

Universidad de Oviedo

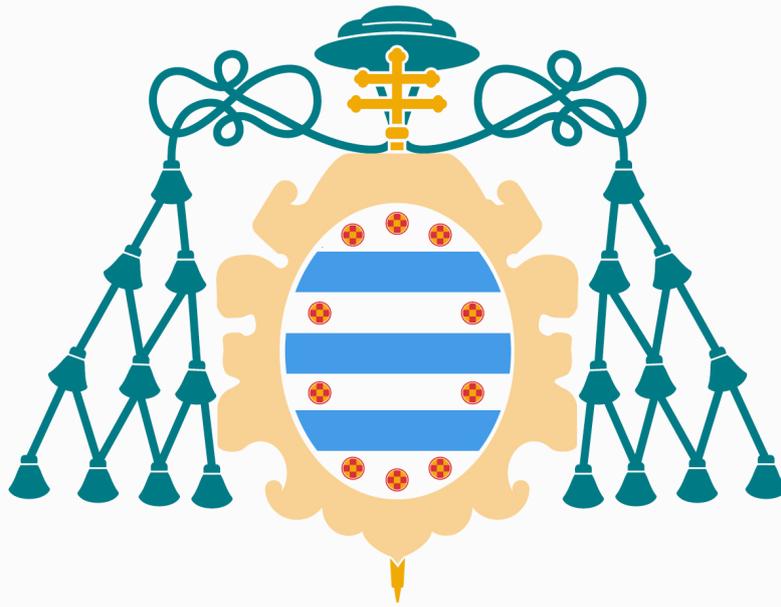
**PROGRAMA DE DOCTORADO: Investigación en Medicina**

**Demanda y percepción de cuidados en los pacientes hospitalizados**

**Virgilina Alegre Ramón**

**Director: Agustín Hidalgo Balsera**





Universidad de Oviedo

**PROGRAMA DE DOCTORADO: Investigación en Medicina**

**Demanda y percepción de cuidados en los pacientes hospitalizados**

**Virgilina Alegre Ramón**

**Director: Agustín Hidalgo Balsera**











## RESUMEN DEL CONTENIDO DE TESIS DOCTORAL

1.- Título de la Tesis	
Español: <b>Demanda y percepción de cuidados en los pacientes hospitalizados</b>	Inglés: <b>Demand and perception of nursing care in hospitalized patients</b>
2.- Autor	
Nombre: <b>Virgilina Alegre Ramón</b>	orte/NIE:
Programa de Doctorado: <b>Investigación en Medicina</b>	
Órgano responsable: Comisión Académica del Programa de Doctorado Investigación en Medicina	

### RESUMEN (en español)

**INTRODUCCIÓN:** La enfermería se ha profesionalizado y ampliado el componente científico de la disciplina, adaptándose a las evoluciones sociales, educativas y legislativas. El primer deber de la enfermera es el cuidado de la persona. Para cuidar correctamente a las personas en situaciones de vulnerabilidad, a la enfermera se le exige una formación que garantice la calidad de los cuidados, en base a modelos y métodos que aúnen la mejor evidencia científica, la experiencia personal y el criterio ético. El conocimiento de la opinión de los pacientes sobre los cuidados de enfermería, es necesario en la medida que pone de manifiesto su percepción, y permite intervenir sobre la gestión de las competencias que se desarrollan en el proceso de hospitalización.

**OBJETIVOS:** 1. Cuantificar la demanda y percepción de los pacientes hospitalizados respecto al proceso de cuidados de enfermería.  
2. Detectar las necesidades de los pacientes hospitalizados con menor satisfacción en los cuidados recibidos como áreas susceptibles de mejora.

**SUJETOS Y MÉTODO:** Estudio descriptivo transversal en pacientes hospitalizados en unidades médico-quirúrgicas del *Hospital Universitario Central de Asturias*, con estancia superior a 72 horas y enfermeras que les han cuidado, con dos cuestionarios de elaboración propia: 1. Cuestionario para pacientes hospitalizados, cuya finalidad es recoger la opinión del paciente y su familia. 2. Cuestionario a las enfermeras de las mismas unidades de hospitalización de los pacientes de la muestra, su finalidad es contrastar los cuidados. Se recogen las variables sociodemográficas y las relacionadas con el proceso de cuidados: 1. Acogida en la unidad de hospitalización, 2. Demanda de cuidados, 3. Formación para el autocuidado. 4. Relación de cuidados, 5. Valoración de las actitudes de las buenas enfermeras, 6. Datos relacionados con la hospitalización. Las preguntas están formuladas en los términos de “necesito ayuda de las enfermeras para resolver o paliar...” y la “valoración de los cuidados recibidos”.

Análisis descriptivos. Comparación de variables con el Estadístico exacto de Fisher y la t de Student.

**RESULTADOS:** - 255 pacientes: 166 hombres y 89 mujeres con una edad media de



64,8 años. Los pacientes han percibido que la enfermera realizó el protocolo de acogida en la unidad el 80%. Demandaron cuidados: de seguridad y confort el 90%, cuidados básicos el 50% y cuidados emocionales inferior al 30%. Precisaron para los autocuidados: información el 80% y formación el 60%. Percibieron la relación de cuidados proporcionados por la enfermera sobre el 90%. Priorizaron las actitudes de las enfermeras en la paciencia, la ayuda y el respeto. Los pacientes valoran los cuidados recibidos con 9,1 puntos.

- 62 enfermeras: 59 mujeres y 2 hombres con una edad media de 44,3 años y una experiencia laboral de 21,5 años. Realizaron el 100% de las intervenciones de cuidados y dieron una valoración a los cuidados realizados de 8,1 puntos.

**DISCUSION:** Los pacientes otorgan un alto valor para los cuidados más técnicos y disminuye ligeramente para los cuidados que requieren más compromiso emocional o tiempo por parte de las enfermeras, así como, en la toma de sus propias decisiones. Los profesionales tendrán que desarrollar estrategias y poner en valor su actividad en el ámbito institucional y profesional. La opinión de los pacientes es independiente de las variables sociodemográficas. Las enfermeras son más críticas con los cuidados realizados que sus pacientes.

**CONCLUSIONES:** Los pacientes demandan, fundamentalmente, cuidados técnicos que requieren una alta cualificación profesional de las enfermeras, destacando que el 77,6% de los pacientes necesitan un control del dolor. La relación de cuidados es visible para los pacientes. Realizan una valoración muy positiva de los cuidados recibidos. La satisfacción global de los pacientes con los cuidados de enfermería fue de 8,98, superior a los recogidos por las encuestas nacionales y autonómicas.

### **RESUMEN (en Inglés)**

**INTRODUCTION:** Nursing has been professionalized and the scientific component of the discipline has expanded, adapting to social, educational and legislative developments. The first duty of the nurse is caring for the person. To properly care for people in vulnerable situations, the nurse is required to be correctly trained to ensure quality of care on the basis of models and methods that combine the best scientific evidence, personal experience and ethical judgment. Knowledge of patient opinion on nursing care is necessary to the extent that it shows his/her perception, and allows for intervention on the management of skills being developed in the process of hospitalization.

**OBJECTIVES:** 1. To quantify demand and perception of hospitalized patients about the process of nursing care.  
2. To detect the needs of hospitalized patients with lower satisfaction in the care received as areas for improvement.

**SUBJECTS AND METHODS:** Cross-sectional descriptive study of hospitalized patients in medical-surgical units at the *Hospital Universitario Central de Asturias*, with a hospital stay exceeding 72 hours, and nurses who cared for them by using two



specifically designed questionnaires: 1. Inpatient questionnaire, whose purpose is to collect the views of patients and their families. 2. Questionnaire for nurses from the same hospital units of patients in the sample, its purpose is to check nursing care. Socio-demographic variables and those related to the process of care are collected: 1. Admission to hospital ward, 2. Demand for nursing care, 3. Training for self-care, 4. List of nursing care, 5. Assessment of the attitudes of good nurses, 6. Data related to hospitalization. Questions are formulated in terms of "I need help from nurses to resolve or alleviate ..." and "assessment of the care received."

Descriptive analyses. Comparison of statistical variables using Fisher's exact test and Student's *t*-test.

**RESULTS:** - 255 patients: 166 men and 89 women with a mean age of 64.8 years. Approximately 80% of patients perceived that the nurse carried out the protocol for admission to the ward. They basically demanded care on safety and comfort (90%), basic care (about 50%) and emotional care (less than 30%). For self-care they needed information about 80% and training about 60%. Around 90% perceived the list of nursing care provided by the nurse. They prioritized the attitudes of nurses in the following order: patience, support and respect. Patients rated the care received with 9.1 points.

- 62 nurses: 59 women and 2 men with a mean age of 44.3 years and 21.5 years of work experience. They performed 100% of care interventions and rated the care provided with 8.1 points.

**DISCUSSION:** Patients value highly the most technical care and this value decreases slightly for the care requiring more emotional commitment or time on the part of nurses, as well as in the case of making their own decisions. Nursing practitioners will need to develop strategies and vindicate their activity at institutional and professional levels. The opinion of patients is independent of socio-demographic variables. Nurses are more critical of the care provided to their patients.

**CONCLUSIONS:** Patients demand mainly technical care that requires high standards of professional nursing skills, it being noteworthy that 77.6% of patients need pain control. They perceive the list of nursing care. They value very positively the care received. Overall patient satisfaction with nursing care was rated 8.98, a higher score compared to results obtained in other national and regional surveys.



*“Los enfermos son grandes, ellos nos dan más a nosotros, que lo que nosotros les damos a ellos, no tienen necesidad de nuestra lástima, tienen necesidad de nuestra ayuda”.*

Madre Teresa de Calcuta.



