceso dinámico y cíclico es necesario explicarlo de forma secuencial, las etapas se superponen, no pudiéndose entender como compartimentos estancos.

Esta superposición se describe de la siguiente forma:

La valoración y el diagnóstico se relacionan, en el momento en que se reúne la información, se puede empezar a comprobar que significan los datos recogidos, incluso aunque no se dispongan de todos los datos. Se puede aventurar un diagnóstico, pero se debe tener en cuenta que si la valoración es incompleta se pueden cometer errores al identificar los problemas del paciente.

El diagnóstico y la planificación. Una planificación adecuada y oportuna precisa de un diagnóstico correcto. Si algún problema no es identificado o su identificación no es correcta el plan de actuación no será el adecuado porque tanto los objetivos como las intervenciones no serán las correctas.

Un aspecto a tener en cuenta en relación a los objetivos es que para conseguir el resultado deseado los objetivos específicos deberán corresponder a cada uno de los problemas o diagnósticos identificados.

Así mismo, las intervenciones previstas cumplirán con el objetivo de prevenir, resolver o controlar los problemas señalados en los diagnósticos, incorporando en el plan a las personas que

contribuyen al plan de cuidados, así como los recursos materiales necesarios para poder cumplir el plan propuesto.

La planificación y ejecución. El plan permite guiar las intervenciones que se deben llevar a cabo durante la ejecución. Es importante señalar que al ser un proceso dinámico, en ocasiones, es necesario realizar ajustes en el momento en que está ejecutando el plan.

Ejecución y evaluación. La ejecución debe ser guiada por el pensamiento y la reflexión sobre las respuestas a las acciones, controlando y llevando a cabo cambios cuando éstos sean necesarios.

La evaluación está claramente relacionada con la planificación, porque si los diagnósticos son los adecuados y los objetivos están formulados correctamente, se estaría en condiciones de determinar si se han logrado los objetivos formulados en el plan de cuidados. Es aquí donde cobra sentido la afirmación de que se evalúa a lo largo de todo el Proceso de Enfermería, puesto que habrá que ir evaluando en cada uno de los pasos si se presentan dificultades que impiden avanzar y cuáles son éstas, así como las medidas correctoras que se deberán incorporar.

En suma el Proceso de Enfermería no es un proceso intuitivo que se aprende exclusivamente con una “lección” y la práctica asistencial, requiere de una serie de elementos para que una enfermera pueda ser competente en su utilización, el aprendizaje debe ser múltiple, y dirigido y no fruto del azar o la intuición de la enfermera. Por lo tanto, se puede decir que precisa de 3 ejes:

Conocimientos, habilidades: Motrices, intelectuales e interpersonales y Actitudes.

En la figura adjunta se describe gráficamente como la unión del conocimiento y el pensamiento crítico (qué hacer, por qué hacerlo), las habilidades técnicas e interpersonales (cómo hacerlo) y las actitudes (deseo y capacidad para hacerlo), el proceso enfermero se convierte en el motor para proporcionar unos cuidados de calidad.

**Imagen 1.** Relación entre los ejes que identifican las competencias para poder ser competentes en la utilización del Proceso de Enfermería.



En relación a los ejes identificados, se pueden definir de la siguiente forma:

1.-Conocimiento de enfermería: Es evidente que con los cambios que se están produciendo en el panorama científico, enfermería va afianzando y aumentando su propio cuerpo de conocimiento. Los conocimientos sobre los que investiga enfermería son los relacionados con los conceptos de persona, salud, entorno y cuidado.

Es fundamental la comprensión de las necesidades de la persona y de la comunidad con relación a la salud, y si se tienen en cuenta las necesidades cambiantes en materia de salud, se hace necesario un aprendizaje intenso y continuo a lo largo de toda la vida profesional.

No se puede obviar que las corrientes de pensamiento y sus concepciones en la profesión han sido de gran influencia en el desarrollo del conocimiento de enfermería. La teoría, la práctica y la investigación en Enfermería forman una relación necesaria para crear conocimiento. De la práctica surgen las hipótesis, la teoría sirve de guía conceptual de los problemas y las áreas de investigación. Las investigaciones permitirán corroborar o refutar las hipótesis planteadas. Las enfermeras asistenciales prueban estas teorías pero para hacerlo de forma válida es necesario utilizar una metodología basada en el conocimiento científico, es decir el método propio de la disciplina, el Proceso de Enfermería de esta forma se favorece la necesaria retroalimentación que promueve la creación del conocimiento propio de Enfermería.

Para lograr que se produzca esta simbiosis es muy importante interiorizar las bases del Proceso de Enfermería desde la Universidad e ir combinando sus etapas con los conocimientos que se van adquiriendo a través de los años de aprendizaje universitarios, de esta forma, la utilización del Proceso de Enfermería se convierte en un hábito de trabajo necesario para poder integrarlo en la práctica diaria. La intuición o los cuidados aprendidos por tradición y costumbre darán paso a una forma de trabajo metodológica y basada en el razonamiento científico.

2.- Habilidades: El uso del Proceso de Enfermería requiere de habilidades de tipo manual (procedimientos), intelectual (pensamiento crítico, razonamiento) e interpersonal.

Habilidades técnicas: Aquellas que tienen que ver con destrezas manuales como administrar inyectables, realizar curas, manejo de sueroterapia, cuidado de vías y otras relacionadas con la colaboración en un equipo multidisciplinar y donde el papel de coordinación es fundamental.

En la habilidad intelectual está integrado el pensamiento crítico no es un pensamiento intuitivo, sino que es un pensamiento cuidadoso, deliberado, centrado en un objetivo.

Donde se debe poner el énfasis es en como entendemos el pensamiento crítico y como lo aplicamos en enfermería, Alfaro-LeFevre (13), lo define como:

- Un pensamiento deliberado que se dirige hacia al logro de un objetivo.

## Aplicación de la metodología de la enfermería en la organización de los cuidados

- Se orienta al paciente, a la familia y a las necesidades de la comunidad.
- Se basa en los principios del Proceso de Enfermería y del método científico.
- Reevaluación constante que permite corregirlo.
- Precisa de conocimientos y habilidades específicas así como experiencia profesional.
- Necesita de estrategias específicas para poder desarrollar el potencial de las personas.
- Se debe guiar por los estándares profesionales y los códigos éticos establecidos.

Habilidades interpersonales: Desarrollar habilidades interpersonales es imprescindible en el quehacer de una enfermera puesto que los cuidados van dirigidos hacia las respuestas de la persona con su idiosincrasia específica. Además una buena relación interpersonal fomenta el “principio de confianza” que es necesario para poder “descubrir”, hechos o situaciones que afectan a la persona cuidada. La comunicación es un elemento necesario en las habilidades interpersonales, puesto que entre otras cuestiones tiene implicaciones en el pronóstico general, en la satisfacción del paciente y la satisfacción del profesional. La importancia de la comunicación tiene su base en que tiene un aspecto de contenido pero también un aspecto relacional.

Además de una buena capacidad de comunicación, también, las relaciones se construyen tanto con la conducta como con las palabras: las acciones cuentan más que las palabras.

### 3.- Actitudes (deseo y capacidad para cuidar)

El deseo de cuidar se refiere a ser capaz de elegir realizar las acciones más adecuadas con el objetivo de ayudar a los demás, se refiere a focalizar la atención en lo que es más adecuado para la persona, familia, comunidad y no en lo que se considera que es lo mejor (actitud paternalista en el cuidado). El respeto a los valores y creencias de la persona. Implicarse aunque se considere un “caso difícil” o aunque el problema se mantenga en el tiempo, adaptándose a cada momento y situación.

Ser capaz de cuidar pasa por el autoconocimiento y ser generosos en la comprensión hacia el otro. En ocasiones, los valores propios influyen o determinan el procedimiento o las acciones hacia el cuidado, objetivar esta cuestión permitirá llevar a cabo acciones y evitar juicios de valor hacia la persona, familia, comunidad. La empatía adquiere su significado en este momento, escuchar y tratar de ver su punto de vista o su forma de pensar, es una cuestión fundamental.

#### 1.5.1. Valoración. Una cuestión compleja

El objetivo de la etapa de valoración es la recogida y registro de los datos más importantes sobre el proceso de salud y los cuidados que precisa el paciente o la familia o la comunidad (53). Se puede identificar como la primera etapa, la que proporcionará la información adecuada y pertinente en relación al estado de

salud. La valoración incluye la obtención de los datos, pero también su validación y registro de los mismos. Si todo el plan de cuidados que se elaborará va a depender de los datos que se han recogido, es importante que esta información sea pertinente, completa y esté adecuadamente organizada.

Una valoración adecuada precisa de una serie de pasos organizados, la recogida de datos, la validación de los mismos, la organización de los datos y los registros de los mismos.

La recogida de datos comienza desde el primer contacto con el paciente hasta la resolución de su problema por recuperación, mejoría o muerte. Es un proceso continuo y dinámico, sin embargo, la recogida de información no finaliza en esta fase y está directamente relacionada con las respuestas de paciente en su proceso de salud por lo que los datos van a ir cambiando a lo largo de todo el proceso.

En este sentido, Koziar (54) identifica 4 tipos de valoración:

1. Valoración inicial.
2. Valoración focalizada.
3. Valoración urgente y nueva valoración después de un tiempo.

La valoración inicial proporciona una primera información es la base para saber el estado de salud actual y poder iniciar un plan de cuidados. Los datos que se vayan recogiendo posteriormente darán información no solo sobre el estado de salud, sino también la respuesta al plan de cuidados. La valoración inicial se inicia

con el primer contacto con el paciente, permite establecer una base de datos para identificar los problemas y realizar revisiones. En el hospital oncológico, este elemento es muy adecuado al estar la Historia Clínica del paciente, informatizada. Cada organización sanitaria deberá estandarizar los formatos para realizar la valoración inicial, se tendrán que tener en cuenta dos elementos:

1. Necesidades y problemas más habituales en el Centro asistencial. En este caso es clara la identificación ya que el hospital oncológico trata en más de un 90% patologías oncológicas y con pacientes adultos.
2. El marco de referencia enfermero, modelo o esquema, que el hospital o centro decida adoptar. En nuestro entorno tiene una mayor aceptación el modelo Henderson.

La Historia Clínica del paciente en el hospital oncológico contiene una base de datos donde se incluye la historia de enfermería, la valoración física, la anamnesis y la exploración física realizada por el personal médico, los resultados de las pruebas diagnósticas así como todos los datos considerados necesarios para el paciente.

Sin embargo, sea cual fuere la estructura de la historia de enfermería ésta deberá tener en cuenta algunos aspectos según el tipo de valoración:

La valoración focalizada, forma parte del proceso continuo de los cuidados de Enfermería, se debe incluir en la recogida inicial, focalizándolo en un problema concreto o bien como forma de identificar un nuevo problema, del que tenemos datos previos.

La valoración urgente, se produce en cualquier momento del proceso y pueden ser problemas que son de actuación inmediata.

La valoración continuada a largo plazo, puede producirse meses después del inicio del proceso. En la actualidad, los procesos oncológicos se cronifican en muchos casos, por lo que este tipo de valoración es muy adecuada, ya que permite comparar el estado actual del paciente respecto de los datos obtenidos con anterioridad. Es importante destacar que en esta valoración cobran una gran relevancia los datos psico-sociales que comunica el paciente.

A través de la valoración se identifican los datos objetivos y subjetivos y es necesario diferenciar los datos obtenidos con el fin de poder organizar adecuadamente los mismos. Los datos subjetivos (síntomas), hacen referencia a lo que la persona expresa verbalmente o por escrito y pueden relacionarse con cuestiones físicas y también sentimientos, valores, creencias, etc. y los datos objetivos (signos) hacen referencia a lo que la enfermera observa o mide y cuentan habitualmente con parámetros establecidos normativamente o bien por el propio equipo de enfermería, previamente validado.

Las fuentes de datos se establecen como directas e indirectas. Cuando la información se recoge del paciente o de las personas más directamente relacionadas con él se considera fuente directa, supone el eje fundamental de la recogida de información, también son útiles los registros anteriores que posee el paciente, bibliografía referida a aspectos científico-técnicos o psicosociales, etc., denominadas fuentes indirectas.

La historia clínica del paciente, supone una fuente de información muy importante. Aunque la estructura de la misma tendrá relación con el modelo elegido, de forma general debe contener los siguientes elementos: “Datos biográficos, motivo de consulta e ingreso, historia de la enfermedad actual, antecedentes personales y familiares, estilo de vida, datos sociales y psicológicos, recursos de asistencia sanitaria, tanto los que utiliza en la actualidad o los que haya podido utilizar anteriormente” (54).

Los métodos más utilizados en Enfermería para recoger la información del paciente, son la entrevista, la observación y la exploración física.

La entrevista es una forma de interacción verbal, entre enfermera y el paciente o personas allegados a él, debe ser metódica y organizada lo que permite a la enfermera obtener información específica sobre los aspectos de salud que considera relevantes. Es importante tener en cuenta, que se deberá respetar la dignidad humana y la unicidad del paciente, proteger su intimidad manteniendo en la discreción de la información de índole confidencial, así como, informar al paciente de la

utilización de los datos. La relación de confianza es fundamental para poder obtener información, la forma de formular, escuchar y observar serían elementos clave para lograrlo.

Habitualmente y simultáneamente a la entrevista se debe llevar a cabo la observación y así poder obtener una información más completa. La observación entendida como capacidad intelectual de la persona para captar el mundo exterior a través de los sentidos, no es algo innato sino que supone un método complejo que exige disciplina y práctica. Con la observación se debe atender a los aspectos generales, las palabras, tono de voz, quejidos, comunicación no verbal, así como la textura de la piel, calor, los olores referidos a procesos patológicos, higiene, etc.

La valoración física como método de recogida de datos se realiza desde un abordaje cráneo-caudal (desde la cabeza hasta los pies) o por sistemas corporales (aparato respiratorio, circulatorio, digestivo, etc.).

En definitiva la recogida de datos debe tener una finalidad por lo que es necesario realizar los siguientes pasos:

1. Organización de los datos: Una vez recogidos los datos es necesario organizarlos, cada hospital o centro asistencial, deberá elegir el sistema más adecuado para organizarlos, como pueden ser el esquema de patrones de salud de Gordon, el modelo de necesidades de Henderson, el modelo de autocuidado de Orem, etc. En nuestro entorno, como se ha comentado, el más utilizado es el modelo de Henderson, si bien, también tienen cierta aceptación el esquema de Gordon y el modelo de Orem. Realizar la valoración de

enfermería con un modelo de cuidados orienta sobre los datos que deben recogerse así como la forma de organizarlos y clasificarlos en los registros elaborados.

2. Validación de los datos, con la validación se trata de verificar que la información recogida anteriormente es real y completa, con el fin de evitar emitir diagnósticos incorrectos o conclusiones precipitadas. Entre las estrategias que se pueden utilizar, están los datos que se miden exactamente como el peso, talla, pruebas de laboratorio, también es necesario identificar factores que pueden alterar la exactitud de los datos por existir elementos distorsionadores, se deberá volver a comprobar la información extremadamente anormal o incongruente, así como comprobar la congruencia de los datos objetivos y subjetivos. De esta forma se evita omitir información pertinente, interpretar equivocadamente una situación, extraer conclusiones precipitadas o equivocadas, cometer errores al identificar problemas.

Si se ha utilizado un instrumento de valoración bien diseñado, la organización está hecha y si la validación se ha llevado a cabo se puede garantizar que la identificación de problemas va a ser la adecuada.

El registro de los datos es un elemento fundamental para poder garantizar la continuidad, todos los profesionales conocen los datos del paciente, la exactitud de los datos porque quedan escritos, fomenta el pensamiento reflexivo, se registra previamente y posteriormente se interpreta. Un aspecto importante es escribir textualmente los datos subjetivos que nos proporciona el paciente.

#### 1.5.2. Diagnóstico de Enfermería. Conocimiento y práctica

Una vez que se han recogido los datos pertinentes, se han validado y organizado (en función del modelo que utilice) y realizado el análisis y síntesis correspondiente de la información obtenida, se expresará la conclusión a la que se ha llegado. Esto conlleva la formulación de hipótesis sobre los problemas y recursos de que la persona dispone, obteniendo así una imagen general de la situación del paciente.

Indudablemente en la revisión de la literatura se confirma el diagnóstico como elemento vehicular de los cuidados de enfermería, puesto que esto, a su vez, permite personalizar los cuidados de enfermería. La utilización de los diagnósticos de enfermería es irregular en nuestro entorno, si bien, también es cierto que en su mayoría las enfermeras los identifican como orientador del juicio clínico y de las intervenciones de enfermería, estableciéndose beneficios tanto para el paciente, como para las enfermeras.

Un reto al que se enfrenta enfermería es la de adaptar la taxonomía NANDA, como organización de mayor aceptación internacional, a las competencias legales de la profesión en

nuestro país. Además, existen etiquetas Diagnósticas que no son validadas legalmente en España. Con el fin de, a partir de este problema, tratar de adaptar los Diagnósticos de Enfermería a la actividad de enfermería realizada en nuestro entorno. Para poder realizar esta adaptación de una forma reglada y consensuada por la enfermería española, surge la AENTDE (Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería), asociación sin ánimo de lucro, que se creó en 1996 y que reúne a todas las enfermeras que deseen trabajar por un lenguaje común para enfermería, sus líneas de trabajo están orientadas hacia dos grandes bloques:

- 1.- La validación de la Taxonomía II en España.
- 2.- La traducción de la Taxonomía NANDA, NIC y NOC.

La AENTDE (55), define el diagnóstico de enfermería como “un juicio clínico, sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a etapas de la vida/problemas de salud reales o potenciales, que la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente”.

El Proceso Diagnóstico en Enfermería difiere del Proceso Diagnóstico en Medicina, entre otras cuestiones porque en el Diagnóstico de Enfermería, siempre que es posible, se implica al paciente ya que supone un elemento fundamental, tanto en el proceso de valoración como en el de diagnóstico. No se puede olvidar que el objetivo de los cuidados es conseguir el mayor bienestar posible del paciente.

**Tabla 2.** Diferencias generales entre el Diagnósticos Médico y Diagnóstico de Enfermería tomado de Benavent E, Francisco C, Ferrer Ferrandis E. Fundamentos de enfermería. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2001. Tabla de elaboración propia.

<b>DIAGNÓSTICO MÉDICO</b>	<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</b>
Describe una patología	Describe la respuesta individual de la persona ante un problema de salud o situación vital
Permanece estable	Puede variar en función de la respuesta de la persona al proceso de cuidados
Guía la práctica médica	Guía el Proceso del cuidado de Enfermería
Posee una clasificación bien desarrollada y aceptada internacionalmente	Posee una clasificación en proceso de desarrollo en el ámbito internacional
Se refiere a alteraciones fisiopatológicas	Se refiere a la percepción que tiene la persona de su estado

Interpretar los datos adecuadamente es fundamental para realizar un diagnóstico preciso, para que una enfermera sea eficaz en la elaboración de un Diagnóstico de Enfermería deberá desarrollar habilidades y características profesionales y personales. NANDA (52), dice que “hay dos condiciones que son la base del desarrollo de competencias diagnósticas, requiere competencias en los dominios intelectuales, interpersonal y técnico, y el desarrollo de tolerancia a la ambigüedad y el uso de la práctica reflexiva como fortalezas personales”.

Es indudable que a medida que las enfermeras asumen un papel autónomo o independiente, delimitado por un marco de competencia concreto, se hace patente la necesidad de una terminología adecuada para describir los fenómenos propios de nuestra disciplina.

La utilización del Proceso de Enfermería no solo supone una ventaja para el paciente, sino para la institución y para la profesión, debido a que permite identificar los problemas de la persona, centrar los cuidados en aspectos de enfermería, adoptar un vocabulario común, facilitando con ello la comunicación entre los miembros del equipo de enfermería. En definitiva, mejorar la coordinación del trabajo del equipo al ser el paciente, centro, por otra parte, de toda la asistencia sanitaria. La necesidad de mantener actualizada la información referida a los cuidados otorga un carácter más riguroso, más científico al quehacer de Enfermería. Permite, además, establecer una base de datos para la evaluación de la calidad de los cuidados.

Los Diagnósticos de Enfermería, se encuentran en proceso de desarrollo, el cual está íntimamente relacionado con su aplicación en la práctica asistencial. De ahí la importancia de que los cuidados se estructuren en función el Proceso de Enfermería. El uso clínico del Proceso de Enfermería pero sobre todo del Diagnóstico de Enfermería es irregular en la práctica de enfermería, por lo que es preciso un conocimiento sobre qué aspectos impiden su puesta en práctica y cuáles están relacionados estrechamente con las enfermeras y su trabajo diario.

Kozier et al (54), en relación a la importancia del Diagnóstico de Enfermería para incentivar el rol autónomo de la actividad de enfermería, indica que “el ámbito de los Diagnósticos de Enfermería sólo incluye aquellos estados de salud que los profesionales de enfermería están capacitados y autorizados a tratar. Describen un ámbito continuo de salud: desviaciones respecto de la salud, presencia de factores de riesgo y áreas de enriquecimiento personal”.

Los Diagnósticos de Enfermería tienen que ver con las respuestas de la persona por lo que se pueden dar en una misma persona diferentes tipos de diagnóstico, de ahí que los tipos de Diagnósticos de Enfermería sean distintos en función a esta premisa. NANDA (52) los clasifica en función de esta premisa:

- Diagnósticos reales, problema del paciente actual, se identifican cuando se tiene el primer contacto con el paciente.
- Diagnósticos de riesgo, la enfermera identifica los factores de riesgo para minimizar o evitar la aparición del problema. Identifica factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad.
- Diagnósticos de promoción de la salud, identifica aquellas situaciones en las que la persona, familia o comunidad desea aumentar su bienestar y pueden hacerlo, expresando esta disposición, con conductas concretas.
- Diagnósticos de bienestar, describen respuestas humanas a niveles de bienestar de una persona, familia y comunidad.

Mención aparte merecen los síndromes diagnósticos, el término síndrome deriva del griego “conjunto” que adaptado al significado que se le otorgo en el ámbito sanitario quiere significar conjunto de síntomas y signos que “marchan juntos”. Así un síndrome diagnóstico es aquel que agrupa un conjunto de diagnósticos reales o de riesgo.

Carpenito, (56), en relación al síndrome lo identifica como un diagnóstico que se asocia a un grupo de otros diagnósticos.

NANDA, establece que los Diagnósticos de Enfermería se deben formular tal y como están aprobados de forma internacionalmente aceptada y descrita por la organización y así se descompone en las siguientes categorías:

**NOMBRE O ETIQUETA**, especifica el problema de salud del paciente/cliente. Se describe con una frase concisa o etiqueta diagnóstica.

**FACTORES RELACIONADOS**, muestran algún tipo de relación con los diagnósticos enfermeros. Pueden ser antecedentes, relacionados con o contribuyentes, o favorecedores de. Únicamente los diagnósticos de enfermería reales tienen factores relacionados.

**FACTORES DE RIESGO**, se refiere factores o circunstancias que pueden causar o contribuir a la aparición de una respuesta poco saludable. Pueden ser ambientales, fisiológicos, genéticos, psicológicos o elementos químicos que aumentan la vulnerabilidad de un individuo, familia o comunidad. Los factores de riesgo se dan en los diagnósticos de riesgo.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS, son evidencias clínicas que describen una serie de conductas o manifestaciones objetivas y subjetivas y se agrupan como manifestación de Diagnóstico real o de salud o de promoción de la salud. Las características definitorias son concretas y pueden recogerse mediante la observación o los informes de la persona o grupo. No aparecen en los diagnósticos de riesgo.

En este sentido, “todos los componentes de los diagnósticos enfermeros deben apoyarse en la literatura preferiblemente enfermera y psicosocial y haberse publicado en los últimos 5 años” (52).

Además, el Sistema Nacional de Salud (SNS), desde el año 1987 está llevando a cabo un proyecto sobre los GDR (Grupos de Diagnósticos Relacionados), las conclusiones de dicho proyecto de análisis y desarrollo de los GDR en el SNS, se aprobó en la reunión del 17 de noviembre de 1.997 por los representantes de todas las comunidades autónomas que tienen transferida la asistencia sanitaria, el INSALUD y el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Los GDR, son un sistema de clasificación de pacientes para relacionar los distintos tipos de pacientes tratados en un hospital, relacionando la casuística con el coste de su asistencia. En enfermería se referiría a la aplicación de la metodología específica de agrupación con el fin de identificar las intervenciones de enfermería a lo largo del proceso. La aplicación de esta metodología incluye el Proceso de Enfermería, la valoración de enfermería permite definir situaciones comunes y que se presentan en la mayoría de pacientes que agrupa el GDR. Tras el

análisis de los datos se establece el Diagnóstico de Enfermería (NANDA), una vez identificados se seleccionaran los resultados NOC y las intervenciones NIC (57).

En la valoración que la enfermera realiza del paciente, ésta detecta problemas que susceptibles de ser tratados en colaboración con otros profesionales. Luis (9), los define como “problemas de salud reales o potenciales en los que el usuario requiere que la enfermera haga por él las actividades de tratamiento y control prescritas por otro profesional, generalmente el médico”.

En este sentido, se trata por lo tanto, de situaciones relacionadas con la patología, con la aplicación del tratamiento prescrito por otro profesional y con el control de la respuesta al tratamiento, así como de la evolución de la situación patológica.

En la actualidad se está generando un debate sobre la pertinencia de que los problemas de colaboración estén incluidos en la etapa de diagnóstico, o bien tener su espacio aparte del proceso de cuidados. En el plan de cuidados del paciente estarían los problemas interdependientes susceptibles de ser tratados en colaboración con otros profesionales junto con los problemas independientes de intervención y responsabilidad exclusiva de la enfermera.

En relación a estos problemas, Carpenito (58) utiliza el término de “problemas de colaboración para referirse a las potenciales complicaciones fisiológicas”.

Por su parte Alfaro-LeFevre (13), denomina a este aspecto del cuidado como “Complicación potencial, se refiere a los problemas que aparecen en los órganos o sistemas debido a la presencia de ciertos diagnósticos o modalidades terapéuticas”.

Las actuaciones de enfermería para los problemas interdependientes deberían estar protocolizadas, así en el caso del hospital oncológico, existen protocolos específicos para determinados procedimientos. Es importante que estos protocolos o estándares referentes a situaciones diagnósticas o terapéuticas del paciente, estén actualizados a través de los sistemas y la temporalidad que establezca el hospital y que seguirá en todo caso las directrices generales de revisión.

**Imagen 2.** Relación entre los diagnósticos de enfermería y los problemas de colaboración. Elaboración propia.



### 1.5.3. Planificación de los cuidados.

La planificación es un proceso de razonamiento que exige reflexionar antes de actuar. De la misma manera es un proceso dinámico y continuo.

Así, Prado et al (59), en relación a la planificación de los cuidados, dicen que su objetivo es mostrarse como un “instrumento que dirigirá, ordenada y continuamente las actividades del profesional de enfermería hacia la consecución de metas u objetivos específicos respecto del paciente”.

La enfermera en esta etapa revisa los datos de la valoración del paciente y los enunciados Diagnósticos de Enfermería para poder orientar la formulación de objetivos y poder seleccionar las intervenciones de Enfermería precisas para prevenir, reducir o corregir los problemas identificados y ayudar a la persona a lograr un óptimo nivel de salud. En este sentido McCloskey et al (37,60), afirman que cualquier tratamiento, basado en el juicio clínico, las habilidades y los conocimientos es un intervención de enfermería, puesto que va permitir mejorar los resultados en el proceso de salud del paciente”.

Por otra parte resulta de interés la definición en la que se plantea como un “instrumento de sistematización y de humanización de los cuidados, se convierte así en un medio de enriquecimiento profesional. Más aún, la planificación de los cuidados forma parte de los criterios de calidad del ejercicio de la Enfermería” (50).

El plan de cuidados facilita la comunicación entre el equipo de Enfermería, dirige los cuidados, permite contar con un registro

sobre los cuidados de enfermería y proporciona documentación para conocer el coste de los cuidados.

La planificación comienza desde el primer contacto con el paciente y finaliza cuando finalizamos su relación con él. En esta etapa, la enfermera y el paciente diseñan los objetivos o resultados esperados, así como las intervenciones de Enfermería con el fin de evitar, reducir o aliviar los problemas de salud del paciente.

En este diseño, se debe tener en cuenta la fijación de prioridades, ya que en ocasiones no se pueden abordar todos los problemas a la vez. Una vez fijadas estas prioridades, se formularan los objetivos, los objetivos o resultados esperados que se describen en función de las respuestas observables del paciente, es decir lo que la enfermera pretende conseguir del cliente con las intervenciones de Enfermería.

De la misma forma que se consideran útiles los Diagnósticos de Enfermería como lenguaje estandarizado o común, esta premisa se va a llevar a cabo en todas las etapas del Proceso de Enfermería. Para dar respuesta a esta necesidad, en 1991 se creó un equipo de investigación dirigido por Johnson y Mass, en la Universidad de Iowa, con el fin de elaborar una Clasificación de los Resultados del paciente que se relacionara con los cuidados de enfermería, que permita evaluar las Intervenciones de Enfermería, esta taxonomía se ha denominado, Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC), la primera publicación se realizó en el año 1.997. Identificar los resultados del paciente permite utilizar un indicador para poder determinar el éxito de una intervención de Enfermería.

En enfermería se ha definido el resultado como una conducta o percepción individual, familiar o comunitaria que se mide a lo largo del proceso de salud en respuesta a una intervención de enfermería (61).

Los resultados NOC, además permiten controlar el progreso o ausencia del mismo a través de todo el proceso de cuidados. Los resultados se han relacionado entre otros con los diagnósticos NANDA y con las intervenciones NIC.

Las interrelaciones entre los diagnósticos NANDA y los resultados NOC indican las relaciones entre el problema o estado actual del paciente y los aspectos del problema o estado que se espera resolver o mejorar mediante una o más intervenciones (62).

Las intervenciones son las acciones que la enfermera lleva a cabo para lograr los objetivos propuestos junto con el paciente. La intervención debe ir dirigida a eliminar o suprimir las causas del diagnóstico, también denominados factores relacionados, si no es posible incidir en la causa debe ir encaminado hacia los signos, síntomas o características definitorias, según la terminología NANDA.

Las clasificaciones de intervenciones de enfermería (NIC) es una clasificación normalizada de las intervenciones que realizan las enfermeras. Es útil puesto que exige un registro de las actuaciones llevadas a cabo, además, facilita la comunicación de los cuidados y proporciona información para la investigación. Otro aspecto destacado y de clara incidencia en la percepción que las enfermeras tienen de su actividad diaria es que permite

cuantificar el trabajo asistencial, la evaluación de la competencia (63).

Al igual que con los Resultados esperados (NOC), en relación a las Intervenciones de Enfermería (NIC), se ha encontrado la necesidad de crear una taxonomía que estandarice el lenguaje NIC. La primera publicación sobre la taxonomía NIC se llevo a cabo en el año 1.992, cuya denominación es Clasificación de las Intervenciones elaborado por el Iowa Intervention Project, que se actualiza cada 4 años. De la misma forma que con los NOC, las intervenciones NIC se asocian a las etiquetas NANDA.

En la clasificación se incluyen todas las actuaciones de enfermería tanto las independientes, que se encuentran en el rol autónomo de enfermería, como las interdependientes que surgen del rol de colaboración con el equipo multidisciplinar. Así Bulechek (61), indica que una intervención es cualquier tratamiento, basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza la enfermera con objetivo de conseguir los objetivos o resultados esperados para el paciente

Las intervenciones independientes también denominado rol autónomo son aquellas actividades que las enfermeras están autorizados legalmente a tratar en función de los conocimientos, habilidades, y actitudes.

Por otro lado las intervenciones interdependientes también denominadas de colaboración, son las intervenciones que la enfermera lleva a cabo en colaboración con otros profesionales del equipo multidisciplinar.

El porcentaje de dedicación de la enfermera a una u otra intervención dependerá de factores como el área clínica, el estado de salud del paciente y otros aspectos como el grado de independencia o autonomía de este.

Se debe recalcar que los objetivos o resultados esperados en el Proceso de Enfermería se dirigen siempre hacia conductas del paciente, a diferencia de los objetivos que se plantea la enfermera en las intervenciones interdependientes, en este caso los objetivos van orientados hacia cuestiones en las que las enfermeras pueden hacerse responsables. Así, en esta última situación las medidas están relacionadas con el diagnóstico médico y la prescripción médica o de otro profesional del equipo de salud y están orientadas hacia la instauración de las medidas necesarias para prevenir las complicaciones y con la detección temprana de los signos y síntomas indicadores de su existencia.

#### 1.5.4. Ejecución de los cuidados

En la etapa de ejecución se llevan a cabo las intervenciones y se evalúan los resultados deseados. Según los resultados de evaluación el plan se modifica, finaliza o continúa.

La enfermera realiza o delega las actividades de enfermería para las intervenciones que se elaboran en la etapa de planificación, finalizando con el registro y los resultados del paciente.

En esta etapa se sigue valorando al paciente, antes, durante y después de realizar las actividades. La reevaluación del plan consta de una serie de las siguientes fases:

Aplicación de la metodología de la enfermería en la organización de los cuidados

- Revisar el plan y estar seguro de que se conocen las razones para intervenir.
- Valorar si la enfermera posee los conocimientos y habilidades necesarias.
- Determinar si las intervenciones y las actividades siguen siendo apropiadas en la situación actual del paciente.
- Preparar el entorno para llevar a cabo la actividad en las mejores condiciones posibles, incluyendo las medidas de seguridad adecuadas.
- Obtener los recursos necesarios, personas y recursos materiales, planificar el tiempo necesario.
- Hacer partícipe al paciente y familia. Explicarle lo que se le va a hacer, por qué y cuanto va a tardar, animándolos a que expresen sus dudas, preocupaciones, etc.
- Supervisar o plantear mecanismos adecuados sobre las funciones delegadas por la enfermera a otros miembros del equipo multidisciplinar.

Como en las etapas anteriores los registros son fundamentales para poder reflexionar y revisar los cuidados realizados, cada hospital o centro asistencial debe tener sus guías y registros adaptados al área o entorno de trabajo.

Las actividades de enfermería se comunican tanto verbalmente como por escrito, la comunicación verbal en enfermería está altamente reconocida, en el hospital oncológico cuentan con lo que denominan “solape” de 15 minutos entre los turnos para

poder reunirse y comunicar verbalmente los aspectos relevantes del cuidado, pero esta información oral debe seguir una guía de comunicación.

En este sentido cabe destacar que si bien esta herencia oral es muy importante no debe sustituir a la comunicación escrita, debiendo ésta ser registrada en los documentos habilitados en los hospitales o centros asistenciales.

#### 1.5.5. Evaluación de los cuidados

La evaluación es continua y final, continúa porque se realiza a lo largo de todo el Proceso de Enfermería, ya que está presente a lo largo de todas las etapas, y final, ya que en esta etapa se convierte en una actividad planificada para asegurar la calidad de los cuidados, verificar la pertinencia de las intervenciones en relación a los resultados esperados y comprobar la satisfacción del paciente.

En la etapa de planificación se han identificado los resultados esperados (NOC), es decir, los indicadores que se deberán medir, así como las intervenciones previstas para lograrlos. Berman et al, identifican los siguientes componentes en la fase de evaluación (51):

- Recogida de datos en relación con los resultados deseados (NOC).
- Relación de las actividades de enfermería con los resultados obtenidos.
- Realizar un informe sobre el estado del paciente.

- Comunicación, modificación, si es necesario, o terminación del plan de asistencia de enfermería.

Un aspecto fundamental de la evaluación es el registro de los datos sobre el funcionamiento del plan, añadiendo toda la información nueva que vaya surgiendo, con el objetivo de determinar si los nuevos datos pueden tener la relevancia suficiente que precise modificar el plan de cuidados.

Es muy importante incluir en la documentación el informe de enfermería al alta del paciente, en el mismo deberán especificarse tanto las observaciones referidas a los cuidados con indicaciones sobre el autocuidado y derivaciones a otros profesionales si fuera preciso.

En el hospital oncológico es especialmente importante que en el plan de cuidados se incluya el informe de alta de enfermería por que los pacientes oncológicos precisan una continuidad de cuidados muy importantes no solo tras una intervención quirúrgica, sino en los propios tratamientos oncológicos.

## ***CAPÍTULO 2***

### ***CUESTIONES METODOLÓGICAS***



### **2.1. Antecedentes y Justificación**

La utilización del Proceso de Enfermería en la organización de los cuidados identifica y visibiliza las actividades independientes de enfermería, es decir el rol autónomo, aquellas actividades en las que la enfermera valora, emite un juicio clínico y realiza unas intervenciones conducentes al logro de unos objetivos o resultados esperados.

En este punto, se puede afirmar que el Proceso de Enfermería, permite diseñar e implantar las acciones de enfermería referidas al cuidado de las personas. En la actualidad las actividades independientes y que tienen que ver con la satisfacción de las necesidades de los pacientes se realizan según la iniciativa de la enfermera, sin embargo, las necesidades que presentan en la actualidad los pacientes han variado ya que muchas patologías se cronifican y los cuidados de enfermería adquieren un valor añadido ya que son las enfermeras quienes deben detectar las necesidades no satisfechas de los pacientes con el objetivo de proporcionar bienestar a la persona. La enfermera, deberá realizar los cuidados teniendo en cuenta las especificidades de este tipo de pacientes tomando la iniciativa en el cuidado del paciente con el objetivo de organizar la aplicación de los cuidados, donde se incluirá, tanto la ayuda al paciente en los momentos críticos de la enfermedad, como en todo el proceso de salud con el objetivo de ayudarle a gestionar su cuidado para alcanzar el mayor bienestar posible.

Aunque legalmente está avalada la autonomía profesional en el ámbito de la enfermería, como ya se ha comentado, se ha visto que los valores, creencias y tradición, tienen un peso específico mayor e influyen más que la legalidad imperante en la organización de los cuidados. En este sentido Phaneuf (50), dice que el ejercicio de nuestro rol autónomo, “tiene mucho de toma de conciencia y de responsabilidad individual”.

La estructura del Proceso de Enfermería, entre otras cuestiones permite visibilizar y evaluar los cuidados autónomos que la enfermera lleva a cabo con el paciente. El instrumento que se utiliza debe ser una herramienta lógica y coherente que permita a la enfermera definir lo que puede hacer con respecto al paciente.

Las experiencias relacionadas con la aplicación del Proceso de Enfermería en la realidad asistencial, suponen un paso adelante en la identificación del rol autónomo y permiten ver la trascendencia en los cuidados de enfermería. Estas experiencias han sido habitualmente parcializadas, es decir, se ha ido aplicando el Proceso de Enfermería por etapas y en algunos casos, los menos, en su totalidad.

Partiendo del origen, referido al conocimiento que las enfermeras tienen del Proceso de Enfermería, diferentes estudios, como el de la Universidad de Huelva (64), constatan la importancia que se percibe en la utilización del Proceso de Enfermería desde la formación por parte de los propios estudiantes. Es de destacar en dicho estudio que un 90% de los estudiantes afirmaban la importancia del Proceso de Enfermería debido a que ayuda a unificar criterios y garantiza la continuidad de los cuidados, así mismo, los estudiantes indican que la aplicación del mismo no

está generalizada, y la utilización que ven en las prácticas que realizan esta en aproximadamente el 50%, otro aspecto que destacan es la importancia de utilizar un modelo de cuidados como guía. Cabe reseñar que en las prácticas clínicas básicamente se trabaja por tareas y las enfermeras consideran que aplicar en la práctica diaria el Proceso de Enfermería es difícil, ya que los cuidados se siguen organizando de forma tradicional. Sin embargo, también perciben la necesidad de realizar una valoración completa del paciente para poder identificar problemas de su área de competencia, es decir Diagnósticos de Enfermería. Estas cuestiones, llevan a reflexionar sobre cuál es el motivo o los motivos por los que, si en la teoría se percibe la importancia del Proceso de Enfermería, sin embargo, su integración en la práctica no se ha generalizado.

Estudios sobre la implantación del Proceso desde sus diferentes vertientes vienen a corroborar su pertinencia, así en el estudio realizado por la Dirección de Enfermería del Área 7 (65) de Madrid, se elaboró un plan de trabajo donde se estudió la implantación del Proceso de Enfermería en el trabajo habitual de las enfermeras.

Dicho estudio iba orientado a aquellos servicios donde los pacientes estaban inmovilizados o estaban en una situación terminal. En términos generales se trataba de evitar la variabilidad en la práctica asistencial para poder evaluar los cuidados de enfermería, facilitar y promover un lenguaje común entre las enfermeras. Uno de los resultados destacados y que se reflejan en estudios similares, es que la Valoración e identificación del Diagnóstico se logran con bastante frecuencia,

sin bien, el planteamiento de resultados esperados, así como las intervenciones y sus registros son áreas a mejorar.

Entre las causas, se puede pensar que las enfermeras en su actividad habitual, valoran y diagnostican, es decir, identifican problemas, aunque no hayan utilizado la terminología precisa, sin embargo, las intervenciones son más personales, de ahí, la variabilidad existente, en definitiva, las intervenciones están dirigidas por la responsabilidad y autonomía que cada enfermera imprime a su quehacer profesional.

Hasta hace poco tiempo, se ha considerado el trabajo de enfermería como un producto individual, sin embargo, en la actualidad esta idea está cambiando y se ve su actividad dentro de un conjunto de actividades que se dan en un equipo multidisciplinar donde el objetivo de la actuación de este equipo es el paciente. Este cambio de rumbo puede relacionarse con el coste-beneficio de la asistencia sanitaria, no obstante sería interesante demostrar, este aspecto a través de estudios específicos (66).

Como se comentaba en el capítulo 1, una de las premisas para que el Proceso de Enfermería sea más eficaz es la utilización de un modelo de enfermería, en este sentido el estudio realizado en el ámbito de la atención domiciliaria en Cataluña (67) sobre la aplicación del Proceso de Enfermería y la diferencia en los resultados si se aplica o no el modelo de cuidados de Henderson. Se trata de conocer si la utilización del modelo otorga valor añadido a los cuidados, mejorando la calidad de los mismo, la seguridad y una mayor satisfacción de las enfermeras, así, entre los resultados obtenidos destaca que tras el análisis de los datos

obtenidos, cuando se aplica el modelo los cuidados que se llevan a cabo son de mayor calidad, beneficiándose los pacientes de la atención que se ofrece. Las enfermeras que lo aplican tienen mayor conocimiento del entorno y así lo reflejan en las historias, aspecto éste muy importante en la atención domiciliaria. Por lo tanto en el estudio se confirma la hipótesis planteada en relación a que la utilización del Proceso de Enfermería con el modelo de Henderson, aumenta la calidad y efectividad de los cuidados de enfermería.

El estudio descrito identifica unos cuidados muy similares con algunas fases del proceso oncológico, donde los pacientes precisan mayor intervención de cuidados independiente que cuidados interdependiente.

Franquet et al (68), presenta una experiencia real en la que se demuestra la pertinencia de la aplicación del Proceso de Enfermería ya que la valoración permite la identificación de los problemas, así como la elaboración de los objetivos e intervenciones específicas de enfermería facilitando el seguimiento y la evaluación de los cuidados. De esta forma se plasma de una manera real cómo llevar a cabo la actuación de enfermería a través del Proceso de Enfermería.

Torres (69), en relación a cómo se miden los cuidados para conocer los resultados de las intervenciones de las enfermeras y así poder establecer cuidados estandarizados, precisa identificar cuáles son los problemas más habituales que presentan los pacientes del hospital.

En el hospital oncológico, los problemas de los pacientes, son recurrentes, por lo tanto la posibilidad de establecer cuáles son los problemas más frecuentes es factible y más sencilla que si fuera un hospital general con múltiples patologías.

Es significativo el artículo de Valdivia (70) en relación con la pertinencia de la aplicación de los cuidados utilizando el Proceso de Enfermería en un paciente oncológico, ya “que permite mejorar la calidad de la atención en forma holística, racional, lógica y sistemática centrada en las necesidades reales, potenciales y de riesgo, que presenten los pacientes, con el fin de recuperar, y/o mantener la salud de los mismos”.

La necesidad de una valoración integral del paciente es responsabilidad de la enfermera, y es lo que le permitirá planificar los cuidados de forma individualizada, en definitiva satisfacer las necesidades del paciente y proporcionarle el mayor bienestar posible.

La evidencia de la relación entre el Proceso de Enfermería y la calidad de los cuidados entendida ésta desde todos los puntos de vista, pacientes, instituciones, profesionales, ha sido una constante en estos últimos años. A propósito de esta cuestión es muy interesante el estudio llevado a cabo por Abaunza de González (22) en el que trata de demostrar su relación. El principal propósito de su estudio era dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿El Proceso de Enfermería hace parte de la calidad del cuidado? Para sustentar la respuesta a la pregunta formulada, se hace referencia a varios autores que han realizado estudios sobre la utilización del método científico, del método de solución de problemas y del Proceso de Atención de Enfermería y su relación

con la calidad del servicio y del cuidado de enfermería. Introducen, además, experiencias relacionadas con proyectos de investigación y experiencias de evaluación de servicios de enfermería en hogares y hospitales en Colombia, México, Cuba y Chile, donde se aprecia que el Proceso de Enfermería es el que define el concepto de enfermería y su aplicación. Se concluye que el Proceso de Enfermería como parte fundamental del cuidado de enfermería, permite acortar estancias, disminuir el número de complicaciones y evitar los reingresos y contribuyendo a mejorar la calidad de su servicio y la calidad de vida de los pacientes.

En la definición del término calidad se debe tener en cuenta el contexto en el que se aplica el término, en este sentido, en enfermería parece adecuado el planteamiento según el cual la calidad es el criterio técnico científico para los profesionales y el criterio en relación al grado de satisfacción para los pacientes en definitiva integra los aspectos técnicos, científicos y metodológicos, así como las relaciones y percepciones de pacientes y profesionales.

Así, es imprescindible que existan controles de calidad que permitan evaluar la práctica asistencial y comprobar que ésta se adecua a los criterios previamente definidos o identificados, para poder plantear acciones de mejora en el caso de que se produzcan inadecuaciones en los resultados. Entre las principales cuestiones que se deberán evaluar estarían:

1. La infraestructura y organización de los cuidados del hospital incluidos los servicios de administración.

Aplicación de la metodología de la enfermería en la organización de los cuidados

2. El Proceso de Enfermería (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación).
3. Los resultados que se obtienen, es decir, identificar las situaciones del paciente y comprobar el resultado final de las intervenciones de enfermería, es decir, como ha influido en el paciente.

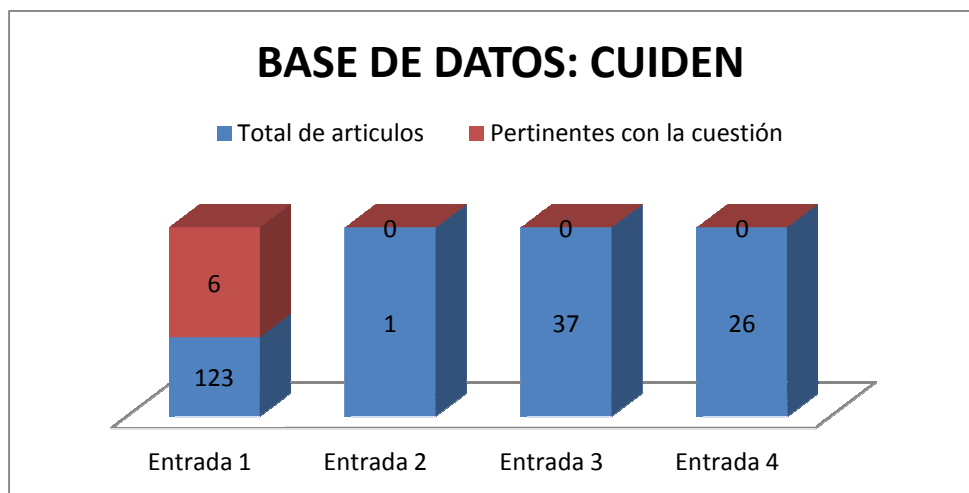
Por lo tanto, el Proceso de Enfermería, o la aplicación adecuada del mismo forma parte de la calidad del cuidado, pero es preciso que se le otorgue la importancia que tiene sobre todo en el ámbito asistencial. Es necesario aplicar el Proceso de Enfermería en la cotidianidad de la práctica de enfermería, pasando a formar parte de la práctica asistencial, de esta forma se mejora la calidad de los cuidados, en definitiva se consigue poder evaluar los procesos y entrar en una dinámica de mejora continua.

Aunque la investigación llevada a cabo se refiere a la importancia de las interpretaciones de los discursos de las informantes en relación a la organización de los cuidados y porqué se utiliza esa organización y su relación con el Proceso de Enfermería, se ha considerado conveniente hacer una revisión de las bases de datos más utilizadas en Enfermería. Se buscaron las siguientes entradas

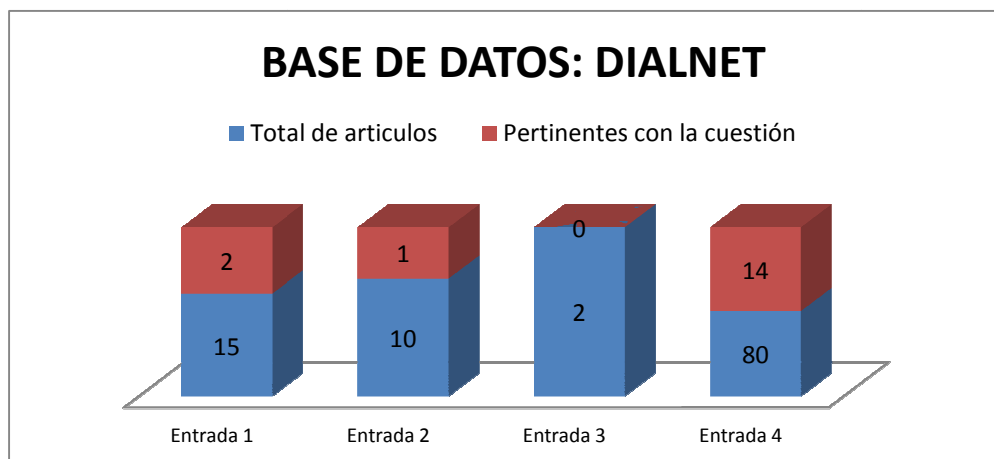
1. Proceso de Enfermería en oncología.
2. Aplicación del Proceso de Enfermería en una unidad de oncología.
3. Percepción de los enfermeros sobre el Proceso de Enfermería.
4. Proceso de Enfermería en la práctica clínica.

Los resultados obtenidos se reflejan en los gráficos 1 y 2.

**Gráfico 1.** Bases de datos Cuiden, consulta relacionada con la percepción de las enfermeras sobre el Proceso de Enfermería. Gráfico de elaboración propia.



**Gráfico 2.** Bases de datos Dialnet, consulta relacionada con la percepción de las enfermeras sobre el Proceso de Enfermería. Gráfico de elaboración propia.



En este proceso no se ha localizado ningún artículo, en el ámbito nacional, cuyo único aspecto a desarrollar se refiera a la

percepción de las enfermeras en relación a la aplicación del Proceso de Enfermería en su lugar de trabajo asistencial, siendo la información a este respecto considerada como literatura gris.

Es adecuado, destacar el artículo de Zaragoza et al (71), en el que se aborda la identificación del grado de introducción del proceso de enfermería en una unidad asistencial, puesto que aunque no trata específicamente la percepción de las enfermeras, en el proceso de recogida de datos identifica cuestiones relacionadas con aspectos personales y a su vez con el Proceso de Enfermería. Se utilizó un cuestionario que evaluaba desde la perspectiva de las enfermeras, la implantación de cada etapa de Proceso de Enfermería, la organización de la unidad, así como la información que tenían las enfermeras sobre la metodología de trabajo.

Granollers et al (72), plantean la necesidad de conocer la opinión de las enfermeras en relación al Proceso de Enfermería y la NANDA. El estudio se realizó en Atención Primaria en la provincia de Lleida en el año 2006. Entre los resultados cabe destacar que el motivo más importante por el que no se utiliza el Proceso de Enfermería, ni los diagnósticos NANDA es que es una “herramienta demasiado enredada, poco ágil, nada práctica, con lenguaje difícil y complicado que, además, les ocasiona una pérdida de tiempo”.

Así, en los discursos generales, las enfermeras afirman que las buenas experiencias profesionales son un elemento muy importante en el quehacer diario y tienen una incidencia particular en el paciente. No obstante si el objetivo es poder generalizarlos en otros pacientes, es necesario transformar esas buenas prácticas en conocimiento. El paso de generar

conocimientos nos lo proporciona la investigación a través de una metodología adecuada a la situación concreta. Por lo tanto si el conocimiento de enfermería se nutre de las experiencias profesionales, es indispensable que éstas se adecúen al Proceso de Enfermería.

## **2.2. Objeto de la investigación.**

En la actualidad ya no tiene cabida cuestionarse la conveniencia o no de utilizar el Proceso de Enfermería como metodología científica en el trabajo asistencial, la discusión surge, en cómo desarrollar, en la práctica dicho Proceso. Para conseguir establecer las estrategias que permitan desarrollar una práctica basada en el Proceso de Enfermería, es preciso conocer cómo las organizaciones promueven o favorecen un proceder crítico y metodológico. No se debe obviar, como se decía, que la idea de lo tradicional ha estado muy inculcada en la actividad asistencial, entendido el término tradicional como referido a aquello transmitido por herencia y autoridad. Esta situación ha dificultado un análisis que permitiera evidenciar los resultados del rol autónomo de la enfermera, ya que éstos parecen inherentes a esta condición heredada de la enfermera y no son registrados y por lo tanto tampoco permiten cuestionarnos cómo mejorar los resultados que se obtienen en relación con las intervenciones de la enfermera y la evolución de los pacientes.

La utilización de un modelo o referente teórico en Enfermería que sirva de guía en la valoración de la persona, parece ser una de las dificultades que se vislumbra en el quehacer de las enfermeras. Su aplicación en la práctica supone un esfuerzo que no siempre

se entiende como positivo ni es reconocido como necesario por los gestores/líderes de las organizaciones.

Las enfermeras en la actualidad poseen conocimientos, habilidades y actitudes, avalados por un aprendizaje exhaustivo durante los años de formación. Se combina la teoría y la práctica y con la nueva implantación del grado en el nuevo Espacio Europeo de Educación Superior, una mayor profundización del denominado cuerpo de conocimientos de enfermería. La sociedad exige aplicar, poner en práctica dicho conocimiento, que se reflejará en llevar a cabo en la práctica los mejores cuidados disponibles.

Esta puesta en práctica significa utilizar una herramienta que nos permita, valorar, ordenar, registrar y evaluar continuamente todo el proceso de cuidados tanto de la persona sana como enferma, de esta forma podemos “tomar decisiones pensando en la persona objeto de los cuidados enfermeros” (73).

Aunque la teoría y el sentido común indican que todo esto es necesario para poder llevar a cabo unos cuidados de calidad, en la enfermería asistencial se van haciendo tímidos intentos de poner en práctica el Proceso de Enfermería, que permitirá validar y registrar la práctica profesional. En este punto parece adecuado profundizar sobre cuál es el motivo o motivos que puedan explicar por qué, si desde la formación de enfermería en el ámbito académico el Proceso de Enfermería se lleva estudiando desde hace mas de 25 años, no se ha integrado en la cotidianidad de los cuidados en la práctica asistencial.

Partiendo de esta realidad y de las conversaciones informales mantenidas con las enfermeras del hospital oncológico durante la actividad profesional desarrollada como tutora de prácticas clínicas, surgían cuestiones muy interesantes y que tal vez, podían explicar este desfase entre la teoría y la práctica del cuidado. Así de todas las cuestiones que se planteaban y como se señalaba en el Capítulo I, tenían relación con las siguientes cuestiones:

1. Resistencia al cambio.
2. La Presión asistencial.
3. La Formación.
4. Percepción del aumento de la carga asistencial.
5. Liderazgo de los responsables de la profesión a profesión.

Por otro lado, las enfermeras mostraban interés por trabajar de “otra manera” aplicando el conocimiento científico que permitiera que la actuación de la enfermera quedará reflejada en su totalidad en la práctica asistencial. Esta necesidad percibida por las enfermeras y contando con la Dirección Gerencial y de Enfermería del hospital oncológico se materializó en el planteamiento de un objetivo más ambicioso orientado a la propuesta de implantación del Proceso de Enfermería como herramienta de trabajo en su totalidad en la unidad de hospitalización del hospital oncológico.

No obstante, para lograrlo era necesario valorar la necesidad desde el punto de vista de las enfermeras de la utilización del

Proceso de Enfermería en el hospital oncológico de San Sebastián, teniendo en cuenta sus conocimientos, y experiencias, la necesidad y la propuesta de implantación y su relación son los ejes fundamentales de esta investigación, siendo este el objeto de investigación.

### **2.3. Objetivos de la investigación**

1. Conocer el nivel de conocimientos de las enfermeras sobre el Proceso de Enfermería en el hospital oncológico.
2. Identificar la percepción de las enfermeras sobre la pertinencia de la utilización del Proceso de Enfermería
3. Identificar si la experiencia y la vivencia de las enfermeras influye en la organización de los cuidados en la actualidad.
4. Valorar si los registros de enfermería reflejan todos los ámbitos del cuidado de enfermería.
5. Conocer si las enfermeras identifican el rol autónomo como base del Proceso de Enfermería.

### **2.4. Material y Métodos**

En este apartado se tratará de describir la naturaleza de la investigación que se va a llevar a cabo. La elección de un método cualitativo va a permitir determinar los aspectos subjetivos de la percepción de las enfermeras, en relación con la organización de los cuidados de enfermería. La elección de un método cualitativo en la presente investigación surge de la necesidad de mantener a lo largo de éste proceso una postura abierta y reflexiva con el tema que trabajo, tal como dice Cuesta (74), “La investigación cualitativa trata del estudio sistemático de la experiencia cotidiana y lo hace poniendo énfasis en la subjetividad; se

interesa por cómo las experiencias son vividas e interpretadas por quienes las viven”.

En la investigación cualitativa los diseños son herramientas cuya elección deberá ser coherente con la pregunta formulada en la investigación. En la investigación propuesta se ha elegido el diseño fenomenológico. En fenomenología existen dos escuelas de pensamiento la eidética o descriptiva y la hermenéutica o interpretativa. La aplicada en la presente investigación es la fenomenológica hermenéutica, puesto que para lograr los objetivos planteados en la investigación, es necesaria la comprensión de una vivencia, esta vivencia se refiere a la experiencia de las enfermeras en cuanto a cómo perciben la organización o aplicación de los cuidados desde una metodología específica, el Proceso de Enfermería. Se trata de encontrar sentido al fenómeno a estudiar, llevar a cabo una interpretación, teniendo en cuenta el significado que tiene para las personas que participan en la investigación.

El método fenomenológico surge en el contexto de la filosofía en el siglo XX como una alternativa hacia el realismo y el idealismo. Aunque el término fue utilizado antes de Husserl (1859-1938), el uso actual de la palabra está unido a su método particular y trata de describir las estructuras de la experiencia tal y como se presentan en la conciencia (esencias de las cosas), trata de conocer la relación entre los hechos (fenómenos) y el ámbito en que se hace presente en la realidad (psiquismo, la conciencia) sin recurrir a teoría, deducción o suposiciones procedentes de otras disciplinas.

Husserl (75), considerado como padre de la fenomenología, describió el método fenomenológico, previa depuración del psicologismo (solución de los problemas que planteaban la teoría del conocimiento y de la ciencia, sin salir del positivismo). “La fenomenología de Husserl pretende reconstruir un sujeto racional que sea a la vez sujeto del mundo y objeto del mundo”.

La investigación fenomenológica se inicia con la recogida de ejemplos de experiencias cotidianas que permita describirlas y reflexionar sobre ellas. Husserl llama a estas situaciones rutinarias, mundo cotidiano. La experiencia vivida que interesa en un estudio se elige como fenómeno para poder estudiarlo en profundidad. El presente estudio se refiere a la percepción de las enfermeras en relación a la forma de “ordenar” los cuidados de enfermería que realiza en el ámbito específico de la unidad de hospitalización del hospital oncológico de San Sebastián. Se pretende encontrar perspectivas que se puedan generalizar más allá de lo concreto o personal para destacar aquello que pueden tener en común las enfermeras que llevan a cabo los cuidados. Husserl denomina a estos temas comunes, esencias.

Husserl (76), en la fenomenología eidética o descriptiva consideraba que no podían utilizarse los conocimientos ya constituidos del investigador, es decir, tratar de anular sus ideas preconcebidas para poder abordar el fenómeno a estudiar desde una nueva perspectiva. Husserl, define esta idea como [reducción fenomenológica] ó [*epoché*, puesta entre paréntesis no sólo de las doctrinas sobre la realidad sino también sobre la realidad misma].

Sin embargo la fenomenología interpretativa, considera que es posible e incluso adecuado, utilizar las ideas preconcebidas de una forma positiva como marco de trabajo. Aquí, se intenta mantener cierta imparcialidad para poder descubrir algo nuevo sin la contaminación de ideas propias o teorías existentes.

En el mundo actual y en enfermería, donde la ciencia y la técnica han sido dominantes en detrimento de la comunicación con el paciente, en los últimos años ha ido adquiriendo una mayor relevancia la investigación fenomenológica puesto que permite conocer más en profundidad y desde su perspectiva a las personas, eje y fundamento de la actividad propia de la enfermera, el cuidado.

La comunicación tiene un interés destacado en la profesión, así la práctica profesional de la enfermera es casi siempre un trabajo colaborativo y sería imposible llevar a cabo cuidados estructurados y coherentes si no hay una comunicación fluida entre los miembros del equipo de enfermería. Pero esta comunicación debe extenderse a los pacientes como protagonistas de su cuidado lo que les confiere un papel destacado en todo el proceso.

Gadamer (77), dice que “pese al dominio de la ciencia y de la técnica, para comprender el mundo, el lenguaje seguirá siendo la herramienta indispensable para una comprensión más global, puesto que nos permite explicar las cosas desde un contexto específico y valorar al individuo. Su idea de la tradición y la innovación es que ambas se complementan, que están en un equilibrio constante, considerando que los prejuicios son

importantes y aportan mucho a la tradición hermenéutica. La inteligencia práctica, el sentido común y la subjetividad comunicativa, son elementos indispensables”.

En Enfermería como se indicaba, el peso de la tradición ha sido determinante en la forma en que se llevan a cabo los cuidados, la naturalización de los cuidados, ya que se consideraba éstos como algo innato entre las tareas de la mujer a lo largo de la historia y también la falta de liderazgo propio han propiciado un avance escaso en la utilización de una organización metodológica de los cuidados. Parece relevante establecer la relación entre tradición e innovación ya que permitirá desde lo conocido avanzar en nuevos retos que, además, dotan de un cuerpo de conocimientos propio basado en evidencias clínicas.

Se trata de partir desde la vinculación de los cuidados en la tradición desde la que se habla, y calando otro aspecto que tiene una herencia histórica importante en enfermería como es el concepto de autoridad, entendido como profesionales con experiencia especializada en cada campo, receptores de confianza en aquellos campos en los que tenemos una experiencia limitada. Sin embargo, ni la tradición debe ser el espejo en el que se mira enfermería de forma absoluta, ni la autoridad debe ser sinónimo de obediencia ciega, puesto que paralizaría el progreso de la ciencia. El conocimiento implica valoración de los juicios y perspectivas diferentes a los propios.

Así, puesto que el conocimiento es fundamental, la enfermera desde su propio horizonte de interpretación puede ir construyendo constantemente el conocimiento de enfermería, así

será capaz de comprenderse, comprender y adaptar el propio contexto en el que lleva a cabo los cuidados.

Por lo tanto, uno de los aspectos más importantes es la comprensión e interpretación para poder explicar por qué el Proceso de Enfermería tan conocido en los diferentes foros de enfermería, no se ha integrado de una manera más “natural” en el ámbito de la realidad asistencial.

Pero, ¿existe relación entre la transmisión histórica de los cuidados de enfermería y por ende la forma en que se lleven a cabo y su influencia en el presente? Uno de los elementos que configuran la propia historia de los cuidados, y como se decía se relaciona con la tradición y la autoridad es la historia de la mujer a lo largo de los siglos, los prejuicios relacionados con el trabajo de las mujeres y su nivel de autonomía en el ámbito laboral. Estos aspectos han de tenerse en cuenta en una disciplina donde la mayoría de las profesionales son mujeres, de ahí que en este caso, los prejuicios en cuanto al nivel de autonomía y responsabilidad de la enfermera en el ámbito del equipo multidisciplinar se deben tener en cuenta ya que dan valor a la acción hermenéutica.

Así, Gadamer (77) dice “la manera esencial de comprender del hombre consiste en la interpretación. El conocimiento, como facultad propiamente humana, implica dialécticamente una interpretación y, toda interpretación humana implicará, un reconocimiento de la realidad estudiada o que se quiere comprender”.

En definitiva, comprender e interpretar pertenece también a la vivencia humana, esto es, a su entorno y su propia historia. Esta referencia tiene significado para quien lleva a cabo la investigación, al tener un pasado propio y a la interpretación que se lleva a cabo, ya que se establece en un momento determinado y con una vivencia específica.

Según el argumento anterior, el lenguaje se transforma en una herramienta fundamental para la experiencia hermenéutica. Esta investigación se basa en el diálogo, la conversación y en el intercambio de ideas, básicamente a través del lenguaje oral. El lenguaje oral permite captar lo que las enfermeras piensan y sienten en relación con la utilización del Proceso de Enfermería en los cuidados de enfermería, pero también hay que tener en cuenta lo que las enfermeras registran por escrito sobre cómo realizan los cuidados en la planta de hospitalización donde se realiza la investigación, por lo que el análisis de los registros clínicos, se convierten en otra herramienta de gran utilidad.

Otro aspecto adecuado es el que Ricoeur, identifica en relación con el lenguaje, estableciendo que el conocimiento implica la consideración de expresiones empíricas, los signos por los cuales se manifiesta tanto individual como colectivamente. Entre estos signos se pueden señalar aquellos cuya significación literal no coincide con lo que quieren decir, a éstos signos los denomina “símbolos” y precisan ser interpretados.

El símbolo puede servir para ocultar o para revelar. Como ocultación se entiende, la percepción de un deseo o intención no confesada. La revelación se refiere a la intención de traducir un sentido profundo e inefable. Por lo tanto la hermenéutica para

Ricoeur (78) debe tratar de desentrañar la verdad del falso sentido que se da al discurso. En definitiva, la interpretación es el trabajo del pensamiento que consiste en descifrar el sentido oculto tras el sentido aparente, interpretar los sentidos ocultos. Los cuidados de enfermería que se llevan a cabo son expresiones de deseo, los signos de un proceso más global de la propia función de la enfermera.

La relación entre el lenguaje y el pensamiento, es un elemento muy recurrente y que es destacable en el análisis de los discursos que las enfermeras utilizan en relación al Proceso de Enfermería, ya que se piensa con palabras, pero a veces, las palabras que se dicen no se relacionan con el propio pensamiento, aunque no siempre esto se hace de forma consciente. Boas (79) lo aplica en sus trabajos de cultura y personalidad en diferentes contextos culturales. En la presente investigación interesa esta reflexión, habida cuenta, de que las enfermeras trabajan con una población multicultural. Boas, además, hace referencia a los modelos conscientes e inconscientes, estableciendo una distinción, según la cual los modelos conscientes, también denominados “normas” tienen una función que consiste en perpetuar las creencias, costumbres y usos, sin profundizar en lo que subyace. El modelo inconsciente trata de extraer a la superficie lo que se encuentra en el interior, en lo profundo. Es claro el paralelismo con el discurso sobre la conveniencia de una organización de cuidados basados en una metodología científica, Proceso de Enfermería, que permite realizar unos cuidados de enfermería basado en el conocimiento científico y su contradicción con la realidad de la práctica asistencial. La discusión está reflejada en lo que se ve, se dice que se hace y que se contradice con lo que se registra. Se

puede explicar la no concordancia entre el discurso de las informantes y la forma en cómo organizan y registran los cuidados en la realidad asistencial.

En enfermería las “normas” suponen un elemento muy importante en la tradición y por lo tanto en la realización de los cuidados. Así, la forma en que se organizan los cuidados sigue unas normas no explicitadas pero conocidas por todas las enfermeras, cuya transmisión está establecida desde la imitación de las acciones y que son aprendidas desde el momento en que las estudiantes de enfermería empiezan sus prácticas clínicas durante su formación. En la comprensión del fenómeno descrito, tiene, como se decía un peso muy importante la tradición, entendido como un concepto polisémico de gran versatilidad. Además el concepto de tradición se adecúa a su condición de cambio histórico.

Al establecer una relación entre tradición y conciencia histórica, ambos conceptos se imbrican o superponen puesto que están entre el espacio de la experiencia y el horizonte de expectativa. “No hay expectativa sin experiencia ni experiencia sin expectativa”(80).

El planteamiento de conciencia histórica referida se ajusta a lo que indica Gadamer (81). “Una posición reflexiva en la consideración de todo aquello que es entregado por la tradición. La conciencia histórica no oye más bellamente la voz que le viene del pasado, sino que, reflexionando sobre ella, la reemplaza en el contexto donde ha enraizado, para ver en ella el significado y el valor relativo que le conviene”.

Por lo tanto la conciencia histórica es más que un simple prejuicio del que debe liberarse, es una transformación relativa, constituyéndose como el espejo donde la conciencia personal mira su pasado.

Esta premisa sigue calando en enfermería ya que tanto la tradición como la autoridad siguen formando parte activa del acervo de conocimiento de enfermería y mucho más en la ejecución efectiva de los cuidados. Sería preciso estudiar el contexto, entendida como el ámbito donde se trabaja, como elemento cultural y los símbolos que se registran en dicho contexto como forma de poder comprender el fenómeno que nos ocupa.

Geertz (82), en la interpretación de las culturas da sentido a los símbolos como marco de la actuación social. En este sentido, interpretar los símbolos es la clave de cada cultura (descripción densa). Esto es interesante para la presente investigación puesto que se trata de conocer en profundidad los significados que las enfermeras realizan de su trabajo.

El concepto de descripción densa fue acuñado por Ryle (83), hace referencia a que los gestos y los símbolos promueven una comunicación específica que se encuentra en una cultura concreta, más allá de los hechos presentados como fenómenos. Lo realmente importante son los gestos y símbolos en su significado, lo que transmiten las personas. Pero además de los significados, es muy importante la intención que se da a los mismos.

De esta forma y siguiendo con la línea argumental descrita, lo importante es, además de conocer desde la percepción de las enfermeras cómo se organizan los cuidados, interpretar la intención de esa forma de llevarlos a cabo, es decir qué peso tienen en esa intención la tradición, la naturalización de los cuidados, la sobrecarga en el trabajo o condicionantes relacionados con las experiencias previas, elementos extraídos de la información que refieren las enfermeras del hospital oncológico.

La articulación de los símbolos que vaya descubriendo me facilitará llevar a cabo una adecuada interpretación ya que en la recogida de datos se tendrá en cuenta tanto lo que piensa como lo que siente la persona.

#### **2.4.1. Características de los informantes: Muestra.**

El personal que constituye el equipo de enfermería de la planta de hospitalización, son 24 enfermeras incluida la supervisora. El único criterio de inclusión como informante era ser enfermera (A.T.S, Ayudante técnico sanitario y/o D.E., Diplomada en Enfermería), estar en activo y llevar tres o más años trabajando en el hospital oncológico. La inclusión de este único criterio tiene como objetivo que las enfermeras que participaran como informantes, tuvieran los conocimientos y la experiencia suficiente sobre la organización de los cuidados en la práctica asistencial de la unidad de hospitalización. De las 18 enfermeras que cumplen los criterios previamente establecidos, accedieron a participar en la presente investigación<sup>13</sup>. En cuanto al personal auxiliar, hay dos auxiliares en el turno de mañana y tarde y una auxiliar en el turno de noche. La distribución de turnos y puestos

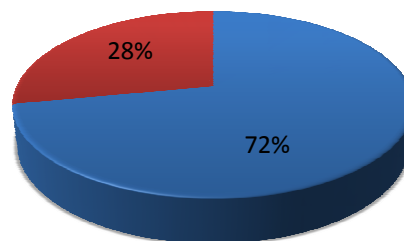
de trabajo se corresponde con 3 ó 4 enfermeras en turno de mañana, 2 en turno de tarde y 2 en el turno de noche. Todas las enfermeras realizan turno rotatorio, excepto la supervisora.

La edad media de las enfermeras, está en 44 años, teniendo 5 de ellas menos de 44 años. En cuanto al sexo, son mayoritariamente mujeres. En relación con la formación, 6 estudiaron A.T.S. (Ayudante Técnico Sanitario) y realizaron el curso de Nivelación para obtener el título de Diplomado en Enfermería, 7 son diplomadas en enfermería de formación inicial.

**Gráfico 3.** Enfermeras que cumplen los criterios para participar en el estudio. Gráfico de elaboración propia

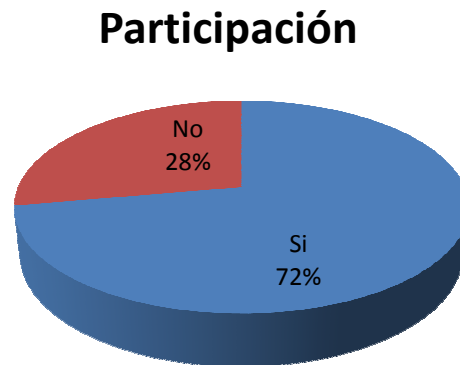
### 24 enfermeras

■ Cumplen criterios de selección   ■ No cumplen criterios

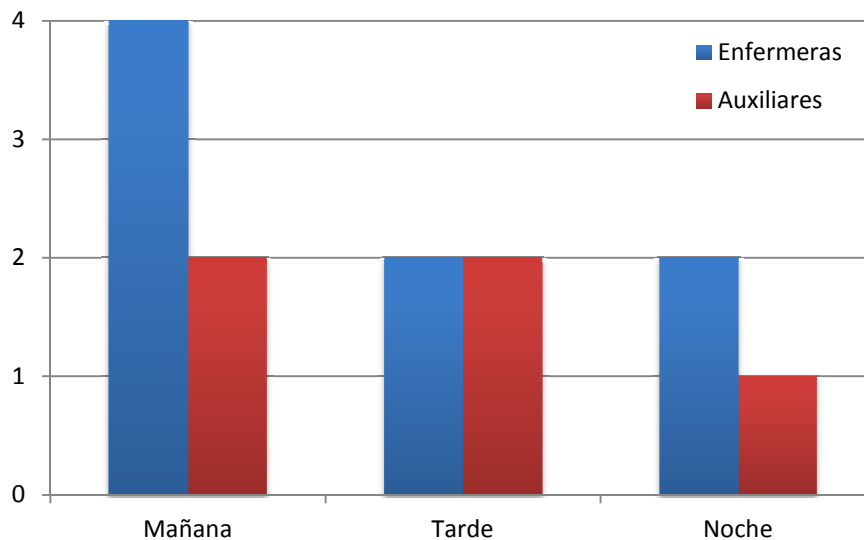


Aplicación de la metodología de la enfermería en la organización de los cuidados

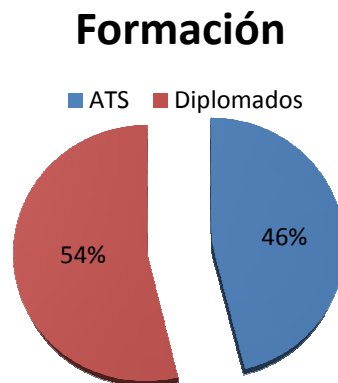
**Gráfico.4.** Enfermeras que participan en el estudio. Gráfico de elaboración propia.



**Gráfico 5.** Personal del equipo de enfermería por turno asistencial. Gráfico de elaboración propia.



**Grafico 6.** Formación de las informantes. Gráfico de elaboración propia



Las enfermeras se distribuyen en el total de la unidad de hospitalización, que aunque es única y con una sola supervisora, se establecen en lo que han denominado controles, cada uno con todos los recursos necesarios para llevar a cabo el proceso asistencial. En el Control 1, se encuentra oncología médica y cuidados paliativos y en el Control 2 cirugía oncológica y unidad de reanimación post-anestésica (URPA).

Las enfermeras y auxiliares cambian de control en bloque cada 7 semanas aproximadamente, es decir, forman un equipo asistencial de enfermería por cada control, de forma que todas las enfermeras tienen un conocimiento general de los dos tipos de pacientes.

Con el fin de preservar el anonimato de las informantes, se ha establecido un código cuyo significado es el siguiente:

Aplicación de la metodología de la enfermería en la organización de los cuidados

Cuando son dos números: El primer dígito es un número correlativo establecido al azar, el segundo dígito se corresponde a la década de edad de la informante.

Cuando son tres números: Los dos primeros dígitos se corresponde con la secuencia de números correlativos al azar y el tercer dígito se corresponde con la década de edad en la que se encuentra la informante.

**Tabla 3.** Códigos informantes, década y perfil profesional. Tabla de elaboración propia

<b>Código informante</b>	<b>Década</b>	<b>Perfil profesional</b>
14	4 <sup>a</sup>	D.E.
22	2 <sup>a</sup>	D.E.
34	4 <sup>a</sup>	D.E.
45	5 <sup>a</sup>	D.E.
55	5 <sup>a</sup>	A.T.S. Y D.E.
64	4 <sup>a</sup>	D.E.
75	5 <sup>a</sup>	A.T.S Y D.E.
82	2 <sup>a</sup>	D.E.
105	5 <sup>a</sup>	A.T.S Y D.E.
125	5 <sup>a</sup>	A.T.S. Y D.E.
132	2 <sup>a</sup>	D.E.
145	3 <sup>a</sup>	A.T.S. Y D.E.
155	5 <sup>a</sup>	A.T.S. Y D.E.

### **2.4.2.Ámbito de la investigación.**

Como se decía en la Introducción, la investigación se desarrolla en la Fundación Onkologikoa (denominado en la presente investigación hospital oncológico) de San Sebastián, las enfermeras que desempeñan su trabajo asistencial en la unidad de hospitalización se convierten en las protagonistas de esta investigación.

El hospital oncológico de San Sebastián se remonta a 1928. Como así lo demuestra el siguiente comunicado del diario La Vanguardia.

“La familia real. San Sebastián, 13

Marcharon a Santander la reina Victoria e Infantas e Infantes, despidiéndoles en el Palacio de Miramar la reina Cristina y autoridades.

—En el palacio real reunióse el Comité provincial de la Liga anticancerosa, presidiendo la reina Cristina. Se aprobaron los planos el Instituto que se edificará en breve.

La reina madre ha hecho saber a aquellos que tengan intención de remitirle flores con ocasión de la fiesta de su cumpleaños, que las sustituyan destinando su importe a la obra del Instituto Anticanceroso—C (84).

Por lo tanto, es en el año 1.928 cuando se constituye la Liga Anticancerosa de Guipúzcoa, bajo la presencia de S.M. la Reina D<sup>a</sup>. María Cristina.

La Liga comenzó sus trabajos gestionada por la Diputación de Guipúzcoa y creándose el Instituto Anticanceroso.

Para su construcción y equipamiento, además de la Diputación de Guipúzcoa y el Ayuntamiento de San Sebastián, contribuyeron con diversas aportaciones económicas varias entidades, entre ellas la antigua Caja de Ahorros Provincial de Guipúzcoa, dándole la denominación de "Instituto Alfonso XIII".

En el año 1.930, S. M. Alfonso XIII visitó el edificio que se hallaba casi finalizado. Las obras se paralizaron durante unos meses con motivo de la proclamación de la República. Finalmente con nuevas aportaciones del Gobierno y de las corporaciones se terminó la construcción del hospital, siendo denominado "Instituto Radio-Quirúrgico de Guipúzcoa". Se inauguró el día 13 de Agosto de 1.933, como establecimiento destinado al tratamiento activo de los enfermos afectados de cáncer y de otras neoplasias y afecciones sospechosas de una degeneración maligna.

Debido a las dificultades económicas por las que atravesaba el Instituto Radio-Quirúrgico, a demanda de éste, la Caja de Ahorros Provincial de Guipúzcoa asume el mantenimiento de dicho instituto como Obra Social Propia con fecha 14 de Febrero de 1.952.

En el año 1.954 se firma el primer convenio de colaboración entre la Seguridad Social y el Instituto Radio-Quirúrgico.

En el año 1.978, el INSTITUTO ONCOLÓGICO firma un nuevo Concerto de colaboración con el INSALUD, el cual es asumido por Osakidetza-Servicio Vasco de Salud en 1.988.

Durante el año 2002 obtienen la Certificación ISO 9001/2000 en la Unidad de Mama.

En el año 2004 se decide por parte de Kutxa de la creación de un nuevo Centro. El año 2007 se desarrolló la carrera profesional para médicos y enfermeras. Ese mismo año se puso en marcha la Historia Clínica Electrónica y se digitalizó toda la información “papel” de los pacientes. De este modo el Instituto Oncológico se convirtió en el primer hospital de nuestra Comunidad Autónoma en funcionar sin papel ni placas.

El 16 de Enero de 2009 se inauguró el nuevo edificio, situado en la Zona Hospitalaria de Miramón. Entre Enero y Mayo se equipó el centro, efectuándose el traslado de pacientes y actividades entre las sedes antigua y nueva a lo largo de Junio de 2009 (85).

En el año 2010 se crea Fundación Onkologikoa Fundazioa [Fundación Onkologikoa].

Aplicación de la metodología de la enfermería en la organización de los cuidados

**Imagen 3.** Antiguo Edificio del Instituto oncológico. Aldakonea desde 1933 hasta 2009. Onkologikoa Fundazioa. Disponible en: URL: <http://www.oncologico.org/01oncologico.htm> Consultado Mayo 18, 2011.



**Imagen 4.** Nuevo edificio. Fundación Onkologikoa. 2009. Zona hospitalaria de San Sebastián. Onkologikoa Fundazioa. Disponible en: URL: <http://www.oncologico.org/01oncologico.htm>. Consultado Mayo 18, 2011.



#### Características de la Unidad de hospitalización

La Unidad de Hospitalización tiene una capacidad de 75 camas, hay 23 habitaciones individuales, 26 dobles y 3 sin amueblar (no se utilizan), lo que hace un total de 75 camas. La Unidad, se divide en 2 controles. Control 1. Oncología médica y cuidados paliativos. El control 2 se corresponde con Cirugía oncológica, y URPA (Unidad de reanimación post-anestésica).

Aplicación de la metodología de la enfermería en la organización de los cuidados

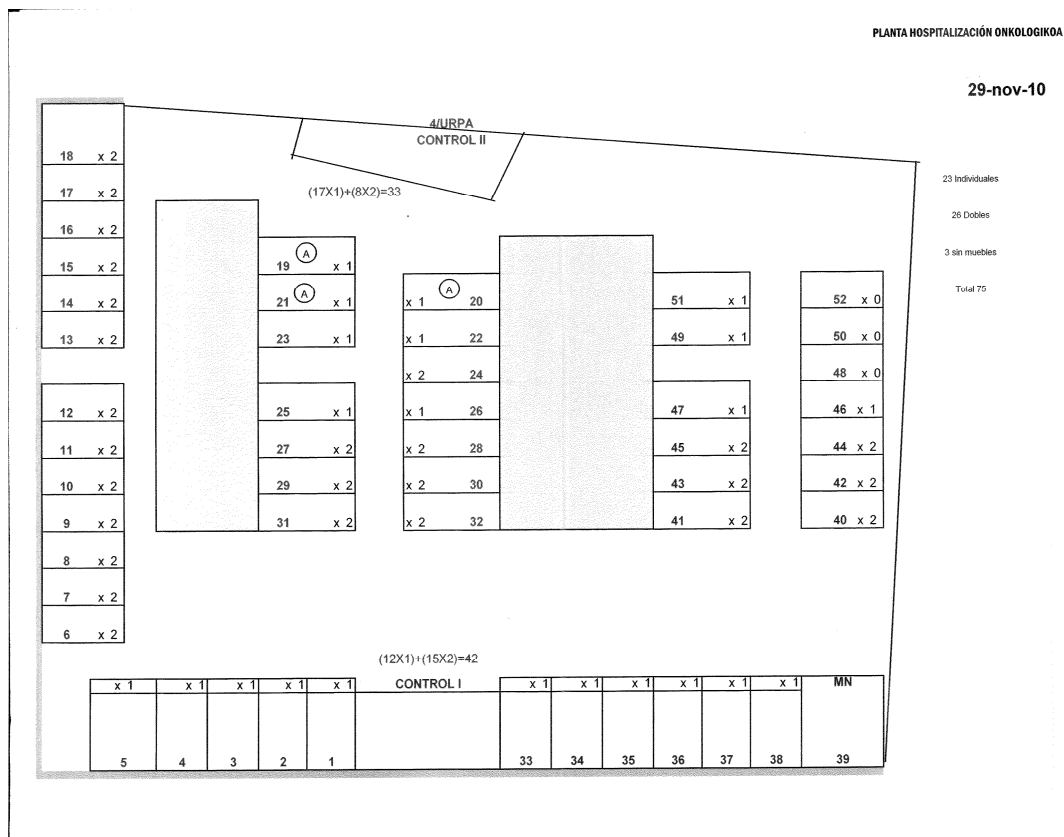
La distribución según el plano adjunto es como sigue:

Control 1. Habitaciones de la 1 a 12 y de la 33 a 47. Control II. Habitaciones de la 13 a 32 y luego de la 48 a 52 y las habitaciones de URPA.

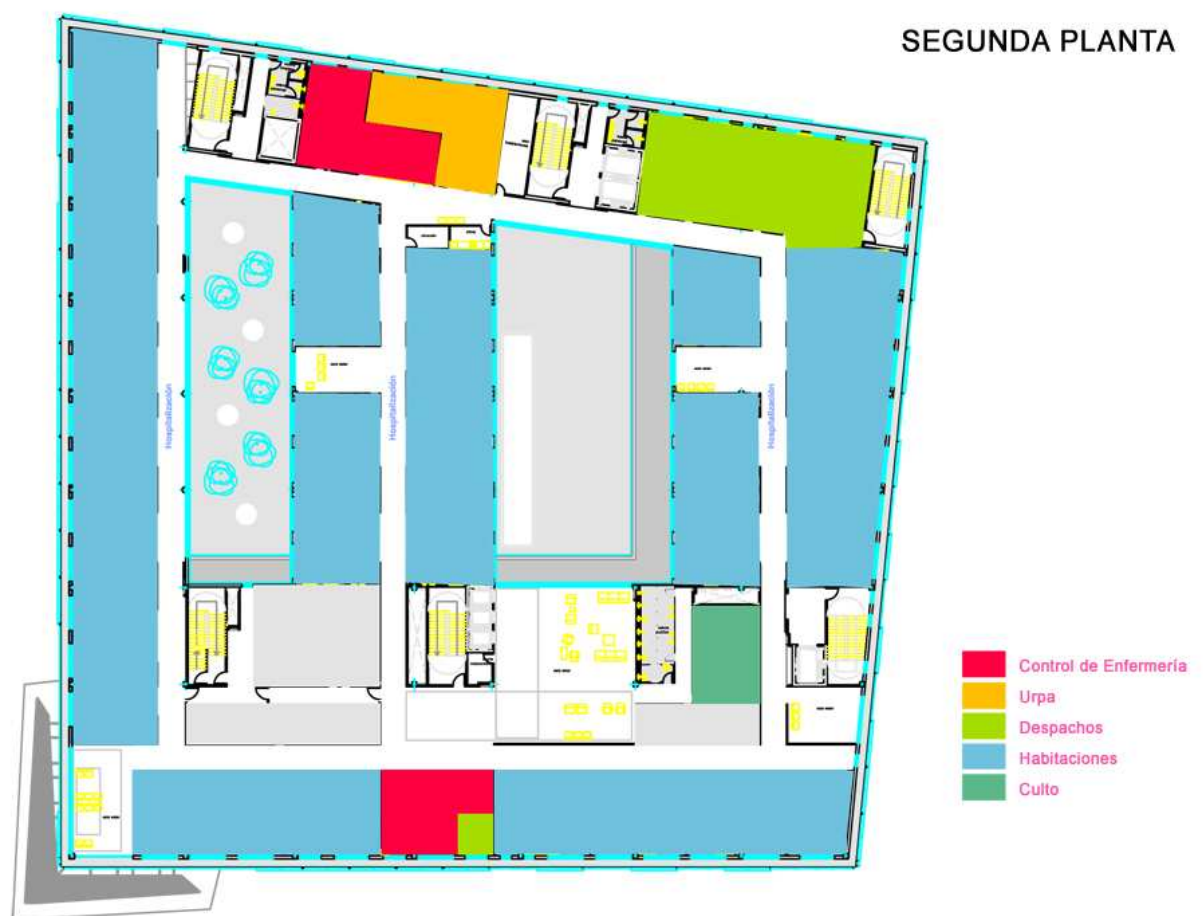
La habitación 39 es la de Medicina Nuclear, se utiliza para pacientes en tratamiento con Iodo 131 (en tiroides), esta plomada y el wc va también a un depósito plomado diferente.

**Imagen 5.** Plano de la planta de hospitalización y la distribución de las habitaciones en los dos controles de la Unidad de Hospitalización. Onkologikoa Fundazioa.

Disponible en: URL: <http://www.oncologico.org/01oncologico.htm>  
Consultado Mayo 18, 2011.



**Imagen 6.** Plano de la segunda planta donde se encuentra la planta de Hospitalización. Distribución de todos los espacios de la planta. Onkologikoa Fundazioa. Disponible en: URL: <http://www.oncologico.org/01oncologico.htm> Consultado Mayo 18, 2011.



Un espacio destacado del hospital oncológico es la habitación específica para pacientes que precisan Yodo radiactivo en su tratamiento. Es el único centro en Gipuzkoa que tiene el espacio preparado para evitar la contaminación radiactiva.

Aplicación de la metodología de la enfermería en la organización de los cuidados

**Imagen 7.** Habitación y baño plomado para pacientes tratados con Yodo radiactivo. Fotografía de elaboración propia y realizada con autorización del hospital oncológico.



**Imagen 8.** Habitación plomada, la pantalla indica la distancia que se debe mantener con el paciente. Se va modificando según las mediciones de radiación. Fotografía de elaboración propia y realizada con autorización del hospital oncológico.



**Imagen 9.** Baño plomado con depósito para recogida de residuos radiactivos. Fotografía de elaboración propia y realizada con autorización del hospital oncológico.



### **2.4.3. Técnicas de recogida de datos. Entrevistas. Historia Clínica Electrónica.**

Es el inicio de la investigación, el momento de decidir qué metodología se adecuaba más al objeto de estudio. Si bien este se mantiene en constante revisión a lo largo de todo el proceso, se consideró que la metodología cualitativa podía responder más de forma oportuna a los objetivos propuestos. La puesta en práctica de la perspectiva biográfica según Bertaux (86) con sus actitudes metodológicas permite situarse en una relación de intersubjetividad, que se aplica a lo largo de todo el proceso de investigación, el cual, está sometido a una triple observación: la del investigador; la de la persona investigada; y la de la construcción del dato, hasta enmarcarlo en el texto abierto a la intertextualidad (87).

En un inicio el planteamiento era recoger información mediante el relato de las informantes, por lo tanto la propuesta está en recoger subjetividades y, en este caso, la prioridad recaerá en las relaciones y en los procesos sociales, que emergen en relatos donde se encuentran no solo las experiencias personales sino también la percepción que las informantes tienen de la experiencia personal. Por tanto, una técnica imprescindible para la recogida de datos será la entrevista en profundidad.

El hecho de mostrar la voz de las informantes y de trabajarla como dato empírico en el análisis, constituye un gran avance para abrir el análisis del objeto de estudio de esta investigación y para hacer emerger en el texto, no sólo resultados de encuadres teóricos, sino la voz de actores sociales inmersa en reflexiones teóricas.

Todo ello forma parte del método de trabajo que permitirá entender las dinámicas y los significados en los contextos estudiados. La fenomenología interpretativa facilita mostrar desconfianza hacia visiones totalizadoras y focaliza el interés por la interpretación.

Hay un aspecto relacional que subyace en el proceso, en el sentido de asumir que la persona investigadora establece una relación comunicativa con su informante, recogiendo, de este modo, un aspecto de su vida, orientado a su actividad profesional. En ese sentido se abre el paso hacia la perspectiva biográfica, que consolida la reflexión entre el sujeto y el objeto.

Se trata de establecer una combinación de exploraciones y preguntas, dentro del contexto de un diálogo con el informante. La persona investigadora busca responder a su objeto de investigación, enmarcándolo en unas unidades de análisis y observación, de donde surgirá la narrativa. En este sentido el trabajo de la investigadora trata de aplicar una actitud metodológica, dentro de la relación de intersubjetividad que se produce en la recogida de información, además de su intención teórica.

La producción del dato es fundamental, esto significa: primero, el acercamiento a las diferentes fuentes de información e informantes, según sea el planteamiento u objeto de estudio; segundo, que la información se recoge con una intención que responde a una corriente teórica; tercero, además de la dotación de contexto, añadiremos la intersubjetividad, como se comentaba anteriormente, desde la que es posible contemplar las actitudes

metodológicas que se aplican a la relación que se establece entre la persona investigadora y la informante.

Se ha tratado de plasmar cómo emerge el aspecto interpretativo y las representaciones que articulan la investigación y, al mismo tiempo, articular el texto donde “la voz” de las informantes tenga su espacio. En definitiva, la escritura en dos niveles: en el del contenido, por lo que dice sobre las culturas (contexto, autoridad) y su historia (tradicción y actualidad); y en el de la forma, por cómo lo dice.

En relación con la entrevista en profundidad se produce una situación que se detalla a continuación, por la peculiaridad en cuanto al desarrollo de la técnica de investigación explicitada.

Así, en una investigación pueden darse tres situaciones: una, que las entrevistas sean escasas pero sean representativas para el objeto de estudio; dos, que después de realizar varias entrevistas lleguemos al concepto de saturación; y tres, que una entrevista trasvase un amplio contexto. Todas estas situaciones se han producido en la presente investigación.

Comenzando por la representatividad, una de las preguntas a formular es si la persona a la que se entrevista es representativa para la pregunta u objeto de estudio. En la presente investigación hay dos entrevistas que se adecúan perfectamente a esta premisa, la entrevista realizada a la Directora médica con relación a la puesta en marcha de la Historia Clínica Electrónica (HCE), y la entrevista realizada a una informante por su experiencia e implicación en relación a cómo están organizados los cuidados en el hospital oncológico. En investigación cualitativa, se sabe, además, que cuanto más expertos sean los informantes respecto

al tema objeto de estudio, menor número de entrevistas se hacen necesarias, hecho que se da en este caso. Pero la cuestión de la representatividad alude, también, y de manera fundamental, al número: se trata de decidir cuántos personas deben de realizar la entrevista, para poder tener garantías suficientes de que la muestra es suficientemente representativa del universo que representa.