*Dedicado a:  
A los míos, mi familia.  
A quienes están  
A quienes han formado parte de mi vida.  
Porque todo lo que soy se lo debo a ellos.  
Por su amor, su fuerza y sus valores.  
Por ser mis referentes en los autocuidados.*



# Índice

---

Agradecimientos.....	17
Siglas y abreviaturas.....	19
Presentación.....	21
<b>1. Introducción.....</b>	<b>25</b>
1.1. Marco conceptual.....	27
1.1.1. Los cuidados de enfermería.....	29
1.1.2. La profesión de enfermería.....	34
1.1.3. Transformaciones sociales y la práctica de enfermería.....	39
1.1.4. Previsiones de futuro del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias.....	41
1.1.5. Los cuidados de enfermería en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).....	42
1.1.5.1. Líneas de trabajo de la enfermería en el HUCA.....	42
1.2. Estado actual del tema.....	49
1.2.1. Acogida al ingreso en la unidad de hospitalización.....	52
1.2.2. Demanda de cuidados.....	54
1.2.3. Formación para el autocuidado.....	59
1.2.4. Relación de cuidados.....	61
2.5. Valoración de las actitudes de las buenas enfermeras.....	70
1.2.6. Influencia de las variables relacionadas con la hospitalización.....	72
1.2.7. Influencia sociodemográfica en los estudios sobre los cuidados de enfermería.....	75
1.2.8. Satisfacción general de los usuarios con la hospitalización.....	76
1.2.9. Qué se conoce del tema.....	75
1.2.10. Qué se desconoce del tema.....	79
1.2.11. Qué beneficios aporta la investigación.....	79
<b>2. Objetivos.....</b>	<b>83</b>
2.1. Justificación.....	85
2.2. Objetivos generales.....	86

2.3. Objetivos específicos.....	87
<b>3. Sujetos y método.....</b>	<b>89</b>
3.1. Tipo de estudio.....	91
3.2. Ámbito.....	91
3.3. Descripción del proceso de cuidados.....	91
3.4. Población y muestra.....	93
3.5. Criterios de inclusión y exclusión.....	95
3.5.1. Criterios de inclusión de pacientes.....	96
3.5.2. Criterios de exclusión de pacientes.....	96
3.5.3. Criterios de inclusión de enfermeras.....	96
3.5.4. Criterios de exclusión de enfermeras.....	96
3.6. Tamaño de la muestra.....	96
3.6.1. Tamaño de la muestra de pacientes.....	96
3.6.2. Tamaño de la muestra de enfermeras.....	97
3.7. Método de recogida de la información.....	97
3.7.1. Cuestionario para pacientes hospitalizados.....	97
3.7.2. Cuestionario para enfermeras.....	99
3.8. Variables del estudio.....	100
3.8.1. Cuestionario de pacientes.....	100
3.8.1.1. Las variables independientes de pacientes.....	100
3.8.1.2. Las variables dependientes de pacientes.....	100
3.8.2. Cuestionario de enfermeras.....	106
3.8.2.1. Las variables independientes de enfermeras.....	106
3.8.2.2. Las variables dependientes de enfermeras.....	107
3.9. Análisis metodológico.....	107
3.10. Análisis estadístico.....	108
3.11. Sesgos.....	109
3.12. Consideraciones éticas.....	110
3.13. Declaración de conflicto de intereses.....	110
3.14. Limitaciones del estudio.....	111
<b>4. Resultados.....</b>	<b>113</b>
4.1. Estudio descriptivo de las variables del cuestionario de pacientes.....	115
4.1.1. Estudio descriptivo de las variables sociodemográficas.....	116

4.1.2. Estudio descriptivo de las variables relacionadas con el proceso de cuidados.....	119
4.1.2.1. Acogida al ingreso en la unidad de hospitalización.....	119
4.1.2.2. Demanda de cuidados según las necesidades percibidas y la valoración de los cuidados recibidos.....	120
4.1.2.3. Formación para el autocuidado.....	125
4.1.2.4. Relación de cuidados.....	126
4.1.2.5. Las actitudes que deben de tener las buenas enfermeras.....	129
4.1.3. Datos relacionados con la hospitalización.....	130
4.1.4. Percepción de la gravedad de los pacientes.....	134
3.1.5. Sugerencias realizadas por los pacientes.....	134
4.2. Estudio descriptivo de las variables del cuestionario a enfermeras.....	136
4.2.1. Estudio descriptivo de las variables sociodemográficas.....	136
4.2.2. Estudio descriptivo de las variables relacionadas con el proceso de cuidados.....	137
4.2.2.1. Formación para el autocuidado.....	137
4.2.2.2. Relación de cuidados.....	138
4.2.2.3. Las actitudes que deben de tener las buenas enfermeras.....	140
4.2.3. Sugerencias realizadas por las enfermeras.....	141
4.3. Comparación de los grupos del estudio pacientes/enfermeras.....	142
4.4. Estudio comparativo bivalente de las variables categóricas en los resultados de los pacientes.....	145
4.4.1. Edad de los pacientes.....	145
4.4.2. Sexo de los pacientes.....	149
4.4.3. Residencia de los pacientes.....	153
4.4.4. Estudios de los pacientes.....	157
4.4.5. Situación de gravedad de los pacientes.....	161
4.4.6. Unidad de hospitalización de los pacientes.....	165
4.5. Estudio comparativo bivalente de las variables cuantitativas en los resultados de los pacientes.....	169
4.5.1. Edad de los pacientes.....	169
4.5.2. Sexo de los pacientes.....	173

4.5.3. Residencia de los pacientes.....	177
4.5.4. Estudios de los pacientes.....	180
4.4.5. Situación de gravedad de los pacientes.....	184
4.5.6. Unidad de hospitalización de los pacientes.....	188
<b>5. Discusión.....</b>	<b>192</b>
5.1. Contexto general.....	193
5.1.1. Entorno de cuidados.....	194
5.2. Sociodemográficos.....	196
5.3. Acogida al ingreso en la unidad de hospitalización.....	197
5.4. Demanda de cuidados.....	201
5.5. Formación para el autocuidado.....	206
5.6. Relación de cuidados.....	209
5.7. Actitudes de las enfermeras.....	214
5.8. Contexto de la hospitalización de los pacientes.....	215
5.9. Satisfacción global.....	217
5.10. Análisis bivariante.....	218
5.11. Áreas de mejora y futuras investigaciones.....	220
<b>6. Conclusiones generales.....</b>	<b>223</b>
<b>7. Referencias Bibliográficas.....</b>	<b>227</b>
<b>8. Anexos.....</b>	<b>247</b>
Anexo I. Cuestionario para pacientes hospitalizados sobre la demanda y percepción de cuidados.....	249
Anexo II. Cuestionario para enfermeras sobre la percepción de los cuidados realizados.....	257
Anexo III. Valoración de Enfermería al Ingreso: NANDA I y Necesidades de Virginia Henderson.....	263
Anexo IV. Carta de autorización del Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias y de la Dirección de Enfermería del HUCA.....	271

# Índice de tablas y figuras

---

Tabla 1. Características de las unidades de hospitalización.....	95
Tabla.2. Ingreso por unidades de hospitalización.....	116
Tabla.3. Datos sociodemográficos.....	118
Tabla.4. Acogida en la unidad de hospitalización.....	119
Tabla.5. Necesidades fisiológicas básica de cuidados.....	121
Tabla.6. Necesidades emocionales de cuidado.....	122
Tabla.7. Necesidades complejas de seguridad y confort.....	124
Tabla.8. Formación para el autocuidado.....	125
Tabla.9. Relación de cuidados I.....	126
Tabla.10. Relación de cuidados II.....	127
Tabla.11. Relación de cuidados III.....	128
Tabla.12. Datos relacionados con la hospitalización I.....	131
Tabla 13. Datos relacionados con la hospitalización II.....	132
Tabla. 14. Datos relacionados con la hospitalización III.....	133
Tabla.15. Distribución de las enfermeras en las unidades de hospitalización.....	136
Tabla.16. Formación para el autocuidado.....	137
Tabla.17. Relación de cuidados I.....	138
Tabla.18. Relación de cuidados II.....	139
Tabla.19. Relación de cuidados III.....	140
Tabla.20. Relación de las variables en la formación para el autocuidado entre pacientes/enfermeras.....	142
Tabla. 21. Relación de las variables relación de cuidados entre pacientes/enfermeras.....	143
Tabla.22. Relación de las variables actitudes de las buenas enfermeras entre pacientes/enfermeras.....	144
Tabla 23. Relación de las variables de acogida al ingreso con la edad de los pacientes.....	145
Tabla 24. Relación de las variables demanda de cuidados con la edad de los pacientes.....	166

Tabla 25. Relación de las variables formación para el autocuidado con la edad de los pacientes.....	147
Tabla 26. Relación de las variables relación de cuidados con la edad de los pacientes.....	148
Tabla 27. Relación de las variables de acogida al ingreso con el sexo de los pacientes.....	149
Tabla 28. Relación de las variables demanda de cuidados con el sexo de los pacientes.....	150
Tabla 29. Relación de las variables formación para el autocuidado con el sexo de los pacientes.....	151
Tabla 30. Relación de las variables relación de cuidados con el sexo de los pacientes.....	152
Tabla 31. Relación de las variables de acogida al ingreso con la residencia de los pacientes.....	153
Tabla 32. Relación de las variables demanda de cuidados con la residencia de los pacientes.....	154
Tabla 33. Relación de las variables de formación para el autocuidado con la residencia de los pacientes.....	155
Tabla 34. Relación de las variables relación de cuidados con la residencia de los pacientes.....	156
Tabla 35. Relación de las variables de acogida al ingreso con los estudios de los pacientes.....	157
Tabla 36. Relación de las variables demanda de cuidados con los estudios de los pacientes.....	158
Tabla 37. Relación de las variables de formación para el autocuidado con los estudios de los pacientes.....	159
Tabla 38. Relación de las variables relación de cuidados con los estudios de los pacientes.....	160
Tabla 39. Relación de las variables de acogida al ingreso con la situación de gravedad de los pacientes.....	161
Tabla 40. Relación de las variables demanda de cuidados con la situación de gravedad de los pacientes.....	162

Tabla 41. Relación de las variables de formación para el autocuidado con la situación de gravedad de los pacientes.....	163
Tabla 42. Relación de las variables relación de cuidados con la situación de gravedad de los pacientes.....	164
Tabla 43. Relación de las variables de acogida al ingreso con el tipo de unidad de hospitalización de los pacientes.....	165
Tabla 44. Relación de las variables demanda de cuidados con el tipo de unidad de hospitalización de los pacientes.....	166
Tabla 45. Relación de las variables de formación para el autocuidado con el tipo de unidad de hospitalización de los pacientes.....	167
Tabla 46. Relación de las variables relación de cuidados con el tipo de unidad de hospitalización de los pacientes.....	168
Tabla 47. Relación de las variables demanda de cuidados con la edad de los pacientes.....	170
Tabla48. Relación de las variables formación para el autocuidado con la edad de los pacientes.....	171
Tabla 49. Relación de las variables relación de cuidados con la edad de los pacientes.....	172
Tabla 50. Relación de las variables demanda de cuidados con el sexo de los pacientes.....	174
Tabla 51. Relación de las variables formación para el autocuidado con el sexo de los pacientes.....	175
Tabla 52. Relación de las variables relación de cuidados con el sexo de los pacientes.....	176
Tabla 53. Relación de las variables demanda de cuidados con la residencia de los pacientes.....	177
Tabla 54. Relación de las variables de formación para el autocuidado con la residencia de los pacientes.....	178
Tabla 55. Relación de las variables relación de cuidados con la residencia de los pacientes.....	179
Tabla 56. Relación de las variables demanda de cuidados con los estudios de los pacientes.....	181

Tabla 57. Relación de las variables de formación para el autocuidado con los estudios de los pacientes.....	182
Tabla 58. Relación de las variables relación de cuidados con los estudios de los pacientes.....	183
Tabla 59. Relación de las variables demanda de cuidados con la situación de gravedad de los pacientes.....	185
Tabla 60. Relación de las variables de formación para el autocuidado con la situación de gravedad de los pacientes.....	186
Tabla 61. Relación de las variables relación de cuidados con la situación de gravedad de los pacientes.....	187
Tabla 62. Relación de las variables demanda de cuidados con el tipo de unidad de hospitalización de los pacientes.....	189
Tabla 63. Relación de las variables de formación para el autocuidado con el tipo de unidad de hospitalización de los pacientes.....	190
Tabla 64. Relación de las variables relación de cuidados con el tipo de unidad de hospitalización de los pacientes.....	191
Figura 1. Distribución de la muestra según la edad.....	116
Figura 2. Distribución de la muestra según el sexo.....	117
Figura 3. Las actitudes que deben de tener las buenas enfermeras.....	129
Figura 4. Días de hospitalización.....	130
Figura 5. Actitudes que debería tener una buena enfermera.....	140

# Agradecimientos

---

A todos los pacientes, familiares, cuidadores y enfermeras protagonistas de este estudio, cuya experiencia, tiempo y emociones me han transmitido. Gracias a su colaboración fue posible la investigación.