Para dar solución al problema de cuántos, Bertaux propone el concepto de saturación entendida como el fenómeno por el cual, pasado un cierto número de conversaciones, el investigador, o el equipo, tiene la impresión de no aprender nada nuevo, al menos en lo que concierne al objeto de estudio. Respecto al número de casos que se trabajan, señala que no debe ser fijado previamente, sino que, una vez que se ha llegado al punto de saturación, el cual debe ser traspasado ampliamente, podremos estar seguros de que las conclusiones que extraemos son válidas.

En el caso presente, y aunque la saturación llega antes de que se finalicen las entrevistas, parecía oportuno no eliminar a ninguna informante y hacer las entrevistas a todas las que han mostrado su interés en la investigación.

Aunque en un principio se plantea una entrevista abierta, con pocas intervenciones por parte de la investigadora, el proceso de recogida de información exige una flexibilidad según transcurra ésta. La flexibilidad es necesaria, no sólo en el trabajo con las informantes, sino también en el diálogo constante que se mantiene con el proyecto.

El primer contacto con las informantes se produce al comienzo de la investigación, en esta primera incursión es preciso establecer

una relación entre el proyecto elaborado y el campo de trabajo. En el hospital oncológico esta panorámica general se evidencia en la primera entrevista que se tiene con todas las enfermeras participantes en la investigación incluidas la Directora de enfermería y la Supervisora de la planta de hospitalización.

Hay que ver por dónde se van acotando las categorías narrativas y esto va a ocurrir a lo largo de todo el proceso de recogida de información. Sin embargo, estas primeras pruebas son, simplemente, conversaciones generales que se llevaron a cabo mediante las entrevistas iniciales, por lo tanto las primeras entrevistas realizadas tienen el objetivo principal de iniciarse en la particularidad del terreno de investigación. En la presente investigación se va a trabajar con un grupo humano que me es propio, ya que pertenece a mi profesión y por lo tanto es conocida su dinámica. En este punto se aplicará el principio de extrañamiento entendida como actitud investigadora que permite acercarnos al grupo de personas que forman parte de la investigación sin mediar nuestras propias concepciones. Una ventaja en este camino es que el lenguaje utilizado es conocido por la investigadora, lo que permite conocer la interpretación del lenguaje profesional de las informantes relacionado con el tema que se está tratando. Esta circunstancia, de conocimiento profesional, resulto útil para poder orientar las entrevistas, y marcó el proceso de reflexividad. Una ventaja en este camino es que el lenguaje utilizado es conocido por la investigadora, puesto que yo también soy enfermera, lo que permite conocer la interpretación del lenguaje profesional de las informantes relacionado con el tema que se está tratando. Esta circunstancia, de conocimiento profesional, resulto útil para poder orientar las

entrevistas, y marco el proceso de reflexividad (88) entendiendo que aún investigando un grupo social que nos es propio, la base del extrañamiento se encuentra en el reconocimiento de que todo grupo humano (incluido el propio) genera un comportamiento convencional, socialmente construido y que no es el resultado directo de la naturaleza de las cosas, sino que son convenciones sociales construidas. Este reconocimiento nos lleva a convertir en extraño, lo familiar, lo que constituye el primer paso para tratarlo como objeto de conocimiento reflexivo. Se tratará por tanto de mantener esta reflexividad a lo largo de toda la investigación.

La casuística que se da en la recogida de información podía ser muy variada. Pero toda esta complejidad se manifiesta, básicamente, en dos momentos clave: uno, cuando en el proyecto se quiere abordar una temática determinada y dos, cuando pensamos en las personas con las que vamos a trabajar.

Del mismo modo, debemos amoldarnos a los tiempos de las informantes, es decir éstos tienen sus momentos para narrar. Así en la presente investigación son las informantes las que deciden el día y hora, siendo en todos los casos el horario de su turno de trabajo y en general al final del turno excepto por la noche que se realizaban una vez pasadas las primeras dos horas del turno.

A una entrevista se puede llevar un guión o no hacerlo. En este caso se optó por elaborar una serie de preguntas abiertas para orientar a la informante, teniendo en cuenta este proyecto y su objeto de estudio concreto.

Otro aspecto a tener en cuenta es el del tiempo de la entrevista. Hammersley y Atkinson recomiendan que la entrevista no sea superior a dos horas (89), en este caso, la disposición de una

informante no superaba la hora, excepto en un caso en el que la informante, estuvo casi dos horas y fue reprendida por su compañera de la unidad de hospitalización. Parece adecuado documentar esta circunstancia aunque se describe más adelante, puesto que condicionó de forma importante la recogida de información. Esta circunstancia ilustra una de las situaciones de trabajo de la investigación.

Tampoco se tiene seguridad, a priori, de qué se va a recoger en una entrevista, ni la información que se va a obtener. En el primer caso porque aun teniendo una cita, circunstancias, del entorno laboral impiden que esta se lleve a cabo en ese momento, está situación si dio en varias ocasiones, y se resolvió concertando otra cita. En el segundo caso se produjo una situación curiosa en todas las informantes, esto es, que si las preguntas se formulaban de manera muy abierta, se producían silencios y en algunos casos, solicitaban que acotara la pregunta o que explicara más cosas.

Las informantes, comentaban que la pregunta la entendían pero que no sabían cómo responder, esta situación originó que sobre la marcha se tuviera que ir estructurando algo más la entrevista. En definitiva tenían claras dificultades para narrar. Esto indica que no se sabe ni se puede prever cómo se va a desarrollar, pero es importante, ir siempre preparada y abierta a la recogida de información.

En la entrevista y a pesar de esta particularidad, las informantes se expresaban de forma muy espontánea, únicamente mostraban cierto desasosiego cuando la pregunta era demasiado abierta, por lo que para evitar esta situación se optó por ir interviniendo a medida que lo solicitaban. Las intervenciones se realizaban cuando se percibía el malestar, bien a través de su discurso o bien lo percibía por medio de sus expresiones no verbales, gestos, silencio....

La reflexión sobre el papel de la entrevista, en la producción de los datos de investigación, es un asunto presente e ineludible, sin embargo a pesar de esta dificultad señalada, las entrevistas han proporcionado un discurso adecuado al objeto de investigación y queda enlazado con la premisa principal, esto es, conocer la percepción que las informantes, enfermeras de la unidad de hospitalización del hospital oncológico tienen sobre una herramienta como el Proceso de Enfermería. Sus exposiciones y/o respuestas se han dado en un clima de confianza, donde han manifestado su espontaneidad y su idea sobre el Proceso de Enfermería en particular pero también, sobre cuestiones de la enfermería que pivotan alrededor de este, así como la relación desde su punto de vista con el trabajo asistencial que realizan.

Los datos empíricos se recogieron de las siguientes fuentes:

- Entrevistas iniciales, realizadas entre Marzo y Abril de 2010, con un guión orientativo, sin que se entendiera como una entrevista cerrada.
- Una revisión de los datos de las historias clínicas del año 2010, con el objetivo de identificar la metodología utilizada, así como las actividades que se registran cuando se llevan a cabo los cuidados de enfermería. Dicha revisión se realizó durante los meses de Noviembre y Diciembre de 2010. Esta nueva fuente de información, se introdujo al percibir la necesidad en el transcurso de la investigación, de conocer y reconocer cómo llevan a cabo los registros escritos de enfermería.
- Entrevistas en profundidad que se realizaron durante los meses de Marzo y Abril de 2011.

### Entrevistas

Explicar porqué es importante en el estudio la perspectiva de las enfermeras, se justifica en la necesidad de conocer las experiencias, vivencias de las informantes. Pero, además si el relato de estas experiencias se lleva a cabo en el contexto donde realizan la actividad asistencial, supone una inmersión en dicho contexto, lo que permitirá entender y conocer los significados de las actuaciones que desarrollan y cómo éstas, están organizadas. El entorno asistencial en el que llevan a cabo el trabajo, las relaciones que se establecen, verbales y no verbales, así como las experiencias personales me facilitarán la comprensión del discurso y su relación con la forma de llevar a cabo los cuidados.

Entender y comunicar lo que dicen las enfermeras en esta investigación precisaba de una entrevista a las enfermeras en su entorno de trabajo, estableciendo una ruta de comunicación que facilite la expresión sobre el significado de determinadas conductas relacionadas con los cuidados. Se consideró necesario el registro verbal de todas las conversaciones como elemento fundamental para poder analizarlas adecuadamente.

La información obtenida alcanzó un nivel de saturación en las primeras entrevistas realizadas, sin embargo, teniendo en cuenta el número de enfermeras susceptibles de realizar las entrevistas y como manifestaron su interés en participar en la investigación, parecía adecuado realizar las entrevistas al total de las informantes.

#### La Historia Clínica Electrónica (HCE).

Un aspecto muy relevante del Proceso de Enfermería es que su organización exige registrar los cuidados de enfermería en su totalidad, tanto las actividades independientes como interdependientes.

Uno de los objetivos de los registros es pasar de una invisibilidad mantenida durante décadas y que persiste en la actualidad, a hacer visibles todas y cada una de las intervenciones que la enfermera realiza junto con el paciente, tanto en el hospital como aquellas intervenciones que la enfermera enseñará al paciente para llevar a cabo la continuidad de cuidados.

Nightingale (90) ya plasmaba la importancia de los registros cuando escribe “¿Para qué, sino para tomar nota de todo esto,

está la enfermera...” o García Nieto (91), cuando dice “Si queremos que nuestros hechos se conozcan, debemos conservar nuestras actividades en documentos escritos”.

Los registros permiten individualizar los cuidados de enfermería y adaptarlos a cada paciente. El registro debe tener una serie de elementos comunes que permitan tomar decisiones teniendo en cuenta los datos del paciente. Deben incluir los aspectos consensuados del lenguaje enfermero (NANDA problemas de colaboración, NOC, NIC), lo que facilitará y estimulará la normalización de dicho lenguaje. El modelo de registro que se utilice, además, debe permitir visualizar la evolución de los problemas de salud del paciente y todas las actividades de enfermería asociadas a dicha evolución, las intervenciones que se llevarán a cabo deben ser las mejores posibles desde el punto de visto científico y teniendo en cuenta la realidad social y el entorno en el que se llevan a cabo. Así en el hospital oncológico se deben tener en cuenta las características específicas de los pacientes, así como sus percepciones y expectativas ante su problema de salud.

Es pertinente reflexionar sobre frases escuchadas y anotadas entre el personal de enfermería en relación a los registros, “no tengo tiempo de escribir”, “si total, luego nadie lee lo que se escribe”, “es perder el tiempo”. Sin embargo, no es menos cierto que el registro exhaustivo otorga seguridad tanto a la enfermera como al paciente objetivo de los cuidados de enfermería (92).

Múltiples han sido las razones esgrimidas por las enfermeras en relación con los registros, “las enfermeras han tenido una difícil relación con el registro de enfermería, y aunque se realizan mas

registros la calidad de la información registrada es cuestionable”(93). En muchas ocasiones el personal de enfermería pasa la mayor parte del tiempo transcribiendo los cuidados y observaciones de rutina y con mucha frecuencia quedan sin registrar aspectos importantes debido a la “falta de tiempo”, de ahí que, muchas veces, las notas de evolución de cada paciente carezcan de contenido útil.

Aun hoy en día sigue siendo real, que las actividades interdependientes que realiza la enfermera son casi las únicas que se registran puesto que se encuentran englobados dentro de los cuidados de colaboración con otro profesional sanitario

Desde hace poco tiempo se empieza a dar importancia a los registros de enfermería, hasta ahora se consideraba una obligación mas de tipo administrativo que por razones derivadas del propio cuidado. Además consideraban que los registros, suponía que la enfermera perdía tiempo y restaba tiempo a su práctica diaria. Muchas han sido las razones para justificar esta situación, falta de tiempo, escasa percepción de cuantificación de los cuidados en su totalidad, la carga de trabajo asistencial, dificultades con el conocimiento del Proceso de Enfermería, incluso problemas para redactar adecuadamente el trabajo que la propia enfermera lleva a cabo, achacado a la escasez de habito de plasmar por escrito el trabajo por la falta de costumbre o por el “desconocimiento del lenguaje adecuado” (94).

Pero no es suficiente con registrar, de “cualquier forma”, independientemente de cualquier criterio, en la actualidad se

deben tener unos criterios que permitan que los registros tengan validez, no solo legal, sino, también como herramienta útil para los profesionales de enfermería, para la práctica, docencia e investigación. Por lo tanto en la forma de registrar es necesario tener en cuenta las siguientes premisas: (13)

- Hacer anotaciones concretas y concisas, sin emitir juicios de valor.
- Evitar términos que tengan una connotación negativa.
- Si se comete un error, no suprimir, cerrar entre paréntesis la frase, tachar con una línea y escribir en la parte superior “error”.
- Utilizar sólo abreviaturas que estén consensuadas y que no puedan inducir a error.
- Hacer las anotaciones lo antes posible después de obtener los datos o de realizar las actividades.

Uno de los puntos clave, es que entre las ventajas del Proceso de Enfermería está el hecho de que cada etapa del proceso “exige” un registro adecuado para poder pasar a la siguiente etapa. Así, una vez finalizada la etapa de valoración es necesario registrar los datos que permitan realizar un diagnóstico de enfermería correcto. Un registro de datos incompleto, poco claro, lleno de vaguedades, incomprensible, con siglas no adecuadas por no estar homologadas o porque el resto de enfermeras desconocen su significado, es un riesgo que puede desembocar en la elaboración de un diagnóstico de enfermería incorrecto.

La forma en que se deben registrar los cuidados, suele depender de cada centro u hospital, no obstante, si lo que quiero es identificar cómo se registran los cuidados en el hospital oncológico es necesario realizar una comparación entre las etapas del Proceso de Enfermería y cómo se reflejan éstas etapas con los registro de enfermería que llevan a cabo las enfermeras en el hospital oncológico.

En este sentido es oportuna la reflexión de García et al (95), cuando dicen que “la calidad de la información registrada, influye en la efectividad de la práctica profesional, por tanto los registros de enfermería deben cumplir unos estándares básicos que favorezcan la eficacia de los cuidados en las personas y legitimesen la actuación del profesional sanitario”.

Las normas que permitan mejorar la calidad de información deben tener en cuenta, aspectos éticos, profesionales y legislativos, tales como el derecho a la intimidad, autonomía, información al paciente y confidencialidad entre otros.

Se deberá tener en cuenta, así mismo la Ley 41/2002 (10), de 14 de noviembre, cuya normativa básica regula la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica en su artículo 15 desarrolla los contenidos de la historia clínica de cada paciente.

Como se decía en el caso de la historia clínica el fin principal es facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud. Los

Aplicación de la metodología de la enfermería en la organización de los cuidados

registros de enfermería quedan regulados en el apartado del contenido mínimo de documentación en sus apartados “m,n,ñ,o”:

- a. La documentación relativa a la hoja clínico estadística.
- b. La autorización de ingreso.
- c. El informe de urgencia.
- d. La anamnesis y la exploración física.
- e. La evolución.
- f. Las órdenes médicas.
- g. La hoja de interconsulta.
- h. Los informes de exploraciones complementarias.
- i. El consentimiento informado.
- j. El informe de anestesia.
- k. El informe de quirófano o de registro del parto.
- l. El informe de anatomía patológica.
- m. La evolución y planificación de cuidados de enfermería.
- n. La aplicación terapéutica de enfermería.
- ñ. El gráfico de constantes.
- o. El informe clínico de alta.

Y en su artículo 23 del mismo en relación a “Obligaciones profesionales de información técnica, estadística y administrativa”, dice:

“Los profesionales sanitarios, además de las obligaciones señaladas en materia de información clínica, tienen el deber de cumplimentar los protocolos, registros, informes, estadísticas y demás documentación asistencial o administrativa, que guarden relación con los procesos clínicos en los que intervienen, y los que requieran los centros o servicios de salud competentes y las autoridades sanitarias, comprendidos los relacionados con la investigación médica y la información epidemiológica”.

Queda clara la necesidad y obligación de los registros de cuidados pero especificar cómo llevarlos a cabo es una tarea compleja. Algunas directrices básicas para la cumplimentación de registros independientes del modelo, soporte o plan de cuidados de enfermería que se utilice por el centro o institución:

- La exactitud. Lo escrito es más fidedigno que lo que se retiene en la memoria, por lo que se deberá anotar lo antes posible, para no perder parte de la información. El “parte oral”, el que se hace en el cambio de turno, es muy importante, éste tiene que tener una estructura adecuada para no perderse en comentarios y dejar fuera lo realmente importante, además deberá estar previamente registrado. Es preciso registrar todo aquello que verbalmente informamos, puesto que “lo que no está escrito, no está hecho”. Se debe anotar de forma clara y concisa. Deben anotarse los datos de manera meticulosa, detallándose lo

más posible. Se anotará fecha y hora (en este sentido el hospital oncológico en su HCE, por defecto aparece la fecha y las diferentes horas de 0 a 24 horas).

- Objetividad, en las anotaciones no haciendo juicios de valor ni vertiendo opiniones personales.
- Claridad, las anotaciones deben ser claras y entendibles por todos los profesionales de enfermería. De nada sirve anotar muchas cuestiones si éstas no son entendidas por que no están bien redactadas o son demasiado extensas perdiéndose el contenido exacto entre gran cantidad de información. Las abreviaturas deberán ser las consensuadas, en caso de no conocerse con exactitud la misma, se anotará la palabra completa.
- Pensar de forma reflexiva. Escribir y después valorar para saber si se ha pasado algo por alto. Es cierto que, en ocasiones, se debe actuar con inmediatez en aquellos cuidados en colaboración que la enfermera lleva a cabo, pero es importante darse un tiempo para reflexionar sobre la valoración efectuada.

En definitiva los registros no solo deben de realizarse por cuestiones de cumplimentación legal sino que además permiten.

- La continuidad. Para que todas las enfermeras estén al tanto de la valoración realizada. No se debe olvidar que las enfermeras cuidan a todos los pacientes del hospital según el turno de trabajo. Así una mañana pueden atender a unos pacientes y por la tarde o tras un periodo de

vacaciones a otro. La enfermera puede no conocer al paciente y necesita tener muy claros los datos de la anamnesis o valoración de enfermería del paciente.

- Favorecen la comunicación entre los profesionales de enfermería así como de otros miembros del equipo de salud, este aspecto se relación con la continuidad de los cuidados.
- Facilitan llevar a cabo unos cuidados de calidad ya que permite formular el diagnóstico y planificar las intervenciones a través de cuidados personalizados.
- Proporcionar mecanismos para la evaluación de la asistencia, además es un elemento fundamental en la gestión puesto que puede permitir a los gestores determinar las cargas de trabajo. Una de las cuestiones que más exponen las enfermeras es la cantidad de cosas que hacen y no se ven, porque no se registran. Se abordará esta cuestión en el registro informal.
- Forman un registro legal permanente de la asistencia prestada al paciente.
- Sirve de fuente de datos para la investigación. Este es un aspecto determinante en el desarrollo de la profesión, puesto que proporciona contenido al campo de conocimientos propio de enfermería. Si la información que refleja la historia de enfermería es adecuada constituyen un elemento fundamental como base para la investigación de enfermería, proporcionando datos que permiten proporcionar los mejores cuidados para el paciente.

- Se pueden utilizar reglas nemotécnicas para organizar los registros.

Es muy importante, además de adecuar los registros a los tiempos asistenciales y a las cargas de trabajo utilizar una terminología propia de enfermería para registrar las actividades independientes o rol autónomo, así en la valoración se utilizará el modelo o esquema que se consensue, los diagnósticos de enfermería se aplicarán los aprobados internacionalmente por NANDA, la terminología NOC, referida a objetivos o resultados esperados y NIC referida a intervenciones específicas de enfermería, de esta forma, además se impulsa la utilización de un sistema de lenguaje común, que facilitará aun más la comunicación entre profesionales de enfermería.

Unos registros adecuados, van a permitir evaluaciones periódicas para poder identificar si los registros se están cumplimentando adecuadamente y si hay áreas de mejora en relación a éstos registros y como se abordan éstas.

Además los registros adecuados, se pueden utilizar para investigar en el área específica de enfermería, esta investigación permitirá elaborar un conjunto de conocimientos propios de la disciplina, permitiéndonos avanzar en el estudio del centro de interés propio de la profesión, el cuidado como la esencia “que orienta el desarrollo del conocimiento en las ciencias de la Enfermería” (96).

En definitiva, enfermería precisa para su desarrollo, de la existencia de documentos donde los profesionales dejen

constancia de todas las actividades que llevan a cabo durante el proceso de cuidados del paciente.

Si uno de los objetivos de una disciplina científica es que la actividad que realiza se perciba como necesaria para la vida el grupo social, identificando ésta como específica y experta, es evidente que si no registramos la actividad, es muy difícil identificar lo específico que aporta enfermería e incluso que queremos significar cuando decimos “cuidar”.

Cuestiones como si la enfermera es capaz de registrar verdaderamente lo más importante para el seguimiento de los pacientes o si se traducen en palabras, los cuidados de forma adecuada para que el equipo multidisciplinar pueda llevar a cabo la continuidad de los cuidados de forma óptima o si se utilizan correctamente las terminologías internacionalmente aprobadas o si los registros son capaces de visibilizar los cambios en la evolución de los pacientes, son cuestiones que pueden frenar a la enfermera por considerar que no va a ser capaz de abordar todos los frentes a la vez.

En este sentido se pueden establecer la relación entre todas ellas, de forma que los registros reflejen lo más importante de forma clara para que todas las enfermeras entiendan su significado y en ellos se perciba o visualicen los cambios en el estado de salud del paciente.

Son múltiples los motivos para registrar los cuidados, como se ha ido comentando, pero en forma esquemática se pueden especificar los siguientes:

1. Responsabilidad jurídica, se ha visto que las diferentes normativas legales, especifican la necesidad de registrar los cuidados de enfermería. La historia clínica se puede utilizar como documento ante una situación judicial ya que puede considerarse una prueba objetiva en la valoración de la actuación de la enfermera en relación a su conducta y cuidados del paciente.
2. Cuestiones asistenciales, el registro de todos los cuidados de paciente teniendo en cuenta las normas básicas de registro, favorece la calidad y continuidad de los cuidados, en definitiva va a permitir el registro del equipo multidisciplinar.
3. La investigación, cuestión que ya se ha comentado.
4. En la gestión tiene una importancia pues puede relacionarse con las cargas de trabajo, y de esta forma poder planificar adecuadamente las plantillas de enfermería.

Es muy importante que en las organizaciones sanitarias existan canales de comunicación para que los flujos de información sean rápidos y efectivos. Un sistema de información en la gestión clínica debe permitir intercambiar la información desde los diferentes servicios y unidades, a la vez deben de incluir todos los aspectos que puedan tener relación con el paciente, como pueden ser, protocolos clínicos, todos los aspectos relacionados con el proceso de cuidados (NANDA, NIC, NOC), aspectos organizativos e interrelacionados en cuestiones médicas y de enfermería, peticiones clínicas (laboratorio, radiología, quirófano y otros)

información sobre recursos (consumo y desviaciones), contabilidad etc.

Los cuadros de mando (cuadros de control de gestión), son otro elemento necesario, aportan información sobre las actividades realizadas en el proceso clínico.

Todo cuadro de mandos debe cumplir siete principios básicos que son los siguientes:

1. Evidenciar, de forma sintética, la información precisa.
2. Destacar lo más significativo de la información que suministra.
3. Presentar la información de forma sinóptica, especialmente de aquellos datos que tengan relación entre sí.
4. Incorporar tablas o gráficos de la información más relevantes.
5. Disponer de un sistema que garantice la permanencia de la información.
6. Los cuadros, gráficos, siglas deberán estar normalizadas en el centro asistencial, con el objetivo de ser conocido por todo el personal.
7. Revisar y dar a conocer la información referida a previsiones, normas, objetivos, protocolos o estándares establecidos (31).

Una de las múltiples ventajas que presenta la historia en formato electrónico es que cuando se registra un incidente de salud en la historia electrónica de un paciente, puede incluir y comparar con otras historias lo que puede permitir medir los resultados de salud en relación a los cuidados.

Como se decía, la historia electrónica debe permitir incluir los lenguajes estandarizados de enfermería (LEE), que es un sistema de etiquetas, que contienen tres elementos del cuidado que son el Diagnóstico de Enfermería (NANDA), incluye la valoración, los resultados (NOC) e intervenciones (NIC), cuestiones clave del Proceso de Enfermería y que tienen que ver con el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud (CDMS).

Muchas de las actividades del profesional de enfermería suponen recogida de datos, utilización, análisis de los datos y registro de los mismos. Cuando se registran los datos en formato electrónico permite a la enfermera acceder a información de otros datos del paciente que puedan tener relación con los recogidos por la enfermera.

En un inicio, hay que adaptarse al nuevo formato, pues, en la revisión de las historias clínicas de los pacientes de la planta de hospitalización del hospital oncológico, así se aprecia en el denominado evolutivo de enfermería donde se incluyen datos como la toma de constantes o administración de medicación habitual. Sin embargo, el sistema utilizado anota automáticamente en la historia clínica datos, como constantes y medicación. Esto supone que al no ser una anotación “obligatoria” en el evolutivo de enfermería es registrado por algunas enfermeras y no por todas, lo que en ocasiones puede generar cierta confusión, sobre todo en aquellas enfermeras noveles.

La historia electrónica permite registrar los datos de forma que puedan cumplir diferentes funciones para mejorar la aplicación

de cuidados ya que permiten acceder constantemente a la información del paciente sobre su salud y a lo largo de todo el proceso, permite evaluar la calidad de los cuidados o acceder a datos anteriores con fines como la mejora de éstos, la investigación e incluso hacer partícipe al paciente de datos que pueden ayudar a mejorar su propia salud.

Enfermería, además, por ser una disciplina relativamente joven, necesita de datos, clasificaciones y términos para poder describir y medir datos clínicos, de enfermedades, de procedimientos y de resultados. En definitiva para que se reconozca el valor añadido de enfermería para favorecer el bienestar del paciente, precisa de hallazgos basados en la investigación que evidencien su quehacer profesional.

En cuanto a la historia electrónica del hospital oncológico (HCE), donde se realiza la presente investigación, es importante describir cómo surge, se desarrolla y se relacionan todos los datos de interés para la salud de paciente que recibe cuidados en este hospital.

Con el fin de situar el contexto de donde parte la necesidad de realizar un registro electrónico, se establece desde qué momento y por qué surge esta necesidad, y posteriormente reflejar las percepciones de las informantes con respecto a esta nueva forma de registrar los cuidados de enfermería.

A lo largo del año 2005 se diseñó el Plan Funcional del nuevo edificio del Oncológico tras la decisión tomada por parte de la Obra Social Kutxa, entidad de quien depende el hospital oncológico, de construir un nuevo hospital ante las dificultades

cada vez mayores de dar respuesta a todas las necesidades de espacio que el hospital antiguo generaba.

El lugar que durante muchos decenios vio cumplir las funciones sanitarias para con los pacientes oncológicos del Territorio Histórico de Guipúzcoa y que se situaba en el paseo de Aldakoenea, quedó muy reducido para dar asistencia a la población que presenta problemas oncológicos. El espacio para ubicar las consultas era escaso, y del mismo modo, no existía espacio suficiente para ir incorporando las tecnologías que en un mundo tan innovador como es la oncología surgen permanentemente.

Una vez aprobado el Plan Funcional denominado así el documento donde se recogen las características de la construcción del nuevo edificio y comprado el terreno donde se iba a construir el nuevo hospital, todo el esfuerzo iba encaminado a realizar el menor número de cambios en hospital antiguo, para aunar todos los esfuerzos incluidos los económicos en los cambios en el hospital nuevo.

Los registros deben incluir el apartado de continuidad de cuidados o informe de enfermería al alta del paciente. Según el Proceso de Enfermería, el informe de continuidad de cuidados permite al paciente tranquilizarse ante situaciones que escapan a su control o que le generan dudas. En el hospital oncológico la continuidad de cuidados es informal, la referencia es el médico, se le localiza en horario de 8 a 15 en días laborables a través de la centralita y si no está el médico se le pasa al médico de guardia. Si el paciente desea hablar con enfermería la referencia es el control de la unidad donde ha estado ingresado.

Otro elemento es el referido a los Indicadores de Calidad, el hospital oncológico está inmerso en el plan estratégico, por lo tanto este es un elemento imprescindible en su gestión, éstos deberán ser identificados con claridad y ser conocidos por todos los integrantes del equipo de salud, y así será posible medir la eficacia, eficiencia y efectividad de, entre otras, también de las acciones de enfermería. El protocolo de medición de los resultados, lo establecerá cada centro según su idiosincrasia.

La pertinencia de este informe se evidencia porque cuando finaliza la estancia hospitalaria, muchos pacientes precisan de cuidados de enfermería, deberá establecerse claramente y a través de un documento donde figuren de forma específica cuáles son los cuidados que debe recibir el paciente de forma que estos estén garantizados.

Además el informe de alta o documento de continuidad de cuidados debe recoger la información precisa sobre la atención y procedimientos que el paciente ha recibido en el hospital.

“La continuidad de la atención del paciente durante la hospitalización y después del alta es una responsabilidad de la enfermera” (97).

En el hospital oncológico no existen niveles asistenciales estructurados, el paciente recurre al propio hospital, en algunos casos se le deriva al Sistema Público de Salud (Osakidetza). Una de las cuestiones que abordan los sistemas al alta y que se adecúa al sistema del hospital oncológico, es que el objetivo principal del informe de alta es informar al paciente de los cuidados realizados durante su hospitalización así como la

orientación de cuidados que el paciente va a precisar el paciente y su familia para poder dar respuesta adecuada a sus necesidades.

De esta forma la familia y el paciente asumen su propia responsabilidad en el proceso de salud, además ayuda a minimizar la angustia y el temor que produce el alta hospitalaria. Otro aspecto relevante es que una buena planificación de cuidados al alta requiere una planificación previa, con una educación sanitaria adecuada al paciente y a su familia para garantizar que se lleven a cabo de forma óptima.

Un informe de alta debe contener una serie de datos mínimo:

1. Síntesis del ingreso desde el área de enfermería para lo que es necesario haber realizado una valoración de enfermería según el modelo que el hospital decida.
2. Valoración del paciente en el momento en que recibirá el alta hospitalaria.
3. Recomendaciones para el paciente y familia sobre cómo debe llevar a cabo los cuidados en su domicilio.

Este último punto debe precisar de una planificación de intervenciones para que el paciente y familia puedan llevar a cabo los cuidados propuestos con las máximas medidas de seguridad para el paciente.

En el hospital oncológico, la Historia Clínica Electrónica (HCE), permite a través de una aplicación informática, crear un informe de enfermería al alta, éste se realiza a demanda de las necesidades del paciente, es la enfermera quién según su criterio

toma la decisión de crearlo, y puede ir dirigido a él a la enfermera de referencia en el Sistema Público de Salud (Osakidetza).

La continuidad de cuidados constituye un área o una parte del total de lo que supone el registro de enfermería.

En el hospital oncológico los cuidados de enfermería interdependientes tienen un registro específico, como por ejemplo, "robot" PYXIS, que sería su nombre comercial y PRN, referido a Pro Re Nata (en latín) = Por la cosa nacida (traducción literal). En medicina: "según sea necesario".

Este sistema consiste en una estación formada de dos componentes fundamentales, un ordenador con un programa específico y un armario con cajetines dispensadores de medicamentos. Además tiene asociado un frigorífico para los medicamentos termolábiles. Cada cajetín contiene un número de fármacos determinados, controlados por el servicio de farmacia que los reabastece una vez al día y siempre a stock máximo.

Este sistema presenta una serie de ventajas para el personal de enfermería como son:

- La optimización del tiempo.
- Disminuyen las labores burocráticas.
- Se eliminan los depósitos de medicamentos y sus problemas derivados (roturas, pérdidas, caducidades, etc.).
- Disponibilidad de medicamentos en la Unidad las 24 horas del día.

## Aplicación de la metodología de la enfermería en la organización de los cuidados

- Acceso controlado sólo a personal autorizado. Registro electrónico de movimientos y posibilidad de restricción de acceso en función de la actividad profesional.
- Mejora la seguridad en el uso de los medicamentos y consecuentemente la del Paciente (98).

**Imagen 10.** Sistema PYXIS, utilizado para distribuir y solicitar la medicación de cada paciente de forma informatizada. Fotografía entregada por el hospital oncológico.



En definitiva, permite registrar automáticamente la medicación que se administra al paciente. El resultado de la medición de las constantes vitales va directamente a la herramienta informática (HCE), los protocolos ya establecidos, se activan automáticamente cuando la enfermera así lo valora etc. Para registrar los cuidados de enfermería independientes no existe ningún apartado específico por lo que éstos se tienen que describir y redactar por cada una de las enfermeras en una aplicación denominada los cuidados de enfermería, éstos se realizan en el apartado evolutivo de enfermería.

El registro en oncología, evidentemente debe cumplir con las recomendaciones generales, sin embargo los problemas o complicaciones de estos pacientes, consecuencia tanto de la propia enfermedad como del tratamiento, conllevan a situaciones donde lo básico es su bienestar. Se deberá poner en marcha un plan que suponga una atención integral, que tenga en cuenta los aspectos bio-psico-sociales y culturales. El apoyo de la familia hacia el paciente y el apoyo terapéutico hacia la familia como pilar fundamental en el bienestar de este. Es preciso mantener una posición activa evitando en el proceso de cuidados “tirar la toalla”.

La actuación de enfermería, deberá por lo tanto, incluir una valoración integral que permita un seguimiento de forma que sea posible prevenir y tratar posibles complicaciones.

El cumplimiento de un registro adecuado, tiene una relación directa con la valoración de la carga asistencial. Las informantes han afirmado el importante volumen de trabajo que tienen, lo que dificulta la realización de una valoración integral del paciente así como hacer registros exhaustivos.


Parecía oportuno realizar una inspección directa de los propios registros de las enfermeras. Al estar la historia clínica informatizada, se realiza ésta desde una sala de juntas con ordenador. Se puede indicar como ventaja, que el momento en que se lleva a cabo la inspección de las historias no era conocido por las enfermeras, ya que era un espacio alejado de la unidad de hospitalización.

## Aplicación de la metodología de la enfermería en la organización de los cuidados

La estructura de la Historia Clínica Electrónica (HCE), y en lo referido a los datos aportados por las enfermeras se divide en: Los datos que están incluidos y aquellos que no están incluidos y se deben redactar por cada enfermera.

En el primer caso la aplicación inicial describe los datos generales del paciente y la valoración general. Imagen (11a y 11b).

**Imagen 11(a).** Anamnesis de Enfermería. Extraída de la aplicación informática sistema Hygeos, con permiso de la Dirección del Hospital oncológico.

 <b>Onkologikoa</b> <small>ERAZKORREN HOSPITALU ONKOLOGIKOA</small>	Abizenak / Apellidos _____ Izena / Nombre _____ Adina / Edad _____
	Helbidea / Dirección _____ Tf. _____ Hiraren zk. / N. Hirak _____
<b>HOJA DE ANAMNESIS DE ENFERMERIA</b>	
Nº Póliza ó S.S. _____	
Del servicio de : _____	
Diagnóstico _____	
Fecha de Ingreso _____	Fecha de Alta _____
<b>ANTECEDENTES</b>	
Peso: _____	Talla: _____ I.M.C: _____
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hipertensión
ANTEC. PERSONALES	
ANTEC. ONCOLÓGICOS	
ALERTAS	
ALERGIAS	
HÁBITOS	
<b>ADMISIÓN PARA:</b>	
<b>ESTADO NEUROLÓGICO:</b>	
<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Orientado
<input type="checkbox"/> Comatoso	<input type="checkbox"/> Agitado
<input type="checkbox"/> Confuso	
<b>DÉFICIT SENSORIAL:</b>	
<input type="checkbox"/> Visión	<input type="checkbox"/> Habla
<input type="checkbox"/> Audición	<input type="checkbox"/> Sensibilidad/Fuerza
<b>DÉFICIT MOTOR:</b>	
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Deambulación
<input type="checkbox"/> Parcial	
<input type="checkbox"/> Total	





Aplicación de la metodología de la enfermería en la organización de los cuidados

La aplicación informática permite, además, en relación a los cuidados de enfermería visualizar e imprimir el denominado “Listado de Cuidados Indicados” (Imagen 13), en el que aparecen los siguientes datos: Control, día, turno, el listado de pacientes, fecha de inicio de tratamiento/ingreso, el apartado datos (cuidados interdependientes, a excepción de algún caso aislado), estos datos se generan en la historia del paciente y es “volcada” a la hoja de listado. De la misma forma también te permite generar un listado general de la medicación de todos los pacientes del control.

**Imagen 13.** Aplicación informática que indica los cuidados por cada paciente. Extraída de la aplicación informática sistema Hygeos. Con permiso de la Dirección del Hospital oncológico.

Onkologikoa Kubaren Institutu Onkologikoa		Listado de Cuidados Indicados										Area :
												Dia :
												Desde 8 horas hasta 15 horas
CAMA	INICIO	FINAL	DATOS	8	9	10	11	12	13	14	15	P
			CE:				X					
			CM:	X								
			CE:				X					
			CE:				X					
			CE:				X					
			CE:									X
			CE:				X					
			CE:				X					
			CM:	X								
			CE:				X					
			CE:				X					
			CE:									
			CE:				X					
			CE:							X		
			CE:				X					
			CE:				X					

Fecha y hora de la impresión : 1/2

Hasta aquí se ha descrito la estructura de la historia del paciente en su apartado relacionado con enfermería, parece adecuado para tener una visión general de cómo se llevan a cabo los registros. Para realizar la valoración de los registros que las enfermeras, se planteará desde el Proceso de Enfermería (Valoración, Diagnóstico. Planificación (NOC, NIC), Ejecución y Evaluación), puesto que es el tema de la investigación y va a proporcionar una panorámica más detallada de cómo se hacen éstos registros en el hospital oncológico. Permitirá además, compararlo con la percepción que tienen las enfermeras sobre cómo realizan los registros, así como la reflexión que hacen sobre qué es lo que registran.

Por otro lado teniendo en cuenta las directrices de registro de enfermería se podrá identificar si las categorías están en los registros formales de las enfermeras.

Desde la etapa de valoración, la aplicación informática identifica una serie de parámetros que se asemejan en parte a la valoración de las necesidades de Henderson, modelo de elección muy amplio en nuestro entorno (9), identifica necesidades con unos parámetros específicos relacionados con la independencia del paciente y el problema o dificultad que puede o ha generado una dependencia.

En la aplicación del hospital oncológico, en su apartado de antecedentes personales del paciente, se reflejan aspectos únicamente médicos referidos a diagnósticos y problemas médicos anteriores, no reflejando ningún aspecto de enfermería que siguiendo el modelo propuesto tendrían relación con aquellas

capacidades del paciente previos al ingreso. Así, según el Proceso de Enfermería en la etapa de valoración los datos se deberán registrar con el objetivo de poder identificar una dificultad o problema o bien prevenir éstos en el paciente. En este primer registro se tiene una panorámica general hasta que éstos se validan y organizan y se procede al registro. El modelo ayuda a este registro identificándolos en manifestaciones de dependencia e independencia del paciente o datos a considerar.

En la valoración que se realiza del paciente en el hospital oncológico se puede realizar una equivalencia como se muestra en la siguiente tabla:

**Tabla 4.** Comparativa entre los parámetros o necesidades que se registran en la HCE y lo que se debería registrar siguiendo el modelo de Henderson. Tabla de elaboración propia.

<b>Registro Historia Clínica Electrónica HCE</b>	<b>Registro etapa de Valoración: Modelo de V. Henderson</b>
<b>Estado Neurológico</b>	Necesidad de Comunicación
<b>Alimentación</b>	Necesidad de Nutrición e hidratación
<b>Eliminación</b>	Necesidad de Eliminación
<b>Oxigenación</b>	Necesidad de Oxigenación
<b>Higiene</b>	Necesidad de Higiene y Protección de la piel
<b>Apoyo familiar</b>	Necesidad de comunicarse. Necesidad de actuar según sus creencias y valores
<b>Prótesis</b>	Necesidad de Evitar peligros

Las constantes vitales tienen un registro específico, no obstante, según el modelo propuesto se pueden registrar los parámetros de respiración en la necesidad de oxigenación y la temperatura en la necesidad de termorregulación.

A modo de ejemplo, parece adecuado explicar cómo se identifica el parámetro estado neurológico en equivalencia a la necesidad de comunicación, de forma que se pueda comprender su relación. En el modelo de Henderson se describen los déficits en relación con los siguientes argumentos:

**Comunicación ineficaz a nivel sensitivo-motor:** El paciente puede presentar alguna dificultad para captar por medio de sus sentidos los mensajes del entorno o del medio, o de ambos, y de transmitirlos a la vez a través de sus sentidos y de su sistema locomotor. La dificultad en la comunicación con otras personas por alteraciones sensitivo-motoras por defecto o por exceso, la disminución o la pérdida de la motricidad o del funcionamiento de los sentidos, o ambos, puede provocar en el paciente una disminución en la percepción de su de su espacio vital. Por el contrario, un exceso o sobre estimulación sensorial por una mala coordinación en la cantidad de estímulos puede provocar el mismo comportamiento que en el caso de la disminución sensorial.

**Comunicación ineficaz a nivel intelectual:** El paciente puede presentar dificultad para comprender los estímulos que recibe y de utilizar su juicio, su imaginación y su memoria para comunicarse con los demás.

Un funcionamiento inadecuado de las facultades mentales, condiciona al paciente en su forma de almacenar la información que recibe de los demás y del entorno. Los mensajes recibidos son mal interpretados, lo que le puede llevar a un contacto difícil con el entorno y los mensajes emitidos a través de las palabras no corresponden necesariamente a lo que el paciente quiere decir.

**Comunicación ineficaz a nivel afectivo:** El paciente puede presentar dificultad de afirmarse, de abrirse a los demás y a sus necesidades, y establecer lazos significativos con el entorno.

El paciente cuando no puede comunicarse adecuadamente, sufre interiormente, y a menudo tiene su autoestima disminuida. En consecuencia, su capacidad de afirmarse está amenazada y la situación de cambio se convierte en amenazante e insegura. La percepción inadecuada de él mismo, la dificultad para afirmarse y la incapacidad de abrirse a los demás provocan una dificultad o una imposibilidad de establecer lazos significativos con su entorno.

Riopelle (99), recomienda ser “detallista” en la valoración e identifica en relación con la necesidad de comunicación ineficaz a nivel sensitivo-motor, los siguientes parámetros o manifestaciones, agrupándolos en 4 grandes grupos:

1. Problemas sensoriales (ceguera, sordera, disminución de la vista, disminución de la audición, disminución o pérdida del gusto, disminución o pérdida del olfato, aumento o disminución de la sensibilidad hiperestesia o hipoestesia).

2. Alteraciones del lenguaje (afasia, disartria (dificultad de articular silabas), tartamudez, mutismo, dificultad de expresarse).
3. Alteración de la motricidad (parálisis).
4. Reacciones afectivas debido a una privación y a una sobrecarga sensorial (aburrimiento, inactividad, ansiedad, enlentecimiento del proceso del pensamiento, alucinaciones, aislamiento)".

Incluir en el registro de la Historia clínica electrónica (HCE), los parámetros indicados permite un registro más adecuado para poder realizar una identificación del o de los problemas y capacidades del paciente.

El registro exhaustivo permite identificar aquellos problemas que la enfermera puede y legalmente debe prevenir y/o tratar en relación al proceso de salud en el paciente.

El resultado del acceso a las HCE realizada fue el estudio durante el año 2010 de 2.755 episodios clínicos, los episodios hacen referencia a los ingresos habidos, un paciente puede ingresar más de una vez, es decir no se corresponde con el número de pacientes ingresados.

Control 1. Oncología médica = 984 episodios con 7,93 días de estancia media.

Control 2. Cirugía oncológica = 1771 con 4,48 días de estancia media.

Se han revisado durante los meses de noviembre, diciembre de 2010 y enero y febrero de 2011, las historias clínicas en el apartado específico correspondiente a los cuidados de enfermería en general.

En las historias clínicas revisadas, los cuidados de enfermería, y más en concreto, la forma en que se llevan a cabo, se describen de múltiples formas, y están supeditadas a determinadas estructuras organizacionales y personales, de ahí, que en este caso la interpretación de los discursos de las enfermeras orientan hacia como perciben lo que hacen y si existen o no necesidades de cambio, más allá de lo que organizacionalmente, se considere. Así mismo la comparación entre lo que se dice que se hace y lo que se registra, aún siendo percibido por las enfermeras, no es evidenciada por ellas, es decir intuyen, creen.... Por esta razón la evidencia de lo que hacen a través de los registros, y el reconocimiento de lo que dicen en el discurso supone un contraste evidente que plasma la realidad de la situación.

#### **2.4.4. Trabajo de campo. Fases de la investigación.**

En la presente investigación, se ha hecho hincapié en la experiencia de las enfermeras en relación al Proceso de Enfermería, de forma que las informantes proporcionen explicaciones personales adecuadas que permita su estudio. La entrevista facilita conocer la complejidad de lo estudiado.

Cada una de las explicaciones que proporcionan las informantes debe permitir convertirlo en un texto para analizar los significados y formular éstos significados ya así poder convertirlo en una historia coherente.

El trabajo de campo propuesto, constaba en un inicio de cuatro fases, pero el desarrollo de la investigación como se explica más adelante hizo necesaria la inclusión de una quinta fase:

1. Preparación previa.
2. Explicación al personal de enfermería.
3. Entrevista inicial.
4. Estudio de las historias clínicas. Esta fase se incluyó posteriormente por la necesidad de estudiar los registros de las historias de los pacientes en el apartado de enfermería.
5. Entrevista en profundidad.

La fase 4 surgió como necesaria tras la fase 3 y por lo tanto se tuvo que añadir una quinta fase. La cuarta fase está relacionada con la revisión de la historia clínica electrónica (HCE) en su apartado de registro de cuidados de enfermería, más adelante se explicará con detalle los motivos que llevaron a tomar esta decisión.

Primera fase: En esta fase de preparación previa a la inmersión en la unidad de hospitalización requería de aspectos formales e informales:

- Formales: Solicitud de autorización, recibiendo por escrito la autorización y las claves de acceso a la HCE (Anexo 3). Con posterioridad al inicio de la presente investigación la Universidad del País Vasco UPV/EHU, crea el CEISH (Comité de ética para las investigaciones relacionadas con seres humanos), este comité autoriza la investigación previo a su inicio. En el presente caso

aunque ya estaba iniciada, se consideró adecuado informar al comité de esta circunstancia, con fecha 29 de Junio de 2011 se envió la documentación solicitada por el comité y el día 5 de Julio de 2011, se informa de que se ha recibido y en la próxima reunión ordinaria se analizará. El 12 de septiembre se recibe la siguiente notificación:

Estimada Encarna,

“Reunido el CEISH en convocatoria ordinaria, te envió el informe de evaluación:

**CEISH/83/2011/ENCINAS PRIETO**

***"Aplicación de la metodología de enfermería en la organización de los cuidados, desde la perspectiva de las/os enfermeras/os en el Instituto Oncológico de San Sebastián"***

“Este CEISH, después de haber examinado el trabajo presentado por M<sup>a</sup> Encarnación Encinas Prieto, para la defensa de su Tesis Doctoral, concluye la imposibilidad de dictaminar un informe sobre el mismo debido a que el trabajo está ya realizado. Encarga a la Dirección de Ética hacer un informe del mismo indicando que visto el trabajo por este comité, se puede informar que se ha realizado considerando criterios éticos, metodológicos y jurídicos”.