A Agustín Hidalgo por su tutela, siempre discreta y respetuosa, sin su confianza este proyecto nunca hubiera sido posible.

A mis compañeras de Formación de Enfermería: Yolanda y M<sup>a</sup> José y, a los más cercanos Isabel, Charo y Juan, porque sois mi presente y mi motivación para ser mejor profesional y mejor persona.

A todo el equipo de Dirección de Enfermería del HUCA por permitirme ser partícipe de un gran proyecto, “ formación de enfermería”, con ilusión y motivación.

A Pablo, estadístico del HUCA por su apoyo e interés.

A mis alumnos porque enriquecen y estimulan mi vida con sus preguntas e inquietudes.

A todos mis profesores y compañeros por sus enseñanzas y amistad.

A Conchita Ampudia, Conchi Marín y Gonzalo, mis amigos y confidentes que me ha acompañado en el proyecto profesional y personal, siempre apasionante.

A mis amigas y amigos de siempre, mis tesoros, especialmente a Margot, Mariví, Charo, Elisa, Marisa, Toya, Ángeles, Inés, Elsa, Esther, Toño, Torres, Jesús... y muchos más, porque esto sólo fue posible por vuestra presencia en mi vida que la llenáis de pasión, alegría y aventura.

A todos, GRACIAS DE CORAZÓN



# Siglas y abreviaturas

---

AMABLE	Escala de Satisfacción de los Usuarios con los Cuidados de Enfermería.
CEP	Cuestionario de Expectativas del paciente.
CINAHL	Cumulated Index to Nursing and Allied Health Literature.
CUCACE	Cuestionario de Calidad de los Cuidados de Enfermería.
CUIDATGE	Base de Datos Bibliográfica de Enfermería. Universitat Rovira i Virgili.
CUIDEN	Base de Datos Bibliográficos de Enfermería y Cuidados de Salud. Fundación Index.
DeCS	Descriptores en Ciencias de la Salud.
EAs	Efectos Adversos.
EBE	Enfermería basada en la Evidencia.
INE	Instituto Nacional de Estadística.
ENEAS	Estudio Nacional de Efectos Adversos.
ENFISPO	Base de Datos. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid.
EIR	Enfermera Interna y Residente.
EPIME	Estudio sobre la Infección Nosocomial.
FUNDEN-SATSE	Fundación para el Desarrollo de la Enfermería. Sindicato de Enfermería.
GDR	Grupo de Diagnósticos Relacionados.
HUCA	Hospital Universitario Central de Asturias.
INSALUD	Instituto Nacional de la Salud.
ICCAH	Informe de Continuidad de Cuidados al Alta Hospitalaria.
LOPPS	Escala de Satisfacción de pacientes con los Cuidados de Enfermería.
MEDLINE	Bases de Datos Bibliográficos. National Library of Medicine. Estados Unidos.
MeSH	Medical Subject Heading.
NANDA	North American Nursing Association.
NIC	Nursing Interventions Classifications.
NOC	Nursing Outcomes Classifications.
NSNS	Newcastle Satisfaction with Nursing Scale.
PAE	Proceso de Atención de Enfermería.
SCIELO	Scientific Electronic Library Online.
SEPE	Servicio Público de Empleo Estatal.
SESPA	Servicio de Salud del Principado de Asturias.
SGEM	Escala General de Satisfacción con la Hospitalización.
SNS	Sistema Nacional de Salud.
SPCE	Satisfacción del paciente con los Cuidados de Enfermería.
TESEO	Base de Datos de Tesis Doctorales.
UGC	Unidad de Gestión Clínica.



# Presentación

---

Desde mis primeros pasos como enfermera asistencial me he sentido comprometida con mi profesión. He intentado superar el gran reto que supone estar en contacto directo con el sufrimiento, la vulnerabilidad y la fragilidad de las personas hospitalizadas, e incorporar las competencias técnicas de enfermería con la comunicación asertiva, la ayuda y acompañar, del modo más adecuado, a las personas que demandan nuestros cuidados. Mi palabra clave en las relaciones humanas es la "reciprocidad", traducida por estas palabras de la sabiduría universal: "No hagas a los demás lo que no quieras que te hagan a ti". Siempre me ha llamado la atención la confianza que los pacientes depositan en los profesionales sanitarios. También, he necesitado como paciente y como familiar la ayuda profesional, he sentido el temor y la fragilidad que da la enfermedad; lo difícil que es tomar decisiones cuando las emociones pesan más que las razones. En esas situaciones he valorado que nos hallamos sentido acogidos, escuchados, comprendidos y tratados con cariño, además de confiar totalmente en las buenas prácticas de todos los profesionales.

Es posible que prácticamente todos los ciudadanos a lo largo de su vida hayan recibido cuidados enfermeros. Pero es la pérdida de la salud, la incertidumbre de los resultados, junto al proceso de la hospitalización, que además aleja al paciente de su entorno y rutinas, lo que genera alteraciones emocionales cuyos sentimientos varían tanto en la forma como en la intensidad. La enfermera, con su presencia cuidadora continua, acompaña al paciente y a su familia en este complejo recorrido y armoniza la relación entre usuarios y sistema.

Para ilustrar este proceso recogemos unas de las más bellas palabras sobre nuestra profesión, las del reconocido escritor, José Luís Sampedro, tras su hospitalización. "Hablo con la experiencia de una muy grave estancia en la cama de un hospital y una permanencia de tres meses, las veinticuatro horas de cada día [...] Esta última dolorosa experiencia supuso mi constante convivencia con todas las enfermeras, llegando a conocerlas y a verlas en acción como sin duda no las veis los médicos, pues para mí, no eran meras técnicas ni colaboradoras, sino compañía,

esperanza, alivio, seguridad y confianza [...] Y es que la enfermera aportaba un gran ramo de valores humanos, de los que ahora tanto se mencionan y tan poco se aplican: ternura, comprensión, compañía para la soledad, sosiego para la inquietud, tranquilidad [...] Mis enfermeras, pues las quiero llamar así, hicieron siempre frente a ese reto con la mayor seguridad y eficacia”.

Encontramos otro gran refuerzo para los cuidados de enfermería en las palabras del que fue, hasta hace muy poco tiempo, el Presidente del Foro de Pacientes, Albert Jovell, “Los pacientes queremos que nos cuiden. Yo, ya acepto que no me curen, pero me costaría aceptar que no me van a cuidar”.

El cuidado y la necesidad de ser cuidado es el hilo conductor constante dentro del sistema de salud y por tanto, de los servicios sanitarios. Situando al paciente como centro de nuestra actividad, incrementamos su participación en la toma de decisiones y estamos obligados a que se cumplan sus expectativas.

Por otra parte, la profesión de enfermería se encuentra en pleno proceso de innovación debido a la implantación de los nuevos estudios de grado y posgrado, el previsible desarrollo de las Especialidades y la ampliación del mapa de competencias en el Sistema Nacional de Salud. Consideramos que la enfermería dará un paso de gigante en su reconocimiento profesional y social, porque podemos responder a las necesidades actuales de los ciudadanos, modelando nuestra manera de trabajar enfocada al paciente, la familia y los cuidadores. Nuestra cercanía al paciente, permite que conozcamos mejor que otros miembros del equipo de salud sus necesidades, sus preocupaciones, su entorno y sus capacidades. La disciplina enfermera, en el marco de sus competencias profesionales está preparada para ofrecer a la sociedad cuidados de calidad científica, técnica y humana, actuando con principios ético-legales y para el trabajo en equipos multidisciplinares.

Por tanto, investigar cuáles son las necesidades de los pacientes hospitalizados y cómo valoran los cuidados recibidos nos ayudará a responder a algunas de las interesantes preguntas de difícil explicación: ¿de qué se ocupan las enfermeras? ¿qué problemas resuelven? ¿con qué resultados?.. Las aplicaciones prácticas de este estudio se fundamentan en que ayudarán a reflexionar a las enfermeras como es percibido y valorado el proceso de cuidados, se podrán identificar áreas de mejora aplicables la asistencia, gestión, formación e investigación, acordes a las demandas actuales y reales de la sociedad, teniendo en cuenta que en la

actualidad hay muy pocos estudios científicos sobre estos conocimientos y no hemos encontrado ninguno que aborde íntegramente el proceso de cuidados.

He elegido una profesión que no es estática sino que comparte el dinamismo social, nos renovamos y nos contagiamos de la vitalidad y pasión que da el compartir experiencias difíciles. Personal y profesionalmente he ido abriendo y cerrando ciclos. Ahora comienza otro que desconozco dónde me llevará, pero seguro que me hará enfrentarme con ilusión a nuevos retos.

---

Con la finalidad de facilitar la lectura de este trabajo, nombraremos de forma genérica, sin que eso implique discriminación los siguientes términos:

- *Profesional de enfermería*, para referirnos tanto a las enfermeras como a los enfermeros. Del mismo modo, usaremos el término *enfermera* para referirnos a aquellas personas que ejercen como Diplomados Universitarios de Enfermería dentro de la profesión, independientemente de su sexo.
- La palabra *paciente*, para la y el paciente.
- El artículo *los*, para los y las pacientes.
- La palabra *familia*, para denominar tanto a la familia propiamente dicha, como a otras personas que cumplan esta función en el cuidado.



# 1. Introducción



# 1.1. Marco conceptual

---

Los cuidados son el eje central de enfermería y seña de identidad de la profesión<sup>1-3</sup> que se construye día a día, fruto de las características que han proporcionado el desarrollo social y profesional. Por tanto, éste trabajo queda enmarcado en la evolución social y de la enfermería que ocurren entre los dos cambios académicos más representativos; desde 1977 con el RD 2128/77 que integró las Escuelas de Ayudante Técnico Sanitario en Escuelas Universitarias de Enfermería<sup>4</sup>, el cual capacitaba a los profesionales para funciones más complejas, realizar juicios críticos, tomar decisiones y reorientar sus actividades de acuerdo a las transformaciones sociales, y necesidades de la comunidad, hasta el momento actual, con el RD 1393/07, que define la nueva titulación de Graduado en Enfermería<sup>5</sup> y nos permite el desarrollo total de la disciplina, por primera vez podemos conseguir, desde nuestra propia área de conocimiento, el mayor nivel académico, el doctorado, para incrementar por medio de la investigación científica el cuerpo propio de conocimientos y contribuir a la mejora de la salud de la población. Estamos de acuerdo con la afirmación, “el desarrollo de la investigación es un elemento clave para el impulso y consolidación de la profesión”<sup>6,7</sup>.

También, creemos que una mayor formación debería tener una correspondencia con un nivel más elevado de responsabilidad profesional y de retribución. Los nuevos graduados han comenzaron a desarrollar su actividad profesional a mediados del 2013.

La evolución de las Ciencias de la Salud en las últimas décadas, así como las transformaciones sociales, son consecuencia de los cambios culturales, políticos, económicos, demográficos y tecnológicos que interactúan entre sí y han modificado sustancialmente el concepto y el desarrollo de la enfermería. En la actualidad, se reconoce que el primer deber de la enfermera es el cuidado de la persona. Para cuidar correctamente a la persona en situación de vulnerabilidad, a la enfermera se le exige una formación que garantice la calidad de los cuidados, en base a modelos y métodos que aúnen la mejor evidencia científica, la experiencia personal y el criterio ético, dispensando cuidados con respeto a cada persona<sup>8</sup>.

La sociedad cambia más rápido que la sanidad. Los sociólogos modernos concluyen que vivimos en la sociedad de la incertidumbre, del cambio y del exceso, y esas características también se reflejan en las actitudes de los ciudadanos con respecto a la salud y al sistema sanitario<sup>9</sup>. Los ciudadanos de nuestra "sociedad pluralista del bienestar" nos hemos hecho más formados, e informados y exigimos un sistema de salud de calidad, con atributos de información, trato y comodidad acordes con un nivel científico técnico de excelencia. Para dar respuesta a estas exigencias y expectativas, las autoridades político-sanitarias han tenido que responder con: legislación, inversiones en equipamiento e infraestructuras, descentralización, grandes aumentos de recursos humanos y materiales y reestructuraciones en planificación, organización y gestión. También a los profesionales sanitarios se nos ha exigido un mayor nivel de compromiso e identificación con las organizaciones sanitarias y una mayor dedicación a la autoformación, a la práctica asistencial y a la prestación de cuidados en el trato a los ciudadanos<sup>10</sup>.

Otra característica singular de nuestro sistema sanitario es la utilización que se hace de los servicios de urgencias. Es la puerta preferida por muchos ciudadanos para acceder al sistema; también un reflejo de la sociedad que no sabe esperar y que busca soluciones rápidas a los problemas de salud.

Los ciudadanos deben desempeñar un papel activo en la planificación de políticas sanitarias. Situar al paciente en el centro de nuestra actividad significa que deberíamos incrementar su participación en la toma de decisiones y estamos obligados a que se cumplan sus expectativas.

Desde 1984 cuando el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) creó el primer plan de humanización incluido en la mayoría de los proyectos institucionales y planes estratégicos, encontramos como su línea básica de actuación que somos una empresa de servicios y nuestro objetivo es dar asistencia sanitaria pública, asegurando la calidad científico técnica con la utilización óptima de los recursos y que tenemos que satisfacer las expectativas de los usuarios. Desde entonces, ha sido un continuo devenir con mayor o menor grado de aplicación hasta que la Ley 41/2002, reguladora de la Autonomía del Paciente<sup>11</sup>, subraya con mayor intensidad, entre otras, la prioridad de desarrollo del derecho a un trato digno, evitar sufrimiento innecesario, confidencialidad, segunda opinión, acceso a la propia documentación

clínica, calidad de la atención sanitaria o conocer el nombre del profesional que atiende al paciente.

Estas necesidades de salud de la población van condicionado el rol profesional de la enfermería a lo largo de la historia. Se han ido remodelando las funciones enfermeras y reflejándose en la práctica profesional habitual. Sobre todo se plantea la necesidad de centrar su actividad en la persona/paciente y no solamente en la enfermedad/enfermo. En consecuencia, obliga a una reorientación de los cuidados que ofrecen los profesionales de enfermería<sup>12</sup>.

### 1.1.1. Los cuidados de enfermería

Las enfermeras como profesionales son expertos en proporcionar cuidados, guiar, enseñar y promover un entorno favorable, para satisfacer las necesidades de salud de las personas de forma individual, familiar, social y a la comunidad en general, en las distintas etapas del ciclo vital<sup>13</sup>. El cuidado se centrará en la relación entre seres humanos, "estar con el otro". En el futuro, será importante la identificación de cuidados profesionales que hasta ahora no son cuantificados ni visibles para la sociedad<sup>14</sup>.

Se trata, por tanto, de poner en valor los contenidos tangibles e intangibles del cuidado. Los cuidados, al no ser un valor de mercado, no han tenido, ni todavía tienen, un buen reconocimiento social y apenas han sido investigados en su parte intangible. Recordemos que para cuidar se necesita predisposición hacia la solidaridad, tener presente al "otro", adquirir un compromiso emocional y ser muy flexible<sup>1</sup>. Desafortunadamente, mientras que el coste es una variable claramente cuantificable, el cuidado no <sup>15</sup>.

No existe un consenso en la definición de lo que es cuidar y lo que ello engloba. Parece evidente que dependiendo del paradigma enfermero en el que nos situemos nos identificaremos más con una concepción de la enfermería y del cuidado que con otra.

Sin entrar en consideraciones históricas excesivas, el inicio de los cuidados, como acto de vida, se pierde en la memoria de la propia existencia del hombre. Los cuidados profesionales de enfermería se inician cuando finaliza el periodo vocacional y se accede a la formación. Coinciden con la segunda Revolución Industrial a

mediados del siglo XIX que permite la incorporación de la mujer al trabajo y a la educación.

Todos los cuidados de enfermería están influidos por los modelos que favorecen el avance hacia la profesionalización, por la formación y por su desarrollo profesional y social. Modelos teóricos podríamos citar muchos, algunos de los más representativos para la enfermería española son:

Desde 1850, con Florence Nightingale<sup>16</sup>, se desarrolló un modelo higiénico, que caracterizó los hospitales del momento, y se convirtió en punto de partida de una orientación profesional de la enfermería hacia la satisfacción de las necesidades de salud de la persona. Se consolida en la segunda mitad del siglo XX, con grandes cambios en la práctica enfermera hacia la profesionalización. Virginia Henderson<sup>17</sup>, una de las autoras más seguidas en la enfermería actual, centra su acción en las necesidades fundamentales de la persona. Dorotea Oren<sup>18</sup>, con su teoría enfatiza en el autocuidado. Simone Roach<sup>19</sup>, una de las pioneras en análisis del cuidar enfermero, determinó que el cuidar presentaba cinco características propias que comenzaban por la letra "C": compasión, competencia, confianza, conciencia y compromiso. Las teorías desarrolladas a partir de los años 80, han seguido el desarrollo de las teorías sobre enfermería. Mencionamos a Newman, Rogers, Parsey y Watson. De ellas, sólo se puede considerar que Watson<sup>20,21</sup> desarrolló una visión humanística de los cuidados de enfermería. Posteriormente, en los años 90 Leninger<sup>22</sup>, a través de estudios transculturales, desarrolló su teoría que relaciona salud y bienestar.

Es importante saber que cada modelo estudia un aspecto más o menos limitado de la realidad. Por lo tanto, es necesario contar con muchas teorías que estudien todos los fenómenos relacionados con el cuidado de enfermería, y que los profesionales apliquen, en cada momento, el que mejor se adapte a las circunstancias del paciente y al lugar donde se actúe, e incluso una síntesis de todos. Podría decirse que existe una diversidad de interpretaciones filosóficas en relación al cuidado<sup>23</sup>, que podrían resumirse muy sucintamente: el cuidado como una característica humana, como un imperativo moral, como afecto, como intervención terapéutica y como relación interpersonal paciente-enfermera.

Como expresa Fernández-Ferrín<sup>24</sup>, «La evolución de la disciplina enfermera ha estado marcada por las grandes corrientes filosóficas de pensamiento que imperaron en un momento y contexto determinados e influyeron en las afirmaciones de

creencias y valores que las diversas teorizadoras hicieron acerca de los seres humanos y su mundo».

La generación de lenguajes y vocabularios enfermeros surge en las últimas décadas del siglo XX vinculada al desarrollo teórico. Los modelos y las teorías han sido el vehículo facilitador de la socialización de las enfermeras, creando lenguajes que permitan transmitir sus convicciones profesionales, articulando estructuras filosóficas, ético-morales y científicas que guíen sus acciones cuidadoras, y estableciendo medios para la sistematización del pensamiento enfermero y su práctica. Como explica Thorne<sup>25</sup>, «las teorizadoras no han pretendido reinventar la Enfermería, sino dotarla de recursos que permitan explicar su complejidad».

Si bien, no siempre es una opinión unánime, pues la tendencia a vincular el conocimiento y la práctica enfermera a un único modelo conceptual ha sido duramente criticada por las enfermeras en la práctica asistencial y también por importantes eruditas de la enfermería, considerándola una monopolización por parte de algunos sectores. En palabras de Meleis<sup>26</sup>, «esta situación debe considerarse como una obstrucción epistemológica que impide avanzar en cuestiones relevantes para la disciplina». En todo caso, es responsabilidad de las enfermeras el confirmar si el lenguaje utilizado en el modelo de cuidado es comprensible para los pacientes, la familia y cuidador así como validar su significación y relevancia simbólica.

Sin embargo, la atención sanitaria en los hospitales está impregnada del modelo biomédico y curativo, reduce lo humano a lo biológico alejando el trabajo de las enfermeras de su visión humanista y holística del cuidado<sup>27</sup>. Identificándonos con Feito<sup>28</sup> entendemos y asumimos que cuidar de un ser humano es algo más que paliar sus necesidades de tipo somático; consiste en percibir todas sus necesidades y velar por ellas. No cabe duda, que es importante tratar la enfermedad desde un enfoque biológico, pero también es esencial que la enfermería contemple a la persona enferma desde un enfoque holístico, esto es, desde todas las dimensiones del ser humano (corporal, intelectual, emotiva y espiritual). Partiendo de la concepción de que los cuidados trascienden la técnica y engloban otras dimensiones, como la familia, las necesidades psico-emocionales, las relaciones interpersonales, el afecto, la escucha, el tacto, etc.

La creciente evolución de los sistemas sanitarios hacia la tecnificación y la especialización tienden a destacar el concepto de curación y dejar en segundo

término el cuidado. No se debería de olvidar que lo antagónico de cuidar es descuidar<sup>29</sup>.

El camino que los usuarios deben de recorrer dentro del sistema es complicado y posiblemente demasiado rápido para la toma de decisiones. La enfermera, con su presencia cuidadora, acompaña al paciente en el complejo recorrido y armoniza la relación entre usuarios y sistema. La atención que se proporciona a los pacientes hospitalizados y los resultados que presentan son fruto del trabajo multidisciplinar de diferentes profesionales de la salud. Sin embargo, son las enfermeras, los profesionales que tienen mayor contacto y relación con el paciente, por lo que sus cuidados constituyen la provisión central del cuidado del hospital. Se estima que entre un 30 y 40% del presupuesto sanitario se gasta en cuidados de Enfermería pero, hasta el momento, nunca se ha podido saber cuál es el consumo real de recursos que la profesión utiliza en su quehacer diario. Ante la presión continuada de contención de costes, y el incremento de la severidad de la enfermedad y la comorbilidad de los pacientes hospitalizados, los cuidados de enfermería adquieren una mayor importancia ya que, a pesar del incremento de la demanda de cuidados, a menudo se reestructura la plantilla de enfermería para hacer frente a la contención de los costes. Es el momento de que se exploren nuevas innovaciones para que no se comprometa la calidad de los cuidados.