Información previa a todas las enfermeras susceptibles de participar en la investigación. Se solicita, por tanto, una reunión con el gerente y la dirección de enfermería del hospital oncológico con los siguientes objetivos:

1. Explicar la investigación a desarrollar en el hospital.
2. Solicitar autorización:

- a. Realizar una reunión con las enfermeras de la unidad de hospitalización con el fin de explicar y solicitar su participación en la investigación.
- b. Acceder a la Historia Clínica Electrónica (HCE), con el fin de poder visualizar los cuidados de enfermería registrados en la Historia Clínica Electrónica (HCE).

Segunda fase: Se realiza una reunión con las enfermeras en la que plantean las dudas y sobre todo las expectativas ante la investigación a realizar.

Tercera fase: El total de enfermeras que aceptaron participar en la investigación fue de trece. La forma de aceptación, fue a través de la propia supervisora, tomada como informante clave, que fue indicando quienes estaban dispuestas a participar y sus turnos asistenciales. Se contacta con ellas telefónicamente para acordar un día y una hora para realizar la entrevista. Se realiza la entrevista inicial entre los meses de Marzo y Abril de 2010, la misma se realiza en el entorno de trabajo de las participantes de la investigación, ajustando las horas individualmente según las necesidades de la unidad de hospitalización. Se solicita permiso para grabar la sesión. La disposición de las enfermeras fue excelente, aunque en el caso de cuatro entrevistas, fue necesario posponerla para otro día por los problemas que habían ido surgiendo durante el turno, lo que hacía imposible que pudieran dedicar tiempo a la entrevista.

En esta primera entrevista se trataba de mantener un primer contacto con las participantes, para crear, en la medida de lo posible, un buen clima de confianza. A destacar que sobre todo

en las tres primeras entrevistas la impresión de la informantes y así lo manifestaron era saber si iba a ser un examen sobre Proceso de Enfermería, incluso alguna de ellas comentó que se sentía nerviosa.

Después de las tres primeras entrevistas y una vez que habían comentado entre ellas como se estaban desarrollando, manifestaron estar tranquilas. Resultó muy sencilla esta primera entrevista con cuatro informantes puesto que eran conocidas por haber estudiado en la Escuela de Enfermería de San Sebastián.

No se puede perder de vista que el planteamiento fenomenológico de la investigación busca conocer sus pensamientos, sentimientos en definitiva su experiencia de cuidado. Algunas enfermeras me conocían al haber estudiado en la Escuela de Enfermería de San Sebastián, pero la mayoría eran enfermeras que finalizaron sus estudios antes de mi incorporación a la actividad profesional. Por esta razón parecía adecuado realizar una entrevista inicial, donde por un lado se estableció una relación previa y por otro lado se obtuvieron datos para ir reelaborando el guión de las entrevistas en profundidad.

Cuarta fase: Se solicita permiso directamente al Gerente del hospital oncológico, para poder acceder a la Historia clínica electrónica (HCE), que como decía la misma está informatizada desde el 1 de septiembre de 2007. El 23 de Noviembre la Dirección del hospital oncológico, autoriza el acceso a las historias clínicas y una vez firmado el contrato de confidencialidad se procede a la revisión de las historias clínicas durante los meses de Noviembre, Diciembre de 2010 y finalizando las mismas en febrero de 2011.

En esta fase, se realiza un estudio de las historias clínicas en su apartado de historia de enfermería. Se considera oportuno incluir en el trabajo de campo este aspecto, puesto que en las entrevistas de iniciación, relataron que se hacen muchas más cosas de las que se registran, por lo que muchos de los cuidados que realizan son invisibles y por lo tanto no se corresponde con lo que ellas han verbalizado en la entrevista.

La idea principal fue revisar los registros de los cuidados de enfermería durante los meses de Noviembre y Diciembre. Se revisaron un total de 40 historias clínicas, y aunque se podía haber finalizado la revisión puesto que todos los registros eran prácticamente iguales, se optó ampliar la revisión con el fin de asegurar el registro efectuado por la mayoría de las enfermeras. De la misma forma al coincidir el mes de diciembre como un mes atípico por vacaciones y disminución de actividad programada, se llevo a cabo una revisión de los historiales entre el 29 de enero y el 2 de febrero que correspondía a un total de 31 historias clínicas.

Quinta fase: Entrevista en profundidad, esta fase se desarrolló durante los meses de Marzo y Abril de 2011. Con los datos obtenidos en las fases anteriores se abordaron cuestiones más concretas relacionadas con el objeto de la investigación, es decir, con la forma en que se llevan a cabo los cuidados (organización de los cuidados) y su relación, si la hay, con el Proceso de Enfermería.

Una de las mayores dificultades de la entrevista fue la disponibilidad de las enfermeras, es decir, su actitud era muy

buena, pero al tener que dedicarle un tiempo de unos 60 minutos aproximadamente, surgía la dificultad, así, en algunas ocasiones hubo que volver otro día por cuestiones relacionadas con la actividad de enfermería que les impedía poder dedicar ese tiempo, a pesar de haber sido previamente concertada la cita. En tres ocasiones la entrevista se realizó a partir de las 23,30 horas al considerarlo el momento más oportuno en el que las informantes podían dedicar (si no surgía ningún problema), más tiempo a la entrevista.

El abordaje de la entrevista fue muy general, sin embargo, se tuvo que reconducir y realizar preguntas más concretas por la dificultad de respuesta, es decir, si la pregunta era muy abierta, las contestaciones eran vagas e imprecisas solicitándose más información para poder responder. No obstante las preguntas eran orientativas. La flexibilidad es muy importante puesto que orienta hacia aquellas cuestiones que son verdaderamente importantes en los discursos de las enfermeras y plasman su percepción que éstas tienen de su experiencia en la forma en que organizan los cuidados.

El contenido de las entrevistas se grabó en su totalidad y transcribieron íntegramente. El análisis cualitativo se realizará a través del análisis de contenido de los datos descriptivo-narrativos con el objetivo de identificar los principales temas que iban surgiendo a través de la codificación y categorización, partiendo de los grandes temas que se plantean.

### **2.5. Análisis de los datos. Identificación de las categorías.**

El análisis de los datos, siguiendo el enfoque fenomenológico, se ha realizado mediante el análisis de contenido de las entrevistas. Este ha permitido la progresiva codificación y categorización que se mostrará en el capítulo de “Resultados” y se desarrollan “**como un todo**” en las “Conclusiones”.

Por otro lado, y como es propio del análisis de contenido, se ha realizado un análisis cuantitativo que ha permitido elaborar tablas de frecuencias para dar cuenta de los resultados de manera gráfica y visualmente de mayor impacto.

El contenido de las HCE se ha recogió igualmente elaborando tablas que indiquen los datos registrados en ellas, de modo ordenado, y en muchos casos, estableciendo relaciones de orden (clasificaciones) con otros datos para facilitar su análisis.

En el desarrollo de las entrevistas se han abordado aquellas cuestiones comunes que manifiestan de forma similar las informantes y que se describen en el texto. Estas categorías o grandes temas que las informantes consideran importantes son las siguientes:

1. Presión asistencial y su relación con el número de pacientes/enfermera. Tipo de pacientes.
2. Organización de la unidad de hospitalización. Distancia del entorno laboral.
3. Protocolos de actuación de enfermería.
4. Conocimientos teóricos del Proceso de Enfermería
5. Opinión sobre el proceso de enfermería.



***CAPÍTULO 3***  
***RESULTADOS***



### **3.1. La actividad diaria de enfermería**

En cuanto a la forma de llevar a cabo los cuidados de enfermería, en las entrevistas realizadas las informantes han ido comentando con pinceladas pero sin concreción, como llevan a cabo el cuidado. En este punto y para tener una visión de conjunto sobre la organización de los cuidados en el hospital, parecía oportuno realizar una primera entrevista a una de las informantes con mayor experiencia en la planta de hospitalización.

La edad de la informante es de 55 años (informante nº 55), en este momento está en el control 1 (oncología médica y cuidados paliativos). En la entrevista se solicita que haga una descripción de las actividades en cada uno de los turnos, empezando por el turno de mañana.

En la entrevista realizada indica que como inicio en cada turno hay entre 10 y 15 minutos de solape, con el objetivo de pasar el parte oral del turno anterior

En cuanto al desarrollo de la actividad de enfermería, en el turno de mañana:

*Teóricamente llegamos a las 07h50, ya tenemos que estar todos para recibir el parte del turno anterior de la noche, entonces nos dan el parte y si tienes alguna duda, te lo lees también, porque una cosa es lo que te dan.... Pero bueno, como en el turno anterior no has estado, pues lo vas leyendo y te enteras un poquito de cómo está la situación en la planta (Informante nº55)*

El “parte” de turno es una de las actividades de enfermería más tradicional, que tiene su sentido cuando es utilizada para describir aspectos a destacar, por su gravedad o inmediatez, no tiene sentido una descripción detallada de cada uno de los pacientes, si se realiza un registro adecuado de cada uno de ellos.

La informante plantea una relación de actividades basada en una rutina, no quedando tiempo para la planificación, ratifica unos cuidados que están basados en el modelo tradicional en su organización.

*Entonces posterior a esto, lo que vas es a dar la medicación, entonces la medicación, el sistema de dar la medicación, creo que ya lo conoces como va esto, los carros, luego daríamos la medicación y a continuación de dar la medicación, yo personalmente si puedo, comienzo a tomar las tensiones y todo esto, para que el médico cuando pase que lo tenga todo organizado el que vea como están; claro si vienen los ingresos que a veces vienen a primera hora para poner quimioterapia, pues les tienes que atender, entonces dejas un poquito eso y vas a atenderles haces todo eso y si vienen con quimioterapia intentas coger la vía, les haces la entrevista les pones todos los cuidados y le pones la quimioterapia si ya está preparada, entonces continuas con lo que estabas haciendo.*

Cuando habla de “les pones todos los cuidados y de la entrevista”, se refiere a las técnicas que hay que llevar a cabo en relación con la medicación pautaada. La entrevista va orientada a los aspectos de la historia informatizada, alergias, etc. que detalla en la entrevista.

Así cuando se habla de cómo se recibe al paciente, se percibe que en la valoración del paciente cuando llega a la unidad, sigue predominando el modelo tradicional, es decir, los datos recogidos se refieren a las actividades interdependientes, no existe un esquema/modelo de valoración de enfermería, así lo ratifica la informante.

*Vas a ver al paciente. Primero le lleva el celador a la habitación que está, le explica cómo funciona el timbre y todo eso, entonces posteriormente vas a verle, claro previamente tú ya has leído porque viene, el ingreso, te vas informado un poquito de todos los detalles y si no hay nada, pues intentas preguntar al médico que le ha ingresado, para que viene.*

Sobre la información que aparece en la historia ésta es recogida, en general, por otro profesional del equipo multidisciplinar, tal y como dice la informante. Esta situación genera que en la mayoría de los casos, la relación con los pacientes se centra en los problemas que van surgiendo durante el turno asistencial, combinando con las actividades interdependientes pautadas. Así me dice en relación a la información.

*Esa información, muchas veces la ha recogido el médico que le va a poner el tratamiento. Ha venido el día anterior o ese mismo día le ha visto y le dice vas a ir a planta que te vamos a poner un tratamiento, lo mete en la historia y luego lo leemos, entonces vas allí, le preguntas lo típico, alergias, problemas cardiacos, hipertenso, diabético, que es lo que está tomando; la hoja que tenemos en la historia clínica, donde pone anamnesis de enfermería, tú la rellenas, con la*

*medicación que está tomando en casa y yo muchas veces lo que le suelo hacer es imprimirla y se la doy al médico, más que nada para que quede constancia de lo que está tomando porque sino muchas veces se despista entre los ingresos y no le pauta las cosas, entonces hay que estar el turno de tarde que no me ha pautado lo que tenía o una serie de cosas, bueno con esa serie de datos, si ves que viene para quimioterapia, ya le coges una vía, le preparas todo eso y ya está y si no pues avisas al médico que ya está ingresado y que pase a verle.*

Se van desgranando algunas de las actividades que llevan a cabo y que han ido comentando las informantes en la entrevista inicial con el objetivo de situarlo en el contexto de la organización de los cuidados. En relación con la preparación de la quimioterapia que es una de las actividades más frecuentes durante el turno de mañana, dice:

*La preparan en Farmacia, pero muchas veces como ya saben los que van a ingresar, pues a veces está ya en el momento; suelen empezar sobre las 10 de la mañana, y ya se la pones.*

*Entonces luego a continuación vas a hacer las curas, los encamados que tienes con las auxiliares y luego lo que va surgiendo y claro si tienes varias quimioterapias, pues te van llamando, o sea, que se termina uno, vuelta a empezar. Tienes que ir dejando las cosas para poderlas hacer, a demanda.*

*Y ya entre una cosa y otra pues ya llegaría la medicación de las 12 del mediodía, entonces pues vuelta a empezar con la medicación de las 12 del mediodía y luego ir completando las*

*cosas que tienes y así termina la mañana. Si puedes, porque no siempre puedes, pasas con el médico cuando va a pasar consulta; a mí me gusta pues si va a pasar tus pacientes, pasar con él, cuando puedes.*

Recalca en varias ocasiones que el trabajo es a demanda, no está claramente planificado según una metodología específica. Algunas cuestiones importantes para las informantes tiene que ver con la distribución de los pacientes así,

*Cada uno tiene su grupo [cada enfermera], entonces el grupo que tú tienes, cuando va el médico a verlos, te gusta estar para ver. Ese sería el turno de mañana, que es el más complicado, el que más actividades hay.*

Un aspecto que recalca es el número de enfermeras y la distribución de las cargas de trabajo, indicando que muchas mañanas el número de enfermeras es de 4, sin embargo, por la distribución de las habitaciones no se corresponde la carga con el número de pacientes, sino con la gravedad del mismo. Lo explica de la siguiente forma:

*Menos pacientes [cuando hay una enfermera mas], lo que pasa, depende un poquito de la distribución, a veces, que te hace la supervisora, porque a veces si somos cuatro dice ella por el trabajo que tiene [el control de la unidad de hospitalización], hoy fulanito que se quede un poquito de reten, para controlar, entonces más o menos tienes los mismos.*

Es muy reiterativa, la alusión a la configuración del lugar de trabajo ya que todas las informantes, lo indican de forma importante y aunque se explicará extensamente en el siguiente apartado, parece importante la apreciación que hace en esta entrevista ya que se corresponde con la descripción de la actividad de enfermería. Así ante la respuesta dada se le pregunta sobre si notan la distancia como un elemento de sobrecarga, con respecto al otro hospital, antiguo oncológico, que era mucho más pequeño.

*Si mucho, yo es lo que más noto, por la mañana más o menos tienes tu grupo y estás en tu lado, pero por la tarde que estamos dos solos imagínate que te llaman de aquel lado y te llaman de este, solamente pierdes tiempo en la distancia.*

La actividad de tarde, con las peculiaridades del turno, se refiere a actividades rutinizadas, y basadas en el mismo modelo tradicional, tal y como lo indica la informante.

*También entraríamos 10 minutos antes, sobre las 14h50 estaríamos ya en planta, nos dan el parte y a continuación también hacemos lo mismo leemos un poquito las incidencias que ha habido desde el día anterior hasta hoy, porque el parte te lo dan las de la mañana, pero por la noche también te quieres enterar lo que ha ocurrido, si hace dos días que no has venido, lees un poquito para saber como esta y luego a continuación sacamos la medicación, lo mismo la medicación generamos todo eso y se lo damos con el carro, con el código de barras, y todo eso; entre dar la medicación entre una serie de cosas la verdad que se hacen las seis de la tarde rápidamente y a las seis tenemos otra vez una medicación*

*para dar de nuevo, algunos días, la verdad que, va todo seguido entre una cosa y otra, que te llaman que eso, luego otros días que estas más tranquilo pues tienes un rato libre para organizar cosas de la planta, entonces a las seis volvemos a generar la medicación, damos la medicación de las seis y a las siete, volvemos a generar[se refiere a la prescripción a través del Pyxis, robot informático] otra vez la medicación, porque son las horas que tenemos pautadas, entonces luego a las siete damos la medicación y luego a continuación vendría la cena, entonces después de la cena hay unos medicamentos que aparecen a las nueve de la noche que esos aunque los hemos generado a la hora de la cena, los damos luego mas tarde y entre eso que hacemos entre media, bueno pues levantar a un paciente que hay que levantarlo por la tarde o ir a visitarlo, para hablar, porque está más triste, porque te demanda mas cuidados, si hay que hacer alguna cura, pues la hacemos también por la tarde, suele ser menos.*

Las actividades se organizan por tareas, medicación, y a demanda de lo que va surgiendo, a petición de los pacientes, timbres, etc. Según como transcurre la tarde generan algunas actividades que no están planificadas y que según la enfermera responsable de ese paciente puede percibirlo y realizar una intervención que no siempre queda registrada, en lo que denominan evolutivo, es una “página en blanco” en la aplicación informática, donde cada enfermera anota aquello que cree conveniente.

Lo que corrobora cuando se incide en la cuestión que comenta, respecto a cuándo va a una habitación porque ha visto a un “paciente más triste”, y ante la pregunta si existe alguna intervención específica o es a criterio de cada enfermera.

*Es un poco a criterio, no lo tenemos pautado. Cuando enfermería detecta que algún paciente necesita algo pues a veces se lo dice a su médico y el médico muchas veces le dice pues tenemos una psiquiatra o un psicólogo, son un poquito eso.*

De alguna forma [aunque sin identificar el nombre] identifica el papel de la enfermera como coordinadora en el equipo multidisciplinar para conseguir el bienestar del paciente. En cuanto a cómo se registran este tipo de intervenciones.

*En el evolutivo, pues algunas veces sí.*

En este sentido se evidencia que no hay un protocolo de registro de actividades, que no están previamente determinadas en tareas o bien en protocolos establecidos por el hospital. De la misma forma son actividades que se realizan al criterio de la enfermera, su registro, por lo tanto, también depende del criterio individual.

Inciendo algo más en este aspecto, el avisar al médico, en este caso también es a criterio de la enfermera, aunque otras veces puede considerar que no es necesario, por lo que la enfermera sigue actuando por criterio individual. Vuelve a incidir...

*Pues a veces pones, hoy no se encuentra bien, esta muy triste; estás un poco con él, hablas. Escucharle. Sabes lo que me da la impresión que a veces tenemos tantas cosas de anotaciones, ordenadores, no sé qué; que a veces descuidamos la parte psico-social. Aquí, en este control, no tanto igual [se refiere al control 2 cirugía oncológica], que es mas de quirúrgico, pero en el control 1 si sería más necesario, porque son de más larga estancia, paliativos [hace referencia a que en el control 1 Oncología médica y cuidados paliativos, los pacientes precisan mas una intervención específica]*

En el turno de noche las actividades además de las programadas de cuidados interdependientes se refieren a la demanda del paciente en exclusiva. La planificación que se realiza en este turno está orientada a “adelantar” trabajo del turno de mañana, refiriéndose nuevamente a las actividades interdependientes.

*A la noche, lo mismo, vendrías 10 minutos antes por la noche. El parte te lo dan, lo lees tú, preparas la medicación, entonces ya tendrías la medicación de las 11 y de las 12. Luego por la noche como estamos menos, porque estamos dos enfermeras y una auxiliar, claro la auxiliar cuando empezamos a hacer el cambio de pañales y todo esto, claro hay que ir con ella más, porque por las tardes están dos ya se apañan mejor [durante la noche solo hay una auxiliar de enfermería].*

*A la noche movilizarles, el cambio de pañales, darles toda la medicación esa y luego ya les dejas teóricamente descansar. A las tres de la mañana es otra hora en la cual aparecen algunos medicamentos, los que tienen pues cada seis horas y*

*eso, te aparecen; entonces das los medicamentos que tienes que dar. La siguiente dosis de medicamentos sería las seis de la mañana, entonces entre medias atiendes los timbres lo que te van demandando y luego hacemos ciertos preparativos, por ejemplo, los sueros, sacamos los sueros de todo el día, eso lo sacamos por la noche y a las siete de la mañana sacamos las analíticas y bueno prácticamente nada más. Los cambios de pañales a las horas lo que te he dicho de la primera hora, luego que descansen luego también otra vez a las seis de la mañana o así la medicación.*

En cuanto al personal auxiliar, según lo que dice, parece que el hecho de que únicamente haya una auxiliar por la noche, influye en el trabajo de enfermería por lo que se insiste en esta cuestión, en relación a si notan que solo haya una auxiliar clínica por la noche, dice:

*Sí, pero la noche suele ser más tranquila.*

Un aspecto que se creyó oportuno conocer era el tiempo institucionalizado para formarse o estudiar aspectos relacionados con la actividad diaria, por lo que incido en el tiempo del personal de enfermería en el horario de trabajo para poder seguir formándose, teniendo en cuenta la importancia de una práctica basada en el conocimiento científico. La formación se refiere a estudiar casos en revistas de enfermería o buscar información sobre una cuestión concreta de un paciente. La posibilidad de poder hacerlos en alguno de los turnos.

*A la mañana prácticamente, es imposible, saber cómo tenemos... yo diría que imposible, porque a veces estas*

*corriendo toda la mañana y no das abasto. Por la tarde, algún día si puedes tener, pero la mayoría de los días también estas ocupado toda la tarde. La hora de las visitas, de 5 a 6, puede ser una hora buena; ya les has dado la medicación, están tranquilos, han merendado y luego otra hora buena puede ser de 8 a 9 que es la hora de la cena y luego se quedan más tranquilos. Entonces a la tarde algunos días si tendrías tiempo, a la mañana, imposible.*

En cuanto a las intervenciones planificadas, y en cuanto a si tienen planificado o protocolizado informar a todos los pacientes de la enfermera responsable de su cuidado en ese turno, es decir, pasar por las habitaciones que corresponden a cada enfermera, la informante comenta respecto a esta cuestión:

*No, no lo tenemos, a mí sí me gusta verlos a todos, como casi todos los pacientes tienen medicación, les ves, pero si por protocolo tienes que pasar a verlos, no hay nada. De hecho muchas veces intentas ver a un paciente que no tiene medicación, que está dormido, bueno tampoco es cuestión de molestarle.*

Un aspecto que llama la atención es que en la anamnesis de enfermería aparece un ítem referido al “apoyo familiar”, sin embargo en la revisión de éstas no se especifica, es decir, no se cumplimentan los apartados de mañana, tarde y noche y ahí salvo en una o dos ocasiones, no se especifica si el paciente está acompañado en cada turno. No está clara la repercusión que tiene esa cuestión para enfermería, ni si existen intervenciones específicas según si cuentan o no con apoyo familiar.

*Importante sí que es, porque hay mucha gente que está muy solo, sobre todos las “abuelillas” que se desorientan y eso, están muy solas....*

Aunque se incide nuevamente, no tienen evidenciado, cuál es el motivo para que aparezca en la anamnesis, y que se hace en caso de que no exista “apoyo familiar”. Así ante un ejemplo como paciente que no tiene acompañamiento, porque no puede la familia, o tiene solo un hijo/a, un marido/mujer, la pregunta va orientada a conocer si hay un protocolo para qué este paciente tenga una atención específica de enfermería, como pasar a verle cada cierto tiempo etc..

*No. Lo que hace cuando está solo, pues es eso, es pasar a verle.*

Sobre si depende también a criterio de cada uno de los profesionales, dice:

*Yo creo que el criterio es unánime [no registrado] entre todos, porque si tienes una “abuelilla o “abuelillo” que esta medio desorientado y eso, le pones los barrotes, pero claro no puedes estar constantemente con él, entonces de vez en cuando vas a otra habitación al lado, entras a ver como esta.*

No hay una planificación referida a las actividades independientes de enfermería, ni en aspectos puntuales, así dice el informante en relación a si está planificado o protocolizado la “visita” a los pacientes que corresponden a cada enfermera para que sepa que enfermera estará esa noche en la unidad.

En definitiva, la entrevista permite conocer de forma general cómo se organizan los cuidados de enfermería en los tres turnos de trabajo. Permite una visión en conjunto del trabajo de las enfermeras y extraer los elementos importantes (“esencias comunes”).

### **3.2. La historia clínica electrónica en el hospital oncológico de San Sebastián.**

Dada la importancia que se dio a esta nueva forma de registro y cuya implementación conllevaba una gran implicación en los cuidados, parecía adecuado transmitir esta información con las propias palabras de la persona, directora médica en ese momento del hospital oncológico, puesto que proporciona un valor añadido al reflejo que las informantes otorgan a esta nueva herramienta. Sobre la Historia Clínica Electrónica (HCE), pivotan en la actualidad el registro pero también cuestiones de método, en relación a la mayoría de las actividades de enfermería que se realizan, como la toma de constantes, la administración de medicamentos, las órdenes médicas o de otro profesional etc., en definitiva, la HCE, ha supuesto un elemento de integración en los cuidados que es compartido por todas las enfermeras.

Fue la directora médica (en ese momento) del hospital oncológico quien impulsó y llevo a cabo la iniciativa, así como las directrices generales para poder materializar la idea de informatizar el hospital.

La Informante (YS), es mujer, 4<sup>a</sup> década. Se realiza la entrevista el día 12 de abril de 2011, en el despacho de la Escuela de Enfermería de San Sebastián a las 18 horas.

En el inicio de la entrevista indica que en el año 2006 y ante la decisión ya formal de la Obra Social Kutxa de acometer la construcción de un nuevo oncológico y cuya ubicación se realizará en la zona hospitalaria de la ciudad,

*Nos dimos cuenta que nos enfrentábamos a algo “grande” con el traslado al nuevo hospital, y entre los cambios que ya habíamos barajado decidimos que era muy necesario informatizar el hospital.*

Ante la cuestión de cómo se inicia la informatización o de donde parte la necesidad se plantean aspectos relacionadas con el cómo se va a llevar a cabo la informatización, qué cuestiones o ámbitos se van a informatizar, y qué ventajas tiene la informatización total del hospital.

*Con unos cuantos años de distancia puedo decir que lo difícil no es informatizar un hospital o en definitiva un lugar de trabajo. Lo verdaderamente difícil es saber porqué queremos informatizar y cómo debemos de hacerlo. Hay que dedicarle más tiempo a esta fase preparatoria que a todo el proceso en sí. Creo que si esto no se hace así, el resultado es catastrófico casi seguro. No creo en la suerte.*

Ante la cuestión de por qué surge la necesidad de informatizar.

*PARA FACILITAR EL TRABAJO DE TODOS LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL ANTIGUO AL NUEVO HOSPITAL [me indica la informante que lo escriba en mayúsculas y así lo transcribo]. No hay que perder nunca de vista este objetivo: La informática ha de estar a disposición de los trabajadores, es un instrumento, muy útil si se diseña*

*bien, pero un instrumento que ha de facilitarnos el trabajo diario y lo que es más importante, ayudarnos a que el trabajo futuro sea mejor. Este segundo objetivo, que parece muy sencillo, es probablemente el más complicado porque para saber cómo mejorar el trabajo futuro tenemos que saber cómo lo hacemos ahora y hacia donde queremos ir. Este segundo objetivo, como digo más difícil, llega cuando la historia está implantada y necesita un periodo de reflexión serio. Pero aunque esta fase es posterior, es de obligada necesidad tener una visión global de información informatizada para que posteriormente tengamos posibilidades de hacer uso “de sus posibilidades”. Entrecorillo “de sus posibilidades” porque lo mínimo que tenemos que tener en cuenta es la posibilidad de poder hacer uso de indicadores que implantaremos en un futuro. Por tanto, escribir para que se entienda no es suficiente. Hay que escribir una información que posteriormente tenemos que ser capaces de utilizar.*

Se le solicita, si es posible, una síntesis sobre la pregunta realizada y resume la respuesta, tras la explicación dada de la siguiente forma:

*La respuesta final de esta primera pregunta sería pues PARA MEJORAR EL TRABAJO DE TODOS LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL ONCOLÓGICO [Se transcribe en mayúsculas pues así me lo hace saber] y en definitiva, que es el fin último de cualquier gesto, dedicado a cuidar a pacientes y/o ciudadanos y por tanto PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL OFRECIDA (me indica nuevamente que lo indique en mayúsculas).*

Al hablar de calidad asistencial parecía obligado hablar de “eficiencia” ya que al ser un hospital concertado, los aspectos económicos estarán muy presentes, en este sentido se podía establecer la relación entre la HCE y los aspectos coste-beneficio.

*Así es, ya que el hospital “gana” o “cobra” por acto médico, GDR [grupos de diagnósticos relacionados], técnicas especiales, etc. y por tanto el balance Ingresos-Gastos ha de ser muy exquisitamente controlado para poder ser un hospital viable. Esto, que parece obvio, es muy importante tenerlo presente porque el núcleo de la historia clínica pivota sobre “la facturación” o sobre “la asistencia” o sobre los dos conceptos a la vez.*

La siguiente cuestión tiene que ver con cómo se materializa la informatización.

*Para contestar a esta pregunta hay que entender que los pacientes que eran atendidos en el hospital oncológico, son pacientes en más del 90% de Osakidetza [Sistema Público de Salud], es decir son pacientes del sistema público tratados gracias al concierto que el hospital oncológico tiene con el Departamento de Sanidad. Este concierto significaba que cualquier paciente que tuviera un cáncer podía ser tratado en el hospital oncológico, impulsado por la voluntad del paciente o bien pacientes que precisaban una técnica especial que no existiera en el hospital público. El sentido común me hizo pensar que si los pacientes son oncológicos, la mayoría remitidos del sistema público y en muchas ocasiones con tratamientos compartidos, fuera la misma HCE que estuviera implantada en el sistema público. Nuestro primer movimiento*

*fue convocar una reunión con Clinic para que escucharan nuestra necesidad y conocer el diseño de HCE desarrollada en Osakidetza. Una vez visto este desarrollo, y viendo que no cumplía nuestras expectativas [no permitía la integración entre todos los servicios, áreas, departamentos etc.].*

En este punto parecía necesario conocer un poco más sobre el significado de coordinación total entre todas las áreas del hospital, por la implicación que tiene en la organización de cuidados desde la unidad de hospitalización a otros servicios del hospital oncológico, es decir que había y como se debía integrar toda la información.

*Las bases de datos que ya existían en el hospital eran las diseñadas para las peticiones de pruebas complementarias y las órdenes de tratamiento. Además, las diferentes especialidades se manejaban con aparatos específicos de cada área a su vez manejados por diferentes ordenadores y por tanto con diferentes programas informáticos. Ejemplo de ello eran Pad-Win en anatomía patológica, Aria, Nucletrón en Radioterapia, Medical Explorer en ORL, Endobase en Endoscopias y un largo etcétera. En definitiva el mapa informático se constituía pues de una ausencia de núcleo de historia clínica y de diferentes sistemas informáticos aisladas por servicios, sin acceso general a los datos por parte de los profesionales que obligaba a mantener en formato papel lo más importante para cualquier profesional del equipo sanitario: Antecedentes familiares, antecedentes personales, alergias, anamnesis, exploración evolutivo y tratamiento tanto del personal médico como de enfermería. Obviamente con*

*hojas específicas para cada estamento como pueden ser los cuidados de enfermería.*

En relación con la pregunta anterior la cuestión era conocer cuáles consideraban deberían ser los criterios obligatorios que debe cumplir la HCE y si estos eran indiscutibles en el momento de elegir una empresa informática que se adaptara a los requerimientos descritos y así en la respuesta se indicaban los siguientes principios:

*1ª, tener la información asistencial integral e integrada. 2º, ser un formato informático que aceptara todas las diferentes bases de datos que hubiera operativos en el hospital. 3º, ser un formato que pudiera ser amable para la visualización y navegación de los diferentes profesionales y 4ª, ser un formato que permitiera un buen control de la facturación hospitalaria.*

En relación con la cuestión anterior, era adecuado conocer las dificultades para encontrar una empresa y programa que se adecuara a los criterios mencionados, puesto que se debería hacer cargo del mantenimiento del programa y este aspecto tendría repercusión directa en el trabajo de enfermería.

*Antes de decidir nada tuvieron que realizar un estudio dentro del hospital para ver la viabilidad del proyecto. La posibilidad de compatibilizar todas las bases de datos era una condición irrenunciable e innegociable. No queríamos ningún punto del hospital que no estuviera conectado al sistema informático. La única excepción eran aquellas bases de datos que por su antigüedad iban a ser sustituidas por otras que por supuesto,*

*obligatoriamente debían de ser compatibles con el nuevo sistema informático. Este principio se mantuvo para todas las nuevas adquisiciones. No se compraría nada que no fuera compatible con el sistema informático.*

En este punto y por su repercusión con la actividad de enfermería era importante conocer cómo se articularon los cambios tan importantes en el trabajo diario al modificarse la forma de registro y también el entorno del nuevo hospital oncológico.

*Se planteó en la Dirección del hospital [gerente, dirección médica y dirección de enfermería] informatizar el hospital oncológico un año antes del traslado. Conocedores de tener que trasladarnos desde el más puro desconocimiento de la envergadura que esto podría suponer, quisimos alejar la implantación de la historia clínica electrónica del traslado de hospital. Por estas fechas se hablaba de un traslado para mediados del año 2008. Esta fecha se aplazó hasta el día 1 de junio 2009. Por tanto, nuestro plazo era tener la HCE implantada para antes de verano 2007. El tiempo no era excesivo; había que diseñarlo, probarlo por los informáticos, formar a todo el personal y echar a andar.*

No se puede olvidar que el hospital oncológico es una Fundación de Titularidad Privada y por lo tanto, el elemento coste-beneficio que abordado al relacionarlo con la organización de los cuidados, se articula con todas las áreas incluida la HCE, así parecía oportuno conocer como se integra el aspecto sanitario y el empresarial en la historia electrónica (HCE).

*Ese fue un reto importante ya que el acceso del paciente al hospital venía estrechísimamente unido al volante y por tanto a la facturación. De cada uno de los volantes, cuelgan todas aquellas actividades y consumos que se realizan por parte del paciente. De manera que todos los actos médicos “cuelgan” de un volante. Algo similar ocurriría en hospitalización y a través de diferentes formatos económicos se cobraría por cada uno de ellos. Esta visión de “paciente lleno de volantes del que cuelgan actos médicos”, no es visualmente operativo para el personal sanitario.*

*Nosotros, los asistenciales [personal asistencia, médicos, enfermeras], necesitábamos ver la historia clínica con coherencia y fluida. Es decir, como estamos acostumbrados a realizar una historia clínica en papel. Llegamos a la conclusión de que la forma más fácil de visualizar la información es como abrir una historia en papel....y a pesar seguro de sus muchos fallos, este es el éxito de esta HCE. Está ordenada en “el árbol” [así la llaman] como en una historia en papel: Anamnesis, exploración, evolución, tratamiento, pruebas complementarias y diagnóstico. Cada una de estas hojas está fechada de forma consecutiva con múltiples posibilidades de información filtrada según los intereses de cada momento.*

En este sentido la informante explica cómo se visualiza la HCE para los profesionales sanitarios, indicando que ésta tiene dos formas diferentes que nos presenta la misma información:

1. Visión Administrativa: Encabezado por los procesos. Desde el proceso cuelgan los volantes y dentro de los volantes

están los episodios. Nos da una visión temporal de la enfermedad

2. Visión Sanitaria (equipo sanitario): Se ven las hojas de todos los procesos de forma secundaria.

Otra cuestión muy importante era conocer cómo se formó el personal, es decir, si esta fue intuitiva o reglada, como se articuló desde la Dirección y cuál fue la participación del personal en general y de enfermería en particular.

*Se hicieron grupos por estamentos o por estamentos diferentes en función a la forma de trabajar. Se organizó la actividad laboral para que todo el personal tuviera el tiempo necesario para formarse dentro o fuera de la jornada laboral. Antes de la formación práctica, yo personalmente organicé charlas donde enseñaba la estructura de la HCE para que la idea general fuera entendida por todos. En este momento no sé si se siguen haciendo cursos de formación de recuerdo y actualización.*

En definitiva, a pesar de las dificultades que en un inicio puede suponer acometer el cambio en la forma de gestionar los registros, es innegable, las grandes ventajas que supone, permitiendo entre otras cuestiones:

1. Disponer de una historia clínica única e integrada.
2. La legibilidad, evita problemas de interpretación de lo escrito manualmente.
3. Establecer los indicadores que permitan evaluar los cuidados de enfermería

4. Disminuye errores relacionados con los actividades interdependientes
5. Facilita la transmisión de información sobre pruebas solicitadas, teniendo dicha información en tiempo real.

### 3.2.1 Registro formal

En relación al registro de los datos en la etapa de valoración y referido al registro que las enfermeras llevan a cabo en el hospital oncológico, la siguiente tabla nos muestra como se lleva a cabo el registro de los datos, se visualiza que no hay diferencias significativas en el registro formal entre el control 1 (oncológica médica y cuidados paliativos) y el control 2 (cirugía oncológica y unidad de reanimación post-anestésica). En los siguientes gráficos se puede ver de forma general los registros formales en cada uno de los controles.

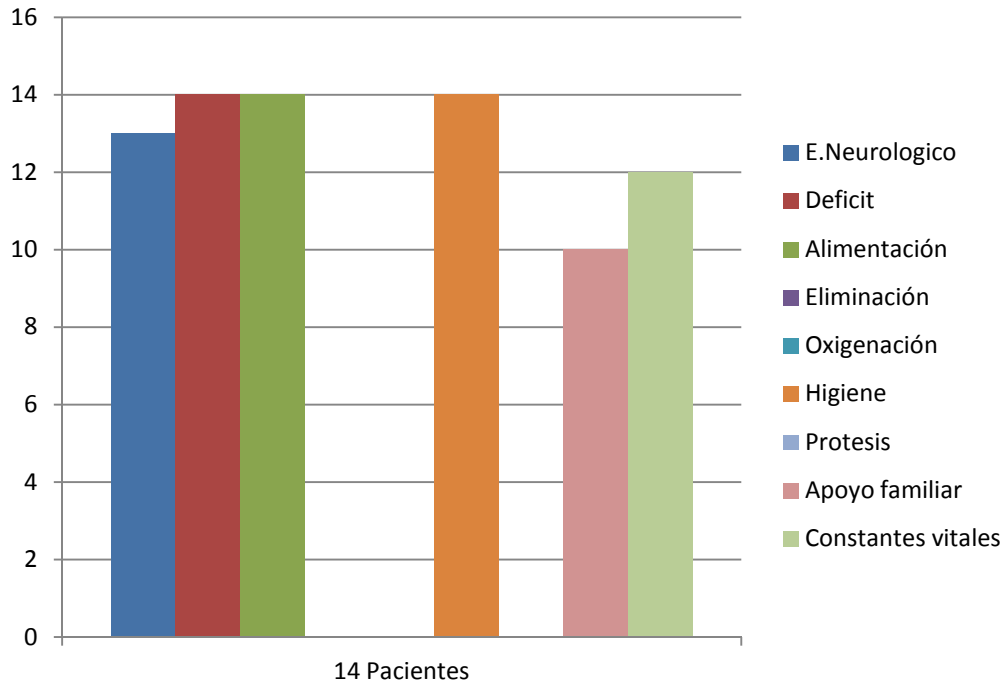
**Tabla 5.** Cumplimentación de parámetros de valoración de enfermería de la Historia Clínica Electrónica (HCE). Control 1. Oncología médica y cuidados paliativos. Tabla de elaboración propia

Categorías/ Pacientes	E. Neurológico	Déficit Sensorial /motor	Alimentación	Eliminación	Oxigenación	Higiene	Prótesis	Apoyo Familiar	Ctes vitales
1	x	x	x			x		x (parcial)	X Fr no
2	x	x	x			x		x (parcial)	X Fr no
3	x	x	x			x		x (parcial)	
4	x	x	x			x		x (parcial)	X Fr no
5	x	x	x			x		x (parcial)	X Fr no
6	x	X motor	x			x			X Fr no
7	x	x	x			x		x (parcial)	X Fr no
8	x	X motor	x			x			X Fr no
9	x	x	x			x			X Fr no
10		X motor	x			x			
11	x	x	x			x		x (parcial)	X Fr no
12	x	x	x			x		x (parcial)	X Fr no
13	x	x	x			x		x (parcial)	X Fr no
14	x	x	x			x		X (parcial)	X Fr no

Ctes vitales = constantes vitales. Fr = Frecuencia respiratoria. T° = Temperatura. X parciales (aparece apoyo familiar si pero no especifica si mañana tarde y noche, cuando si aparece en la aplicación en la valoración).

Aplicación de la metodología de la enfermería en la organización de los cuidados

**Gráfico 7.** Registros realizados según la aplicación informática del apartado de valoración del paciente. Control 1 (oncología médica y cuidados paliativos). Tabla de elaboración propia.



**Tabla 6.** Cumplimentación de parámetros de valoración de enfermería de la Historia Clínica Electrónica (HCE). Control 2. Cirugía oncológica y Unidad de reanimación post-anestésica (URPA). Tabla de elaboración propia

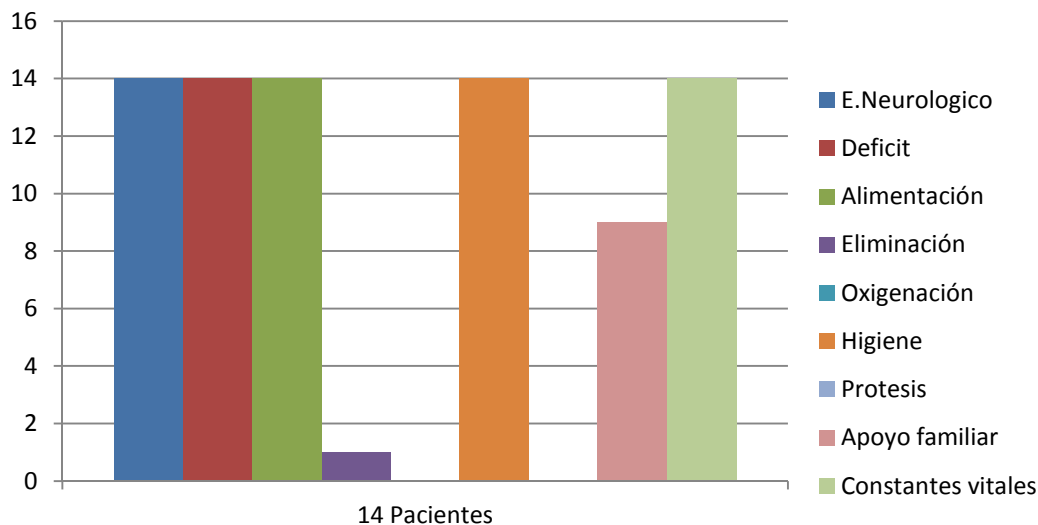
Capítulo 3. Resultados

Categorías/ Pacientes	E. Neurológico	Déficit Sensorial /motor	Alimentación	Eliminación	Oxigenación	Higiene	Prótesis	Apoyo Familiar	Ctes vitales
1	x	x	x			x		x (parcial)	x Fr no
2	x	x	x			x			x Fr no
3	x	x	x			x			x Fr y T° no
4	x	x	x			x			x Fr no
5	x	x	x			x		x	x Fr no
6	x	x	x			x		x (parcial)	x Fr no
7	x	x	x			x		x (parcial)	x Fr y T° no
8	x	x	x			x		x (parcial)	x Fr no
9	x	x	x			x		x (parcial)	x Fr no
10	x	x	x			x		x	x Fr no
11	x	x	x			x			x Fr no
12	x	x	x	x		x		x	x Fr no
13	x	x	x			x		x (parcial)	x Fr no
14	x	x	x			x			x Fr y T° no

Ctes vitales = constantes vitales. Fr = Frecuencia respiratoria. T° = Temperatura. X parciales (aparece apoyo familiar si pero no especifica si mañana tarde y noche, cuando si aparece en la aplicación en la valoración).

Aplicación de la metodología de la enfermería en la organización de los cuidados

**Gráfico8.** Registros realizados según la aplicación informática del apartado de valoración. Control 2 (cirugía oncológica y unidad de reanimación post-anestésica). Tabla de elaboración propia.



En la descripción de los registros se identifican las siguientes cuestiones en relación a las etapas del Proceso de Enfermería según el modelo de Henderson, así en la primera fase del registro se identifica el grado de autonomía del paciente, y los comportamientos de éste lo que va a permitir tener conocimiento para satisfacer las necesidades del paciente.

No existen como se aprecia en el gráfico, diferencias significativas en los registros del control 1 y control 2, pudiendo ser debido a que las enfermeras que realizan los registros son las mismas ya que las enfermeras rotan entre los dos controles cada 7 semanas.

En la etapa de valoración, se registran los datos referidos a “Estado Neurológico, Déficit sensorial y/o motor, Alimentación, Higiene, Apoyo familiar y Constantes Vitales.

En relación a la categoría Estado Neurológico en el criterio de Déficit, en algunos casos no se cumplimentaban los referidos al déficit sensorial, en el caso de la Eliminación solo en un caso de los observados aparece esta categoría cumplimentada, el apartado Oxigenación no se cumplimenta en ningún caso de los observados de igual forma tampoco aparecen registros en la categoría de Prótesis, en el apartado de Apoyo Familiar este datos presenta un registro parcial, aparecen los criterios (sólo, acompañado colaboración (día, noche), únicamente en todos los casos aparece registrado el criterio acompañado, en 8 casos de 28 no aparece registro. En cuanto a las constantes vitales, como he dicho dispone de un gráfico aparte, pero en la anamnesis general aparecen todos los criterios excepto el de respiración.

No aparecen los en los registros las categorías referidas a las siguientes necesidades:

4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura
5. Necesidad de descanso y sueño
6. Necesidad de utilizar prendas de vestir adecuada
7. Necesidad de Termorregulación
12. Necesidad de trabajar y realizarse
13. Necesidad de jugar /participar en actividades recreativas.
14. Necesidad de aprendizaje (45).

En relación con la etapa de diagnóstico de enfermería, no se ha observado ninguna aplicación en la HCE, que identifique, diagnósticos de enfermería. Los denominados problemas de colaboración (PC), que son como se decía “problemas de salud reales o potenciales en los que el usuario requiere que la enfermera haga por él las actividades de tratamiento y control prescrito por otro profesional, generalmente el médico” (9), no se identifican en esta etapa puesto que éstos no surgen del análisis de datos que se realiza desde el modelo enfermero. En esta etapa los diagnósticos de enfermería se deben registrar en orden o prioridad de resolución de los mismos.

En la etapa de planificación, se deben incluir, la Clasificación de los resultados de enfermería NOC describen los resultados del paciente que responden a las intervenciones de enfermería y la Clasificación de las intervenciones de enfermería NIC.

En la aplicación informática (HCE), no aparecen identificadas las etiquetas NOC y NIC, o sus equivalencias de manera formal.

El registro de los problemas de colaboración (cuidados interdependientes), habitualmente tienen una aplicación informática específica, si se utiliza como modelo de organización de cuidados el de Henderson, se podrían incluir en la etapa de planificación con un apartado específico referidos dichos cuidados.

Como se ha dicho, en relación con los problemas de colaboración, la enfermera: planificará y llevará a cabo las actividades de tratamiento y control que el paciente no pueda o deba hacer por sí mismo. Aportará los elementos cognoscitivos, psicomotrices y

actitudinales necesarios (saber, saber hacer) y aplicar el juicio clínico a la hora de ejecutar esas prescripciones y controlar la evolución del paciente.

En este sentido el registro que se hace en el hospital oncológico en la etapa de planificación, es decir, establecer los objetivos o resultados esperados junto con el paciente y planificar las intervenciones de enfermería conducentes a lograr los objetivos propuestos, no están registrados y no se realiza de forma sistemática. En este punto se deberán especificar tanto las intervenciones como las actividades específicas.

En el hospital oncológico, como decía, no identifica una planificación específica, por lo que los registros se refieren a la aplicación o ejecución del plan de cuidados, en lo que se refiere al diagnóstico y prescripción médica fundamentalmente.

Estas actividades, se reflejan además en las aplicaciones específicas como, administración de medicamentos, gráfica de constantes vitales, cuidado de vías etc., pero también se registran en el denominado evolutivo de enfermería a criterio de cada enfermera.

Se han revisado 8 historias del control 1 oncología médica, en el apartado de evolutivo de enfermería, y 31 historias del control 2, cirugía oncológica, el número es mayor porque los pacientes rotan más y pudiera producirse mayor variabilidad en las anotaciones de enfermería en los registros.

En las tablas siguientes se registran un número de situaciones descritas por la enfermera que puedan permitir identificar como realizan las enfermeras los registros de evolución. Se transcriben las anotaciones de las enfermeras exactamente igual que como están en el registro. La estructura de la aplicación informática, hoja de evolutivo de enfermería es, número de habitación, nombre del paciente, fecha, responsable (enfermera) y observaciones.

Se han anotado aquellas indicaciones que son diferentes, se realiza especificando cada control, puesto que aunque el tipo de pacientes es muy similar, las actuaciones de enfermería son algo distintas, según sea un paciente de oncología médica (control 1) o de cirugía oncológica (control 2).

**Tabla 5.** Paciente 1. Control 1. Oncología médica. Datos expresados por las enfermeras en el evolutivo de enfermería. Tabla de elaboración propia.

<b>Fecha</b>	<b>Responsable</b>	<b>Evolución</b>
<b>Día 1</b>	Enfermera 1	Acude a la sala de urgencias Canalizamos vía periférica y realizamos laboratorio. Se quedara ingresada.
	Enfermera 2	Paciente diagnosticado de MAMA. que ingresa procedente de SALA DE URGENCIAS por MALESTAR GENERAL Y FIEBRE. CONTRASTE YODADO ALERGIA, diabetes. NO, HTA.SI. Dieta. NORMAL. Le ve el médico, pauta tto. Realizamos Anamnesis de enfermería. Paciente con tratamiento domiciliario SI
	Enfermera 2	se le pone en STAT clexane y amox-clavulanico.
<b>Día 1</b>	Enfermera 3	Puesto ttº pautado Trª 39'5, ponemos Paracetamol pautado a

		<p>las 24h                  A las 1h30', nos llama con tiritona, Tr<sup>a</sup> 39'7, llamamos al MdG [médico de guardia] y se modifica el tt<sup>o</sup>, ponemos Nolotil 1amp. en perf</p>
<b>Día 2</b>	Enfermera 3	Resto de la noche sin novedad
	Enfermera 4	<p>Signos vitales anotados, no fiebre pero hipotensa. Dice que se ha mareado un poco al levantarse para que le hicieran la cama.                  Puesto tratamiento pautado.                  Al ir a poner el tratamiento de las 12h le parece que esta con fiebre, tomamos temperatura 36,7.                  Le ve el/la Dr/Dra.... y suspende el captopril de la mañana y modifica tratamiento. Le insisto a la paciente que si se siente mareada avise.                  Se baja urocultivo.                  Baja a quirófano para colocarle un porth-a-cath.</p>
<b>Día 3</b>	Enfermera 4	<p>Signos vitales anotados, no fiebre pero hipotensa. Dice que se ha mareado un poco al levantarse para que le hicieran la cama.                  Puesto tratamiento pautado.                  Al ir a poner el tratamiento de las 12h le parece que esta con fiebre, tomamos temperatura 36,7.                  Le ve el/la Dr/Dra.... y suspende el captopril de la mañana y modifica tratamiento. Le insisto a la paciente que si se siente mareada avise.                  Se baja urocultivo.                  Baja a quirófano para colocarle un porth-a-cath.</p>
	Enfermera 2	<p>Afebril. Retiramos vía periférica. Puesta la medicación pautada.                  No ha tenido sensación de mareo. Esta con un suero de mantenimiento para la Vía Central.</p>

Aplicación de la metodología de la enfermería en la organización de los cuidados

<b>Día 3</b>	Enfermera 5	Sigue con el suero de mantenimiento. Afebril. Sin incidencias durante la noche. Realizamos analítica de control.
	Enfermera 4	Signos vitales anotados, afebril y con las TA algo más elevada pero todavía baja. Puesto tratamiento pautado. Se hace cura de vía central .Se deja un suero de mantenimiento por la luz media y se dejan las otras 2 luces heparinizadas.
	Enfermera 6	Pasea, animada, sin incidencias
<b>Día 4</b>	Enfermera 7	Puesto ttº pautado Trª 37,5 a las 23h,a las 2h 36,5 Le cuesta mucho dormir y avisamos MdG [médico de guardia], damos Orfidal 1comp. a las 2h. .resto de la noche sin novedad.
	Enfermera 4	Signos vitales anotados. TA dentro de la normalidad. Se pone tratamiento pautado. Le ve el/la Dr/Dra.... y se le intenta pinchar la mama para analizar, pero no sale nada. MAÑANA CUANDO PASE VISITA EL/LA DR/DRA..... QUE LE VEA LA MAMA DERECHA PO [por orden] DEL DR/DRA....
	Enfermera 3	Ponemos al medicación pautada Continua con suero de mantenimiento A las 18h Tª 38.2°C, le administramos un paracetamol i/v. Pasea por el pasillo

**Tabla 6.** Paciente 2. Control 1. Oncología médica. Datos expresados por las enfermeras en el evolutivo de enfermería. Tabla de elaboración propia.

<b>Fecha</b>	<b>Responsable</b>	<b>Evolución</b>
<b>Día 1</b>	Enfermera 9	Paciente diagnosticado de neoplasia maligna de nasofaringe que ingresa procedente de su domicilio por absceso cerebral y fiebre. No alergias conocidas, diabetes no, HTA no Dieta puré Le ve el médico, pauta tto Canalizamos vía periférica en brazo izdo Laboratorio si Realizamos Anamnesis de enfermería. Paciente con tratamiento domiciliario. Dar recena , ya que nos comenta su mujer que esta con mucha hambre y en casa tras cenar siempre toma 2 yogures. Se comienza con antibiótico, tras recoger el cultivo de oído drcho.
	Enfermera 10	Puesta la mediación pautaada. Paseando por la planta. Le drena pus por el oído, pero se lo limpia la mujer. Le cambio la dieta a puré, porque me comenta que es su dieta habitual, Sin cambios.
<b>Día 2</b>	Enfermera 2	Se le da la re-cena. Pasa buena noche
	Enfermera 6	Sin incidencias. Constantes en grafica
	Enfermera 10	Puesta la medicación pautaada. Paseando por la planta. Animado y sin cambios
	Enfermera 4	Ponemos medicación pautaada. Se le da recena. No precisa nada durante la noche
<b>Día 3</b>	Enfermera 11	Puesta medicación pautaada. Signos vitales en gráfica. Pasea por la habitación. Canalizamos

Aplicación de la metodología de la enfermería en la organización de los cuidados

		nueva vía por extravasación
	Enfermera 10	Puesta la medicación pautaada. Paseando por la tarde. Resto sin cambios
<b>Día 4</b>	Enfermera 2	SE [su esposa] le da la recena. Pasa la noche tranquilo
	Enfermera 6	Sin cambios. Pasea por el pasillo, con bastones. Constantes en grafica.
	Enfermera 11	Puesto tratamiento pautaado Pasea por el pasillo

**Tabla 7.** Paciente 3. Control 1. Oncología médica. Datos expresados por las enfermeras en el evolutivo de enfermería. Tabla de elaboración propia.

<b>Fecha</b>	<b>Responsable</b>	<b>Evolución</b>
<b>Día 1</b>	Enfermera 6	Paciente diagnosticado de N. Maligna Próstata que ingresa procedente de su domicilio por intenso dolor NO alergias conocidas, diabetes NO, HTA SI Dieta Normal Le ve el médico, pauta tto. Laboratorio se le realiza. Realizamos Anamnesis de enfermería. Paciente con tratamiento domiciliario si Incontinencia urinaria. El/la Dr/Dra.... pauta si fiebre 38° hacer urocultivo. se le da contenedor de orina para intentar recoger orina para urocultivo.
<b>Día 1</b>	Enfermera 8	Dice tener dolor le damos el naproxeno, lo devuelve, se le toman constantes, se le llama al MdG y nos manda coger via, sacar hemos y ponerle dosis única de primperan, Paracetamol para el dolor y primera dosis de ceftazidima. Se recoge el urocultivo. Puesta medicación pautaada. se le ponen sueros.

		Refiere dolor a las 21h y se le pone paracetamol Resto sin incidencias.
<b>Día 1</b>	Enfermera 8	Dice tener dolor le damos el naproxeno, lo devuelve, se le toman constantes, se le llama al MdG y nos manda coger vía, sacar hemos y ponerle dosis única de primperan, Paracetamol para el dolor y primera dosis de ceftazidima. Se recoge el urocultivo. Puesta medicación pautada. se le ponen sueros. Refiere dolor a las 21h y se le poner paracetamol Resto sin incidencias.
<b>Día 2</b>	Enfermera 15	Ponemos perfalgan por dolor a las 1h. A las 3;30h ponemos buscapina y llevamos una tila. Resto de la noche no ha precisado nada
<b>Día 2</b>	Enfermera 6	Continua con dolor, EVA 10, a pesar de la analgesia. Constantes en gráfica.
<b>Día 2</b>	Enfermera 4	Se le pone buscapina por dolor de pelvis y zona abdominal baja a las 12:30h. Dolor mal controlado.
<b>Día 2</b>	Enfermera 7	Ponemos ttº pautado Se queja de dolor a pesar de la medicacion pautada. LLamamos MdG y pauta analgesia nueva Buscapina 1amp. en perf a las 18h15, Comenta la familia que no orina, se intenta poner un colector pero nos es imposible y de repente empieza a orinar de forma espontanea, al principio sale algo purulento, aunque después limpio Hacemos cambio de pañal Marcamos en piel zona enrojecida de pelvis para valorar si va a mas
<b>Día 3</b>	Enfermera 16	Administrado antibiótico y analgesia pautada. Sueros 24h le hace la familia el cambio de pañal y refieren que con peso. Se hace extracción para labº.

Aplicación de la metodología de la enfermería en la organización de los cuidados

	Enfermera 4	Signos vitales anotados y dolor mal controlado. Le ve el MG y le hace una radiografía . Cuando sube, se le pone una sonda vesical. Le bajan al TAC y modifica antibióticos. El martes laboratorio.
	Enfermera 17	Ponemos medicación pautada. Pasa la tarde sin incidencias.
<b>Día 4</b>	Enfermera 15	Medicación a sus horas. No precisa analgesia extra.
	Enfermera 4	Signos vitales anotados. Se le asea en cama. Esta algo más animado pero sigue quejándose de dolor. La zona marcada esta menos roja.
<b>Día 4</b>	Enfermera 16	Afebril. Nauseoso a la tarde, no vómitos. Sueros más medicación pautada. Orina hematurica.
<b>Día 16</b>		se encuentra sentado en la silla junto a la cama, con ayuda de un familiar caminamos cuatro veces hasta la puerta y vuelta. le gustaría tener un andador le consigo uno que se lo dejo en la habitación, siempre y cuando lo utilice con una persona al lado. se queda muy agradecido. tiene muchas ganas de andar está molesto de estar tanto tiempo sentado.
<b>Día 50</b>		Le ve la Dra ....Le hace la cura. Se le vuelva a poner esponja con a sonda fêmina. Nos comenta el/la Dr/Dra....que mañana no precisa cura. De toda formas se encestaría el siguiente material: - esponja(esta en esterilización). - sonda fêmina. -tijeras. -Clorhexidina, gasas, guantes estériles del 7 y paño estéril y varihesive extrafino tamaño mediano(el cuadrado). Tras realizar la cura conectar a

		aspiración. Se le puede desconectar para pasear cuando quiera. Vigilar que este bien sujeta la sonda con esparadrapo.
--	--	---

**Tabla 8.** Paciente 1. Control 2. Cirugía oncológica. Datos expresados por las enfermeras en el evolutivo de enfermería. Tabla de elaboración propia.

<b>Fecha</b>	<b>Responsable</b>	<b>Evolución</b>
<b>Día 1</b>	Enfermera 7	Paciente que ingresa para braquiterapia HDR de ginecología No alergias conocidas, diabetes. si..., HTA... si Dieta... diabética Activamos medicación... no Damos premedicación...no Realizamos Anamnesis de enfermería. Si Paciente con tratamiento domiciliario ...si Hacer glucemias por turno. Es hipotiroidea con tto. Ponemos enema cassen. Cuando suba de quirófano poner D/A 500cc ,es diabético ,hacer antes una glucosa, puede tomar dieta normal en cuanto tolere
	Enfermera18	Braquiterapia Intrauterina HDR, 1ª aplicación: Sedación, vía periférica. Mano Dch Cateter G 20, se realiza sondaje vesical, tras irradiación se retira aplicador y sonda.
	Enfermera11	Realizamos glucemia anotado en grafica. Probamos tolerancia. Retiramos sueros. Pasa buena tarde. A la 1.00h se administrará ella su insulina Lantus.
	Enfermera 9	Damos recena a primera hora. No precisa nada durante la noche

Aplicación de la metodología de la enfermería en la organización de los cuidados

<b>Día 2</b>	Enfermera 3	Paciente que ingresa para IQ de una tiroidectomía total mañana a las 8.45h Alergias conocidas: No Diabetes: No HTA: Si Dieta: sin sal Activamos medicación: Si Damos premedicación: No Realizamos Anamnesis de enfermería: Si Paciente con tratamiento domiciliario: Si Avisamos al MdG, pauta premedicación y su tto habitual
	Enfermera 8	Dado lexatin pautado. Constantes en grafica. Pasa la noche sin incidencias. Preparada para quirófano
	Enfermera 19	QUIRÓFANO Anestesia general. Cirugía: Tiroidectomía total Vía periférica en dorso mano Izda, catéter nº 20G Drenaje en celda tiroidea a frasco de redon Cierre de la herida quirúrgica con grapas Apósito.
<b>Día 2</b>	Enfermera 7	Sube de quirófano a las 11.15h. Constantes anotadas al llegar a planta. Se le retira apósito en incisión. Pequeño hematoma debajo de la incisión. Tiene un redón permeable. Sueroterapia hasta la tarde. Cuando orine, probar tolerancia y retirar sueros. Paracetamol `por dolor a las 12h.
<b>Día 2</b>	Enfermera 11	Signos vitales en grafica. Puesto tratamiento pautado Redón permeable y con vacio. Incisión bien Micción espontanea, probamos tolerancia, retiramos sueros
<b>Día 3</b>	Enfermera 12	Redón permeable y con vacio, incisión de cuello bien.

		Puesta medicación pautada. Ctes anotadas en gráfica
--	--	---

**Tabla 9.** Paciente 2. Control 2. Cirugía oncológica. Datos expresados por las enfermeras en el evolutivo de enfermería. Tabla de elaboración propia.

<b>Fecha</b>	<b>Responsable</b>	<b>Evolución</b>
<b>Día 1</b>	Enfermera 5	Observaciones
		Paciente que ingresa para tto de konakion y posible gastroscopia el jueves. Realizamos anamnesis de enfermería. No HTA, no alergias conocidas. Dieta puré. Canalizamos v .periférica y administramos la primera dosis a las 20h. Resto sin incidencias.
<b>Día 2</b>	Enfermera 11	No ha precisado nada durante la noche.
	Enfermera 4	Signos vitales anotados. Se saca laboratorio y se hace ECG. Le ve el servicio de anestesia. Mañana le hacen una gastrostomía percutánea. PO [por orden] de anestesia hay que darle un orfidal a las 8h.
	Enfermera 7	Gastrostomía percutánea para mañana Mañana por la mañana dar a las 8h Loracepan un comp.
	Enfermera 6	Duerme a ratos Constantes en grafica. puesta medicación pautada. baja a que le hagan la gastrostomía
	Enfermera 8	baja a que le hagan la gastrostomía
	Enfermera 20	Se realiza gastrostomía percutánea. Se fija sonda de gastrostomía + apósito. Sonda conectada a bolsa de diuresis a gravedad. Seguir cuidados según protocolo. El paciente se deriva a planta de hospitalización con suero Ringer en vía periférica.
<b>Día 3</b>	Enfermera 12	Se le hace gastrostomía percutánes. Sube

Aplicación de la metodología de la enfermería en la organización de los cuidados

		a las 14:30h, ctes estables. Ponemos stat de omeprazol y nolutil. Dieta ABSOLUTA + SUEROTERAPIA. Gastrostomía a bolsa. NO PONER NADA DEBAJO DEL DISCO DE LA GASTROSTOMIA
	Enfermera 7	Signos vitales en grafica Pierde vía y volvemos a coger Conectamos sueros Puesto ttº pautado

**Tabla 10.** Paciente 3. Control 2. Cirugía oncológica. Datos expresados por las enfermeras en el evolutivo de enfermería. Tabla de elaboración propia.

Fecha	Responsable	Evolución
<b>Día 1</b>	Enfermera 8	<b>Observaciones</b>
	Enfermera 4	Paciente que ingresa para nefrectomía parcial izquierda. a las 17h. Alergias conocidas: no Diabetes: no HTA: no Dieta: normal. Activamos medicación: si Damos premedicación: si Realizamos Anamnesis de enfermería: si Paciente con tratamiento domiciliario: si. A la llegada la unidad se le da lexatin 1,5 con un poquito de agua. Entregamos a la paciente la hoja del Eco Doppler, ya la ha visto el/la Dr/Dra....
	Enfermera 21	Anestesia general. Cirugía: Nefrectomía parcial izquierda Vía periférica en dorso de la mano derecha catéter nº 18 Sonda vesical Foley nº16 1 Redón Cierre de la herida quirúrgica con grapas Apósito

<b>Día 2</b>	Enfermera 8	La trasladamos de la URPA. Pierde el redón. Se le realiza cura de la herida quirúrgica. Continúa con la SV. PCA endovenosa. Con sueroterapia. un poco nauseosa, se le pasa solo.
	Enfermera 7	Apósito limpio Tr <sup>a</sup> 38 a las 16h30 Le ve el/la Dr/Dra.... Llevamos inspirómetro Empezamos con tolerancia y damos puré + yogurt Puesto tt <sup>o</sup> pautad Apósito limpio Tr <sup>a</sup> 37 <sup>o</sup> 6 a las 21h
<b>Día 3</b>	Enfermera 11	Signos vitales en grafica. Febrícula a primera hora. Apósito ligeramente manchado. Resto de la noche no precisa nada.
	Enfermera 8	Constantes en gráfica. Puesta medicación pautada. Pierde vía periférica y se le toma otra. Le realizamos el aseo en cama, se levanta a la silla, siente nauseas y vomita un poco. Le damos feparil donde ha perdido la vía
	Enfermera 7	Tomamos Tr <sup>a</sup> antes de poner analgesia ,37 <sup>o</sup> 1 a las 16h Pierde vía y volvemos a coger Le ve Dr/Dra...., retiramos sonda vesical pendiente de orinar
<b>Día 4</b>	Enfermera 6	Comenta la paciente, que apenas ha descansado, ya que ha precisado de la Bacinilla 4 veces diuresis abundante y clara. Tiene dolor abdominal, se le da un bolus de la PCA [Bomba de infusión], abdomen según ella muy voluminoso, está a la palpación blando.
<b>Día 4</b>	Enfermera 8	Puesta medicación pautada. Se levanta para el aseo.

Aplicación de la metodología de la enfermería en la organización de los cuidados

		Se le realiza la cura. Se le cambia la vía porque la ha perdido. Continúa con sueros y la PCA.
<b>Día 4</b>	Enfermera 22	Está sin sueros y sin PCA. Puesta medicación pautada. Resto sin incidencias.
<b>Día 4</b>	Enfermera 11	Puesto tratamiento pautado. Resto de la noche sin incidencias.

Los registros de las tablas descritas corresponderían a la etapa de ejecución de los cuidados de enfermería.

En el evolutivo de enfermería se incluyen las observaciones de las enfermeras de otros servicios como quirófano, rehabilitación etc.

Otra de las aplicaciones informáticas referidas a enfermería es el “Listado de Cuidados Indicados”. Es la hoja que se descarga para tener una visión general de los cuidados que precisa cada paciente, por turno asistencial.

**Tabla 11.** Listado de cuidados indicados en la aplicación informática que las enfermeras imprimen para tener una panorámica general. Tabla de elaboración propia.

<b>Cama Paciente</b>	<b>Inicio</b>	<b>Final</b>	<b>Datos [cuidados de enfermería]</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>P *</b>
<b>1</b>	Fecha		CM: Control de constantes por turnos.	x							x	
<b>2</b>			CE: Cura de nefrostomía izda y drcha			x						
			CE: Vía periférica brazo .derecho catéter n°. 22 Vigilar vía diariamente y cambiar si precisa.		x							
<b>3</b>			CE: AUXILIAR: Cambio de pañal							x		
			Dar recena				x					
<b>4</b>			CE: Vía periférica brazo DCH catéter n° 20 Vigilar vía diariamente y cambiar si precisa.		x							
			CM: Control diuresis	x								
<b>5</b>			CE: Vía periférica brazo izquierdo		x							

Aplicación de la metodología de la enfermería en la organización de los cuidados

			catéter									
<b>6</b>			CE: Cambio de bolsa Colostomía n° 55  Diario y cuando precise.  La familia realiza los cuidados de la colostomía			x						x
<b>7</b>			Cambio de disco de Colostomía n° 55 c/4 días prox. Cambio....  Vigilar piel y estoma. Adecuar cuidados según necesidad  La familia realiza los cuidados de la colostomía			x						X
			CE: AUXILIAR :Medir Redones ( 1 )	x								

			CM: Control de constantes vitales y drenajes aspirativos diario. El recipiente del drenaje debe ser cambiado y no marcado.	x									
			CE: Aspirar secreciones										X
			CE: Cambiar macho n° 10	x									X
			CE: Cambio de sujetador de SNG			X							
			CE: Cánula con globo n°10			x							
			SNG CERRADA	x									

\*hace referencia a cuando el paciente precise.

CE: Cuidados de Enfermería.

CM: Cuidados médicos.

En cuanto a la etapa de evaluación, se refiere a la evaluación de la consecución de los objetivos propuestos, y que será preciso reflejar en los registros, así como las modificaciones que se deban llevar a cabo, cuando sea necesario.

Así se puede determinar a la observación de los registros que, en general son repetitivos y no exhaustivos, en algunos casos muy escuetos, pueden resultar incomprensibles para una enfermera novel, la utilización de siglas no es la adecuada y hay un exceso de abreviaturas en la redacción. Los registros no permiten evidenciar los cambios evolutivos en el paciente.

Los registros formales del hospital oncológico son básicamente referidos a los cuidados de colaboración o actividades interdependientes, no se reflejan en ellos las actividades independientes o del rol autónomo, para cuantificar de forma total el trabajo de enfermería, sin embargo como se decía es muy importante registrar todas las actividades que la enfermera lleva a cabo. En cuanto a los registros de los cuidados de colaboración es conveniente tener en cuenta, la necesidad de identificar las patologías y los tratamientos médicos y las pruebas diagnósticas más frecuentes, en este caso en la unidad de hospitalización del hospital oncológico, conocer las complicaciones más frecuentes para poder establecer las actividades de prevención y control más adecuadas, establecer los protocolos (que deberían ser consensuados entre los profesionales que están implicados en su realización) y revisarlos con la frecuencia requerida según el tipo de protocolo, es muy importante registrar no solo que se ha realizado la actividad sino la reacción o respuesta del paciente.

### 3.2.2 El registro informal

Aunque en el registro formal solo aparecen registrados cuidados en colaboración o actividades interdependientes, en las entrevistas realizadas, las enfermeras son conscientes y así lo verbalizan, de que, lo que no se registra no “se hace”.

*Muchas cosas que no registras y las haces, ahora con los partes en el ordenador igual lo reflejamos un poco más, pero es que te pasas horas muertas allí, revisando, cuando le he puesto esto, y a qué hora le he puesto lo otro, porque muchas veces no tienes tiempo de registrarlo. (Informante n° 75).*

Otra informante que no está en este momento en la planta de hospitalización, pero a la que se le hizo la entrevista inicial, verbaliza claramente sobre los registros cuando dice:

*No queda nada registrado. Nosotras sí que les informamos tienes que hacer esto, tienes que comer esto [se refiere a las actividades independientes], mejor que estos días no comas lo otro. Yo lo suelo comentar muchas veces, parece que no trabajo nada, que no he hecho nada más que cuatro cositas, pero he pasado toda la mañana que no he parado con uno con otro y me he vuelto loca. (Informante n°95)*

En un inicio no existía ningún registro de valoración de enfermería, y su inclusión en la HCE, ha resultado complicada

*Que no haya disparidad de criterios [se refiere al registro de la valoración]. Aquí cuando se propuso todo este tema, porque nosotros ya lo veníamos un poco peleando porque nosotros somos tan poquitos y.....dos personas con todo [se refiere a la supervisora y Directora de Enfermería], pues al principio se empezó a poner, no teníamos ni un registro de enfermería, ni siquiera para el ingreso del paciente. Cada cual hacíamos un ingreso del paciente según se nos antojaba unas mas otras menos, unas con gracia otras sin gracia. Y al final sí que hicimos un plan por necesidades,*

*hicimos un registro de ingreso, nos costó mucho que la gente lo escribiera, nos costó desde ver si está acompañado, a si le falta el ojo, decíamos, tenemos que verle todo, si trae una dentadura postiza que se nos ha perdido, hay que verle en todo; cuesta que la gente cuando vienes de una escritura que tu lo haces libre interpretación de lo que te da la gana, a ponerte un registro en la que de alguna manera te organicen para que todo el mundo lo veamos igual y sigamos los mismos pasos y luego ya daremos el margen porque ya tenemos sitios libres poder hacer nuestras objeciones de una manera libre; porque todos no somos iguales; pero si unas cosas básicas, para que todo el mundo veamos como son y costó mucho poner esa hoja. Luego ya se trajo el sistema informático que tenemos y claro es sistema informático [Se refiere a la Historia Clínica Electrónica HCE] que tenemos puesto en la casa; enfermería no contábamos para nada, no existía la parte de enfermería. (Informante n° 115).*

En relación a que la valoración es incompleta desde el punto de vista del Proceso de Enfermería.

*Claro. Pero porque no había nada, entonces se ha metido eso y ahora se está metiendo todas las pruebas de cuidados, todos los evolutivos, que vayan un poco ordenados con todos los procesos que tenemos médicos, que están relegados a los procesos médicos [hace referencia a las actividades interdependientes] aquí, sobre todo en el área quirúrgica, porque todos vienen con muchos protocolos de cosas.... Cada vez que damos un paso pues tenemos que consultarlo, nos lleva ralentizar muchísimo tiempo. (Informante n°115).*

Hay una dificultad en cómo se modifica la herramienta para poder introducir variaciones en los contenidos de enfermería máxime como cuando dice la informante en un inicio no contaba para nada lo que decía enfermería, no existía parte de enfermería.

En referencia al registro de cuidados independientes relacionados con la autonomía del paciente:

*Procuramos que sean independientes, lo hacemos, pero no lo escribimos, no. Procuramos que se vayan a duchar, que se acostumbren a pensar en hacer el aseo en la cama, pues no, mira que te vas a ir a tu casa y quien te va a asear. Las colostomías pues tienes que aprender, eso sí que educamos [formalmente], además hay una enfermera que también sube a decirles que bolsas tienen que comprar, que discos y si que procuramos educarles en el cambio, prevenir riesgos; para que luego ellos en casa, bueno pues.... , pero registrado.... igual en el evolutivo ponemos, se le instruye o se le..., pero lo dejas así mas intuitivo o igual a veces hay también gente [se refiere a las enfermeras] que igual en los cuidados ponemos, o otras no..., pues, (Informante n° 34).*

Una informante, no sabía cómo explicar qué cosas hacen y no se registran, se le plantea un ejemplo en relación a un paciente al que se le interviene de una patología donde el tema de la alimentación es crucial en su proceso de recuperación, se le hace una entrevista al paciente para saber cuáles son sus hábitos alimenticios, por ejemplo, y cuando se va de alta le ha enseñado y dado unas pautas generales, la cuestión se orienta a si se hace habitualmente y se registra en alguna aplicación del registro.

*No, no se registra en ninguna parte. Aunque lo hacemos. Y otras muchísimas cosas que no registras y haces. En el programa del ordenador si esta para registrar, pero muchas veces la mayoría de los días, no tienes ni tiempo, para hacer todas esas cosas. Tú intentas hacer todo, porque no te llega el tiempo. Yo te puedo decir, por ejemplo, que ayer, salí a las once menos cuarto de aquí y estuvimos todo el turno sin parar a pesar de estar una enfermera más. Es que lo otro era imposible del todo, nosotros sabemos que cuatro meses y medio hemos pasado, que pensábamos que nos iba a dar un mal. (Informante n° 75).*

En relación a los registros en el informe de alta, como decía se activa la aplicación informática si la enfermera lo considera.

*El médico le suele explicar, cuando les dan el alta, pues ya sabes o no puedes levantar o no puedes apoyar en una semana... (Informante n° 34).*

Las enfermeras no perciben como importante un informe específico de enfermería al alta como lo explica. Si no se utiliza, el término “informe al alta”, se puede llamar recomendaciones:

*Las suele hacer el médico”. (Informante n°55).*

*Igual el médico les explica, pues ahora cuando empieces en casa, tienes que seguir la alimentación que has tenido aquí, pero ellos te lo vuelven a preguntar a ti; porque hay muchas veces casi se fían mas de ti, porque igual han tenido más contacto contigo. (Informante n°75).*

La confianza del paciente hacia la enfermera es muy importante y así lo refleja una informante en cuanto a las recomendaciones o el informe de alta.

Como se ha visto tanto en los registros formales como en la percepción que tienen las informantes en relación a los registros, así como aquellas cuestiones que registran pero que no quedan reflejadas como un registro formal, hay etapas del proceso que aún no estando organizados tal y como se hace a través del Proceso de Enfermería, se registran aspectos en la valoración, en la planificación (actividades interdependientes), en la ejecución, careciendo de registro formal en el diagnóstico de enfermería y en la evolución como etapa final.

Sin embargo, en este momento el diagnóstico de enfermería está empezando a adquirir una gran importancia en España, si se quieren medir los cuidados de enfermería y conocer los resultados obtenidos por las enfermeras y poder implantar planes de cuidados estandarizados es necesario identificar los problemas más frecuentes en el hospital. En este caso el hospital oncológico tiene unos pacientes con unas características muy específicas por lo que sería posible conocer e identificar los diagnósticos de enfermería más utilizados. Aunque no se han organizado los cuidados alrededor del Proceso de Enfermería, son los diagnósticos de enfermería los que no se reflejan en ningún registro ni formal ni informal.

Teixidor dice “el diagnóstico médico induce el 40 % de las actividades de cuidados de enfermería, y la prescripción médica

explica sólo el 26% de la carga de trabajo de los cuidados de enfermería”(100).

Las enfermeras describen en el evolutivo de enfermería una parte del trabajo que realizan y así lo afirman, el procedimiento o criterio para realizarlo, es libre, no sigue una pauta preestablecida o un proceso mental conocido. Es posible que tengan que ver con cuestiones tradicionales “*es como se ha escrito siempre*”. Comentaba una informante.

En definitiva, se puede observar que casi en su totalidad los registros que las enfermeras realizan, se refieren a las actividades interdependientes surgidas, principalmente de los diagnósticos médicos o prescripción médica. Otro aspecto a destacar y que se aprecia en las entrevistas es que las enfermeras tienen dudas sobre el significado de rol autónomo o actividades independientes.

Las necesidades que aparecen en la hoja de registro en cuanto a la etapa de valoración son: Necesidad de oxigenación, Necesidad de nutrición e hidratación, Necesidad de eliminación, Necesidad de higiene y protección de la piel, Necesidad de comunicación, Necesidad de actuar según sus creencias y valores, Necesidad de termorregulación, Necesidad de evitar peligros.

En relación a las necesidades descritas, en los datos observados en los registros, no aparecen los referidos a la Necesidad de evitar peligros, aunque sí aparece el elemento de prótesis. La Necesidad de eliminación no tiene datos a excepción de los pacientes que tienen una colostomía, si el paciente tiene una sonda vesical aparece en los cuidados de enfermería pero no en la hoja de

registro de valoración. En cuanto a la comunicación aparece un ítem relacionado con el Apoyo Familiar, sin embargo este dato está incompleto en todos los pacientes pues, aunque la aplicación permite señalar en qué momento el paciente cuenta con este apoyo (mañana, tarde, noche), en ninguno de los registros está cumplimentado este dato. En el caso de las Necesidades de: termorregulación y oxigenación no siempre hay datos en ambos parámetros, en relación a estos últimos, hay una aplicación específica de constantes vitales.

Sin embargo, uno de los objetivos de la valoración de enfermería es tener una visión integral del paciente, por lo que es importante que todos los datos referidos al paciente y que sean susceptibles de la actuación de enfermería aparezcan en la pantalla de valoración.

La descripción de las actividades identificadas a través de la entrevistas realizadas ha permitido conocer la organización diaria del trabajo de enfermería, así como los aspectos más generales de cómo distribuyen su actividad en relación a las actividades interdependientes e independientes. Las actividades independientes que llevan a cabo las enfermeras no están validadas ni en muchos casos registrados, así la informante habla de “cosas de planta”, cuando se refiere, en muchas ocasiones a actividades independientes de enfermería, pero surgen como cosas sin importancia, “lo que se ha hecho siempre”. Así su puesta en práctica depende exclusivamente de la experiencia y la individualidad de cada enfermera.

Por otro lado no aparecen registradas las siguientes: Necesidad de moverse y mantener una buena postura, Necesidad de descanso y sueño, Necesidad de utilizar prendas de vestir adecuada, Necesidad de trabajar y realizarse, Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas, Necesidad de aprendizaje.

Cabe destacar que en la Necesidad de aprendizaje, las informantes especifican que la educación sanitaria al paciente en relación a las consecuencias de su problema de salud o de las consecuencias del tratamiento prescrito es una práctica habitual, sin embargo, no hay ninguna referencia en los registros a estas cuestiones.

En definitiva, únicamente se registra una parte del trabajo que se lleva a cabo en la planta, los procesos mentales que se utilizan en el registro son desconocidos y están relacionados con la forma en que hasta ahora se estaban llevando a cabo.

### **3.3. Percepción de las enfermeras sobre la aplicación del Proceso de Enfermería. Desarrollo de las categorías.**

Previo a abordar las categorías que se habían identificado con las enfermeras de la unidad de hospitalización, parecía adecuado, por la percepción tan positiva que manifestaban las informantes en relación al Proceso de Enfermería, establecer, si éstas, identificaban ventajas e inconvenientes que habían ido percibiendo y así se procedió a ordenarlas para dar más coherencia al discurso, sin embargo, en el transcurso de la entrevista se evidenció que era complicado dejar que describieran cuales podían ser las ventajas e inconvenientes, fundamentalmente porque no identificaban claramente el Proceso

de Enfermería y generaba cierto desasosiego en algunas informantes.

Así en relación al Proceso de Enfermería, su conocimiento sobre el mismo y su aplicación teórica y práctica, una informante dice:

*Lo que me dieron en el colegio, si. Y después cuando he hecho el máster, otra vez, pero vamos después, no. Yo personalmente mientras no haga una práctica de eso no puedo valorarlo, yo soy de las que si no hay una práctica de algo que en teoría te están dando, no se puede valorar si eso mejora o empeora nuestra atención porque como todo va..... yo desde ahí porque es que yo lo que he visto me acuerdo que pues, fíjate me toco estando haciendo prácticas me toco en un psiquiátrico donde tenían muy avanzado esto de... incluso hice historia de Enfermería, y de eso tengo un poquito de experiencia. Yo personalmente no me sirvió mucho esa historia que hacía de enfermería al enfermo. Al médico le serviría mucho, pero a mí no me servía mucho, porque yo necesito menos cosas para mi quehacer, porque tan amplio como era aquello y hacíamos todo, la historia de enfermería con diagnostico, problemas.... Bueno en ese momento claro tampoco unas prácticas que te duran 2 meses...que es lo que te dura cada bloque porque antes hacíamos practicas, las dos cosas a la vez si por la mañana tenias teoría, por la tarde, a clase a estudiar; entonces eran 5 o 4 h. no me acuerdo yo ahí es donde más practique y una de las cosas que hacía era esa, era la historia e hice y me acuerdo perfectamente como la hice y todo porque es una cosa costosa y que esto.... Claro estaba como alumna entonces me podía emplear todo el tiempo que*

*quisiese, no sé si eso me permitiría, pero vamos después no sé si eso me hubiese servido para trabajar. Pero me pareció muy amplio, porque hacer diagnósticos y problemas.... (Informante n° 45).*

Parece que el cumulo de actividades que lleva aparejado el Proceso de Enfermería son excesivas para el trabajo diario que se realiza tal y como lo explica este informante, cuando dice “yo necesito menos cosas para mi quehacer”. No obstante al haberlo llevado a la práctica durante un periodo de tiempo tan escaso y con el rol de estudiante, cuestiona que pueda servir como ejemplo cuando indica:

*Yo dudaría de hacer una opinión sobre algo que no conozco y sobre todo en la práctica. (Informante n°45).*

Otra informante que ha puesto en práctica en otro hospital el Proceso de Enfermería explica su experiencia cuando afirma que se utilizaba para computar las cargas de trabajo.

*Nos lo hacían semanalmente para ver la carga de trabajo y el personal que se necesitaba, según... pero no me parecía útil porque había muchas cosas que no estaban registradas en el. Era una hoja, la rellenábamos una vez a la semana y con eso se hacia una reunión con la supervisora y entonces al cabo del mes, ellos valoraban, si habíamos estado suficiente personal en planta o no. Entonces sí, si todo el proceso, movilización, alimentación... (Informante n°64).*

Las cargas de trabajo no siempre se pueden computar por actividades puesto que dependen de las características del paciente como ejemplifica la informante anterior al explicar:

*Allí, no teníamos celadores, por tanto el levantarlo, llevarlo hasta la silla, tenerlo allí un ratito y luego el volverlo a tumbar, eso solo ponías, movilización, que te llevaban, pues igual te calculaban 5 o 10 minutos, que no eran reales; si el paciente no se moviliza bien, pues aparte que no tenías, como aquí, cosas para moverlo entonces tardabas mucho mas. Eso no se cuantificaba. Solo se reflejaba que estaba movilizad el paciente, 10 o 15 minutos. Luego la alimentación, si era dependiente o no dependiente, te ponían pues un tiempo estimado lo que terminabas en poder darle de comer, tan poco es verdad, porque hay pacientes que te comían enseguida el puré y otros pacientes que masticaban y tenías que darles de comer, les tenías que cortar. El tiempo es diferente. (Informante n°64).*

Sin embargo, consideraba que como método era adecuado pues se podía ver la situación global del paciente cuando dice:

*Esta muy bien, porque te pone una pautas para ir viendo al paciente según esas pautas, porque hay veces que igual pasas de largo y hay cosas que no has visto del paciente, entonces estaba bien para darte pautas. (Informante n°64).*

En la misma línea, otra informante, indica la pertinencia del Proceso de Enfermería cuando dice:

*Yo pienso que sí, porque de hecho el Proceso de Enfermería nos hace ver al paciente de forma integral. Entonces sí que aporta y de hecho desde que empiezas a trabajar tú con pacientes y trabajas con pacientes y dejamos lo que era trabajar con tareas ha sido un aporte importante, conoces al paciente o deberíamos conocerlo en todos los aspectos, a nivel familiares, a nivel medico, a nivel todo. (Informante n° 115).*

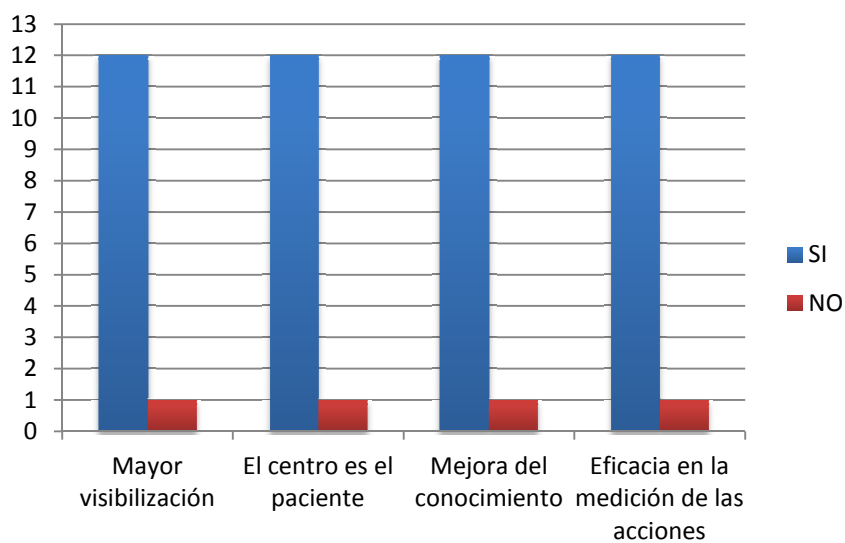
En general, a pesar de que el conocimiento del Proceso de Enfermería es escaso y se conoce, casi únicamente desde la teoría, parecía importante conocer si las ventajas e inconvenientes que describe la literatura, es compartido por las informantes del hospital oncológico. Se identificaron aquellas cuestiones más relevantes y generales relacionadas con el Proceso de Enfermería en la práctica clínica y en las siguientes tablas se puede observar los resultados de forma general.

**Tabla 14.** Percepción de las informantes sobre las ventajas de la implantación del Proceso de Enfermería. Tabla de elaboración propia.

Se ha marcado con una X cuando lo consideran una ventaja, cuando no aparece la X es porque no consideran que es una ventaja.

VENTAJAS	INFORMANTES												
	14	22	34	45	55	64	75	82	105	125	132	155	145
Proceso de Enfermería													
Es un buen método para visibilizar el trabajo de la enfermera		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
El paciente se convierte en el centro de atención		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Se crean oportunidades para mejorar el conocimiento de enfermería.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Se genera un sistema eficaz donde se evalúa y se mide lo que se hace.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

**Gráfico 9.** Se visualiza de forma global las ventajas que las enfermeras consideran tiene la utilización del Proceso de Enfermería según 4 categorías extraídas de las entrevista. Gráfico de elaboración propia.



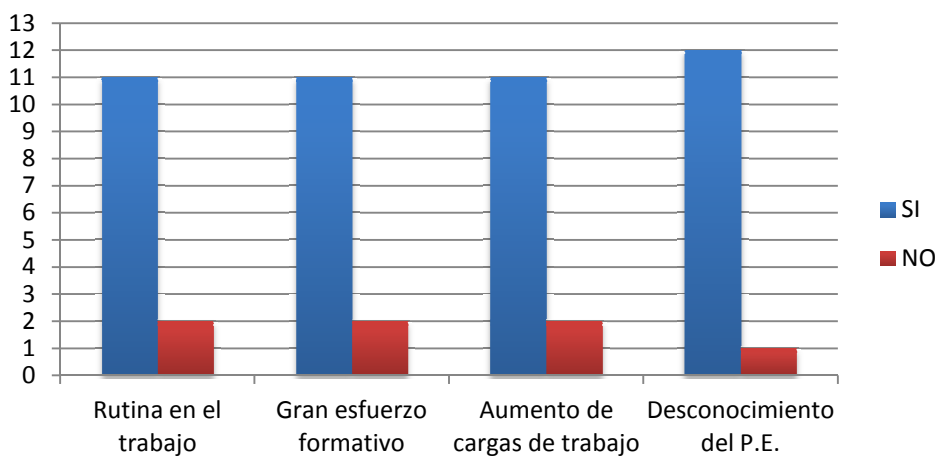
Aplicación de la metodología de la enfermería en la organización de los cuidados

**Tabla 15.** Percepción de las informantes sobre las dificultades de la implantación del Proceso de Enfermería. Tabla de elaboración propia.

DIFICULTADES Proceso de Enfermería	INFORMANTES												
	14	22	34	45	55	64	75	82	105	125	132	155	145
La rutina en el trabajo diario genera resistencias al cambio	X	X	X	X		X	X	X		X	X	X	X
Es preciso un gran esfuerzo de formación de las enfermeras		X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
La cargas de trabajo pueden aumentar		X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
La terminología del P.E. no se conoce suficientemente		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

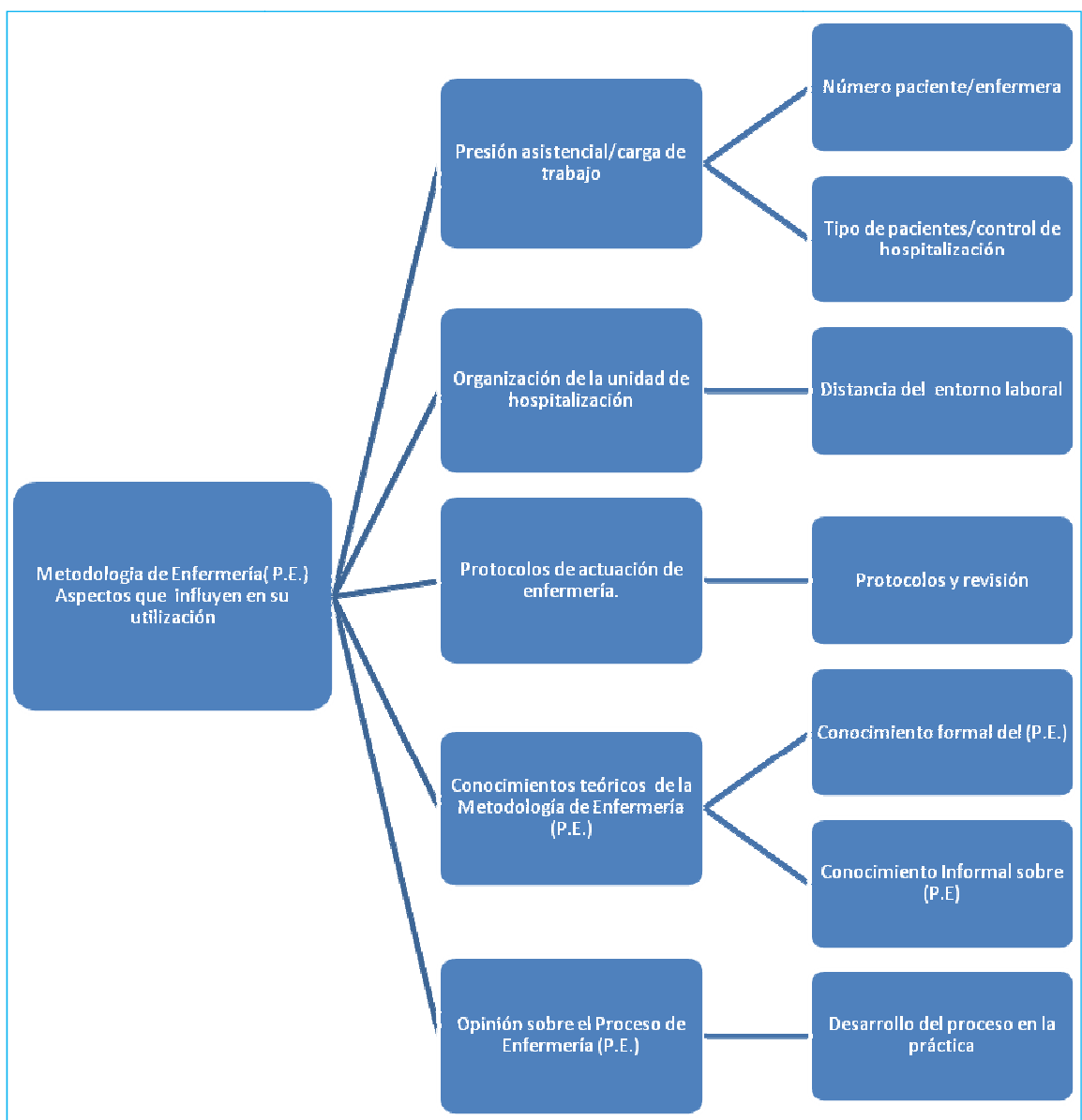
Se ha marcado con una X cuando lo consideran una dificultad, cuando no aparece la X es porque no lo consideran dificultad.