El proceso de hospitalización genera situaciones únicas de stress, por el miedo a lo desconocido, por la utilización de métodos invasivos, por el lenguaje específico de los profesionales, por el ambiente extraño, por la preocupación del paciente con su tratamiento y recuperación de la salud. La institución, a través de normas, determina el horario de la medicación, alimentación, baño, sueño, realización de curas y demás procedimientos. Esa rutina hace que el paciente tenga su espacio personal invadido constantemente, generando sentimientos de pérdida de control sobre sí y sobre el entorno. Todas estas modificaciones generan alteraciones emocionales, cuyos sentimientos varían tanto en la forma como en la intensidad<sup>30</sup>.

En este sentido, la comunicación se constituye en un instrumento de apoyo emocional que debe ser utilizado por los profesionales de salud, pues posee un papel determinante sobre el estado emocional de los pacientes, influenciando directamente en la relación del equipo de salud con el paciente. También en este contexto, las enfermeras, por mantener un contacto directo y permanente con los pacientes, deben

colocarse en la posición de facilitadoras durante el proceso de hospitalización, a través de una asistencia integral que comprenda las competencias profesionales de conocimientos, habilidades y actitudes. Es importante que el equipo de enfermería aclare las dudas del paciente y le incentive a expresar sus sentimientos, intentando transmitir seguridad y calma y ayudando a liberar los diversos sentimientos de miedo, rabia, ansiedades, angustias, soledad e inseguridad. Los pacientes y usuarios están razonablemente satisfechos, esperan ser atendidos con profesionalidad y dan por supuesta la calidad de los cuidados que les damos, pero también esperan un respeto por sus valores, una información a tiempo, que exista continuidad, coordinación de la asistencia y de los cuidados entre los diferentes niveles. Pero lo que verdaderamente valoran es sentirse escuchados, confiados y seguros. En este sentido creo que las enfermeras tienen una gran responsabilidad y una oportunidad de liderazgo profesional por su cercanía al paciente<sup>31</sup> El objetivo final del trabajo de la enfermería es que el paciente se encuentre en un entorno seguro, para resolver sus dudas o aminorar sus preocupaciones, lograr que se implique en los tratamientos o que participe en la rehabilitación. Es obvio que no es una exclusiva responsabilidad de este colectivo profesional, pero también lo es que sin su contribución el paciente no se sentirá protagonista de su salud<sup>32</sup>. Tanto los pacientes como los profesionales reclaman avanzar en la calidad de la atención. El propio Ministerio de Sanidad elabora planes que tienen como objetivo los estándares más altos de excelencia en los que sitúan al paciente en el centro de la atención sanitaria como eje fundamental<sup>33,34</sup>. Si bien esta pretensión requiere un cambio que incluya a la sociedad y las instituciones, los profesionales, en general, sí que pueden plantearse una práctica más democrática y horizontal, donde las opiniones de las personas sean escuchadas y participen realmente de una manera activa siendo el centro de su propio proceso. En el caso particular de las enfermeras se requiere una apertura al cambio, poseer los conocimientos y actitudes necesarias para saber manejar el contexto en el que va a darse la participación activa, considerando en este sentido la Relación de Cuidado<sup>33</sup>.

Entendemos que la calidad de cuidado no es una variable única ni homogénea, sino más bien un concepto complejo que incluye los valores, las creencias y las actitudes de las personas involucradas en dicha relación. Para las enfermeras, el problema se ve agravado por el hecho de que la calidad de la atención es intangible, ya que se manifiesta y se verifica por la experiencia del paciente<sup>35</sup>, tiene una

naturaleza cambiante que depende de la persona que proporciona el cuidado y de las necesidades del paciente<sup>36</sup> y debe incluir una visión sobre la atención que reciben<sup>15</sup>.

Pero la calidad de cuidado también debe cuidar la representatividad de los pacientes y ciudadanos en los distintos eventos profesionales e institucionales tanto la representación de las asociaciones de enfermedades, foros de pacientes y de opinión. En la actualidad, los Servicios de Salud están comprometidos con la calidad y la eficiencia y están obligados a reorientar las organizaciones hacia la práctica basada en la evidencia y los estándares profesionales para poder obtener resultados de calidad. La alta tecnificación de los cuidados, la necesidad acuciante de obtener resultados económicos basados en la eficiencia, los cambios en la sociedad y la desmotivación en la profesión enfermera, llevan a desarrollar diferentes estrategias, encaminadas a mejorar la calidad de los cuidados y la salud de los ciudadanos, siendo la contribución enfermera fundamental<sup>37</sup>.

Por último, la calidad de cuidado no sería completa sin desarrollar la investigación en cuidados para dar respuesta a la evolución de la sociedad, de la profesión y mejorar los cuidados de salud de las personas, las familias y la comunidad. El impacto de la atención de enfermería es una cuestión importante, sobre todo, si se considera que todos los usuarios del sistema de salud recibirán, en algún momento de su vida, los cuidados que proporcionan los profesionales.

### 1.1.2. La profesión de enfermería

Uno de los cambios trascendentales para la Enfermería española se produce con la integración de los estudios en la Universidad en 1977 bajo la titulación de Diplomado en Enfermería; los profesionales tomaban las riendas de su formación. A partir de este momento, comenzaban a establecerse el reconocimiento de la autonomía de la profesión, pasándose de realizar tareas subordinadas a trabajar en equipos multidisciplinares. Los cuidados se centrarían en el ser humano como una entidad holística, abriéndose nuevas expectativas para la profesión en los ámbitos de la asistencia, de la gestión, de la docencia y de la investigación. En una revisión bibliográfica de la historia, Emilia Castro<sup>38</sup>, nos informa de que existe una relación

directa entre los estudios históricos enfermeros y el fortalecimiento del colectivo profesional.

La Orden de 28 de febrero de 1985<sup>39</sup>, estableció los órganos de dirección de los hospitales surgiendo por primera vez las Direcciones de Enfermería y los nuevos modelos de gestión, cuestión que sin duda supondría un paso hacia delante en el reconocimiento de la profesión, estableciéndose la función gestora.

Una realidad muy distinta es que todavía hoy, una gran parte de estas enfermeras y enfermeros capacitados para ejercer de un modo autónomo su proyecto profesional, se encuentren al terminar su ciclo formativo con otra realidad, con una organización sanitaria demasiado pendiente del modelo de supeditación, heredado de otros tiempos y con una resistencia más o menos consciente de muchos profesionales a aceptar cambios en las rutinas establecidas. Tampoco la sociedad que nos rodea está aún preparada para reclamar los servicios enfermeros en toda su amplitud, salvo que haya tenido alguna experiencia positiva cuando estos le han sido dispensados, muy especialmente en el medio hospitalario.

El informe sobre los Recursos Humanos Sanitarios en España y la Unión Europea, presentado en el año 2007 por el Consejo General de Enfermería de España<sup>40</sup> constató que el ratio en Europa era de 808 enfermeras por 100.000 habitantes; en España de 532. Con otras cifras, España está muy por debajo de la media europea en el ratio enfermera/paciente, solo tiene 5,5 enfermeras por 1.000 habitantes, mientras la media alcanza las 9,4. Estos datos dan una idea clara del esfuerzo personal y profesional que realizan las enfermeras para conseguir los objetivos asistenciales.

Las condiciones de las instituciones donde las enfermeras desarrollan su trabajo y las condiciones laborales repercuten directa o indirectamente en la satisfacción de los cuidados. En 1989 un estudio realizado por Hartz<sup>41</sup>, informó que el porcentaje de personal de enfermería profesional así como el ratio enfermera/paciente fue uno de los cinco mayores indicadores de predicción de los niveles de mortalidad. A partir de ahí empieza a ser consistente la relación entre dotación de enfermeras y mortalidad. Investigaciones posteriores del equipo de la Dra. Linda Aiken (2000)<sup>42</sup>, han mostrado la relación existente entre número y preparación de las enfermeras con la mortalidad de pacientes y la satisfacción laboral, así como que una dotación subóptima de enfermeras, ya sea en número o cualificación, tiene efectos negativos tanto sobre las propias enfermeras como sobre

la salud de los pacientes <sup>43</sup>. La Dra. Aiken y su equipo han continuado sus investigaciones (2014)<sup>44</sup>, publican su trabajo donde han estudiaron a 420.000 pacientes en 300 hospitales de nueve países europeos, relacionando las cargas de trabajo y la titulación académica vinculándola a la supervivencia de los pacientes tras la cirugía. Curiosamente, un aumento del 10% en la proporción de enfermeros en poder de un título de grado se asocia con una disminución del 7% en el riesgo de muerte. La ratio media paciente/enfermera en España fue de 12,7 mientras que por ejemplo Noruega fue de 5,2. Los dos países todas las enfermeras tienen un título de máxima cualificación.

Además, en las enfermeras, la disminución del ratio enfermera paciente, aumenta el síndrome de Burnout y la insatisfacción laboral. En este sentido, Needleman et al. (2006)<sup>45</sup>, afirmó que “si todos los hospitales incrementaran su plantilla de enfermeras tituladas hasta alcanzar el 25% de los hospitales con mayor dotación de enfermeras, se evitarían más de 6.700 muertes intrahospitalarias y alrededor de 60.000 eventos adversos”. Estos hallazgos no incluyen el valor añadido a las familias o la reducción de morbilidad, como por ejemplo la reducción de dolor o de absentismo laboral, así como elevados ahorros para los hospitales.

En estudios similares, como los llevados a cabo por Moreno et al. (2010)<sup>46</sup>, demuestran que las barreras organizativas y la falta de tiempo, continúan siendo, las más importantes dificultades también en el contexto español. El factor tiempo cobra cada día más importancia, pues no es fácil priorizar a la hora de planificar los cuidados cuando tenemos más personas a las que cuidar que tiempo disponible para ello<sup>47,48,49</sup>.

La rigidez de las estructuras hospitalarias y los altos niveles de exigencia han derivado en la producción y reproducción de los cuidados de salud basados en la tradición, es decir, en rutinas y/o rituales aprendidos de nuestras colegas. Otro aspecto digno de ser destacado, en cuanto a barrera se refiere, es la falta de autoridad que afirman tener las enfermeras para cambiar la práctica clínica. Este hecho ratifica la anorexia de poder y la autopercepción del colectivo como dominado. En este sentido, desistir en la utilización del poder por parte de las enfermeras a favor de otros estamentos no es ético, puesto que se limita la calidad de los cuidados que los pacientes reciben<sup>50</sup>. Del mismo modo, la Joint Commission<sup>51</sup> entre otras organizaciones internacionales, reconoce múltiples ventajas derivadas de la integración de la práctica basada en la evidencia, tales como la mejora en resultados de salud, el incremento de la seguridad de los pacientes, así como el favorecimiento de la captación y retención de enfermeras, un bien escaso en la mayoría de países europeos caracterizándose el nuestro por la inestabilidad y precariedad laboral<sup>52</sup>.

En el sistema sanitario la gestión del clima laboral tiene efecto en los costes de personal, en el absentismo laboral y en el abandono profesional, entre otros aspectos. Además, una gestión adecuada del mismo contribuye a la seguridad del paciente, con reducción de la mortalidad evitable, efectos adversos, días de estancia hospitalaria, etc., y por tanto disminuye los costes soportados por el sistema sanitario.

El estudio de Garza et al. (2011)<sup>53</sup>, describe los factores que generan más estrés en los profesionales de enfermería; estos están relacionados con la muerte, el sufrimiento, la carga de trabajo, la preparación insuficiente, la incertidumbre en relación a los tratamientos que se les brinda a los pacientes y la falta de apoyo de los superiores de enfermería. Los agentes que condicionaron estrés fueron: pasar temporalmente a otros servicios por falta de personal, ver sufrir a un paciente, realizar tareas que no son de enfermería y que el médico no esté presente en alguna situación de urgencia. Además, el colectivo de Enfermería ha sufrido un aumento del paro en los últimos años superior al 400%, perdiéndose más de 15.000 puestos de trabajo desde 2009, según los datos facilitados por el Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE)<sup>54</sup>.

El estudio llevado a cabo por la Fundación para el Desarrollo de Enfermería y el Sindicato de Enfermería (FUNDEN-SATSE)<sup>55</sup> sobre el clima laboral y las condiciones de trabajo de la enfermería en España nos informa, respecto a la Atención Especializada, de una serie de aspectos relevantes tales como que:

1. Piensan que la burocracia es excesiva (92,38%).
2. Creen que la solución a los problemas de su servicio es un aumento de personal (78,30%).
3. Delegan tareas a otros colectivos por falta de tiempo (71,26%).
4. Su supervisor gestiona adecuadamente los recursos existentes (71,26%).
5. Es importante la autonomía en su trabajo para un 67% de profesionales de enfermería.
6. El 74% de los enfermeros considera importante la formación para el desarrollo de sus competencias profesionales.
7. Un 92% de enfermeros otorgan importancia al grado de responsabilidad de su trabajo diario.
8. Para un 83% de enfermeros es importante la relación en su actividad con auxiliares y celadores.
9. El 93% de los encuestados conceden importancia a su relación con los pacientes.
10. Los enfermeros conceden, en un 79% importancia a la continuidad de los cuidados a los pacientes.

11. Para un 88% de profesionales de enfermería es importante la imagen que de ellos tienen sus pacientes.

Los cambios más evidentes que se han producido y que modificaron profundamente el rol enfermero, se plasman<sup>56</sup>:

- *En la forma de pensar*: Deja de centrarse en la curación de la enfermedad para cuidar la salud de los individuos y su entorno.

- *En la forma de actuar*: No se limita a ejercer su función asistencial y amplía sus funciones a otros ámbitos de actuación, sino que las desarrolla con autonomía y responsabilidad propia desprendiéndose del carácter subordinado y dependiente.

- *En la forma de hablar*: Normaliza los diagnósticos enfermeros y el empleo de una metodología científica mediante la aplicación de los Planes de Cuidados.

La carrera profesional<sup>57</sup>, “supone un sistema de evaluación y desarrollo profesional decisivo para la incentivación del profesional sanitario y para lograr una mejora cuantitativa y cualitativa de la atención sanitaria”. El reconocimiento de la carrera profesional, se plantea como una estrategia para introducir un cambio en el hacer enfermero, con la filosofía de crear equipos de trabajo motivados y con alta autoestima profesional, un entorno que desarrolle al máximo las competencias profesionales y valore los progresos de los trabajadores, estrategia que traerá como consecuencia la mejora de la calidad de la atención.

Podríamos resumir que las *debilidades*<sup>58</sup> a las que se enfrenta la profesión son:

- Los recién graduados tienen pocas oportunidades de encontrar trabajo en España, tiene que buscar en otros países las oportunidades para ejercer plenamente su profesión.

- Los profesionales en activo tienen que trabajar más horas y con más presión asistencial. La práctica clínica tiene un alto nivel de exigencia, y claramente, los factores laborales e incluso las rutinas son mejorables. Es decir, que nos sitúa en unas condiciones de trabajo precarias:

- El ratio enfermera/paciente bajo, que repercute especialmente en las áreas de hospitalización.

- De las seis especialidades de enfermería que tienen aprobados los planes de estudio y asignada plazas de Enfermero Interno y Residente (EIR), cinco no pueden

ejercer en la especialidad al no estar desarrolladas la categoría profesional, en el Sistema de Salud.

- Escaso desarrollo de la carrera profesional.

Resumimos, también, las principales *fortalezas* de la profesión:

- Identidad profesional fuerte: conocimiento experto y habilidades propias.
- Desarrollo de las especialidades.
- Título de Grado de Enfermería y la posibilidad de hacer el doctorado.
- Ampliación de competencias relacionadas con la capacitación de los profesionales: receta de enfermería.
- Unidad de la profesión para la defensa de las "grandes batallas" sociales y académicas.
- La alta valoración de los cuidados que las enfermeras aportan a la sociedad.

### 1.1.3. Transformaciones sociales y la práctica de enfermería

El siglo XXI nace marcado por un avanzado proceso de envejecimiento de la población a nivel mundial, especialmente en los países europeos. En España la población mayor de 65 años se situó en el 17% en el año 2011, y se prevé que ese porcentaje aumente al 19,2% en el año 2020 hasta alcanzar un 29,9% en el año 2060, aumentando asimismo el grupo de personas en riesgo de ingreso hospitalario<sup>59,60</sup>. La edad media de ingresos hospitalarios que se produjeron en España en el año 2011, fue de 54,8 años<sup>59,61</sup>. Los ingresos hospitalarios<sup>62</sup> más frecuentes fueron el de mayores de 65 años: en 1990 representaron 2,5 de cada 10 ingresos hospitalarios, y en 2010 ascendieron a 4 de cada 10. Por consiguiente, el primer fenómeno es el envejecimiento de la población, que supone una mayor representación de estos grupos de edad en el sistema de salud y, en concreto, de una mayor demanda de cuidados enfermeros. El segundo fenómeno que debe destacarse son las enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, enfermedades respiratorias crónicas, etc.), las neurodegenerativas o los diversos tipos de cáncer<sup>63</sup>, influidos por los cambios en los comportamientos de salud en todos los grupos de edad (hábitos de alimentación o de actividad física, patrones de uso de atención sanitaria, percepción

del riesgo, etc.). En este sentido, la Enfermería se enfrenta a un importante desafío: la gran mayoría de los enfermos que atiende nunca se van a curar. Esta situación plantea que los cuidados enfermeros deben ser abordados con una profunda reflexión sobre el tradicional rol curativo que se le asigna a dichos cuidados, así como un replanteamiento de los modelos de atención socio-sanitaria y de estrategias preventivas, que deberán contemplar un cambio de rol para la Enfermería. En tercer lugar, la creciente urbanización de nuestras sociedades obliga a tomar en cuenta las condiciones de vida en las que se desarrollan los individuos, tanto en la salud como en la enfermedad. En España el 70% de la población reside en entorno urbano (y con expectativas de crecimiento). La atención sanitaria y los cuidados enfermeros en el hogar serán cada vez más frecuentes en el futuro próximo. En cuarto lugar, la incorporación de las mujeres al trabajo productivo ha contribuido a desencadenar una de las mayores transformaciones sociales de la historia. Uno de los efectos más palpables de esta transformación es la llamada crisis de los cuidados<sup>64</sup>, dado que las mujeres han ejercido el rol o mandato femenino del cuidado en la familia, su salida hacia el espacio público ha creado tensiones importantes en la organización familiar y en las estructuras familiares: visibilización paulatina del cuidado, redistribución de los roles en las familias, familias con menos hijos que generaciones anteriores, familias sin hijos, nuevas formas familiares, etc. Algunos de los resultados más importantes de esta transformación que impactan o impactarán la práctica enfermera son la disminución de las generaciones de relevo (contribuyendo al envejecimiento de la población), el decrecimiento de las redes de apoyo familiar (potenciando la dependencia de los cuidados institucionales o el incremento de la soledad percibida).

Hoy, los ciudadanos están cada vez mejor informados y organizados y tienen acceso a la información sobre temas de su interés en cualquier parte del mundo en tiempo real, el paciente informado se hace responsable de su salud, es capaz de comprender y colaborar en su tratamiento y cuidados. Ha permitido construir un entorno virtual colaborativo desde el que desarrollar, crear y difundir conocimientos y experiencias innovadoras sobre todo en la atención a la cronicidad.

Finalmente los cambios en el mercado laboral que atienden a una nueva demanda de exportación e importación de profesionales, conviviendo con diferentes conceptos del cuidar, suponen un nuevo concepto de globalización de los cuidados.

#### 1.1.4. Previsiones de futuro del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias

Describimos los factores claves sobre el Futuro del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias realizado por Francisco Javier Elola<sup>65</sup>, en el año 2010, por su posible implicación en la asistencia:

1. Racionalización del gasto público, por el lento crecimiento de la economía española.
2. Descenso del número de habitantes, con una población envejecida con una alta prevalencia de enfermedades crónicas, fragilidad y dependencia.
3. Preferencias de los ciudadanos con respecto al sistema sanitario: la capacidad de elección del usuario, la capacidad del paciente para decidir sobre las alternativas terapéuticas, la capacidad de respuesta del servicio sanitario y los aspectos relativos a la confortabilidad.
4. El uso de la tecnología seguirá creciendo; es el factor que más ha contribuido a aumentar el gasto sanitario.

La demografía y la tecnología, los dos grandes factores de crecimiento del gasto sanitario, están demandando e impulsando un cambio en el modelo sanitario actual. Más de un 24% de la población asturiana tendrá en 2019 más de 65 años, lo que lleva implícito un cambio en el modelo sanitario:

- a) En la atención al paciente crónico entre los ámbitos de atención primaria y especializada y la continuidad entre servicios sociales y sanitarios, y el desarrollo de recursos sanitarios intermedios con unidades de convalecencia y de paliativos. Destacando la importancia que tiene el autocuidado y la formación a apoyo a las personas cuidadora, y que este modelo debe mejorar la calidad asistencial y reducir costes.
- b) En la atención al paciente grave y agudamente enfermo deben de situar al paciente en unidades altamente especializadas.
- c) En la atención al paciente con cáncer se requiere una nueva concepción multidisciplinar de la atención oncológica.

Incluyendo la colaboración público-privada dentro de un marco legislativo y la existencia de un Sistema de Salud cohesionado, se considera un factor clave para la sostenibilidad del sistema y que requiere acuerdos nacionales.