**Gráfico 10.** Se visualiza de forma global las dificultades ventajas que las enfermeras consideran conllevaría la utilización del Proceso de Enfermería según 4 categorías extraídas de la entrevista. Gráfico de elaboración propia.



En el siguiente gráfico se trata de plasmar gráficamente las cuestiones que para las informantes son relevantes en su percepción sobre la implantación del Proceso de Enfermería.

**Gráfico 11.** Categorías que se han trabajado en las entrevistas y su relación con la percepción de las enfermeras en la utilización del Proceso de Enfermería. Gráfico de elaboración propia.



Las categorías que se han ido desarrollando tienen relación con el número de pacientes por enfermera, referido a la presión asistencial, cómo está organizada la unidad de hospitalización, la existencia de protocolos, el conocimiento teórico y práctico del Proceso de Enfermería, la motivación hacia su puesta en práctica, así como su opinión con respecto al Proceso de Enfermería.

#### Presión asistencial y organización de la unidad de hospitalización

En el hospital oncológico, tienen establecido que el tiempo de dedicación de una enfermera al cuidado del paciente es de aproximadamente 90 minutos, lo que representa un porcentaje del 84% del rendimiento de enfermería (según datos proporcionados por el hospital oncológico). Sin embargo las enfermeras perciben una gran presión asistencial, no únicamente en cuanto al esfuerzo emocional del tipo de paciente sino en cuanto a la actividad física.

*A la mañana a veces estas corriendo toda la mañana y no das abasto. Por la tarde, algún día si puedes tener, pero la mayoría de los días también estas ocupado toda la tarde. (Informante n°55).*

La posibilidad de poder dedicar tiempo a estudiar un caso en el equipo de enfermería o preparar un tema complejo para su análisis y discusión, es prácticamente imposible durante la jornada laboral y así una informante dice de forma tajante a esta cuestión:

*Nada, impensable (Informante n° 45).*

En relación al volumen de trabajo por turnos y si se perciben alguna diferencia entre los turnos de mañana, tarde y noche cuando en el turno de mañana hay una enfermera más. La misma informante dice:

*El turno de mañana estamos muy cobijados, muy asistidos. El problema de la tarde y de la noche, es que desaparece todo el mundo. Por ejemplo tema informática, no hay nadie. No me vale que llame al informático de guardia, yo no estoy para eso. Si hago mi trabajo que cada cual haga el suyo, no me vale que un aparato no funcione, porque tiene que funcionar y no es algo puntual. Por la tarde estamos muy justas y un problema te descoloca el trabajo y vas de cabeza. (Informante n°45).*

En cuanto a si se percibe diferencia en cuanto al tiempo de dedicación si hay una enfermera más en cada turno, la siguiente informante dice:

*Si hay diferencias. Estando más enfermeras hay más tiempo, puedes hacerle preguntas, etc. Por la noche se pueden hacer más cosas. (Informante n°64).*

Como se decía la especificidad de los pacientes incluso aunque éstos sean oncológicos tiene que ver con el tipo de trabajo, las actividades de enfermería presentan algunas variables en cada uno de los controles de la unidad de hospitalización, así lo refleja una informante, en relación a la actividad o dedicación al cuidado en los diferentes turnos:

*Yo creo que a la mañana le dedicas más tiempo al paciente siempre y cuando puedas. En general para llegar en los tres turnos. En este control el trabajo no cesa. En el control de oncología, igual te cuesta más registrar las cosas, son mas demandantes los pacientes, porque tienen más dolor, porque tienen más medicación, sin embargo en este [se refiere a cirugía oncológica], igual son menos demandantes, pero si tienes la presión de los ingresos de la mañana, las medicaciones, las subidas de los quirófanos, la urpa [unidad de reanimación post-anestésica], que generalmente suele ser a las 14h50 o 14h55 y casi no tenemos tiempo de darnos el parte las unas a las otras. En un control hay mucha variedad de actividades que llevan mucho tiempo [cirugía oncológica] y en el otro es la demanda del paciente el que te lleva ese tiempo [oncología médica]. (Informante nº 75).*

En el mismo sentido:

*Cuanto menos gente hay [se refiere a las enfermeras], menos tiempo tienes para los cuidados. El turno en el que le ves más [se refiere al paciente] es el turno de mañana, porque estamos más. Por la noche haces las rondas, pero no les molestas, ya que están descansando. A la tarde es muy difícil. (Informante nº45)*

A destacar que una enfermera apunta exactamente los pacientes que tiene por turno y lo que supone cuando la actividad en los tres turnos cuando dice:

*Depende del cupo de pacientes que tengas, a la mañana estamos más personal. Tenemos 12 pacientes por enfermera y*

*a la tarde la mitad de planta, unos 16 o 18 pacientes. Se nota diferencia, a la tarde con los ingresos, los quirófanos. No sé si hay algún motivo aunque hay pacientes que ingresan a la tarde otros no, otros por protocolo porque tiene preparación intestinal y creo que mas que esto por temas de anestesia, pre-medicación porque les preparamos al día siguiente para el quirófano, todos los que van a primera hora les dejamos preparados. Si son de tercera hora a partir de las 12h. igual ingresan a la mañana. (Informante n°132).*

Es muy gráfico como lo expresa la siguiente informante, y su relación con los registros de enfermería:

*A la mañana tienes menos pacientes asignados, pero tienes unos cuidados mayores y a la tarde estas con más pacientes y otros con cuidados. Las tardes suelen ser terribles. Falta tiempo o tener unas plantillas para recoger esos datos. Te viene un ingreso, etc. No puedes. En el registro no se reflejan muchos datos, por ejemplo ir hasta la habitación volver, atender un timbre, etc. (Informante n° 155).*

Otra de las variables que se tuvieron en cuenta era la propia organización del hospital. El hospital oncológico actual, ha cambiado su estructura, así, esta estructura, tiene relación con otra de las categorías a estudiar, la carga de trabajo y su relación con la presión asistencial, y la distancia y así lo perciben las informantes.

**Imagen 14.** Se visualiza el pasillo con las habitaciones a la derecha. Cuando suenan los timbres la luz en la parte superior de la puerta no es visible. Fotografía de elaboración propia.



Todas las informantes describen la distancia que existe en cada control de la unidad de hospitalización del nuevo hospital como una dificultad en el trabajo diario, así el diseño arquitectónico de los controles no permiten ver los timbres desde cualquier punto de los pasillos. Está diseñado de tal forma que físicamente no se ven las puertas de las habitaciones y los timbres al estar éstos encima de las puertas tampoco.

*La distancia es una desventaja, también el que no seamos capaces desde el pasillo ver los timbres. El timbre está en la puerta, está dentro y no se ven, está “súper bonito”, pero no es funcional. Se comentó la posibilidad de un sistema de buscas, que si sonaba un timbre sonara en el busca..... pero*

*no era funcional. Es una desventaja a la par o más que la distancia. (Informante n° 155).*

En el mismo sentido otra informante dice:

*Las distancias son enormes. El espacio está mal estructurado en este caso, como si fuera un hotel y esto es un hospital. Hay un pasillo que no hay habitaciones que si las tuviera y este salón lo hubieran puesto más allá. El arquitecto que lo diseño no calibro las distancias, es importante para nosotras pero también para el enfermo. Los timbres es otro inconveniente, si no acudo al control no sé de donde nos llaman, porque no los vemos cuando estamos por el pasillo. La distribución de las habitaciones no es buena. Esto es un hospital y los pacientes vienen a un hospital, no a un hotel. (Informante n°45).*

**Imagen 15.** Se visualiza en esta fotografía como quedan los timbres “metidos”, tal y como lo explican las informantes. Fotografía de elaboración propia.



**Imagen 16.** En esta fotografía se ve una de las señales luminosas de los timbres encendida, para identificar la habitación se debe ir hasta el control. Fotografía de elaboración propia.



En cuanto a su percepción sobre si hay relación entre la presión asistencial la distancia y la necesidad de más enfermeras la siguiente informante dice:

*Se pierde muchísimo tiempo. La distancia está ahí. Si estuviera distribuido con más personal, seguramente daríamos menos vueltas. También ayudaría si tuviéramos una especie de almacén en los pasillos, ya que tienes que ir a recoger el material al control. Es un inconveniente claro, en los dos controles. (Informante nº22).*

**Imagen 17.** Almacén donde se encuentra el material junto al control 2. Fotografía de elaboración propia.



La distancia vuelve a ser uno de los temas más recurrente en todas las informantes:

*Las distancias son tremendas. En aquel control como te toquen las habitaciones a partir de la 40, es tremendo; que no se te olvide algo, porque vas, vuelves, es tremendo. Quita tiempo, a no ser que se pusiera otro pequeño control donde está la sala de estar donde tuviéramos material u otras cosas, un pequeño txoko. (Informante n° 34).*

Una informante, además, relaciona la distancia a recorrer en el turno de trabajo con su repercusión tanto en el trabajo como en la vida personal cuando dice:

*Acabamos muy agotadas, físicamente. Notamos una diferencia tremebunda. En los dos controles. Yo al principio pensaba que era por la edad pero las jóvenes dicen que*

*acaban también agotadas. A pesar de que estamos una más, sino sería imposible hay mucho mas trabajo, de noche una sola sería imposible, con mucho estrés, a la tarde con una más, es necesaria una tercera, porque hay muchísimo trabajo. A la mañana se necesitaría 4 enfermeras. Por la tarde 3, en los dos controles. Porque la carga de trabajo es el doble que en el otro lado [se refiere al otro hospital]. Antes teníamos dividido por patologías y ahora en un lado pacientes con quimio; terminales que dan mucho trabajo igual tenemos 3 o 4 que están muy mal y están muy demandantes. Las quimios se está cambiando y podemos tener de 6 a 7 no en habitaciones cercanas como no son pacientes graves se les manda a las habitaciones más lejanas, los recorridos que podemos hacer al día es terrible porque hay que cambiarlos todo el tiempo y en este lado aunque no son de quimio son pacientes de quirófanos que al principio están muy vigilados. Yo antes hacía cosas fuera del trabajo, deporte o pintura, soy incapaz de hacerlo porque acabo agotada en el trabajo. Antes al ser por patología, estaba todo mezclado y el fin de semana se marchaban muchos a casa. Ahora no, porque los de oncología se quedan prácticamente todos. En cirugía notamos mas alivio. (Informante nº 64).*

En la organización del hospital, no solo se refieren a la distancia como indica esta informante, también a la organización de los pacientes en los controles. En el antiguo hospital los pacientes estaban “mezclados”, esta situación suponía que los fines de semana, en los que hay menos personal algunos pacientes eran dados de alta en las dos plantas de hospitalización, en la actualidad al estar cirugía separada de oncología médica esta

situación no se produce. En un inicio en el hospital oncológico actual se mantenía el mismo personal que en el antiguo hospital, así estaban dos o tres enfermera por la mañana y una por la tarde y una por la noche en cada control de la unidad de hospitalización, esta situación por lo descrito era imposible de mantener en el nuevo hospital y tal y como indica la siguiente informante, no solo en cuanto al trabajo de enfermería sino también muestra su preocupación por la repercusión en el paciente:

*Son distancias muy largas, se anda muchísimo. También son los timbres [se refiere a lo que se ha explicado de cómo están ubicados en las puertas]. También debería haber 3 controles. Tiempo perdido y que el paciente tiene que esperar. (Informante n°75).*

En cuanto a la distribución, también apunta otra informante:

*La distribución ha cambiado a peor. Esta más a desmano. La distancia es mucha, cuando estas con dos pacientes en los extremos, tienes que volver al control y otra vez a la habitación ya que no tenemos ningún sitio más centrado donde dejar material y no andar tanto. Ese es el mayor inconveniente a este edificio. (Informante n°82).*

La percepción sobre esta cuestión es muy llamativa:

*Terrible. Las distancias son terribles. Se hacen muchos kilómetros al cabo del turno. La visión también, no se ven los timbres. (Informante n° 105).*

Algunas informantes comentan que va a llevar un medidor de distancia para ver cuántos kilómetros andan durante el turno de trabajo.

Todas las informantes perciben como una dificultad importante las distancias y por lo tanto lo relacionan con el tiempo “que pierden” en los desplazamientos de una a otra habitación.

No obstante también encuentran algunas ventajas en la organización del nuevo edificio:

*El espacio es muy importante para nosotros y para el paciente. Es una ventaja. Las habitaciones son más amplias, excepto el baño que no ha mejorado. Otra ventaja es la luz que hay sea natural o artificial. (Informante nº45).*

*El material también está mejor, no solo lo que tenemos, sino que está mejor distribuido y luego estamos más informatizados y entonces lo recibimos antes y no tenemos que dar tantos paseos [se refiere a ir a otros servicios]. Luego también tenemos el tubo neumático para enviar las muestras, que nos evita bastantes paseos (misma referencia a otros servicios). (Informante nº64).*

### Protocolos de actuación de enfermería

Los protocolos también denominados guías de práctica clínica se refieren a una serie de recomendaciones o normas que se describen y organizan de una forma específica y cuyo objetivo es facilitar la decisión más óptima en relación a una actuación clínica, y además, evita una excesiva variabilidad en las

actuaciones que tienen la finalidad de facilitar la toma de decisiones adecuadas en una situación clínica específica (96).

Los protocolos permiten como herramienta identificar la prestación de determinadas actuaciones de enfermería así como medir dicha actuación y los resultados obtenidos. Los protocolos deben estar integrados en el propio proceso metodológico como un elemento más del Proceso de Enfermería.

Si como se comentaba uno de los aspectos más relevantes de los protocolos es reducir la variabilidad en la práctica clínica por lo tanto se incrementa la eficiencia de dicha práctica.

La elaboración de los protocolos deben estar basados en la evidencia científica y los mismos deben ser revisados con la frecuencia que cada hospital determine, teniendo en cuenta los parámetros validados para realizarlos.

La aplicación de los protocolos, sin embargo, aunque están elaborados, en ocasiones, su aplicación en la práctica clínica no siempre es la deseada. La activación de la aplicación depende de la valoración personal de la enfermera, no existiendo un criterio común. En el hospital oncológico, tienen elaborados un total de 20 protocolos:

- Úlceras por presión: Según grado se activan por separado, así como el de prevención de úlceras por presión.
- Cuidados colostomías/ostomías.
- Cirugía menor.
- Diuresis/quimioterapia.
- Drenajes.

Aplicación de la metodología de la enfermería en la organización de los cuidados

- Sondaje vesical tras cirugía.
- Sonda vesical Foley.
- Sonda vesical silicona.
- Vía Central.
- Vía Drum.
- Vía Pot-a-cath.
- Vías subcutáneas.
- Vías periféricas.
- Cirugía, que incluye:
  - Tiroides.
  - Cuidados cuadractomía de mama.
  - Cuidados cirugía menor.
  - Cirugía abdominal colostomía.
- Cirugía torácica. Cuidados de cirugía torácica.
- Asociación Katxalin (información a la paciente con cáncer de mama).

La aplicación informática debe incluir las individualidades del paciente en relación a los cuidados.

Una informante en cuanto a su utilidad dice:

*Ahora mismo; estamos en una etapa de cambio. Hemos venido de un centro pequeño, este ya es más grande. Y habría que hacer, protocolizar todo igual un poco más. Que todos hagamos el trabajo más o menos haciendo las mismas pautas, no lo que consideramos cada uno; que muchas veces es lo que hacemos, cada uno saca su trabajo como sabe e igual no llevas el mismo método que tu compañero, eso está claro. Unificar eso estaría bien. Si. Si tenemos protocolos y de*

*hecho cuando llegas lo primero que hacen, antes de ponerte con un paciente, es leerte el protocolo. Pues ahora mismo están en ello [se refiere a la revisión]. Mínimo una vez al año, yo creo que sí que lo harán. Sobre todo se actualizan más en la cirugía, porque hay muchos cambios y tienen que unificar entre los diferentes médicos, de diferentes servicios, es más complejo. Pero en este lado [oncología médica] como generalmente son pacientes más o menos con el mismo perfil, pacientes de unidad asistencial o quimioterapia o radioterapia alguno [se refiere a los protocolos] también. Luego están los pacientes paliativos, los cuidados paliativos. (Informante n°82).*

### Conocimiento teórico del Proceso de Enfermería.

#### 1. Conocimiento formal.

Cada vez se hace más evidente la necesidad de un conocimiento claro y preciso del Proceso de Enfermería, ya que si no es imposible poder trabajar aplicando dicha metodología ni conocer claramente sus beneficios, es decir, como se estructura y cuáles son sus etapas, y muy importante, no solo desde el punto de vista teórico, sino como se puede y debe aplicarse en la práctica clínica. La utilización de una terminología de enfermería basada en otras disciplinas sin utilizar un lenguaje propio, vacía de contenido el propio quehacer profesional de enfermería. Los términos NANDA, NOC, NIC, son imprescindibles por su significado y su orientación hacia la práctica profesional, que como decía evita la variabilidad en la actuación profesional y

facilita llevar a cabo unos cuidados individualizados, así, mismo mejora la relación entre la enfermera y el paciente (101).

En la entrevista inicial, se preguntó a las informantes, sobre que sabían del Proceso de Enfermería, pero en un inicio se mostraban nerviosas y les parecía como un “examen”, por lo que se obvió la pregunta y se consideró más adecuado formular la pregunta en la entrevista de profundidad, puesto que habría una relación previa con las informantes y se habría iniciado una relación de confianza que facilitaría la respuesta a la pregunta.

El conocimiento teórico del proceso de Enfermería, se denominará el conocimiento formal del mismo, se refiere al conocimiento de sus etapas o su descripción teórica. En todas las informantes se percibe un conocimiento escaso, casi nulo. Así una de las informantes incide sobre la teoría del Proceso de Enfermería:

*Termine en el 2002. ¿Alguna etapa? valoración, evaluación, eran 4 0 5; diagnostico, planificación y ejecución. Cuando ingresa. No la hacemos exhaustiva [se refiere a la valoración]. No es una valoración. (Informante nº 14).*

En relación a las etapas en concreto del Proceso de Enfermería, una de las informantes dice:

*Planificación, evaluación,..... Termine hace 8 años. (Informante nº 22).*

Las etapas que faltan, no las dice, y se percibe cierto nerviosismo, y evitando que parezca un interrogatorio, se comentan de forma casual y las recuerda. A partir de ahí la entrevista se desarrollo con fluidez.

En otro caso la informante, reflexiona y dice:

*No las recuerdo, pero por intuición o lógica, diría, si me viene un paciente lo primero que tendría que hacer es una anamnesis y una valoración de problemas, identificación de problemas, un plan de cuidados respecto a cada problema, diagnóstico de enfermería y hago cuidados y la evaluación.*(N° 45).

*No sé si me acordaría.* (Informante n° 55). [Se las comento y me comenta que si le suenan].

De las demás informantes, ninguna recuerda las etapas del Proceso de Enfermería, las recuerdan como en el caso anterior cuando se las indico. Únicamente dos informantes tienen conocimiento de todas y cada una de las etapas del Proceso de Enfermería:

*Valoración, planificación, objetivos? diagnóstico, ejecución y evaluación.* (Informante n° 45).

*Valoración, planificación, diagnóstico, ejecución y luego lo de cumplir los objetivos, evaluación.* (Informante n° 132).

Se podría deducir por los datos obtenidos de las informantes, que aquellas que menor edad tienen conocen más de la teoría del proceso, sin embargo, en los casos en que el conocimiento es mayor las informantes están en la década de los 40 y de los 20, otras informantes de la década de los 20 y los 30 no recuerdan la teoría del Proceso de Enfermería.

Es de destacar que las informantes que tienen de base titulación de Diplomado en Enfermería saben como se denominan las etapas del Proceso de Enfermería, sin embargo, las informante cuya titulación de inicio es A.T.S. incluso aunque todas han realizado el curso de Nivelación (curso y examen externo para convalidar los estudios de A.T.S por los de Diplomado en Enfermería), no las recuerdan en un principio.

Es interesante la aportación de una informante cuando dice:

*Lo que no se práctica se olvida tanto la teoría como la práctica. (Informante n° 45).*

## 2. Conocimiento Informal.

Relacionar la teoría y la práctica e inculcar que la necesidad de cualquier profesión es delimitar su ámbito científico que permita evitar ambigüedades en la toma de cualquier decisión profesional, sustentando sus actuaciones desde la mayor evidencia científica, es todavía una tarea complicada (100).

Las informantes indican en relación a cuál es la forma de organizar los cuidados y a la vista de los resultados se percibe que la organización de los cuidados según el Proceso de Enfermería y el modelo tradicional coexisten en su organización o forma de llevar a cabo la actividad asistencial. Con el objetivo de facilitar a las informantes las explicaciones en relación a esta cuestión se categorizó y plasmo en las entrevistas el significado de un tipo de organización u otro. Pareció oportuno actuar de ésta forma puesto que dejando la pregunta más abierta, se generaba cierto desasosiego al no tener claro cuál era el significado de trabajar con una organización basada en el modelo

tradicional o utilizando el Proceso de Enfermería. Así en la siguiente tabla se describe como se abordan los conceptos referidos a las dos formas de organizar los cuidados de forma que las informantes identifican con cuál de ellas identifican su práctica diaria.

**Tabla 16.** Los dos apartados se refieren con qué modelo se identifican más cuando llevan a cabo la práctica asistencial. Tabla de elaboración propia.

<b>Nº</b>	<b>Organización según el Proceso de Enfermería (PE)</b>	<b>Organización según el Modelo Tradicional (MT)</b>
<b>1</b>	La enfermera actúa autónomamente. Se contempla el médico como un colega. Función independiente.	Deferencia hacia la actividad médica y el médico. Funciones interdependientes
<b>2</b>	La enfermería es una actividad intelectual, la enfermera es pensadora creativa. Énfasis en habilidades intelectuales.	La enfermería es una actividad práctica. La enfermera realiza tareas. Énfasis en habilidades manuales.
<b>3</b>	La enfermera busca activamente la información.	La enfermera recibe pasivamente la información.
<b>4</b>	El trabajo es dinámico.	El trabajo está rutinizado.
<b>5</b>	El trabajo se centra en el paciente.	El trabajo se centra en las tareas.
<b>6</b>	El rol de la enfermera se expande hacia las ciencias de la conducta y sociales.	El papel de la enfermera está restringido a los aspectos físicos.
<b>7</b>	La enfermera se relaciona estrechamente con el paciente.	La enfermera evita la relación estrecha con el paciente como mecanismos para evitar la angustia.
<b>8</b>	La enfermera rinde cuentas de sus acciones de forma individual.	El rendimiento de cuentas se difunde entre el personal y el delegado a una jerarquía.(NO HAY INDICADORES)
<b>9</b>	El paciente es un participante activo.	El paciente es un receptor pasivo.
<b>10</b>	Evaluación de resultados	Evaluación de medios.

No se puede olvidar que enfermería es una profesión donde la organización de los cuidados según el modelo biomédico/tradicional sigue basando muchas de las actuaciones profesionales, y donde una organización de cuidados basada en el Proceso de Enfermería como metodología científica todavía hace pequeños intentos de abrirse camino en el trabajo diario.

Se van desgranando los aspectos que determinan una u otra forma de organizar los cuidados de forma comparativa y las informantes van identificando cuál es el que según su percepción se adecúa más a la forma de trabajar.

En las siguientes tablas se puede ver de forma global los resultados obtenidos.

Aplicación de la metodología de la enfermería en la organización de los cuidados

**Tabla 17.** Percepción de las informantes sobre cómo organizan los cuidados según el modelo tradicional (biomédico) o según el Proceso de Enfermería. Tabla de elaboración propia

		INFORMANTES																											
		14		22		34		45		55		64		75		82		105		125		132		145		155			
P	E	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M		
1		X	P	X		X		X		X		X		X	PT	X		PT		PT		PT		PT		PT			
2		X	PT		PT		X		PT		X		X		X		PT		X		X		X		X		PT		
3	X			X	X		X		X		X				PT	X		X		X		X		X		X		PT	
4	PT	X		PT		PT		X		PT		X		X		X		PT		X		X		X		X		PT	
5	PT	X		PT		PT		PT		PT	X		PT	X		X		PT		PT		PT		X		X		PT	
6	PT	X			X		PT		X		PT		PT		PT	X		PT		X		X		X		X		PT	
7	X		X		PT		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		PT
8		X		PT		X	0	0	X		X		PT	X		X		PT		X		X		X		X		PT	
9	PT	X		PT		PT		X		X		PT	X		X		X		X		PT		PT		PT		X		
10	PT		X	X		X		0	0	X		PT	X		X		X		0	0	PT		PT		0	0			

P = Preguntas

PE = Proceso de Enfermería.

MT = Modelo Tradicional.

X = Se identifican con la forma de llevar a cabo los cuidados.

PT = Consideran que hay un poco de ambas elementos en la forma de llevar a cabo los cuidados.

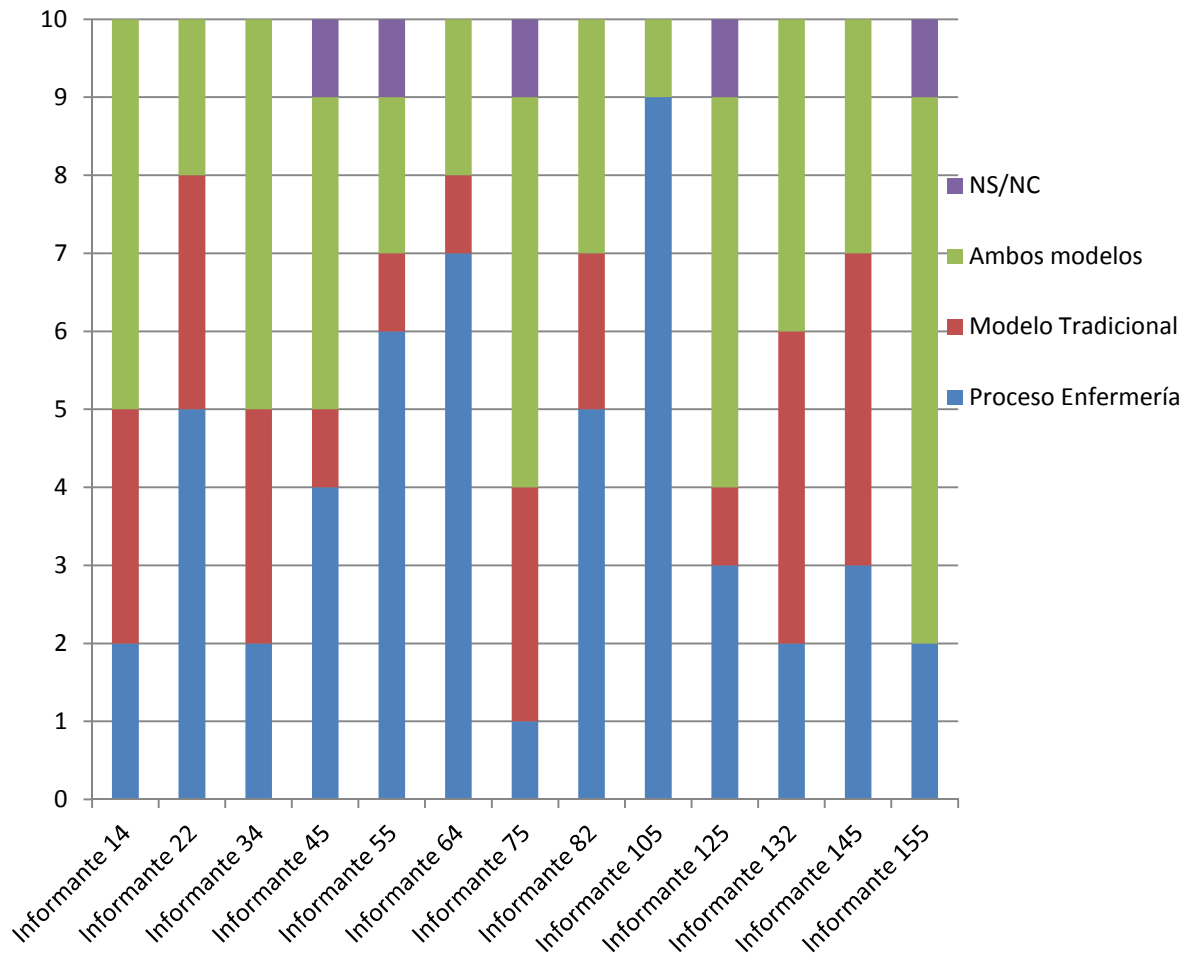
0 = No tiene clara la respuesta

**Tabla 18.** Resultados de la tabla anterior en relación a las preguntas formuladas. Tabla de elaboración propia.

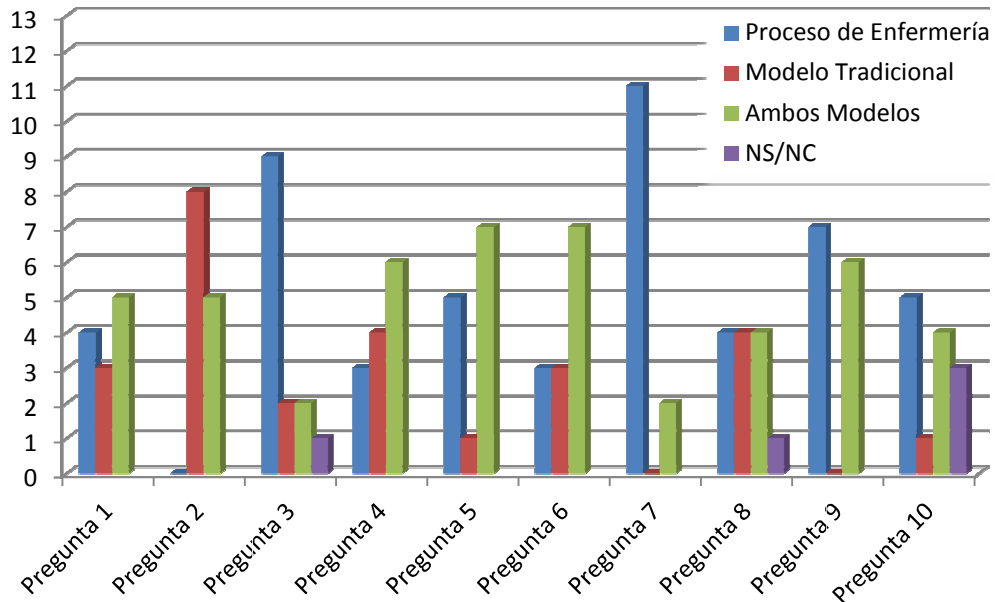
<b>Preguntas</b>	<b>Proceso de Enfermería (PE)</b>	<b>Modelo Tradicional (MT)</b>	<b>PT (Ambos modelos)</b>	<b>NS/NC</b>
P1	4	3	5	
P2	0	8	5	
P3	9	2	2	1
P4	3	4	6	
P5	5	1	7	
P6	3	3	7	
P7	11	0	2	
P8	4	4	4	1
P9	7	0	6	
P10	5	1	4	3

Aplicación de la metodología de la enfermería en la organización de los cuidados

**Gráfico 12.** Resultados en relación a las informantes y cómo identifican su organización en la práctica asistencial, según los modelos de la tabla. 12 Gráfico de elaboración propia.



**Gráfica 13.** Resultados en relación a las preguntas formuladas (tabla 12) y las respuestas de las informantes. Gráfico de elaboración propia.



Se han aclarado las preguntas a demanda de cada una de las informantes, aunque en ocasiones, y ante los comentarios surgidos se han explicado algunos conceptos que no quedaban claros. Sin embargo, lo importante no es tanto la respuesta, sino las aclaraciones o explicaciones que surgían a demanda de las informantes, así se describirá cómo se han ido desarrollando aquellas cuestiones que han sido más complejas puesto que se percibía que la formulación escueta de las mismas no parecía suficiente, no se entendían las preguntas o a la referencia de algunos términos que no desconocían

En la pregunta, en relación a como identifican su actividad diaria, es decir si actúan autónomamente, si se contempla el médico como un colega y si dentro de las actividades llevan a cabo funciones independientes. O si por el contrario las actividades se orientan hacia las órdenes médicas dando preferencia a dichas actividades, siendo en su mayoría las actividades de enfermería interdependientes. Las respuestas son bastante similares, así, 7 informantes, no tienen claro en ocasiones a que se refiere con actividades independientes.

Sobre si la enfermería es una actividad intelectual, si la enfermera es reflexiva, creativa. Si las habilidades intelectuales son más importantes o igual de importantes que la actividad práctica, es decir donde ponen el énfasis en su actividad en una actividad más de pensamiento científico o en tareas y procedimientos manuales. Ninguna de las informantes identificaban la actividad de la enfermera como reflexiva y creativa en exclusiva, en este caso primaba el modelo tradicional viendo la enfermería como una actividad práctica y siendo lo más importante las habilidades manuales. No obstante 5 informantes dicen que hay un poco de ambos aspectos, pero la percepción es que no terminan de ver la referencia de la pregunta y aunque se les explica el sentido de la pregunta en relación a las habilidades intelectuales (pensar y reflexionar para hacer), seguía siendo más importante realizar las técnicas y procedimientos “muy bien”.

En la pregunta sobre si la enfermera busca activamente la información o bien si la enfermera recibe pasivamente la información, se explica que significa buscar activamente la información, en este caso se producía una paradoja con las

respuestas de la pregunta anterior. En general 8 informantes consideraban que si buscaban activamente la información, sin embargo, al incidir un poco más en la explicación reconocían que utilizaban internet general como herramienta cuando tenían dudas concretas. No se referían a búsqueda por ejemplo, de la mejor evidencia sobre determinado procedimiento u otro tipo de cuestiones relacionadas con el paciente.

En la pregunta en la que se identifica el trabajo como dinámico o un trabajo más rutinizado, la percepción estaba muy igualada en cuanto a cómo era el tipo de trabajo, aunque en su mayoría percibían un trabajo, en ocasiones, dinámico y otras veces se entraba en la rutina (relación de actividades y tareas).

A destacar la pregunta en la que se relaciona a la enfermera con el paciente como parte importante de la actividad o bien esta relación es vitada como mecanismos para evitar la angustia. En este punto casi en su totalidad las enfermeras perciben que su relación con el enfermo es muy estrecha, aunque no identifican el término de relación terapéutica. Se comenta con las informantes las peculiaridades de la Relación Terapéutica o Relación de Ayuda aclarando que la relación se establece entre el paciente y la enfermera en los diferentes ámbitos en los que se desarrolla la actividad profesional. Novel (102), identifica la relación enfermera-paciente, como una “Relación de ayuda, que resulta de una serie de interacciones entre la enfermera y la persona receptora de cuidados durante un determinado periodo de tiempo, en el que la enfermera focaliza su actuación en las necesidades y problemas de la persona o familia o grupo mediante el uso de conocimientos, habilidades y actitudes

propios de la profesión”. En definitiva la finalidad es la solución de los problemas identificados en el paciente, a través de actuación de apoyo emocional y material.

Es importante destacar que para poder establecer una relación de ayuda adecuada son necesarios unos conocimientos y habilidades específicos, es decir, no se debe dejar al azar, puesto que puede generar frustración tanto en la enfermera como en el paciente cuando la relación que se establece, no responde o se adecúa a las necesidades del paciente.

Las preguntas que generaban más dudas y que se han explicado con mayor profundidad han sido la pregunta en la que la cuestión gira en torno a concepto de cómo la enfermera rinde cuentas de sus acciones de forma individual o es un rendimiento de cuentas se difunde entre el personal y el delegado a una jerarquía, en este punto se explica que se refiere a indicadores y en este punto indican que no hay o no conocen si existen indicadores para evaluar la actividad asistencial.

Otra cuestión que se ha aclarado es la pregunta sobre como es el paciente, es decir, si es un paciente participante activo o recibe los cuidados de forma pasiva. La explicación ha ido orientada hacia qué se entiende por participante activo o receptor pasivo del paciente.

Sobre la evaluación de resultados de la actividad global de enfermería en relación a si la evaluación es de los procedimientos únicamente, 3 informantes no sabían a qué se refería la pregunta, una vez explicada, no tenían claro que contestar por lo que optaron por no hacerlo. Tampoco, entendían muy bien el significado de evaluación de resultados.

Por la información recogida en las entrevistas la percepción de las enfermeras va más orientada a cómo desearían organizar los cuidados que a cómo los realizan en la actualidad.

No obstante, a lo puramente formal en la entrevista inicial describía una situación general y algunas informantes identificaban algunas etapas del Proceso de Enfermería aunque no le daban un nombre específico:

*En esa anamnesis [se refiere a la Valoración que está establecida en la HCE], aparte de todo lo que pueda venir de medicaciones, alergias y todas estas cosas, luego nosotras en nuestra anamnesis, registramos el estado de consciencia, las necesidades de...si tiene limitaciones físicas, de movilidad, de alimentación, prótesis, alguna...Nosotras le recibimos y según lo que vemos rellenamos eso, pero no hacemos preguntas en relación a lo que necesitan. (Informante nº 132).*

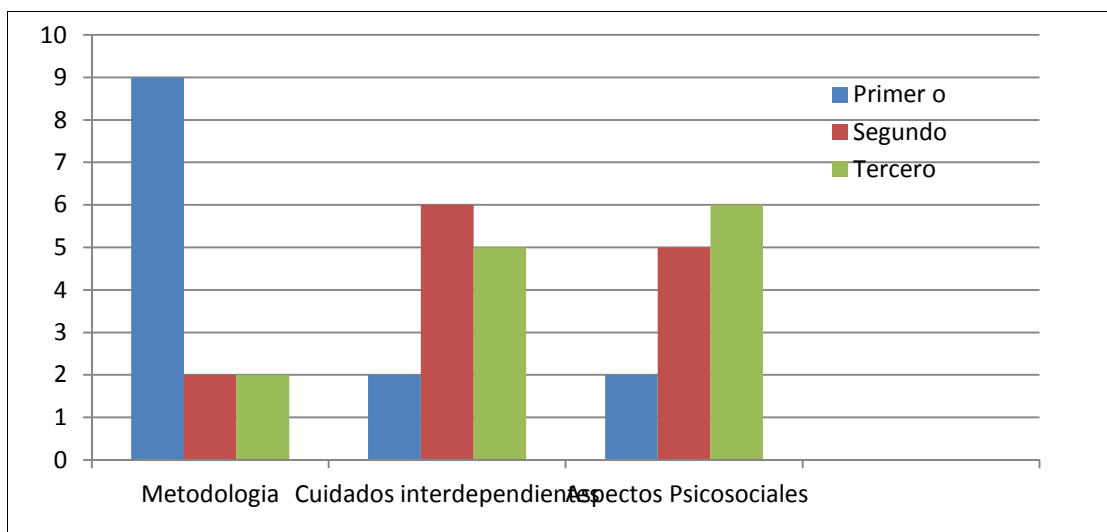
En relación al conocimiento del Proceso de Enfermería y en cuanto a cómo valoran las necesidad de conocimientos para abordar la actividad diaria las informantes identifican las prioridades tal y como se refleja en los siguientes gráficos.

Aplicación de la metodología de la enfermería en la organización de los cuidados

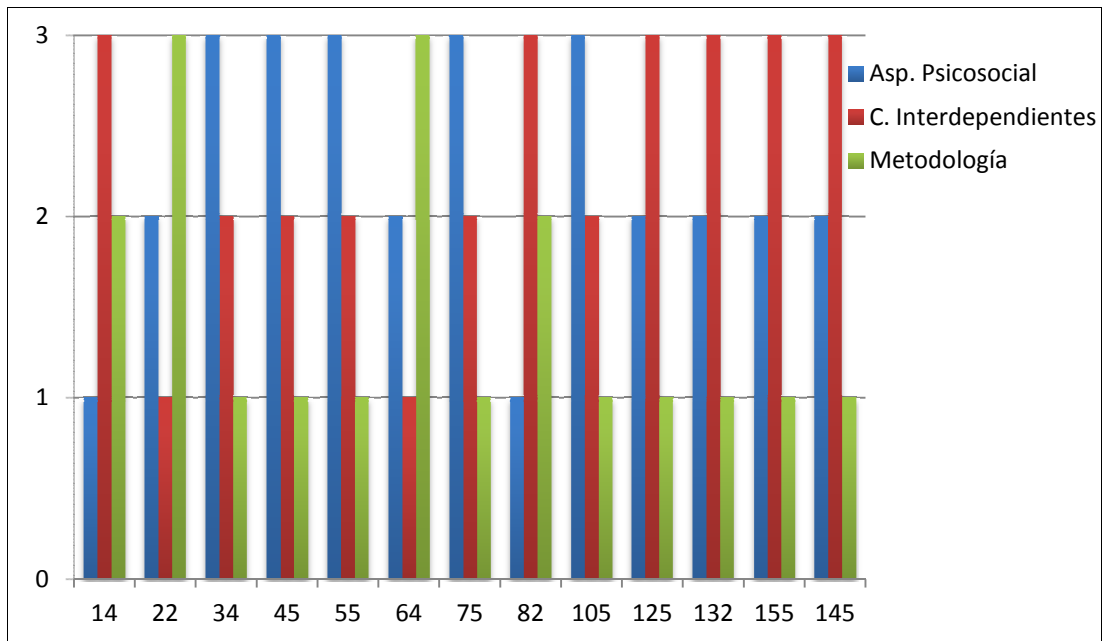
**Tabla 19.** Necesidades de formación percibidas por las informantes. Tabla de elaboración propia.

Necesidades de formación	Informantes												
	14	22	34	45	55	64	75	82	105	125	132	155	145
Metodología de cuidados (Proceso de Enfermería)	2	3	1	1	1	3	1	2	1	1	1	1	1
Cuidados relacionados con los cuidados interdependientes	3	1	2	2	2	1	2	3	2	3	3	3	2
Cuestiones relacionadas con aspectos psico-sociales	1	2	3	3	3	2	3	1	3	2	2	2	3

**Gráfico 14.** Prioridades en relación a la necesidad de formación. Tabla de elaboración propia.



**Gráfico 15.** Prioridades en relación a la necesidad de formación de cada una de las informantes. Tabla de elaboración propia.



### Percepción de las enfermeras sobre el Proceso de Enfermería

Surgió, por la inquietud que muestran sobre la organización del trabajo asistencial desde una perspectiva científica, tal y como se plantea en el Proceso de Enfermería y se realiza al final de la entrevista en profundidad, las cuestiones que indican las informantes son diversas como se verá más adelante, pero se puede decir que se circunscriben a dos aspectos de forma genérica, el tiempo y la rutina.

*Yo creo que porque igual se sigue trabajando por rutina, de alguna forma tú entras a trabajar de nueva y sigues haciendo lo que están haciendo las demás. Los médicos siguen mandando como antes aunque están cambiando Si*

*que con los ordenadores también ha hecho cambiar a mucha gente, incluso gente que ellos decían que no pueden, si entran. Nos hemos dejado llevar o no nos han dejado, en otros momentos dedicarnos a lo que es nuestro campo, “cuidado” que éstas quieren hacer mi trabajo” los médicos [se refiere a lo que dicen éstos según esta informante]. (Informante n° 14).*

La rutina la asume como un elemento de mucho poder en la forma de trabajar, sin embargo, incluye otro aspecto como es los cambios que se producen en la “rutina” del trabajo con la inclusión de la historia clínica electrónica (HCE) como una de las herramientas de trabajo de la enfermera. Otro aspecto que destaca es la relación con los médicos, se percibe que no queda claro cuál es la función de enfermería y si puede ésta entrar en el trabajo del médico.

*No lo sé no sabría decirte, tal vez es la tradición, tu llegas y es lo que hay, si lo intentas cambiar, eres la rarita, te atienes a lo que hay. (Informante n° 34).*

En relación a un aspecto muy relacionado con el Proceso de Enfermería es que entre sus ventajas tiene la de visibilizar el trabajo de las enfermeras en su totalidad, sin embargo, parece que por las afirmaciones de las enfermeras, éstas, no quieren destacar, sobresalir, ser diferentes, es como si el papel de la enfermera debiera de ser el de “pasar de puntillas”, haciendo un trabajo que tiene un valor pero sin que este sea visible.

La falta de práctica como elemento a destacar en el hecho de no utilizar el Proceso de Enfermería en la práctica diaria es destacada por las informantes.

*Donde hemos ido no se ha utilizado. Lo hemos estudiado y siempre lo tienes ahí, pero al final si no lo practicas, lo dejas olvidado o desactivado. En el momento que se utilice, más o menos volverás a recordarlo y practicarlo con normalidad. (Informante n° 45).*

La teoría del Proceso de Enfermería se estudia desde la formación de grado pero en la práctica, muy pocas veces se desarrolla, a excepción de una informante, ninguna más lo ha utilizado habitualmente en los diferentes entornos en los que ha trabajado como enfermera.

*Nos falta formación, tal vez los que están saliendo ahora ya lo tienen, pero los veteranos no. Sin embargo cuando llegan a un hospital, los jóvenes se adaptan a lo que se hace, por comodidad, no se.... (Informante n° 55).*

La falta de formación ha ido surgiendo a lo largo de las entrevistas, se percibe una relación entre la escasa formación y la aplicación en la práctica de los cuidados. Aunque todas las informantes han recibido la teoría del Proceso de Enfermería, o bien como asignatura dentro de su formación, o como he comentado por haber realizado el curso de Nivelación de A.T.S.

*En general todo el mundo se acomoda, hay que cambiarlo pero que lo haga otra, nos falta una líder, si no se implanta, seguimos igual. (Informante n° 82).*

El liderazgo también se percibe como punto a destacar para implantar el Proceso de Enfermería.

*Porque necesitaríamos inversión de tiempo, pienso... y luego concienciación, no se.... Si miro mi trabajo estoy haciendo esto también, no lo mejor, podrías hacer mas, hago esas cosas, sin digamos, todos esos parámetros. Igual porque la enfermera no se le hemos dado el sitio que tiene que tener, si se le hubiera dado importancia a lo que haces y puedes hacer cosas sola, a lo que tienes que hacer, siempre hemos estado por debajo. Cuando la enfermera.....yo puedo hacer cosas e incluso más. (Informante nº155).*

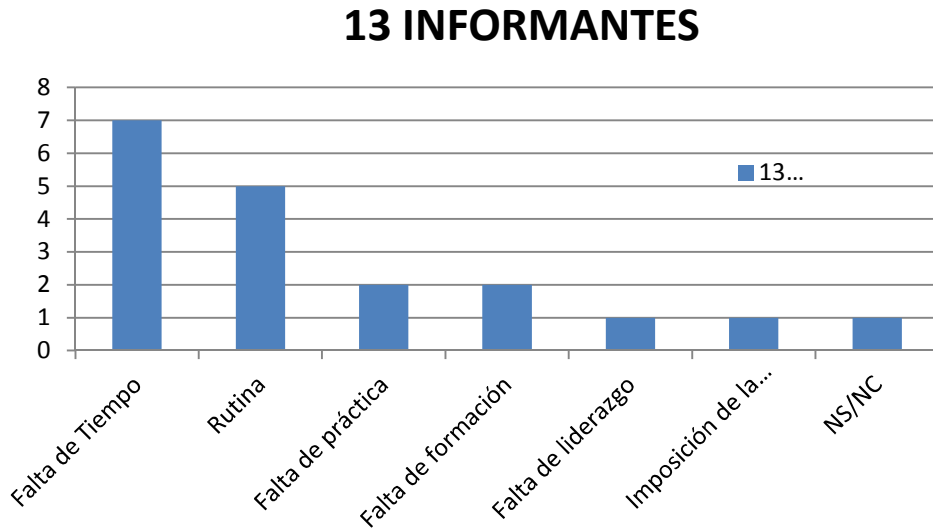
No se da valor ni reconocimiento al trabajo de la enfermera ni en el ámbito externo ni por las propias profesionales, puesto que como se decía es un trabajo importante pero invisible.