En resumen, las tres demandas fundamentales en la atención de los pacientes se centran en obtener mayor accesibilidad a la información, atención personalizada y participación en la toma de decisiones. El desarrollo de estos puntos generará cambios en la organización y en las competencias profesionales.

### 1.1.5. Los cuidados de enfermería en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA)

El Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), ubicado en Oviedo, es el hospital de referencia del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) y hospital de nivel tres del Área Sanitaria IV de Asturias. Engloba, además, al Instituto Nacional de Silicosis, unidad de referencia nacional para enfermedades respiratorias de origen laboral. El convenio entre la Universidad de Oviedo le confiere su carácter de Hospital Universitario.

La Dirección de Enfermería del HUCA es la responsable de los cuidados dispensados por las enfermeras, definiendo las líneas estratégicas y distribuyendo los recursos necesarios para garantizar los cuidados basados en la mejor evidencia científica disponible. La calidad de los cuidados de enfermería debe dar satisfacción a las necesidades y expectativas de los pacientes y sus familiares, y también, la de los otros profesionales que conforman el equipo multidisciplinar que aporta la atención sanitaria.

#### 1.1.5.1. Líneas de trabajo de la enfermería en el HUCA

La historia de la profesión y el progreso en los cuidados ha evolucionado paralelamente en todas las Comunidades Autónomas de España. En la práctica clínica del HUCA sólo encontramos pequeños matices propios debidos a las diferencias organizativas o las peculiaridades propias de las Unidades de Hospitalización.

Durante todo el proceso de la hospitalización de los pacientes, se pretende que los cuidados de enfermería estén normalizados y con la menor variabilidad posible. Las enfermeras, como herramienta de cuidados, utilizan el Proceso de Atención de Enfermería (PAE)<sup>66</sup>, que recoge la visión integral del paciente, con el compromiso de que se realice al 100% de los pacientes hospitalizados

Las enfermeras documentan su actividad de cuidados en registros propios de enfermería. Son uno de los principales sistemas de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario. Constituyen una prueba de carácter legal; regulado por la Ley Básica de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica del año 2002<sup>11</sup>. Los registros de enfermería forman parte de la documentación de la historia clínica. Con ellos se consigue dar continuidad, seguridad y eficacia a los cuidados de enfermería. En nuestro Hospital están compuestos por: Valoración al ingreso del paciente, Plan de Cuidados, Observaciones de Enfermería, Gráfica, Libro de Tratamiento e Informe de Continuidad de Cuidados al Alta Hospitalaria (ICCAH)<sup>66</sup>. En estos documentos quedan reflejadas las actuaciones del profesional en relación con el cuidado integral del paciente, así como las respuestas de éste frente a las intervenciones realizadas.

Cada paciente ingresado en el HUCA tiene derecho a un plan de cuidados individualizado para satisfacer sus necesidades. En los casos que no es posible satisfacer todos los requisitos, deben acomodarse al mejor grado posible. Trabajamos desde un enfoque integral de la persona, con la participación del paciente/familia o cuidador principal donde se les potenciará sus capacidades de llevar a cabo los autocuidados. Son relaciones basadas en el respeto mutuo, la confianza y la igualdad de valores.

El PAE es un método científico, unificado y codificado del lenguaje enfermero; comienza desde el primer momento que el paciente ingresa en la unidad y es acogido por el equipo de enfermería que prioriza la atención y cuidados que necesita y le informa de las características de la unidad. La valoración es la etapa inicial del PAE, tiene por objetivo la recopilación exacta y completa de todos los datos necesarios para diagnosticar las necesidades de cuidado de la persona, tanto los aspectos biológicos, socioculturales y espirituales que faciliten el Diagnóstico Enfermero. La organización de los datos se hace con enfoque enfermero, en base a las necesidades de Virginia Henderson, en versión impresa y en base los Dominios de la Taxonomía

NANDA I en versión informatizada. Aún conviven las dos versiones, en el nuevo hospital sólo se utilizará la basada en los Dominios.

El proceso continua con los diagnósticos, objetivos e intervenciones planificadas por enfermería. Habitualmente denominamos como taxonomía NANDA-NIC-NOC y es la documentación mínima, exigida y regulada según el Real Decreto 1093/2010, conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud<sup>67</sup>: 1. La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)<sup>68</sup>. Se define el diagnóstico enfermero como “un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales”. Los diagnósticos enfermeros son interpretaciones científicas procedentes de los datos de valoración que se usan para guiar a las enfermeras en la planificación, implementación y evaluación. 2. Nursing Interventions Classifications (NIC)<sup>69</sup>. Se define intervención NIC como “todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente. Incluyen tanto cuidados directos como indirectos, dirigidos a la persona, familia y la comunidad, como tratamientos puestos en marcha por profesionales de enfermería, médicos y otros proveedores de cuidados”; para poner en práctica una intervención se requiere una serie de actividades, y Nursing Outcomes Classification (NOC)<sup>70</sup>. Los resultados NOC definen “el estado del paciente en un momento concreto y pueden indicar una mejora o deterioro del estado en comparación con una valoración anterior”.

Actualmente se está trabajando con 44 Planes de Cuidados Estandarizados. Los planes de cuidados estandarizados<sup>71,72</sup> son protocolos específicos de cuidados, que sirven como pauta de trabajo o modelo, pero que deben de ser individualizados al atender a cada persona en concreto, su uso forma parte de las estrategias para mejorar la calidad asistencial<sup>73,74</sup>

Los planes de cuidados están organizados por turno y día; incluye los cuidados que se derivan de los protocolos y pruebas diagnósticas y los registros del Libro de Tratamiento. Para tener constancia de las medidas terapéuticas administradas por enfermería en base a las prescripciones médicas. El papel de la enfermería, como prestadora de atención las veinticuatro horas y como coordinadora de la atención prestada por otros profesionales, implica que el intercambio y transferencia de información sea una actividad importante. Siempre se ha reconocido

a las enfermeras como personas claves para la obtención, la generación y el uso de la información de los pacientes.

Otros registros habituales utilizados por la enfermera e incluidos en la historia clínica son: a) *Observaciones de Enfermería*, para registrar las respuestas del paciente a las acciones realizadas para resolver los problemas detectados, y de esta manera, comunicarlo al equipo multidisciplinar de salud. b) *Gráfica*, para mostrar los parámetros vitales del paciente. c) *Informe de Continuidad de Cuidados al Alta hospitalaria (ICCAH)*, se recoge la información necesaria al alta hospitalaria para la planificación de cuidados en el ámbito extrahospitalario, acorde con el estado de salud y las necesidades del paciente, persona cuidadora y/o familia. Se trabaja fundamentalmente en: pacientes paliativos, ancianos frágiles, pluripatológicos, crónicos con reingresos frecuentes y con diagnósticos de enfermería sin resolver.

Desde que la Ley General de Sanidad estableciera dos niveles asistenciales interrelacionados, Atención Primaria y Atención Especializada, la continuidad de cuidados ha sido un reto para los diferentes servicios de Salud. d) *Recomendaciones al Alta con Consejos de Educación Sanitaria*, para que orienten al paciente y su familia cuando es dado de alta en el hospital. Actualmente están disponibles 32 recomendaciones con consejos de educación sanitaria para la promoción de la salud. Se trata de formatos de estructura común y atractivos, con un lenguaje sencillo y coloquial que permita resolver dudas y evitar demandas innecesarias a otros niveles asistenciales, así mismo, promueve la satisfacción y contribuye al desarrollo profesional.

En la organización de los cuidados coexisten, con la organización clásica y las Unidades de Gestión Clínica. El Sistema Nacional de Salud español dota a las Unidades de Gestión Clínica (UGC)<sup>75</sup> de autonomía y de responsabilidad a los profesionales clínicos. Trabajar por objetivos puede ser una fuente de seguridad para los pacientes, de motivación para los profesionales y de efectividad para la organización. Desde la Consejería de Salud del Principado de Asturias se está impulsando el desarrollo de las UGC<sup>76</sup>.

Para los profesionales supone una visión más integrada y coordinada de su actividad asistencial, una mayor posibilidad de discusión y contacto entre todos y, muy especialmente, la posibilidad de “autogestionar” los recursos, de una forma más cercana. Los profesionales de Enfermería tienen que organizarse y crecer con el resto

del equipo desde su propia área de competencias, en la elaboración y cumplimiento de objetivos, en la monitorización de los mismos, en los planes de desarrollo individual y de la formación global de las UGC, y en definitiva en el compromiso del profesional con la UGC.

Nuestro hospital está comprometido con la seguridad de pacientes, invirtiendo esfuerzos en estrategias preventivas y de monitorización y seguimiento de los efectos adversos evitables, haciendo que sea un valor que impregne el trabajo diario, creando una cultura que convierta la norma en hábito. Tiene un abordaje multidisciplinar; no obstante, enfermería desempeña un rol fundamental. Actualmente se está trabajando en: la identificación de paciente, higiene de manos y la administración segura de medicamentos. La primera fase ha sido la de identificación de riesgo con la construcción y validación de indicadores. Posteriormente, se están realizando las acciones formativas a todos los profesionales implicados, con el objetivo de actualizar y generar nuevos conocimientos y poniendo a disposición de los profesionales los recursos necesarios y la monitorización de los resultados de intervención que apoyan la toma de decisiones, se han realizado propuestas de mejora de todos los indicadores que han ayudado a fortalecer las competencias de las enfermeras relacionadas con los cuidados. Además, se colabora en los aspectos de hostelería, tan importantes en el confort de los pacientes, y con los equipos multidisciplinarios para la atención sanitaria.

Desde el Área para el Desarrollo de la Enfermería se trabaja en la Comisión para la Normalización de Cuidados de Enfermería en el HUCA, al objeto de definir y difundir metodología, evaluar y validar intervenciones de enfermería. Está compuesta por dos grupos de trabajo: *Grupo Planes de Cuidados y Metodología* y *Grupo de Técnicas y Protocolos*. La existencia de esta comisión y de sus grupos de trabajo estables permitirá a toda la estructura disponer de un apoyo para los pactos de objetivos de calidad que se realicen con todos los profesionales de enfermería del HUCA.

La normalización de cuidados, en la actualidad, se elabora a través de la recopilación de las mejores evidencias científicas existentes, con el fin de obtener recomendaciones válidas y aplicables que contribuyan a la mejora de la calidad asistencial a partir del consenso en la aplicación de los cuidados.

La metodología recomendada para la elaboración de protocolos de atención es la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) que “es un instrumento poderoso, trascendental, que aporta solidez al discurso de las enfermeras”<sup>77</sup>; constituye una recopilación de conocimientos y experiencias de las y los clínicos, sustentados en la investigación científica que aportan las mejores recomendaciones para el desarrollo de los procedimientos de enfermería. Del mismo modo, la Joint Commission<sup>51</sup> entre otras organizaciones internacionales, reconoce múltiples ventajas derivadas de la integración de la práctica basada en la evidencia, tales como la mejora en resultados de salud y el incremento de la seguridad de los pacientes.