En el siguiente gráfico se exponen de forma general los resultados en relación a la percepción, describiendo los elementos que según las informantes influyen en la no utilización del Proceso de Enfermería. El cuadro trata de que se observe de forma global, pero sin olvidar que lo importante es lo que la informante cuenta, puesto que junto al término descrito, está la información realmente importante, es decir, como lo percibe o entiende y porqué lo manifiesta así.

**Tabla 20.** Percepción de las informantes sobre cuál o cuáles son las causas de porque no se pone en práctica la organización de los cuidados según el Proceso de Enfermería. Tabla de elaboración propia.

	INFORMANTES												
	14	22	34	45	55	64	75	82	105	125	132	145	155
Falta de tiempo	X						X		X	X	X	X	X
Rutina/ Tradicón/ada ptación	X		X		X		X	X					
Falta de práctica				X						X			
Falta de formación					X						X		
Falta de liderazgo (Alguien que dé el paso de implantarlo)								X					
Imposición de la Metodología						X							

**Gráfico 16.** Percepción de las enfermeras en relación a la no utilización del Proceso de Enfermería. Gráfico de elaboración propia.



Es significativo que no se perciba la falta de formación como un elemento importante, a pesar de que en el transcurso de la entrevista manifiestan que no están familiarizadas con los conceptos, terminología y significado de los elementos del Proceso de Enfermería.

Sin embargo, destacan la falta de tiempo como se ha explicado en el desarrollo de las categorías y la rutina como elementos destacados sobre el resto. Se corrobora con la descripción que las informantes realizan en las entrevistas. Como se puede inferir por las informaciones recogidas, las enfermeras consideran el Proceso de Enfermería como una herramienta eficaz, aunque por otro lado se percibe la dificultad para poder llevar a cabo su aplicación.

Una de las cuestiones que surgió como elemento importante en la entrevista se refería a cómo entienden las informantes la

autonomía en la práctica asistencial. Parecía complicado hacer un abordaje sobre el Proceso de Enfermería si el significado que las informantes dan al concepto rol autónomo, no se corresponde con el significado avalado por diferentes expertos de enfermería. Así, en las respuestas se verbalizaban dudas sobre cuál es el rol autónomo de la enfermera y en los ejemplos que explicitaban se percibían esas dudas, en algunos casos la respuesta era ambigua, es decir, hablaban de “*cosas de la planta*” (informante n° 55), “*área nuestra de enfermería*” (informante n° 14), sin embargo, no se sabía muy bien a que se referían. Para poder entender esta cuestión pareció adecuado establecer ejemplos que referían con sus propias palabras sobre lo que consideran rol autónomo:

**Tabla 21.** Relación de actividades que las informantes identifican como del rol autónomo de enfermería. Tabla de elaboración propia.

<b>Informantes</b>	<b>Relación de actividades</b>
<b>Informante n° 14</b>	<i>Área nuestra de enfermería</i>
<b>Informante n° 45</b>	<i>Algunas dietas, facilitas información al paciente</i>
<b>Informante n° 64</b>	<i>Decidimos si ponemos el pañal o se moviliza para ir al baño. La dieta la decidimos nosotras después de preguntar al paciente. La comunicación es fácil [si puede o no comunicarse]. La dieta.</i>
<b>Informante n° 75</b>	<i>No lo sé. La dieta. Si un paciente va a ser dado de alta, comentamos como esta y se nos tiene en cuenta otras veces no.</i>

Aplicación de la metodología de la enfermería en la organización de los cuidados

<b>Informante n° 82</b>	<i>También decidimos nosotras el utilizar un colchón antiescaras, los cambios de pañal, etc.</i>
<b>Informante n° 125</b>	<i>Detectas problemas en el paciente que tú resuelves [no concreta a que se refiere con esta afirmación]</i>
<b>Informante n° 132</b>	<i>Enseñarle los cuidados a seguir en su casa. Educación sanitaria</i>
<b>Informante n° 155</b>	<i>Varios. Desde que tu vas a una habitación y ves a un paciente que se está empezando a escorar y le pones un corrector, por ejemplo y lo haces porque tienes conocimientos y si le pones en la zona seca eso se puede evitar y en cuando a úlceras toda la prevención.</i>
<b>Informante n° 145</b>	<i>Enseñarle, por ejemplo la alimentación</i>

En la siguiente tabla se especifican ejemplos de actividades que las enfermeras consideran como independientes o del rol autónomo, sin embargo estarían dentro de las actividades interdependientes:

**Tabla 22.** Relación de actividades interdependientes que las informantes identifican como del rol autónomo de enfermería. Tabla de elaboración propia.

<b>Informantes</b>	<b>Relación de actividades</b>
<b>Informante n° 22</b>	<i>Tema de curas nosotras podemos decidir ciertas cosas, y si vemos que algo va mal le avisamos al responsable</i>
<b>Informante n° 34</b>	<i>A un paciente le hacemos una glucemia por nuestra cuenta antes de bajarla a quirófano.</i>

<b>Informante n° 45</b>	<i>La valoración que yo hago de determinadas cosas de si llamo o no al médico., tensión alta yo tomo la decisión de si llamar al médico.</i>
<b>Informante n° 55</b>	NS/NC
<b>Informante n° 64</b>	<i>Herida o ulcera los llevamos nosotros, no informamos a su médico, ya que el paciente igual viene para otra cosa</i>
<b>Informante n° 75</b>	<i>En una cura tenemos algo que decir y lo decimos.</i>
<b>Informante n° 132</b>	<i>Curas</i>

En otros casos, las informantes verbalizaban sus dudas en relación a cual es el significado del rol autónomo y a qué tipo de actividades se refiere y así se explica en los siguientes ejemplos:

**Tabla 23.** Expresiones de duda sobre el significado del rol autónomo.  
Tabla de elaboración propia.

<b>Informantes</b>	<b>Expresiones de duda</b>
<b>Informante nº 55</b>	<i>No sabe</i>
<b>Informante nº 75</b>	<i>No lo sé. La dieta. Si un paciente va a ser dado de alta, comentamos como esta y se nos tiene en cuenta otras veces no.</i>
<b>Informante nº 82</b>	<i>Muchas veces tomas decisiones que no sabes si es nuestra función como tal, o si. No sé. Muchas veces somos nosotras las que le decimos al médico, este paciente lleva varios días sin hacer deposición y tiene que tomar algo. También decidimos nosotras el utilizar un colchón antiescaras, los cambios de pañal, etc.</i>
<b>Informante nº 105</b>	<i>Yo creo que nosotras cada vez hacemos menos. Hemos tenido más amplitud de movimientos, ahora hay miedo a lo que pueda pasar, por ejemplo esta crema le irá bien o mal al paciente, al final que tome la decisión el médico.</i>

## ***CAPÍTULO 4***

### ***DISCUSIÓN***



#### **4.1. Relación entre las etapas del Proceso de Enfermería y la organización de los cuidados en el hospital oncológico.**

A la vista de los resultados de las entrevistas realizadas, se puede decir que coexiste una organización de cuidados basada en el modelo tradicional con aspectos de una organización basada en Proceso de Enfermería. Con el fin de establecer una relación entre como se organizan los cuidados de enfermería en el hospital oncológico y como se deberían organizar según el Proceso de Enfermería, se desarrollará la relación en el mismo orden en que se explicaron las etapas del Proceso de Enfermería.

Primera etapa: Valoración. Es importante destacar que el tiempo dedicado a la valoración es muy importante si se quiere asegurar una asistencia adecuada y de calidad, es una herramienta necesaria para enfermería, permite, como he dicho con anterioridad individualizar los cuidados, identificar las necesidades de los pacientes para poder proporcionar los cuidados más oportunos a cada paciente.

La realización de una valoración completa de enfermería basada en el modelo de Henderson, se relaciona con la categoría de presión asistencial ya que las informantes indicaron que dedicar un tiempo mínimo de 30 minutos para hacer una valoración de enfermería es inviable en la actualidad. La sobrecarga asistencial, es considerada un elemento crucial en la realización de una valoración exhaustiva del paciente.

En general, los ingresos se realizan por la tarde por lo que con dos enfermeras por la tarde lo consideran imposible, se veía más viable si hubiera una enfermera mas por control tanto por la

mañana como por la tarde. El tiempo, también es considerado como el elemento básico para poder llevar a cabo una valoración de Enfermería completa, en este sentido corroboran en las entrevistas realizadas los datos que recogen en la valoración y al que dedican, según indican, unos 10 minutos, ya que coinciden los ingresos, en la mayoría de las ocasiones, con actividades como administración de medicamentos o cuidados de enfermería a pacientes de la URPA (unidad de reanimación post-anestésica), puesto que son las dos enfermeras del control 2 quienes también atienden a estos pacientes que están en un espacio detrás del control 2.

La falta de tiempo también está relacionada con la infraestructura del hospital, lo que reflejan en el espacio donde se desarrollan los cuidados, vinculado este a la distancia que tienen que recorrer. En este sentido el documento de “Unidad de Enfermería en hospitalización. Estándares y recomendaciones” (103), en su apartado de control de enfermería, especifica o recomienda que el control de enfermería como zona de trabajo de la enfermera debe ser el centro físico de comunicación. “Este espacio debe localizarse minimizando la distancia media a la habitación del enfermo, distancia que no se recomienda que supere los 30 metros, y una distancia máxima entre el control y la habitación más distante de 45 metros. En general, el control debe estar en el centro de la unidad. De la misma forma se recomienda que el control disponga de un control visual de los accesos de la unidad.

En el hospital oncológico la distribución es la siguiente: Control 1, correspondiente a oncología médica y cuidados paliativos, el

mostrador se encuentra en la parte central y tiene habitaciones a la derecha y a la izquierda, en uno de los lados (pasillo A) supera los 45 m a la habitación más alejada, estando la habitación más lejana a 46,80 m. En el otro lado la habitación más alejada se encuentra a 67,80 m. (pasillo B). Como dato, además se debe indicar que en el pasillo B, desde el control hasta la primera habitación hay un recorrido de 33,60 m.

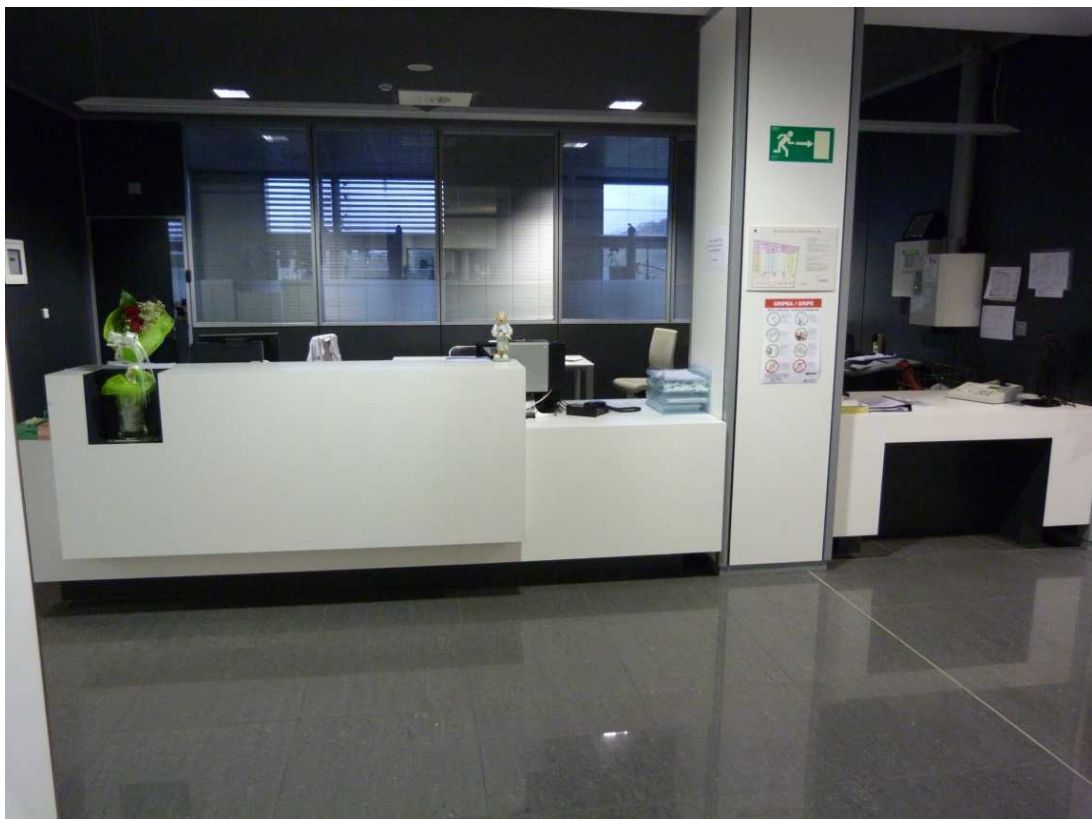
**Imagen 18.** Control 1, situado en el centro de la unidad. Fotografía de elaboración propia.



Aplicación de la metodología de la enfermería en la organización de los cuidados

Control 2, de igual forma se distribuye en pasillo A y pasillo B, en el pasillo A, hay una distancia de 30 m. sin habitaciones, empezando las habitaciones en el metro 31 hasta 40,80 m. En el pasillo B hay 32 m desde el control hasta la última habitación, los 20,40 primeros metros no tienen habitaciones.

**Imagen 19.** Control 2, situado en el centro de la unidad. Tras la cristalera se sitúa la URPA(Unidad de reanimación post-anestésica). Fotografía de elaboración propia.



**Imagen 20.** Vista de un pasillo sin habitaciones, pero que las enfermeras deben recorrer para llegar a las habitaciones que se aprecian al final. Fotografía de elaboración propia.



Otra cuestión que figura en las recomendaciones se refiere a la relación entre el bienestar del paciente y el acompañamiento familiar, y por lo tanto se debe facilitar la comodidad de los mismos.

Así en el acceso y vestíbulo, se recomienda que exista una sala de estar, con asientos, aseos, máquinas expendedoras de bebidas etc.

El hospital oncológico, además de disponer de un espacio general, dispone de salas de estar distribuidas a través de toda la unidad

Aplicación de la metodología de la enfermería en la organización de los cuidados

de hospitalización, con acceso gratuito a internet a través de wifi en todo el hospital y con puestos de ordenador en dichas salas

**Imagen 21.** Sala de estar general de la unidad de hospitalización. Fotografía de elaboración propia.



**Imagen 22.** Sala de estar de cada control. Fotografía de elaboración propia.



El formato de hoja de valoración de enfermería está poco desarrollado en el hospital oncológico, sería necesario completarla porque permitiría a las enfermeras cumplimentarla de una forma más organizada (aplicación semiestructurada), no dejando al arbitrio de cada enfermera la forma de registrarlos. Las enfermeras perciben esta necesidad con el fin de proporcionar una organización más adecuada a los datos de enfermería recogidos.

La necesidad de una valoración más estructurada se relaciona con la dificultad de escribir todo el trabajo que llevan a cabo por:

1. Falta de costumbre.
2. Falta de conocimiento de un lenguaje propio (NANDA, NOC, NIC).

Cuestiones, éstas, que han ido desgranando a lo largo de la entrevista.

La valoración de Enfermería nos va a proporcionar una visión integral del paciente, al margen de que datos de su situación de salud, estén en otras aplicaciones para poder ser consultados por otros profesionales del equipo de salud de hospital oncológico.

Segunda etapa: Diagnóstico de Enfermería. La valoración como paso previo al diagnóstico de enfermería es fundamental para identificar los problemas más frecuentes en el oncológico. Aunque los diagnósticos de enfermería en la asistencia sanitaria no están incluidos de forma generalizada, es preciso ir incorporándolos. Si no es posible en un inicio por su complejidad utilizar la taxonomía NANDA, se pueden ir formulando siguiendo las indicaciones previstas para su formulación, esto es, identificar el problema, los factores relacionados o de riesgo así como las características definitorias, es decir los signos y síntomas, cuando éstos están presentes.

Como se decía, la mayoría de las actividades que lleva a cabo la enfermera provienen de los diagnósticos médicos, puesto que se relacionan con aspectos derivados de la prescripción o el cuidado interdependiente.

En este sentido, en el hospital oncológico no se describen ni formal ni informalmente los diagnósticos de enfermería, no aparecen datos en ningún registro, ni tampoco de los problemas que las enfermeras identifican con relación al paciente. Sin embargo la mayoría de las informantes en la entrevista y tras la cuestión sobre que les sugería el término diagnóstico de enfermería, comentaban que se refiere a que son capaces de concretar qué problema tiene el paciente y que les compete a ellas, sin embargo, cuando hablan de problema identificado se refiere casi en exclusiva a problemas de colaboración o actividades interdependientes. A recordar que cuando se identifica un diagnóstico de enfermería, la referencia es en exclusiva a problemas identificados y cuya resolución se refiere a actividades independientes de la enfermera.

No obstante, cabe destacar, que algunas de las informantes, no sabían que decir y lo circunscriben a una cuestión puramente teórica sin aplicación práctica.

Por lo tanto la percepción de enfermería de que las cargas y el trabajo que llevan a cabo es superior al que se registra, se puede justificar teniendo en cuenta que las actividades que provienen del diagnóstico médico y la prescripción médica es una parte de los cuidados, serían las actividades interdependientes, siendo, éstas, las únicas que se registran formalmente.

#### Tercera etapa: Planificación de cuidados.

La planificación de los cuidados debe formar parte de los criterios de calidad en el ejercicio de la actividad de enfermería. La planificación sistemática de los cuidados permite trabajar de una

forma más responsable en relación al rol autónomo de enfermería.

El plan de cuidados, supone organizar el trabajo de enfermería, es un plan de actuación ordenado, su composición incluye uno o varios diagnósticos de enfermería, además habrá que establecer objetivos y planificar las intervenciones adecuadas para poder valorar los cuidados realizados, es decir el plan de cuidados incluye la clasificación de los resultados de Enfermería (NOC) y clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). El registro debe permitir comprobar la evolución del diagnóstico de enfermería según las intervenciones que lleve a cabo, describiendo tanto la actuación para los diagnósticos (NANDA), como para los problemas de colaboración, actividades interdependientes. Los indicadores de elección de las enfermeras deben concretar el problema de salud y su evolución en función de las intervenciones/actividades que la enfermera realiza.

No existe en la aplicación informática un apartado en el que se describa el plan de cuidados atendiendo a los criterios comentados. Esto no quiere decir que las enfermeras no planifiquen sus actuaciones puesto que así lo manifiestan, pero esta estructuración es mental y muy relacionada con la organización tradicional de los cuidados.

#### Cuarta etapa: Ejecución de los cuidados.

La mayoría de los registros de enfermería tienen que ver con la ejecución de las actividades que llevan a cabo las enfermeras, posiblemente porque tradicionalmente están más habituadas a hacerlo de esta forma. La mayoría de los registros se

corresponden a técnicas o procedimientos relacionados con actividades interdependientes, toma de constantes, administración de medicamentos, tal y como se ha visto en los registros.

La etapa de ejecución supone la puesta en práctica del plan de cuidados, se llevan a cabo las intervenciones planificadas en la etapa anterior, esta etapa incluye la delegación de tareas.

La ley que regula la ordenación de las profesiones sanitarias en su artículo 9.4 (7), avala la delegación de actividades en otros profesionales del equipo de enfermería en los siguientes términos “Dentro de un equipo de profesionales, será posible la delegación de actuaciones, siempre y cuando estén previamente establecidas dentro del equipo las condiciones conforme a las cuales dicha delegación o distribución de actuaciones pueda producirse. Condición necesaria para la delegación o distribución del trabajo es la capacidad para realizarlo por parte de quien recibe la delegación, capacidad que deberá ser objetivable, siempre que fuere posible, con la oportuna acreditación”.

La ejecución implica para la enfermera habilidades cognitivas, interpersonales y procedimentales. En el caso del hospital oncológico, las enfermeras son expertas en habilidades interpersonales y procedimentales, sin embargo, en cuanto a las habilidades cognitivas éstas, están enfocadas en exclusiva a los conocimientos para prevenir o minimizar problemas que surgen del diagnóstico y la prescripción médica, no habiéndose desarrollado, como se decía aquellas que identifican su rol autónomo.

Así en la historia clínica electrónica (HCE), se describe la hoja de evolución de enfermería y listado de cuidados indicados, como documento que describe los cuidados a llevar a cabo. Todos los cuidados se refieren a las actividades interdependientes, es decir, dentro del rol de colaboración

#### Quinta etapa: Evaluación de los cuidados.

La evaluación supone juzgar o valorar. Una evaluación óptima va a depender de la eficacia de los pasos que se han ido llevando a cabo previamente. Los resultados esperados NOC, y a través de los indicadores permitirán medir los resultados en el paciente.

En este sentido, Berman et al (51), interpretan esta etapa como que el proceso de evaluación supone la recogida de datos y su relación con la formulación de los resultados esperados (indicadores NOC), y con la comparación de los datos con los resultados y su relación de las actividades de enfermería con los resultados y conclusiones sobre el estado del problema.

En relación a esta etapa, en el hospital oncológico no existe en la actualidad una aplicación que permita evaluar el progreso del paciente sobre su estado de salud, desde el área de enfermería.

#### **4.2. Significado del concepto rol autónomo/actividad interdependiente y su repercusión en la aplicación del Proceso de Enfermería.**

Una de las cuestiones más relevantes es la referencia a los problemas relacionados con la identidad y la identificación del propio rol de enfermería y que se relaciona con la percepción que se tiene del significado del rol autónomo.

Sin echar demasiado la vista atrás, podemos comprobar que el diccionario de la Real Academia Española (104), identifica el término de enfermería desde el punto de vista profesional, desde hace pocos años, definiéndose en la actualidad como “profesión y titulación de la persona que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, así como a otras tareas sanitarias, siguiendo pautas clínicas”.

Los cuidados que hoy en día llevan a cabo las enfermeras en muchas ocasiones están centrados en cuidados que surgen del diagnóstico y prescripción médica, esta situación supone, como dice Brito (105), que se perpetúan las conductas desfasadas y que producen una clara insatisfacción tanto en las enfermeras, como en los pacientes.

El modelo que ha calado más en la práctica profesional en el siglo XX, es el modelo biomédico y se sustenta esta afirmación en cómo las enfermeras siguen percibiendo la relación entre la tradición y la forma de llevar a cabo los cuidados. Esta forma de llevar a cabo los cuidados se sitúa a finales del siglo XIX, donde la orientación del cuidado va enfocada hacia la enfermedad, en un contexto marcado por la expansión del control de las infecciones, es decir, la mejora de los métodos antisépticos, de asepsia y de las técnicas quirúrgicas. La erradicación de las enfermedades transmisibles era la prioridad. El objetivo de la medicina técnico-científica es estudiar la causa de la enfermedad, formular un diagnóstico preciso y proponer un tratamiento específico. El cuidado, según esta orientación, está enfocado hacia los problemas, el déficit o las incapacidades de la persona. La enfermera delimita las zonas problemáticas que son de su

competencia y que están muy ligadas a la profesión médica. Su intervención consiste en la colaboración para eliminar los problemas, cubrir el déficit.

Sin embargo, a medida que los conocimientos médicos avanzan y la tecnología biomédica es más compleja, la enseñanza formal a las enfermeras presenta un contenido orientado hacia los conocimientos médicos, lo que las lleva a identificarse con el modelo científico médico. La enseñanza se centra en el conocimiento memorizado de signos y síntomas de las enfermedades y en la aplicación de técnicas médicas delegados. La enfermera recibe una formación técnica junto con un entrenamiento para la obediencia y el orden (2).

La adaptación a lo ya establecido es un aspecto reiterativo y las informantes confirman la habilidad de las enfermeras para adecuarse a todos los ritmos de trabajo de todos los servicios. Sin embargo, en la mayoría de ellos se sigue el modelo tradicional basado en las actividades interdependientes, y en algunas áreas se puede hablar de cuidado en colaboración. Se entiende y asegura que se trabaja por tareas y tiempo y todo esto muy relacionado con la presión asistencial. En definitiva el contexto donde se desarrolla la práctica asistencial, influye en la forma de organizar y llevar a cabo los cuidados.

En este sentido Rayón (73) dice, “el cuidado profesional de las enfermeras, comparte rasgos con el cuidado popular, de modo que los elementos y manera de cuidar en el contexto social, determinan el modo de cuidar profesional”.

En el hospital oncológico no hay una identificación clara de las actividades independientes de enfermería, tanto por parte de la propia organización como de las enfermeras. Hay una sobrevaloración de las actividades interdependientes y tareas delegadas lo que deja poco espacio a las actividades independientes, es decir el rol autónomo.

A modo de recordatorio queda expresado que las enfermeras no deben ser meras ejecutoras de tareas, sino que éstas están cualificadas para diagnosticar y planificar cuidados específicos de enfermería. La implantación del Proceso de Enfermería supone la puesta en práctica en exclusiva del rol autónomo de la enfermera, como dice Phaneuf (49) puesto que parte de la “identificación del problema de salud de la persona o la población, los roles y las funciones autónomas comprenden los cuidados básicos, el diagnóstico de enfermería y la planificación de los cuidados, la comunicación, la relación de ayuda y la enseñanza a la persona o familia o comunidad”.

En este sentido el despliegue de una organización que facilite la integración entre el cuidado independiente e interdependiente, supone un paso adelante en el avance de la profesión y en garantizar unos cuidados de calidad. Es evidente que la autonomía profesional, es un claro indicador de la profesionalización de nuestra disciplina (106), por lo que es cada vez más importante no solo desarrollar el rol autónomo, sino, evidenciar como se está llevando a cabo. Como se decía, el Proceso de Enfermería es la herramienta que permite desarrollarlo y visibilizarlo a través de los registros.

En la actualidad la autonomía de la profesión abarca tanto el rol autónomo como el de colaboración, sin embargo las informantes no tienen claro cuál es o qué significa rol autónomo.

Existe cierta confusión en las informantes en relación a cuál es el rol autónomo, tal y como se ha visualizado en los gráficos en el capítulo 3 así, una vez identificado el rol autónomo, el rol de colaboración se refiere a las acciones que surgen del diagnóstico y la prescripción médica, es decir, todas aquellas tareas que la enfermera lleva a cabo y están orientadas hacia la planificación y ejecución de las actividades de tratamiento y control que el paciente no pueda o deba hacer por sí mismo, aporta los elementos cognoscitivos, psicomotrices y actitudinales necesarios, referidas al saber y saber hacer y aplicar el juicio clínico a la hora de ejecutar esas prescripciones y controlar la evolución del paciente. Así se puede determinar que las actividades del rol de colaboración que están más asentadas en el trabajo diario de las enfermeras tienen que ver con los siguientes aspectos:

1. Aplicación de los tratamientos prescritos.
2. Planificación de los cuidados que se deriven de la ejecución de tales tratamientos.
3. Programación de medidas de control y vigilancia del estado del paciente tanto en la evolución de su estado patológico como a los efectos de las pruebas diagnósticas y de los tratamientos.

Como se observaba en los ejemplos expuestos en el capítulo 3 las informantes explicitan en su discurso, sobre el rol autónomo, tanto actividades de rol autónomo como del rol de colaboración

como autónomo (informantes: 45, 64, 132, 145, 155). Otras informantes aunque identifican el rol autónomo tienen dudas sobre si se corresponden con este o se corresponde con rol de colaboración (informantes: 75, 82, 105,), otras informantes tan solo identifican actividades de colaboración pero las interpretan como actividades autónomas (informantes: 22, 34). En algunos casos la interpretación es muy ambigua (informantes: 14, 125), en otro caso no sabe cuál es el significado del rol autónomo (informante N° 55).

Muy relacionado con la necesidad de explicitar el rol autónomo de enfermería es la siguiente reflexión, “la ciudadanía no va a demandar enfermeras si las propias enfermeras no ponen en “valor”, su aportación específica, única e imprescindible para la salud de las personas. Es hora, pues, de hacernos visibles y pelear por todo eso que tan bien sabemos hacer y que sólo nosotras hacemos, porque si no estamos en grave peligro de no poder seguir haciéndolo en el futuro” (107).

En este sentido, de los resultados de este estudio se puede afirmar que el hospital oncológico tiene muy asentado el modelo tradicional y las enfermeras no establecen una diferencia sobre cuál es el rol autónomo, básicamente por desconocimiento del lenguaje propio de enfermería. Del mismo modo el trabajo que realizan de forma independiente no es reconocido por otros profesionales del equipo de salud, puesto que son acciones individuales y no están enmarcadas dentro de una organización metodológica específica. Tampoco conocen la necesidad de establecer un marco adecuado que permita tener una visión de la evolución del paciente y que se alcanza a través del trabajo

independiente de la enfermera y del equipo de salud. Por otro lado, afirman que son conscientes de la importancia del trabajo que realizan, en la unidad de hospitalización, considerando al personal de enfermería como, eje desde el cual, pivota gran parte del reconocimiento de la sociedad hacia este hospital.

No se potencia el concepto de autonomía ni existe reflejo en la práctica ni tampoco el conocimiento propio de enfermería, así como su repercusión al planificar cuidados específicos de enfermería. Las acciones de enfermería específicas de su rol son infravaloradas o ignoradas por otros miembros del equipo de salud, médicos principalmente, y así lo verbalizan en la entrevista. En este sentido no aclaran la relación que se establece con el colectivo médico, las respuestas con respecto al nivel de trabajo en equipo, es escaso, existiendo ciertas diferencias entre las enfermeras de mayor edad y las más jóvenes. En el caso de las enfermeras con más experiencia, éstas, toman decisiones con mayor seguridad y son más respetadas en su actuación profesional por los médicos.

Como se ha comentado la figura de las líderes de enfermería está muy bien valorada por las informantes, sería por lo tanto una pieza fundamental para desarrollar la puesta en marcha de una estrategia de implantación del Proceso de Enfermería, sobre todo teniendo en cuenta que el liderazgo de enfermería es la que guiará la práctica para impulsar los cambios en las rutinas ya establecidas, impulsando, así mismo, la formación específica de enfermería.

En definitiva el rol autónomo no es solo la práctica independiente como acción, que es lo que se percibe en el significado que dan

las informantes, supone la aplicación del juicio clínico, pero esta autonomía disminuye cuando las enfermeras no pueden llevar a cabo acciones para las cuales están preparadas, y poseen las habilidades necesarias, es decir, tienen la competencia requerida desde el punto de vista legal y real, para asumir su independencia en el cuidado dentro del equipo multidisciplinar.

### **4.3. Análisis de los registros de enfermería en la HCE**

Las enfermeras en una unidad de oncología llevan a cabo un tipo de actividades que precisan de un control muy exhaustivo, lo que en ocasiones, pueden suponer un desgaste físico y emocional de los profesionales que llevan a cabo la tarea del cuidado del paciente con cáncer. Esta situación supone que cuando se habla de presión asistencial, hay que tener en cuenta no únicamente el número de pacientes por enfermera, sino también la complejidad de los cuidados que lleva a cabo. Por esta razón se consideró conveniente especificar algunos aspectos relacionados con el concepto de complejidad de cuidados (CCC). Juve et al (16), se refieren al término CCC como relacionado con las cargas de trabajo, los recursos necesarios, la intensidad de cuidados, el nivel de dependencia o el conocimiento clínico requerido en la prestación de cuidados a enfermos en situaciones críticas o urgentes.

Si se vincula únicamente los parámetros de carga de trabajo y complejidad de cuidados cuando estos se refieren a cuestiones exclusivamente terapéuticas o técnicas, puede parecer que éstas se relacionan únicamente con unidades de cuidados críticos o aquellas que requieran una alta tecnología. Para evitar esta

relación lineal es interesante el estudio de Juvé (16) en diseño cualitativo que desarrolla con el objetivo de tener en cuenta la individualidad de cada paciente y poder adaptarlos a cada uno de ellos. Así introduce el término “Estructura de la complejidad individual de cuidados”, estableciendo una fuente de complejidad, un factor de complejidad y las especificaciones relacionadas con los conceptos anteriores. En una unidad de hospitalización de oncología podemos encontrarnos con fuentes de complejidad Psicoemocional (miedo, ansiedad, trastornos de adaptación), complicaciones (trastornos de la comunicación verbal debido a una laringectomía, traqueostomía..., fragilidad vascular (tratamiento quimioterapia.), extremos de peso (pacientes en situación terminal.) dolor no controlado (tratamiento complejo o ineficaz...).

Existen numerosas formas de medir las cargas de trabajo, teniendo en cuenta como se ha dicho, que esta medición debe tener en cuenta criterios no únicamente de tiempo por procedimientos sino aspectos como la relación con la severidad de la enfermedad o dependencia del paciente. Los instrumentos deben dar pistas para objetivar los recursos de enfermería y valorar si los enfermeros cuentan con el tiempo suficiente para realizar no solo las tareas interdependientes (delegadas de otro profesional), sino que deberá incluir los tiempos de las actividades propias de competencia enfermera (108).

Es innegable que en la medición de las cargas de trabajo y su relación con la presión asistencial, debe tener una valoración aplicada a la satisfacción en el trabajo y consecuentemente en los cuidados realizados. No obstante, en una época como la actual

esta medición también debe reflejar el binomio coste-beneficio, de forma que se puedan optimizar los recursos existentes. No se puede olvidar que el hospital oncológico es como se ha dicho una Fundación de Titularidad Privada y por lo tanto dicho binomio adquiere una importancia vital, y que deberá relacionarse en todo momento con la calidad de los cuidados y su relación con el bienestar del paciente.

Algunos de los instrumentos que se utilizan en la actualidad son la “teoría de las Unidades Relativas de Valor (URV), es una puntuación que permite medir un proceso determinado, en el caso del Proceso de Enfermería, las URV son principalmente Tiempo de Atención Enfermera empleados en la ejecución de una determinada acción encaminada a la realización de ese proceso. Establece las equivalencias entre el tiempo de cada acción la actividad, el proceso y el coste en euros de las mismas.

La historia clínica electrónica es una herramienta muy útil desde el punto de vista de las informantes, no obstante, en el turno de tarde y de noche, perciben una dificultad ya que según indican no hay un técnico informático físicamente en el hospital por lo que si hay un fallo en el sistema, tienen que intentar resolverlo o bien llamar al técnico que esté de guardia, quien telefónicamente intentará resolver el problema. En caso de que no sea posible se pueden realizar las actividades manualmente y proceder posteriormente a su inclusión en el sistema. Las informante indican “que ellas no están para eso” [refiriéndose a solucionar el problema informático] y en el caso de que deban hacerlo manualmente, como decían el trabajo es el doble, considerando

que cuando ocurre esta situación provoca una alteración importante en la organización del trabajo.

Los registros de enfermería del oncológico describen básicamente las actividades interdependientes, no quedan reflejadas las actividades que la enfermera lleva a cabo en cada turno de trabajo, en algunas ocasiones porque aseguran que no se utiliza casi nada de lo que se escribe y que únicamente anotan aquellas cuestiones en cada cambio de turno que son urgentes o importantes. Sin embargo, llama la atención que en los registros existen muchas anotaciones que se hacen en el evolutivo y además tienen su propia hoja de registros, por lo que se anota dos veces. En el análisis de los registros se observa que cada enfermera escribe, pero lo hace de forma individual y suele relacionarse con el esquema mental que cada enfermera desea imprimir a las actividades que considera necesario registrar.

Algunas informantes, sobre todo las de más de edad, hablan de la importancia que tienen la enfermería de planta dentro de un hospital y cómo muchas veces se infravaloran ellas mismas no dando importancia al trabajo que llevan a cabo. Otra cuestión que empiezan a percibir es que o escriben o reflejan todo el trabajo que realizan o la invisibilidad de los cuidados está directamente relacionado con la carga de trabajo. El reflejo en los registros es mínimo no plasmando en ningún documento la carga de trabajo real que llevan a cabo. Como se comentaba es imposible cuantificar el trabajo de la enfermera si no están reflejadas todas las actividades que ésta lleva a cabo.

La aproximación fenomenológica ha permitido adentrarse en las propias informantes de forma que se ha podido acercarse a éstas y

así poder identificar como y en qué condiciones llevan a cabo el trabajo diario.

Desde este enfoque no se pretendía hacer generalizaciones en una primera intención, puesto que como se decía lo realmente importante era el reconocimiento de lo que perciben así como el significado que da a la experiencia relacionada con la organización de los cuidados. El interés por lo tanto estaría en mostrar no tanto en demostrar.

En relación a la metodología utilizada y más en concreto el referido a la entrevista Marí (109), recomienda utilizar la entrevista semidirectiva en profundidad, de forma que el informante se adecúa a las respuestas formuladas en la entrevista, y así esto proporciona mayor libertad para conducir el discurso y profundizar en él. Por otro lado el desarrollo de un protocolo permite adecuarse a los objetivos, es decir, reproducir y analizar las experiencias y percepciones de la informantes.

En este sentido el foco de atención estaba tanto en los discursos literales como en el lenguaje no verbal. Los significados se han transcrito literalmente tal y como se ha ido evidenciando en la investigación de forma que se trata de entender lo que dice la informante y no en lo se espera que diga.



***CAPÍTULO 5***  
***CONCLUSIONES***



Siguiendo el enfoque fenomenológico, se plantean las conclusiones de esta investigación desarrolladas “como un todo”, buscando una visión que dé cuenta de las “esencias comunes” (76)

Así en cuanto a los resultados obtenidos se puede afirmar que una de las premisas más importantes es la necesaria integración entre la teoría y la práctica referida al cuidado independiente. En la actualidad existe una fractura importante entre ambos campos, y en la presente investigación se ha ido desgranando la forma de organizar los cuidados, lo que evidencia esta división.

1.- En cuanto al nivel de conocimientos del Proceso de Enfermería en el hospital oncológico por parte de las enfermeras, se reconoce una escasa formación relacionada con el Proceso de Enfermería, y por otro lado el hospital oncológico no tiene definida la aplicación informática para poder seguir el Proceso de Enfermería en ninguna de sus etapas.

La formación teórica en una metodología de enfermería, el Proceso de Enfermería, donde incluimos la taxonomía NANDA, NIC y NOC, así como el conocimiento relacionado con la realidad asistencial del oncológico, son elementos necesarios para poder aplicar en la práctica asistencial el Proceso de Enfermería. Es preciso, además, utilizar de forma habitual la terminología de forma que pueda ser incorporada a cada una de las actuaciones propias de la enfermera e integrar de forma “natural”, la organización de los cuidados según este Proceso.

2.- En cuanto a la percepción de las enfermeras sobre la utilización del Proceso de Enfermería, se puede concluir que las informantes no perciben como importante no utilizar el Proceso de Enfermería como método para organizar los cuidados, posiblemente en relación con la escasa asunción de las funciones autónomas del cuidado. Sin embargo, consideran muy importante referenciar y explicitar todas aquellas actividades que llevan a cabo y que no quedan registradas. Las informantes por su experiencia profesional, algo que se percibe en aquellas de mayor edad, realizan un acercamiento al paciente más intuitivo e implícito sobre los problemas que presentan, resolviéndolos cuando es de su competencia de forma individual.

3. En cuanto a la relación de la experiencia y la vivencia de las enfermeras y su influencia en la organización de los cuidados en la actualidad, se puede determinar que la utilización de una organización tradicional en la práctica asistencial basada en el modelo bio-médico, es un elemento que tiene que ver, tanto con las enfermeras como con la propia estructura organizacional del hospital oncológico.

4. La valoración de los registros ha permitido identificar que éstos no reflejan todos los ámbitos del cuidado de enfermería, se ha identificado que las enfermeras perciben que tienen una elevada carga asistencial, se plasma en lo que dicen pero es incongruente con lo que se registra realmente, puesto que los registros son escasos y se circunscriben casi en su totalidad al cuidado interdependiente, no apareciendo registro de aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo como parte de su juicio clínico, es decir las actividades independientes referidas al rol autónomo.

En este sentido el registro de enfermería del hospital oncológico corresponde mayoritariamente a las actividades interdependientes, siendo prácticamente inexistente el registro de cuidados independientes

5. Siguiendo la argumentación anterior, y en relación al objetivo sobre la identificación del rol autónomo como base del Proceso de Enfermería, ha quedado reflejado en los resultados que las enfermeras no tienen claras sus competencias, en relación a su rol autónomo. La práctica diaria se circunscribe a la inmediatez de las actividades que tienen que llevar a cabo. Se ocupan y preocupan de múltiples tareas de forma intuitiva, relacionadas tanto con su actividad específica como con la que puede corresponder a otro profesional (distintas peticiones, pruebas diagnósticas, comunicaciones entre profesionales médicos que gestiona la enfermera etc.). No se percibe una labor de equipo, supeditando esta relación a cada médico, y no como algo establecido.

Muy relacionado con la necesidad de explicitar el rol autónomo de enfermería es la siguiente reflexión, “la ciudadanía no va a demandar enfermeras si las propias enfermeras no ponen en “valor”, su aportación específica, única e imprescindible a la salud de las personas. Es hora, pues, de hacernos visibles y pelear por todo eso que tan bien sabemos hacer y que sólo nosotras hacemos, porque si no, estamos en grave peligro de no poder seguir haciéndolo en el futuro” (107)

En definitiva, la utilización del Proceso de Enfermería es responsabilidad de las enfermeras, aunque también es cierto que

los cambios organizativos deberán ser jerárquicos y transversales y la función de liderazgo de enfermería debe jugar un papel muy importante en su consecución. La tradición y la naturalización de la profesión es un aspecto que debe ir perdiendo protagonismo ante los avances profesionales. El trabajo profesional a pie de cama del paciente ha sido el signo de identidad de las enfermeras, y debe seguir siéndolo, no obstante las nuevas disposiciones legales avalan al profesional de enfermería para llevar a cabo estrategias independientes conducentes a que la calidad de los cuidados que recibe la persona, se encuentren entre los mejores que se pueden realizar. Para lograrlo tienen la capacidad y responsabilidad de emitir sus propios diagnósticos, así como planificar intervenciones teniendo en cuenta los resultados esperados, criterios de resultados.

Es muy importante que la formación, el diseño y la implantación del Proceso de Enfermería en el hospital oncológico sigan una ruta paralela, porque de esta forma se percibe como algo práctico, real y posible en el entorno profesional.

Algunas de las limitaciones descritas en los datos recogidos y que pueden dificultar la implantación del Proceso de Enfermería se refieren a la falta de formación, tiempo, sobrecarga de trabajo y falta de personal, siendo necesario una modificación en la política de gestión de las personas y de organización de enfermería.

Se sigue constatando la utilización irregular del Proceso de Enfermería en la práctica habitual, y nulo en el hospital objeto de estudio. Existe una importante falta de conocimiento sobre el Proceso, no se utilizan los diagnósticos, en este caso por desconocimiento de los mismos y aunque existen críticas a éstos

porque, según algunos estudios, no se basan en la realidad española. Sin embargo, se vuelve al mismo problema relacionado con la formación ya que la taxonomía NANDA no es comprendida por las enfermeras con facilidad, creando a menudo un elemento de resistencia.

Se puede afirmar que si enfermería no logra superar el conflicto su avance se verá condicionado, será necesario ir cerrando la fractura que existe en la actualidad entre la teoría y la práctica. La utilización de los modelos de enfermería y el método para identificar y solucionar problemas, el Proceso de Enfermería, permitirán establecer los indicadores necesarios para medir la calidad de los cuidados de enfermería.

Por lo tanto, encontrar las estrategias para integrar la teoría y la práctica es fundamental de forma que el lenguaje enfermero no suponga una dificultad, si no, que cumpla con el objetivo previamente propuesto como es facilitar la comunicación entre las enfermeras y de éstas con el resto de los componentes del equipo multidisciplinar.

Sin embargo, aunque los avances legislativos impulsan a acometer cambios en los modos de trabajar, enfermería sigue ligada a unos valores y creencias que han sido motor del quehacer de enfermería y que no se pueden obviar puesto que influyen de manera evidente en la forma de organizar los cuidados. Si se parte de esta premisa las creencias y valores deben poder integrarse en los avances científico-técnicos del trabajo de enfermería en cualquier área de actuación profesional, con la persona, familia y/o comunidad.

La percepción de las informantes es fundamental pero también lo es la disposición y obligación de las organizaciones en el proceso de cuidado, así deberá establecer y colaborar con el proceso de evaluación por su relación con la calidad de atención del paciente.

La evaluación de programas, planes estratégicos debería ser una prioridad para las organizaciones. Las organizaciones deben reflejar las teorías en las que subyacen, deben describir los resultados esperados, medir el rendimiento con cierta regularidad y de manera externa y objetiva y, además, aprender y adaptarse con el fin de mejorar la eficiencia.

Para ello, se deberán utilizar una serie de instrumentos que permitan una evaluación sistemática y objetiva de los diferentes elementos que determinan el proceso de cuidar. De esta manera, la evaluación contribuye a la toma de decisiones estratégicas y colectivas, y a innovar en los métodos de aplicación, así como a la rendición de cuentas en todos los niveles de asistencia. Su objetivo sería proporcionar a los gestores, y a otras partes interesadas, a su debido tiempo, información útil, fiable y objetiva sobre la pertinencia de los cuidados otorgados y programas de intervención.

La importancia de la evaluación de los planes de cuidados y programas se deriva de su utilización como medio para obtener una retroalimentación en el proceso. Su finalidad es la comprobación del éxito final del proceso, para determinar si han tenido el efecto deseado y, si no ha sido así, explicar las razones del fracaso.

Las evaluaciones tienen impacto en:

- La pertinencia es decir, determinar si los instrumentos responden o no a las prioridades estratégicas y las necesidades reales y si los resultados son coherentes con los objetivos establecidos y los resultados esperados.
- El éxito del plan, es decir si ha respondido realmente a los objetivos establecidos.
- La rentabilidad, es decir, determinar si han sido utilizados los medios más eficaces para conseguir los objetivos deseados.

Como se decía, es importante el liderazgo de enfermería, ya que tiene un papel predominante en la puesta en marcha los elementos que propicien el cambio en la forma de organizar los cuidados. Se puede decir que son el agente y motor de cambio.

Un aspecto muy importante que fomenta el cambio es la actitud positiva de las informante, quienes dicen que modificar la organización de cuidados mejoraría la práctica asistencial tanto para ellas como para los pacientes, ponerlo en práctica sería el siguiente reto.

En este sentido y a la vista de los resultados y conclusiones resulta posible e incluso pertinente realizar una propuesta de implantación en el hospital oncológico, esta propuesta se aborda en el siguiente capítulo.



## ***CAPÍTULO 6***

# ***PROPUESTA DE IMPLANTACIÓN HOSPITAL ONCOLÓGICO***



### **6.1. Análisis DAFO**

En este momento el hospital oncológico de San Sebastián, se encuentra en un edificio de reciente construcción y con la historia clínica electrónica (HCE) ya muy asentada, por lo que parece oportuno el momento actual para implantar el Proceso de Enfermería en la organización de la actividad de enfermería y a la vista de los resultados obtenidos en esta investigación.

Es importante tener en cuenta los aspectos que las informantes han identificado en relación a la experiencia vivida por ellas en el hospital oncológico y como se organizan los cuidados. Algunos de estos aspectos los identifican como facilitadores y otros como elementos que dificultan el desarrollo de un proceso innovador como lo es la utilización del Proceso de Enfermería como herramienta de trabajo para aplicar los cuidados de enfermería.

Como dicen March et al (110), la identificación de las ventajas y dificultades es fundamental para que los responsables puedan reforzar los elementos facilitadores de los cambios y buscar soluciones para los que puedan dificultar el proceso de innovación. Todo esto contribuirá al aumento de la calidad asistencial, la satisfacción de los profesionales y a la innovación del hospital oncológico.

La información permite incorporar algunos aspectos teniendo en cuenta el análisis DAFO.

Como se ha comentado el hospital oncológico ha elaborado su plan estratégico, por lo que se plantea una propuesta en relación a la implantación de una organización de cuidados metodológica

basada en el Proceso de Enfermería teniendo en cuenta los resultados del análisis DAFO. El análisis DAFO, es una metodología de estudio de la situación competitiva de una empresa en relación a su actividad (situación externa) y de las características internas (situación interna) de la misma, de esta forma se determinan las Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas. La situación interna se compone de dos factores controlables: fortalezas y debilidades, mientras que la situación externa se compone de dos factores no controlables: oportunidades y amenazas.

Desde el punto de vista de enfermería se establecerá para conocer la situación real en que se encuentra la organización (hospital oncológico). Con la identificación de estos aspectos es posible conocer la forma en que se puede abordar el cambio. El cómo se pueden aprovechar las oportunidades e incrementar las fortalezas, así como minimizar las debilidades y las amenazas, ayudaran a marcar una directriz para abordar con ciertas garantías de éxito el proceso de innovación.

Partiendo de los resultados obtenidos y como se decía teniendo en cuenta el contexto donde se pretende implantar el Proceso de Enfermería, parecía adecuado estructurar la propuesta partiendo del análisis DAFO.

### **ANÁLISIS EXTERNO**

La organización tiene su razón de ser en relación al entorno que le rodea; así, el análisis externo permite fijar las oportunidades y amenazas que el contexto puede presentarle a la organización, en este caso el hospital oncológico.

El proceso para determinar esas oportunidades o amenazas se puede realizar teniendo en cuenta cuestiones como:

La legalidad vigente:

Las diferentes Leyes y Decretos que se detallan, se deberán tener en cuenta como primer elemento a conocer puesto que sitúa la competencia de las enfermeras desde el punto de vista legal y normativo, estas son las siguientes:

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre (10), básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica del paciente.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo (6), de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre (7), de ordenación de las profesiones sanitarias.
- Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre (14), por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.

Todas estas Leyes y Decretos avalan el carácter independiente de la disciplina de enfermería e incluso promoviendo la puesta en marcha del lenguaje normalizado de Enfermería, NANDA, NOC y NIC).

Otro aspecto a tener en cuenta es que la mayoría de las enfermeras tienen estabilidad en el ámbito laboral, teniendo una dimensión laboral específica para el hospital oncológico.

Aspecto social: El hospital oncológico, focaliza su atención hospitalaria en enfermedades oncológicas, el aumento del cáncer y la mayor esperanza de vida, por lo que es un hospital necesario en el ámbito social.

Tecnología: El hospital oncológico está dotado con la mejor y más novedosa tecnología en el diagnóstico oncológico. Es el único hospital del entorno que cuenta con una habitación específica para los pacientes tratados con Yodo radiactivo.

En relación a las **Oportunidades**, son aquellas situaciones externas, positivas, que se generan en el entorno y que, una vez identificadas, pueden ser aprovechadas.

- La planta de hospitalización trata pacientes casi en exclusiva oncológicos por lo que la formación e información que las enfermeras reciben y conocen se limita a un área amplia pero concreta.
- La coyuntura económica actual necesita profesionales entrenados y conocedores del ámbito en el que trabajan, cuestión que es avalada por la percepción que tienen las informantes en relación al conocimiento que tienen sobre las actividades interdependientes, aquellas que tienen que ver con el trabajo en el equipo multidisciplinar.

- La normativa legal, relativa principalmente al Decreto en el que se aprueban el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud (R.D 1093/2010 de 3 de septiembre) (14), como una oportunidad puesto que aunque el hospital oncológico es una Fundación de Titularidad Privada, también se dota de pacientes del Sistema Público Osakidetza, a través de diferentes conciertos.
- Los cambios en la sociedad, así como los estilos de vida, hacen que los pacientes, “exijan” una atención que va mas allá de las actividades interdependientes que lleva a cabo la enfermera, aquellas que surgen fundamentalmente del diagnóstico médico y la prescripción médica. Los pacientes demandan tener un alto grado de bienestar en su proceso de salud y mayor conocimiento sobre cómo lograrlo, y ser lo más independientes posible y este aspecto del cuidado corresponde en exclusiva al rol autónomo de la enfermera.

En cuanto a las **Amenazas**, son aquellas situaciones negativas, externas que pueden precisar una estrategia para poder minimizarlas.

- Como se decía el hospital oncológico es una Fundación de Titularidad Privada, por lo que la situación de crisis económica puede afectar, a por ejemplo, contrataciones de personal de enfermería.

- El entorno del hospital está formado por los tres grandes hospitales de la red pública vasca, Osakidetza, donde el personal de enfermería de forma muy general utiliza el programa informático Zaineri (46), que basa la actuación de enfermería utilizando la nomenclatura de Enfermería NANDA, NOC, NIC.

### **ANÁLISIS INTERNO**

Los elementos internos que se deben analizar durante el análisis DAFO corresponden a las fortalezas y debilidades que se tienen respecto a la disponibilidad de personal, calidad de producto, estructura interna y de mercado, percepción de los consumidores etc.

Con este análisis interno se identificarán las fortalezas y debilidades de la organización, en el presente caso en cuanto a los aspectos relacionados con el área de enfermería en la unidad de hospitalización, y que permitirá conocer la cantidad y calidad de los recursos y procesos con que cuentan.

Las **Fortalezas**, se entienden como los aspectos internos y positivos que la diferencian, en el caso del hospital oncológico serían:

- La historia clínica electrónica (HCE), es un elemento muy importante en la actividad de enfermería, y que es posible adaptar a la forma de organizar los cuidados, en este caso el Proceso de Enfermería.
- La sociedad percibe la actividad de enfermería en la unidad de hospitalización como de calidad, personal y profesional.

- La experiencia de las enfermeras es muy alta así como la seguridad con que afrontan los cambios que se han producido recientemente en el hospital oncológico (HCE y el cambio a un nuevo edificio y entorno).
- La falta de formación no se percibe como un problema, por la disposición a aprender, sin embargo se identifica como una debilidad por su carácter indispensable para poder abordar el cambio.
- Disposición y voluntad de las enfermeras para la aplicación del Proceso de Enfermería. Una actitud muy abierta para aprender metodológicamente a identificar problemas específicos de enfermería que mejoren el bienestar del paciente.
- Consideran que la utilización de una metodología que permita organizar los cuidados de enfermería mejorará la práctica asistencial, así como la satisfacción en el trabajo y permitirá visibilizar los cuidados que realizan, no únicamente una parte de ellos. Tienen una visión clara entre la disociación entre la teoría y la práctica y además consideran que si se pusiera en práctica la teoría, la brecha se podría ir estrechando.
- La confianza que las enfermeras tienen en sus potencialidades y en la importancia del trabajo que realizan.
- La motivación hacia su puesta en práctica del Proceso de Enfermería en la organización de los cuidados es muy importante, siendo en un 100%, favorable a su implementación.

- Las líderes de Enfermería, tanto la Directora y Supervisora de la unidad de hospitalización, son muy bien valoradas por las informantes. En este sentido, Moreno (111), asegura que “los líderes de Enfermería para asumir el liderazgo de forma plena, necesitan un marco de referencia que les dé una perspectiva global de la función que desempeñan”.
- La infraestructura de la unidad de hospitalización se adapta de forma mayoritaria a las recomendaciones del Ministerio (102) en relación a las Unidades de Enfermería de Hospitalización como son:
  - La instalación de cableado informático hasta la cabecera del paciente (o “wireless”) de manera que se posibilite la historia clínica y el registro de cuidados de enfermería en el sistema informático.
  - La habitación del paciente ingresado, debe resultar segura y confortable, garantizando las condiciones ambientales con un sistema de control de la habitación como son temperatura y humedad; regulación de la iluminación, evitando un soleamiento excesivo y deslumbramiento, permitiendo su oscurecimiento; atenuación y aislamiento acústico).

En este sentido el hospital oncológico cuenta con un sistema de climatización en todo el hospital.

En relación a las **Debilidades**, se refiere a los elementos, recursos, habilidades y actitudes que la empresa ya tiene y que constituyen una dificultad para la buena marcha de la organización. Son problemas internos, que, una vez identificados

y desarrollando una adecuada estrategia, pueden y deben eliminarse.

Algunas de las cuestiones que se plantean y que pueden situar y a posterior contribuir a al desarrollo e implantación son:

- La actividad de enfermería se circunscribe principalmente a la atención asistencial, lo que limita la dedicación a la formación, investigación y a la participación en foros como pueden ser sesiones clínicas de enfermería o del equipo multidisciplinar, dentro de la organización.
- La escasa formación en el Proceso de Enfermería, cuestión esta que se constata en las entrevistas. La mayoría de participantes señalan la necesidad de reciclarse en la teoría del Proceso de Enfermería y en estar al día en los avances tecnológicos y en aquellos relacionados con el cuidado psico-social. Sin embargo, es significativo que no se percibe la falta de formación como un elemento importante, a pesar de que en el transcurso de la entrevista reconocen que no están familiarizadas con los conceptos, terminología y significado de los elementos de proceso de Enfermería.

Esta situación descrita está plasmada en el capítulo 3 de resultados en los gráficos 14 y 15.

De las 13 entrevistas realizadas, 8 informantes consideran que en primer lugar sería necesario formarse en Metodología de cuidados, es decir en Proceso de Enfermería. En segundo lugar y el mismo número de informantes consideran necesario la formación en cuestiones psico-sociales y actividades interdependientes.

"Un imperio no cae por fuerzas externas sino por debilidades internas". (Carlos Escartín La caída del Imperio romano, Invictus: 2011).

- La distancia, en relación al entorno asistencial, donde llevan a cabo su actividad diaria, es considerada un elemento problemático por la pérdida de tiempo.
- El hospital oncológico no disponen de un modelo o esquema de enfermería que facilite la organización de los cuidados para su aplicación en la práctica asistencial, a diferencia de los centros de su entorno. Los centros que sí trabajan con un modelo o su adaptación son centros públicos pertenecientes a Osakidetza, en los cuales está implantada la herramienta informática Zaineri, que se adapta al modelo de Henderson y a la organización de los cuidados según el Proceso de Enfermería, incluyendo Valoración, Diagnósticos de Enfermería (NANDA) y resultados esperados (NOC)

De la combinación de fortalezas con oportunidades surgen las potencialidades, las cuales permitirán esbozar las estrategias adecuadas para implementar un plan especificado en relación al objeto de estudio.

Como se decía, es importante conocer las debilidades y amenazas, puesto que nos indican qué aspectos se deben tener en cuenta para minimizar las consecuencias adversas.

La dinámica de trabajo de enfermería en la unidad de hospitalización, es el método de asignación de tareas por grupos

de pacientes. El tipo de pacientes, el personal y sus características así como los registros de enfermería se han ido especificando en los capítulos anteriores.

Con la presente investigación, se han conocido aquellas dificultades lo que permite conocer los problemas actuales y minimizar las posibles consecuencias negativas en la puesta en marcha del Proceso de Enfermería. Las dificultades que las enfermeras perciben son el principal obstáculo en este camino, por lo que en la propuesta se pretende que éstos sean el punto de partida.

Es imprescindible hacer un planteamiento realista para poder realizar una propuesta efectiva, en primer lugar los objetivos irían orientados hacia:

1. Conocer si es posible que la distribución o planificación del personal permita que durante la mañana y por la tarde pueda haber una enfermera más.
2. Adaptar la historia clínica electrónico (HCE), al Proceso de Enfermería.
3. Establecer estrategias con las enfermeras para poder llevar a cabo el plan.

En relación al primer punto, sería necesario plantear a la Dirección de Enfermería los resultados de esta investigación con el fin de que sea conocida por la Dirección de Enfermería la situación y puedan transmitirlo a la Dirección gerencial del hospital. No obstante como esta variable no depende en exclusiva de la Dirección de enfermería, se buscaría otra estrategia para

poder llevar a cabo la implantación. Una estrategia factible sería establecer equipos de trabajo en cada control, 2 por control de forma que cada equipo esté siempre representado teniendo en cuenta los tiempos libres de los mismos. Se estudiaría una planificación rotatoria con una asignación de cada equipo a un número de pacientes tipo. La idea general sería que cada enfermera atenderá a los pacientes que le corresponden y se responsabilizará de su valoración, diagnóstico, planificar los cuidados y evaluarlo, y si fuera necesario colaboraría en la aplicación de los tratamientos y cuidados del resto de los pacientes de su equipo.

Una de las cuestiones que se percibían en las entrevistas era que el tipo de paciente variaba y la intensidad del cuidado, por lo que, en ocasiones, aunque el número de pacientes por cada enfermera fuera el mismo, la intensidad del trabajo por el tipo de pacientes podía ser mayor entre la enfermera de un grupo y de otro. En este sentido, si la enfermera que tenía en ese momento menor presión asistencial y finalizaba antes sus tareas, si lo consideraba oportuno, “echaba una mano” a su compañera. Con la propuesta de equipos de trabajo, esta situación no queda a criterio de cada enfermera.

Una vez realizada la valoración inicial, que deberá acercarse lo más posible al ingreso del paciente, se formulará el o los diagnósticos de enfermería. Las alteraciones o dificultades que presentan los pacientes del hospital oncológico, en muchas ocasiones son similares por lo que los diagnósticos de enfermería susceptibles de formularse, posiblemente, sean un grupo muy concreto, lo que facilitará la puesta en práctica de los mismos.

En este punto sería oportuno hacer un estudio de los Grupos de Diagnósticos Relacionados (GDR) de enfermería, así se podrían relacionar todos los cuidados de enfermería que podían ser utilizados para cada grupo de diagnósticos. Esto permite establecer cuidados estandarizados, sin perder de vista la individualidad de cada paciente.

El paso de la realización de tareas por paciente, no estableciendo mecanismos de evaluación, no permite identificar la evolución del paciente desde el punto de vista de enfermería. Si por el contrario se realiza una valoración que permita diagnosticar y planificar los cuidados, fundamenta y justifican los cuidados en la práctica asistencial

En cuanto al segundo punto y teniendo en cuenta el primer objetivo y ya que la valoración de enfermería completa llevaría aproximadamente entre 30 o 45 minutos y aunque algunos estudios hablan de que la dedicación a la valoración puede llevar hasta unos 60 minutos (112), se han tenidos en cuenta el conocimiento y la experiencia de las enfermeras del hospital oncológico, con estas premisas se podría establecer la media de 30 minutos y así se reduciría el tiempo. En el mismo sentido, el hecho de contar con una historia clínica electrónica (HCE) y que permite adaptar la actual para establecer los criterios de valoración enfermera, supone un ahorro importante en el tiempo necesario para cumplimentar la valoración de enfermería. En la actualidad las indicaciones de enfermería de un paciente en quirófano se especifican en el “evolutivo de enfermería”, como la historia permite interrelación entre los diferentes servicios, sería más adecuado que exista una aplicación específica sobre los

## Aplicación de la metodología de la enfermería en la organización de los cuidados

cuidados de enfermería de cada servicio y que se incluiría en la planificación y ejecución de los cuidados.

La valoración deberá permitir la individualización del paciente, de forma que la herramienta apoye la realización de un juicio clínico-enfermero que permita a la enfermera obtener datos objetivos y subjetivos para relacionarlos con el o los problemas identificados, proponiendo una serie de resultados e intervenciones que permitirán una evaluación final.

La aplicación en cuanto al seguimiento deberá permitir mantener al día el plan de cuidados del paciente y constaría de entre otros los siguientes apartados:

- a) Registro de la actividad, la enfermera puede confirmar y evaluar los resultados.
- b) Evaluación de los NOC (resultados esperados), cada enfermera especifica junto con el paciente los objetivos, y la aplicación deberá permitir a través de un sistema específico de la evolución del cumplimiento.
- c) Incidencias, el sistema permitirá registrar las incidencias y las observaciones en las diferentes actividades del plan de cuidados y de la evolución del paciente.
- d) Permitirá modificar el plan en todos sus apartados, diagnósticos de enfermería, objetivos/resultados esperados (NOC), actividades (NIC), protocolos (31).

Un apartado que ya se ha comentado son los informes de alta del paciente, la aplicación informática de la HCE deberá permitir y ser de carácter obligatorio, realizar un informe de recomendaciones al alta, de forma que el paciente y/o familia, si fuera necesario, continúen los cuidados en su domicilio.

Otro aspecto importante tiene que ver con la comunicación, como se comentaba desde diferentes servicios se establecerá un plan de comunicación de enfermería, así de forma automática toda la información relacionada con el paciente y específica de enfermería puede ser vista por las enfermeras de los diferentes servicios, de la misma forma que en otras aplicaciones se activará un sistema de alarma la primera vez que se visualice la historia una vez realizada una intervención al paciente en otro servicio (quirófano, consulta, etc....)

La aplicación del lenguaje propio de enfermería, permitirá hacer visible la evolución de los cuidados de enfermería. La sistematización y estandarización de los cuidados hará más fácil conocer la aportación de la enfermería.

En relación al último punto, esto es, el referido a establecer estrategias con las enfermeras para poder llevar a cabo el plan. Este es el objetivo más ambicioso puesto que es el que implica directa y casi en exclusiva a las enfermeras. En esta cuestión es muy importante lo que las informantes dicen en cuanto a su motivación hacia el cambio, asegurando que estarían dispuestas a ello el 100% de las mismas, algunas de las informantes asocian el cambio a la necesidad de formación.

Es imprescindible a la vista de los resultados sobre el desconocimiento del Proceso de Enfermería, impartir formación sobre el mismo. El programa de formación debe ir encaminado a la puesta en marcha del Proceso de Enfermería en la práctica, por lo que el programa deberá estar diseñado para el hospital oncológico y las enfermeras de la unidad de hospitalización que son quienes lo van a llevar a cabo. No obstante, teniendo en cuenta que el hospital es relativamente pequeño, se puede dar cabida en la formación a las enfermeras de otros servicios. Sería muy interesante, una vez, asentado el Proceso de Enfermería en la planta de hospitalización, implantarlo en otros servicios de interés. Las sesiones deberían ser tipo taller, con una gran aplicabilidad, es decir, se incorporarían los conocimientos teóricos a casos reales de la práctica asistencial. De esta forma se verá la integración de la teoría con la aplicabilidad del Proceso de Enfermería.

En definitiva la aplicabilidad del plan pasa por “identificar con concreción y conocidos por todas las enfermeras, como referencias de eficacia, eficiencia y efectividad” (113).



## ***BIBLIOGRAFÍA***



## *Bibliografía*

- (1) Urra M E. Avances de la ciencia de enfermería y su relación con la disciplina. *Cienc. enferm.* 2009; 15 (2): 9-18.
- (2) K erouac S, Jacinthe P, Ducharme F, Duquette A, Major F. *El pensamiento enfermero.* Barcelona: Masson; 1996.
- (3) Benavent E, Francisco C, Ferrer Ferrandis E. *Fundamentos de enfermería.* Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2001.
- (4) Garcia Martín-Caro C, Sellan Soto MC. *Fundamentos teóricos y metodológicos de Enfermería.* Madrid: LBS; 1995.
- (5) Domínguez-Alcón C. *Los cuidados y la profesión enfermera en España.* Madrid: Piramide; 1986.
- (6) Ley 16/2003 28 de Mayo. *Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.* Boletín Oficial del Estado n  128,(29-05-2003).
- (7) Ley 44/2003, de 21 de noviembre. *Ordenación de las profesiones sanitarias.* Título I. Art.7.2a. Boletín Oficial del Estado, n  280, (22-11-2003).
- (8) Raile M, Marriner A. *Modelos y teorías en enfermería.* 7<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier; 2010.
- (9) Luis MT, Fernández C, Navarro M. *De la Teoría a la práctica. El pensamiento de V. Henderson en el siglo XXI.* 3<sup>a</sup> ed. Barcelona: Masson; 2005.

- (10) Ley 41/2002, de 14 de noviembre. Autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, nº 274, (15-11-2002)
- (11) Western Integrate Commission on Higher Education. "Defining Clinical Content" Graduate Nursign Programmes,, Medical and Surgical Nursing. WICHE: Boulder 1967.
- (12) Esteban M. La contrucción de una disciplina. Sesiones de trabajo de la AEED. Las enfermeras:divesrsas miradas para una imagen 1996.
- (13) Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso de enfermería. Fomentar el cuidado en colaboración. 5ª ed. Barcelona: Masson; 2003.
- (14) Real Decreto 1093/2010 de 3 de septiembre. Conjunto mínimo de datos de los infomes clínicos en el Sistema Nacional de Salud (CDMS). 2010. Boletín Oficial del Estado, nº 225, (16-09-2010).
- (15) García Martínez MJ. El método en la Enfermería: Una mirada desde la Historia (siglo XVII). Metas de enfermería 2004;7(10):58-64.
- (16) Juvé ME, Matad C, Farrero S, Jiménez H, Rodríguez E, Martínez M, et al. Intensidad de cuidados enfermeros: ¿cargas de trabajo o complejidad individual? Metas de enfermería 2010;13(8):6-14.

## *Bibliografía*

- (17) Real Decreto 1231/2001 de 8 de noviembre. Estatus generales de la Organización Colegial de Enfermería en España. 2001. Boletín Oficial del Estado, nº 269, (9-11-2001).
- (18) Serrano MD, Garrido M. Enfermería Fundamental. Proceso de Enfermería. Barcelona: Masson; 1995.
- (19) Jara Puche J. PAE. Proceso de atención enfermería. Revista Rol 1978(1 (2)):38-45.
- (20) Yura H, Walsh MB. El Proceso de Enfermería. Valoración, planificación, implementación y evaluación. Madrid: Alhambra; 1982.
- (21) Vázquez J, Muñoz A. El Proceso de Atención de enfermería. Teoría y Práctica. 2007.
- (22) Abaunza de Gonzalez M. El proceso de enfermería hace parte de la calidad del cuidado?. Avances en Enfermería (Bogotá). 2007;Vol. 25(2):141-147.
- (23) Alberdi RM, Arroyo MP, Mompart MP. Conceptos de Enfermería. Madrid: U.N.E.D; 1981.
- (24) López J. Orientación de la producción científica enfermera. Nursing 2003;21(4):49-57.
- (25) Cuesta A, Guirao A, Benavent A. Diagnóstico de enfermería. Adaptación al contexto español. Madrid: Díaz de Santos; 1994.
- (26) Benavent A, Camaño R, Cuesta A. Metodología en Enfermería. Valencia: Universitat Valencia; 1999.

- (27) Asociación Nacional de Directivos de Enfermería. Gestión del Producto Enfermero: Madrid. Ande; 1996.
- (28) Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2006. disponible en: <http://www.who.int/whr/2006/es/index.html>. Consultado: Febrero10, 2011.
- (29) Romero G. Avanzando en el reconocimiento internacional de la profesión. Enfermería Facultativa Marzo 2011;XV(144):3-42.
- (30) Duque J H. Gerencia por calidad. Modulo de calidad: Ciencia y Cuidado. Colombia: Universidad Francisco de Paula; 2006.
- (31) Mora JR. Guía metodológica para la gestión clínica por procesos. Madrid: Díaz de Santos; 2003.
- (32) Ayuso D. La gestión de enfermería y la división médica como dirección asistencial. Madrid: Díaz de Santos; 2007.
- (33) Clark SP. Encuesta sobre el grado de satisfacción en el trabajo. Nursing 2008;26(8):35-40.
- (34) Onkologikoa "Reflexión Estratégica". Donostia. Onkologikoa 2010. Documento no publicado.
- (35) Llaurado C. Nuevos modelos de gestión hospitalaria/ cambios en la organización de los servicios de enfermería. Nursing 2009;27(5):58-66.
- (36) Bass B. From transactional of transformational leadership: Learning to share the vision. Organizational Dynamics 1990(8):19-31.

## *Bibliografía*

- (37) Mathieu J, Maynard MT, Rapp T, Gilson L. A Review of Recent Advancements and a Glimpse into the Future. *Journal of Management* 2008;34(3):410- 476.
- (38) Graen G U. Relationship based approach to leadership:development of leader-member exchange theory of leadership over 25 years. *Leadership Quarterly* 1995;6(219-247).
- (39) Pickering S, Thompson J. *Gobierno clínico y gestión eficiente*. Barcelona: Elsevier; 2010.
- (40) Tapp D, Stansfield K, Stewart J. La autonomía en la práctica de enfermería. *Aquichan* 2005(5):114-127. Disponible en <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/65/135>. Consultado Diciembre 17, 2010
- (41) Comelles J, Martorell MA, Bernal M. *Enfermería y Antropología. Padeceres, cuidadores y cuidados*. Barcelona: Icaria; 2009.
- (42) Collière F. *Promover la vida*. Barcelona: McGraw-Hill; 1993.
- (43) Santo Tomás Pérez M. *Proceso de Atención de Enfermería: ¿Si o No?*. *Revista Rol* 1994;196:33-36.
- (44) Russell B. *La perspectiva científica*. 2ª ed. Barcelona: Ariel; 1987.
- (45) Henderson V. *Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería*. Suiza: Consejo Internacional de enfermeras; 1971.

- (46) Osakidetza. Informe de Salud. 2003; Disponible en: [http://www.seis.es/seis/inforsalud03/INFORSALUD2003\\_ruizmj.pdf](http://www.seis.es/seis/inforsalud03/INFORSALUD2003_ruizmj.pdf) . Consultado: Febrero 18, 2011.
- (47) Fernández C, Novel G. El proceso de atención de enfermería. Barcelona: Científicas y Técnicas; 1993.
- (48) Henderson V. La naturaleza de la enfermería: una definición y sus repercusiones en la práctica, la investigación y la educación : reflexiones 25 años después. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 1994.
- (49) Phaneuf M. Cuidados de enfermería. El proceso de atención de enfermería. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana; 1993.
- (50) Phaneuf M. La planificación de los cuidados enfermeros. México: McGraw-Hill/Interamericana; 1996.
- (51) Berman A, Snyder S, Kozier B, Erb G. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica. 8º ed. Barcelona: Pearson; 2008.
- (52) N.A.N.D.A. Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2009-2011 Barcelona: Elsevier-Masson; 2010.
- (53) Suso A, Francisco C, Palazuelos P, Bustos de M. El modelo conceptual de Virginia Henderson y la etapa de Valoración del Proceso de Atención de Enfermería. Educare 21 2004; Junio. Disponible en: [http://www.seis.es/seis/inforsalud03/INFORSALUD2003\\_ruizmj.pdf](http://www.seis.es/seis/inforsalud03/INFORSALUD2003_ruizmj.pdf) . Consultado Febrero 18, 2011.

- (54) Kozier B, Erb G, Berman A, Snyder S. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, procesos y práctica. 7ª ed. Madrid: McGraw-Hill; 2005.
- (55) AENTDE. Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería. 2001; Disponible en: <http://www.aentde.com/index.php>. Consultado Mayo 10, 2011.
- (56) Carpenito L. Nursing diagnosis: Application to clinical practice 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
- (57) Consejo General de Enfermería. NIPE. Disponible en: [http://www.nipe.enfermundi.com/servlet/Satellite?pagename=NIPE/Page/home\\_nipe](http://www.nipe.enfermundi.com/servlet/Satellite?pagename=NIPE/Page/home_nipe). Consultado Mayo 14, 2010.
- (58) Carpenito L. Manual de Diagnósticos de Enfermería. 9ª ed. Madrid: McGraw-Hill; 2003.
- (59) Prado M, Prado M, Pinilla J, Rodríguez MA. Tercera etapa del proceso de Enfermería. Planificación de los cuidados de Enfermería. Enfermería científica 1993(140):14-21.
- (60) McCloskey, J.C, & Bulechek, G.M. Nursing interventions classification (NIC) 3ª ed. St.Louis, MO: Mosby; 2000.
- (61) Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Barcelona: Elsevier; 2009.
- (62) Johnson M, Moorhead S, Maas M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey J, et al. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Madrid: Elsevier; 2007.

- (63) Bulechek G, Butcher H, McCloskey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
- (64) Macías AC. La fundamentación teórica enfermera en la formación básica. *Enfermería científica* 2001(236):72-78.
- (65) Martínez E, Cañada A, García jo R, Amal R. Trabajar con método científico: a propósito de una experiencia. *Revista ROL de enfermería* 2004;27(1):15-18.
- (66) China MdC, Villamandos R, Alonso M, Chico RM, Rodríguez MdP, Duarte G. Gestionando cuidados a través de metodología enfermera. *ENE Revista de enfermería* 2007:40-55. Disponible en: <http://enfermeros.org/revista/ENE-RevistaDeEnfermeria-Num-0-agosto2007pags-45-55.pdf>. Consultado Enero 14, 2010
- (67) Coll M, Besora I, Icart Isern MT, Ferré Vall MA, Manito Lorite I, Ondiviela Cariteu A, et al. Cuidados enfermeros según Virginia Henderson. *Revista ROL de enfermería* 2007;30(3):53-56.
- (68) Franquet M, Puente O, Gariga M, Seco M, Martín A, Vives T, et al. Aplicación del P.A.E. en un paciente sometido a quimioterapia. *Enfermería oncológica* 1990(Especial):43-46.
- (69) Torres Figueiras M, Gómez Robles J, Gabaldón Bravo EM, Domingo Pozo M. Del cuidado registrado al diagnóstico enfermero. *Enfermería clínica* 2005;15(5):267-274.
- (70) Valdivia LG, Casique L. Proceso de Enfermería Aplicado a una Paciente con Cáncer de Colon. *Desarrollo Científico Enfermero* 2010(18(9):383-388).

- (71) Zaragoza A, Smith L. El Uso de la triangulación metodológica para identificar el grado de introducción del Proceso de Atención de Enfermería en una Unidad Hospitalaria. Descripción de la técnica de Grupos Focalizados. *Index de enfermería*: 2001(32):9-12.
- (72) Granollers R, Montanuy T, Estany P, Roca B, Ortega B. ¿Utilizan las enfermeras el método científico? *Revista ROL de enfermería* 2006;29(7):29-32.
- (73) Rayón E. Modelos culturales. Un estudio de su aplicación a la práctica profesinal de la Enfermería: 2006 [tesis doctoral]. Madrid. Universidad Complutense de Madrid; 2006
- (74) De la Cuesta C. Investigación Cualitativa y Enfermería. *Index de enfermería [index Enferm]* (edición digital) 2000: Disponible en <[http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29\\_articulo\\_7-8.php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_7-8.php)> Consultado Abril 10, 2010.
- (75) San Martín J. La fenomenología de Husserl como utopía de la razón. Barcelona: Anthropos; 1987.
- (76) Husserl E, Mate R, Ziri6n A, Baader P, Tabernic E. Invitaci6n a la fenomenologfa. Paid6s Ib6rica I.C.E. de la Universidad Aut6noma de Barcelona; 1992.
- (77) Gadamer H. Verdad y M6todo. Salamanca: Sigueme; 1977.
- (78) Ricoeur P. El conflicto de las interpretaciones. Ensayos de Hermen6utica. Mexico: Fondo de cultura econ6mica de Argentina; 2003.

- (79) Boas F. Antropología cultural. Buenos Aires: Solar; 1964.
- (80) Koselleck R. Futuro Pasado. Por una semántica de los tiempos históricos. Barcelona: Paidós; 1993.
- (81) Gadamer HG. El problema de la conciencia histórica. 3rd ed. Madrid: Tecnos; 2007.
- (82) Geertz C. La interpretación de las culturas. Barcelona: Gedisa; 1973.
- (83) Ryle G. El concepto de lo mental. Barcelona: Paidós; 2005.
- (84). La familia Real . La Vanguardia 1928 14 de Julio:21.Sa Sebastián.
- (85) Onkologikoa [sede web] 2010; Disponible en: <http://www.oncologico.org/01oncologico.htm>. Consultado Mayo 18, 2011.
- (86) Bertaux D. “L’approche biographique, sa validité méthodologique ses potentialités” Cahiers Internationaux de Sociologie, LXIX. Cahiers Internationaux de Sociologie, LXIX 1980;69(Julio-Diciembre):198-225.
- (87) García-Orellan R. “De la oralidad a la intención biográfica” Teórica y metodología práctica de las fuentes orales. Bilbao: UPV/EHU; 2012.
- (88) Berger P LT. La construcción social de la realidad. Madrid: Amorrortu-Murguía; 1984.
- (89) Hammersley M AP. Etnografía, métodos de investigación. Barcelona: Paidós; 2007.

## Bibliografía

- (90) Nightingale F. Notas sobre enfermería: qué es y qué no es. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas,; 1993.
- (91) Garcia Nieto A. Implantación el proceso de enfermeria. Hygia 1990;oct-dic(14):19.
- (92) Romero MJ, Romero de San Pío E. Registros de enfermería: La importancia de lo escrito. Revista ROL de enfermería 2008;31(9):20-22.
- (93) Carpenito L. Diagnósticos de enfermería y problemas asociados. 2ª ed. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 1994.
- (94) Jiménez JC, Cerrillo D. Registros de enfermería: un espejo del trabajo asistencial. Metas de enfermería 2010;13(6):8-11.
- (95) Garcia S, Navío AM, Valentín L. Normas Básicas para la elaboración de los registros de enfermería. Nure Investigación Mayo-Junio 2007(28). Disponible en: [http://www.fuden.es/protocolos\\_obj.cfm?ID\\_PROTOCOLO=80&ID\\_PROTOCOLO\\_INI=1](http://www.fuden.es/protocolos_obj.cfm?ID_PROTOCOLO=80&ID_PROTOCOLO_INI=1). Consultado Febrero 2011.
- (96) Sánchez M. ¿Los protocolos de enfermería siguen los requisitos de calidad estructural? Resultados de una evolución multicéntrica en atención primaria de salud. Enfermería clínica 2002;12(1):22-28.
- (97) Merino M, Sebastián T, Gómez MC, Leo Y. Utilidad y dificultades para la realización del informe de enfermería al alta hospitalaria según las enfermeras del Hospital de Fuenlabrada. Enfermería clínica 2008;18(2):77-83.

- (98) Argandoña B. Sistema Pyxis. 2011; Citado en: <http://intranet/intranet/caso2..asp?numero2=35> (3 de 9). Consultado Octubre 27, 2011.
- (99) Riopelle L, Grondin L, Phaneuf M. Cuidados de enfermería: un proceso centrado en las necesidades de la persona. : McGraw-Hill/Interamericana de España; 1993.
- (100) Teixidor i Freixa M. El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales (I). Revista ROL de enfermería 2002;25(4):14-17.
- (101) González T, Salvadores P, Jociles MI. Modelos enfermeros como marcos de referencia para el análisis de datos cualitativos. Metas de enfermería 2010;13(9):54-59.
- (102) Novel G, Lluch MT, Miguel MD. Enfermería psicosocial y salud mental.: Masson; 2000.
- (103) Palanca I, Elola J, González L. Unidad de Enfermería en hospitalización polivalente de agudos. Estándares y recomendaciones. Informes estudios e investigación. Ministerio de Sanidad y Política y Social: Madrid; 2009. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UEH.pdf>. Consultado Abril 8, 2011.
- (104) Real Academia de la Lengua. Diccionario de la Lengua. 22ª ed. Estella: Espasa; 2001.
- (105) Brito PR. El camino hacia la identidad enfermera. Metas de enfermería 2007;10(2):51-54.

## Bibliografía

- (106) Tapp D, Stansfield K, Stewart J. La autonomía en la práctica de enfermería. *Aquichan* 2005(5):114-127.
- (107) Serrano Gallardo P. ¿Enfermeras invisibles? *Metas de enfermería* 2011;14(1):3.
- (108) De la Torre Gálvez, Isabel M<sup>a</sup>, Vicente Peralta LI, Mateos Rodríguez T. Medición de la carga de trabajo de Enfermería en una planta de oncología mediante Project Research Nursing (PRN). *Metas de enfermería* 2010;13(9):8-13.
- (109) Marí R, bo RM, Climent CI. Propuesta de análisis fenomenológico de los datos obtenidos de la entrevista. 2010 Juny:113-133.
- (110) March JC, Prieto MA, Suess A. De gestoras de recursos a gestoras de cuidados: opiniones y expectativas de las supervisoras sobre su nuevo rol profesional. *Enfermería clínica* 2005;15(6):314-320.
- (111) Moreno ME. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de La Universidad de La Sabana. *Aquichan* 2005 Disponible en <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/58/121>. Consultado Marzo 8, 2011.
- (112) Rodríguez E, Martínez C, Tornel S, Cañadas A. Dificultades en la valoración enfermera. *Enfermería clínica* 2003;13(4):195-201.
- (113) González JC, Medina , Avilés C. Proceso enfermero: de la teoría a la práctica. *Enfuro* 2004(92):25-29.

Anexos

***ANEXOS***

**Anexo 1.** Entrevista Inicial.

En esta primera entrevista se abordan cuestiones generales, la misma pretende ser una toma de contacto que genere confianza con las informantes, con el fin de abordar posteriormente una entrevista en profundidad. Previamente se ha informado a las enfermeras, sobre el objetivo general de la entrevista. Se solicita autorización para grabar la entrevista.

La 1ª entrevista servirá de base, para centrar aquellas cuestiones que se irán abordando. No obstante este guión no pretende ser un esquema cerrado sino que la idea es dejar a las informantes que se expresen con total libertad sobre éstas cuestiones u otras que surjan y permitir que ellas puedan llevar a cabo las relaciones a donde puedan conducirles las preguntas planteadas.

Lugar de la entrevista.

Hora de la entrevista.

1.- Nombre la informante.

2.- Edad.

3.- Formación: A.T.S. (ayudante técnica sanitaria), D.E (diplomada en enfermería), y otros.

4.- Año de finalización de los estudios de enfermería.

5.- N° de años de experiencia Profesional, hospitalaria, atención primaria, otros.

6.- N° de años de experiencia profesional en el Oncológico.

## Anexos

- 7- Turno de trabajo.
- 8.- Número de pacientes/enfermera, por la mañana, tarde y noche.
- 9.- Tiempo aproximado de dedicación directa al paciente mañana, tarde y noche.
- 10.- Tiempo aproximado de dedicación a tareas administrativas, mañana, tarde y noche.
- 11.- Conocimiento del Proceso de Enfermería.
12. Utilidad del Proceso de Enfermería en la organización de los cuidados en la unidad de hospitalización.
13. Realizáis una valoración específica de enfermería.
14. Otras cuestiones que vayan surgiendo o deseen comentar.

**Anexo 2.** Entrevista de profundidad.

En la entrevista inicial se constata varias cuestiones:

- Cuando se habla del Proceso de Enfermería algunas informantes se sienten algo intimidadas lo ven como “un examen”, por lo que esta cuestión se deja para una próxima entrevista de forma que las informantes y una vez establecida una relación de confianza se sientan más cómodas.
- En relación a las preguntas si éstas eran son muy abiertas, las informantes presentaban un cierto desasosiego (lenguaje no verbal), solicitando más concreción en las mismas.

El guión que se presenta, es orientativo, no formulándose las preguntas exactamente como aquí se reflejan sino de una forma más natural en el transcurso de la conversación. Parecía, no obstante, oportuno describirlas para que a su lectura resultara más claro identificar el tipo de preguntas.

1.- Contexto, lugar de trabajo.

En la actualidad y desde el traslado al nuevo edificio que ventajas e inconvenientes al entorno de trabajo.

2.- Cuestiones generales sobre el conocimiento teórico del Proceso de Enfermería.

3.- Cuestiones relacionadas con preocupaciones que identificaban en las conversaciones informales y que tienen que ver con las categorías, tales como:

- Presión asistencial. Sobrecarga de trabajo del personal de enfermería.
- Naturalización de la profesión (relación entre tradición/naturalización. Cuidado como elemento innato al ser

Anexos

humano y como más determinante en la mujer como madre/cuidadora nata.

- Liderazgo de la profesión.

6.- Estarías dispuesta a cambiar la forma de llevar a cabo los cuidados por las ventajas que supone para el paciente y la enfermera. En esta pregunta se hace necesario recordar cuales son las ventajas descritas del Proceso de Enfermería

6.- Equidad de la carga de trabajo en cada turno, referida a los cuidados que precisan los pacientes en función a su proceso de salud.

7.- Contraste entre la organización del trabajo según el Proceso de Enfermería, y la organización tradicional según el modelo bio-médico.

<b>Proceso de Atención de Enfermería</b>	<b>Enfermería Hospitalaria tradicional (modelo biomédico)</b>
La enfermera actúa autónomamente. Se contempla el médico como un colega. Función independiente.	Diferencia hacia la medicina y el médico. Funciones dependientes/interdependientes
La enfermería es una actividad intelectual, la enfermera es pensadora creativa. Énfasis en habilidades intelectuales.	La enfermería es una actividad práctica. La enfermera realiza tareas. Énfasis en habilidades manuales.
La enfermera busca activamente la información.	La enfermera recibe pasivamente la información.
El trabajo es dinámico.	El trabajo está rutinizado.
El trabajo se centra en el enfermo.	El trabajo se centra en las tareas.
El rol de la enfermera se expande hacia las ciencias de la conducta y sociales.	El papel de la enfermera está restringido a los aspectos físicos.
La enfermera se relaciona estrechamente con el enfermo.	La enfermera evita la relación estrecha con el enfermo como mecanismos para evitar la angustia.
La enfermera rinde cuentas de sus acciones de forma individual.	El rendimiento de cuentas se difunde entre el personal y el delegado a una jerarquía.
El enfermo es un participante activo.	El enfermo es un recepto pasivo.
Evaluación de resultados	Evaluación de medios.

Anexos

8.- Ventajas e inconvenientes que según la percepción de las informantes pudiera suponer aplicar el Proceso de Enfermería.

INCONVENIENTES	VENTAJAS
La rutina en el trabajo diario genera resistencias al cambio	Es un buen método para visibilizar el trabajo de la enfermera
Es preciso un gran esfuerzo de formación de las enfermeras	El paciente se convierte en el centro de atención
La cargas de trabajo pueden aumentar	Se crean oportunidades para mejorar el conocimiento de enfermería.
La terminología del P.E. no se conoce suficientemente	Se genera un sistema eficaz donde se evalúa y se mide lo que se hace.

9.- Cual es tu opinión sobre la aplicación del Proceso de Enfermería en la organización de los cuidados.

10.- Conoces si existe un plan de formación continuada del oncológico y cuáles son sus líneas o prioridades de formación.

- Prioridades en formación:
  - Metodología de cuidados: Como valorar, Diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar.
  - Cuestiones relacionadas con actividades de cuidados interdependientes.
  - Cuestiones relacionadas con aspectos psico-sociales
  - Otros (especificar).

11.- Como explicarías que es autonomía en tu actividad profesional.

12.- Como explicarais la relación profesional con los médicos/as:

**Anexo 3.** La Vanguardia 1928.

personalidades.—Moreno.

### La familia real

San Sebastián, 13,

Marcharon a Santander la reina Victoria e Infantas e Infantes, despidiéndoles en el Palacio de Miramar la reina Cristina y autoridades.

—En el palacio real reunióse el Comité provincial de la Liga anticancerosa, presidiendo la reina Cristina. Se aprobaron los planos del Instituto que se edificará en breve.

La reina madre ha hecho saber a aquellos que tengan intención de remitirle flores con ocasión de la fiesta de su cumpleaños, que las sustituyan destinando su importe a la obra del Instituto Anticanceroso.—C.

## Anexos

### Anexo 4. Contrato acceso a la Historia Clínica Electrónica



#### CONTRATO SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

De una parte, el Fundación Onkologikoa Fundazioa, en lo sucesivo referido como el Onkologikoa, con domicilio en Paseo Dr. Begiristain, 121, 20014-Donostia, CIF G75023184, representado en este acto por el Subdirector de Sistemas de Información, Sr. Ramón Lerchundi.

Y de otra, Y. EKAITZA ENUNAS PROIEKTA, en lo sucesivo la Persona, con domicilio en ALTO ERROZANO - 73 C.P. 20085 Ciudad: DONOSTIA con NIF 15940377-C

Ambas partes se reconocen mutuamente la capacidad legal suficiente para la realización de este acto y, a tal efecto

#### EXPONEN

Que la Persona mantiene con Onkologikoa una Relación para la realización de un proyecto de investigación universitaria “

Que, en virtud de la relación antes referida, la Persona puede acceder a los sistemas de información e información para la realización de dicho estudio, accediendo así a datos personales por cualquier medio y/o a datos económicos-financieros y/o de gestión.

#### ESTIPULACIONES

Primera.- El presente contrato tiene por objeto esclarecer el marco regulador de acceso por parte de la Persona a datos de carácter personal de los que es responsable Onkologikoa, como consecuencia del encargo de dicha Relación.

Segunda.- El tratamiento de los datos personales realizado por la Persona consiste en el mero acceso a los datos para la exclusiva finalidad de realizar funciones de análisis de información.

Tercera.- La Persona se compromete a observar los principios exigibles por la legislación en materia de protección de datos, en particular, a la seguridad de los mismos y al deber del secreto.

Cuarta.- La Persona se compromete a seguir respecto a los datos, las concretas instrucciones recibidas de Onkologikoa no aplicando o utilizando dichos datos con finalidades distintas a las especificadas y no comunicando a ningún tercero, ni siquiera para su conservación, los datos facilitados por Onkologikoa como responsable del fichero.

## Anexos



Quinta. – La Persona se compromete a observar el secreto profesional respecto a los datos personales objeto de tratamiento, manteniendo absoluta confidencialidad y reserva sobre cualquier dato que pudiera conocer con ocasión del cumplimiento de los servicios prestados. Esta obligación subsistirá aun después de finalizar su relación con Onkologikoa.

Sexta.- La Persona se compromete a la observancia de las medidas de seguridad correspondientes al tratamiento de los datos personales del Instituto a los que tiene acceso, implantadas respecto de los sistemas que los albergan, según lo establecido en el Reglamento de Medidas de Seguridad de ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal contenido en el RD 1720/2007 o en cualquier otra norma que lo sustituya o modifique.

Séptima.- La Persona se compromete, mediante la firma del presente contrato, una vez cumplida la Relación a devolver a Onkologikoa cualesquiera soportes o documentos en los que consten datos de carácter personal de la responsabilidad de Onkologikoa o a destruirlos conforme a las instrucciones del responsable del fichero.

Octava.- En el supuesto de que la Persona, como encargada del tratamiento, destine los datos finalidad distinta de la estipulada, los comunique o utilice incumpliendo las instrucciones fijadas en el presente contrato, será considerado también responsable del tratamiento, respondiendo de las infracciones que hubiera incurrido.

Novena.- La información obtenida por la Persona en el cumplimiento de sus obligaciones, así como sus informes y toda clase de documentos que produzca o tenga a su alcance de manera directa o indirecta, relacionada o no con la ejecución de sus actividades, serán confidenciales, no pudiendo ser divulgadas por la Persona sin la autorización previa y por escrito de Onkologikoa.

Los materiales producidos por la Empresa, así como la información a la que esta tuviere acceso, durante o después de la ejecución de la presente Relación, tendrán carácter confidencial quedando expresamente prohibida su divulgación a terceros por parte de la Persona, a menos que cuente con un pronunciamiento escrito de Onkologikoa en sentido contrario.

Cada una de las partes mantendrá indemne a la otra de cualquier perjuicio que se le produzca a consecuencia del incumplimiento de las respectivas obligaciones y deberes derivados de la LOPD y del presente contrato (incluida la Agencia de Protección de Datos).

En prueba de conformidad de ambos comparecientes, se suscribe el presente documento, a día. 23 - noviembre 2010

Onkologikoa

Firma, sello y fecha 23/11/2010



La Persona

Firma