A la normalización de cuidados tenemos que añadir el soporte documental de consulta de los manuales de los diversos aparatos e instrumental técnico con protocolos y normativas de uso general.

La Formación en el HUCA es una prioridad; el conocimiento se está convirtiendo en un recurso con un enorme potencial en el camino de las organizaciones hacia la excelencia. En las últimas dos décadas, el HUCA ha desarrollado un gran compromiso con la formación de las enfermeras, destacando los programas dirigidos a mejorar la gestión, la metodología enfermera y la actualización en cuidados específicos que se derivan de los continuos avances en la aplicación de métodos diagnósticos y terapéuticos en la medicina y las necesidades profesionales e individuales de las personas relacionadas con su puesto de trabajo.

Como Hospital Universitario colabora en la Formación de Grado y Posgrado de la Universidad de Oviedo, en la Formación de Especialista y en la Formación Profesional con los Institutos de Formación Secundaria. Toda esta actividad docente supone una continuidad en la renovación y transferencia de conocimientos.

Entre los meses de junio y julio del 2014, se realizó el traslado al nuevo HUCA. El cambio al nuevo hospital va más allá de los aspectos arquitectónicos, es una oportunidad para mejorar la organización del mismo, dotando de protagonismo y responsabilidad a los actores del proceso, los trabajadores del hospital. Y todo ello teniendo una prioridad clara y un objetivo común por parte de todos: situar al paciente en el centro de nuestro sistema, pero de manera real, para lo cual debemos organizar la actividad y los circuitos que el usuario precise de acuerdo a sus necesidades y no solamente las nuestras. Los profesionales de enfermería, tenemos puestas muchas expectativas con el nuevo HUCA, ya que nos permitirá desarrollar

nuevos métodos de trabajo y procesos realizados a pie de cama, con medios técnicos y herramientas que nos permitirán trabajar con una mayor seguridad y nos facilitaran el trabajo: *“mejor para el profesional y mejor para el paciente”*. “El nuevo HUCA es un gran proyecto en el que todos hemos puesto las máximas expectativas”.

Para finalizar este capítulo, pondremos el énfasis en que los profesionales de enfermería del HUCA: trabajamos con la confianza de ofrecer los mejores cuidados a los pacientes y sus familias, planteamos opciones de mejora en el ingente cantidad de trabajo que desarrollamos, reducimos la variabilidad y el coste de los cuidados, y estamos convencidos de que avanzamos por un camino que aporta reconocimiento y visibilidad de los cuidados. El objetivo final, es lograr mejores resultados de salud en las personas mediante la prestación de servicios de enfermería competentes y basados en la evidencia.

Entender la evolución, nos hace ser más conscientes de dónde nos encontramos hoy, nos ayudará a emprender el futuro profesional, pese a las dificultades económicas que afectan a la sociedad mundial y especialmente a la española que incluyen restricciones en sanidad. Esperemos que pronto se abran nuevos y renovados horizontes en nuestro país.

## 1.2. Estado actual del tema

---

El caso particular de la demanda y percepción de cuidados en pacientes hospitalizados es un área de investigación deficitaria en la amplitud del proceso de cuidados, está influida por una gran variabilidad de resultados, determinados por múltiples criterios subjetivos de fondo. No existe un instrumento adecuado con la validez y fiabilidad necesarias para la cuantificación de factores como las necesidades, la percepción de cuidado y las relaciones interpersonales que se generan en el proceso de los cuidados. Además, en la experiencia de la hospitalización pueden estar implicados los procesos cognitivos y psicológicos, junto con factores situacionales y culturales que se modifican con la pérdida de la salud. En el marco de este estudio, se entenderán dos hechos fuertemente interrelacionados en el proceso de cuidados: en primer lugar, la demanda de cuidados expresados en términos de necesidad de atención por las enfermeras, y en segundo lugar, que estos cuidados cumplan las expectativas de los pacientes con una valoración óptima.

En el momento actual son más frecuentes los estudios sobre el cuidado en la práctica clínica, la calidad y satisfacción de los pacientes con aspectos relacionados con la hospitalización. A pesar de los múltiples estudios llevados a cabo por las enfermeras, actualmente, los cuidados como concepto, sigue siendo difícil al no encontrar consenso en la definición del proceso de cuidar. Por todo ello, autores como McCance<sup>78</sup>, Paley<sup>79</sup> y Tierney<sup>80</sup>, inciden en la necesidad de que el cuidado de enfermería debe ser mejor investigado a través de las experiencias de los pacientes.

Por tanto, podemos considerar el análisis de las demandas y percepciones de los pacientes hospitalizados sobre los cuidados de enfermería como un conocimiento emergente que nos permita cuantificar las necesidades de cuidados individualizados de los pacientes. Consideramos al paciente como un recurso para obtener información veraz acerca del cumplimiento de sus necesidades y la interacción con los profesionales.

Para documentar el tema, hemos realizado una búsqueda bibliográfica entre noviembre de 2010 y abril de 2013, utilizando las bases de datos: CUIDEN, CUIDATGE, ENFISPO, SCIELO, TESEO, CINAHL, MEDLINE. Esta búsqueda se amplió mediante una búsqueda intuitiva en Google, y en encuestas de salud de ámbito

nacional y autonómico. La pregunta de investigación se formula de acuerdo a la terminología de descriptores de ciencias de la salud (DeCS) y medical subject headings, en inglés (MeSH). Para ello se combinaron los términos: «Necesidades y Demandas de Servicios de Salud, Percepción, Hospitalización, Pacientes, Atención de Enfermería». «Health Services Needs and Demand, Percepción, Hospitalization, Patients Nursing Care»

Las revisiones sistemáticas nos han aportado distintas visiones en la agrupación de los datos en los que pueden clasificarse como: las necesidades de cuidado, las percepciones y la comprensión de las expectativas de los pacientes. Unificados por los criterios de que los pacientes son atendidos en un medio hospitalario, que han recibido cuidados en un contexto de mundo occidental, caracterizado por una utilización alta de tecnologías. Pero no son totalmente equiparables en función de la atención de enfermería, ni con los países Europeos ni del resto del mundo, donde existen variabilidad en las categorías profesionales, las funciones, competencias, formación de las enfermeras y diferentes ratios enfermera/paciente, que objetivan diferentes realidades en demanda social, satisfacción y resultados en salud<sup>81,82</sup>. Partimos de la premisa que la profesión de enfermería es bastante similar en todas las Comunidades Autónomas del Estado Español, tanto en la organización de la práctica asistencial como en la formación. Por tanto, podemos deducir que, en líneas generales, sus resultados pueden ser aplicados en los pacientes de nuestro hospital y en los hospitales españoles, aunque estos estudios son dispares en cuanto al perfil del paciente que analizan (cáncer, cirugía ambulatoria...). De todos ellos, para nuestro análisis excluimos los estudios sobre los pacientes que no son objeto de nuestra investigación (pediátrico, obstétrico, mental y crítico). Los principales hallazgos en un resumen cronológico:

El estudio de Maddi Olano- Lizarraga et al. (2012)<sup>15</sup>, el objetivo de esta revisión fue conocer la visión de los pacientes acerca del cuidado enfermero. Obtiene una muestra de 38 estudios. Identificaron siete categorías: la atención individualizada, la implicación afectiva, las habilidades de comunicación, la sensación de estar en buenas manos, los conocimientos y habilidades técnicas de las enfermeras, y qué aporta al rol de la enfermera. Destacan así mismo la necesidad de describir las características de la unidad donde se realiza el estudio en cuanto a ratio

enfermera-paciente, horario de visita, estancia media, etc. Estas particularidades resultan importantes a la hora de valorar los resultados obtenidos, ya que algunas de sus respuestas ante los temas de comunicación, seguridad o sobre el rol de las enfermeras, entre otros, podrían estar directamente relacionados con estas características.

Rchaidia et al. (2009)<sup>83</sup>, el objetivo de esta revisión fue analizar las percepciones de los pacientes con cáncer sobre qué constituye una buena enfermera. Obtiene una muestra de 12 estudios. Concluye que los pacientes consideran a las buenas enfermeras como personas con características específicas en las que las actitudes y las competencias (conocimientos y habilidades) son un binomio inseparable y que las relaciones interpersonales están basadas en los códigos éticos profesionales.

Rhodes et al. (2006)<sup>84</sup>, el objetivo de esta revisión fue presentar la mejor información disponible en relación a cómo experimentan los pacientes las intervenciones y el cuidado de enfermería a lo largo del periodo perioperatorio. Obtiene una muestra de 5 estudios. Los hallazgos fundamentales son: el contacto preadmisión, el suministro de la información pertinente, formación específica, mejorar las habilidades de comunicación, mantener la privacidad del paciente y fomentar la presencia de otras personas significativas durante todo el periodo perioperatorio.

Johanson et al. (2002)<sup>85</sup>, el objetivo de esta revisión fue describir las influencias de los cuidados de enfermería en la satisfacción de los pacientes y comprender qué perciben los pacientes. Obtiene una muestra de 30 estudios. Encuentran que son ocho dominios los que tienen influencia en la satisfacción de los pacientes con los cuidados de enfermería: el socio-demográfico de los pacientes, las expectativas con los cuidados de enfermería, el entorno físico, la comunicación e información, la participación, las relaciones interpersonales enfermera-paciente, la competencia de las enfermeras médico-técnica y la influencia de la organización de salud en tanto los pacientes como las enfermeras.

Se observa un creciente número de investigaciones de naturaleza cualitativa, causada por el deseo de los investigadores en conocer las experiencias de la enfermedad bajo el enfoque del sujeto y no sólo los aspectos psicológicos y patológicos. Nos damos cuenta de que cada persona se enfrenta a la enfermedad a su modo, presentando diferentes necesidades de atención o cuidados. Considerando que sólo cuando nos fijamos en los pacientes conseguimos entrar en el mundo vivido por ellos y podemos compartir sus sentimientos, dolores, angustias y ansiedades. Aprendemos con la fenomenología que las historias y los relatos contados por las personas enriquecen nuestro conocimiento para la investigación y para la mejora de la calidad de los cuidados de enfermería. Proporcionan recursos para que sean aprendidas nuevas maneras de “mirar” a las personas que enferman<sup>86</sup>. Profundizan en la percepción de los pacientes, pero restan transferencia a los resultados obtenidos, puesto que utilizan muestras pequeñas de conveniencia. Teniendo en cuenta que nuestra profesión objetiva la satisfacción de las necesidades humanas básicas, así como, la promoción de un cuidado que trascienda la enfermedad.

En los estudios cuantitativos debemos tomar con cautela sus conclusiones por problemas metodológicos: muestras pequeñas, sesgos, cuestionarios rígidos para los pacientes, etc. Pero estos estudios, complementados entre sí, nos aproximan a una visión global de las demandas y percepciones de los pacientes.

Teniendo en cuenta que la amplitud de la bibliografía específica sobre diversos aspectos del cuidado es inabordable en este estudio, expondremos los principales hallazgos temáticos del proceso de cuidados que se exploran en nuestra investigación.

### 1.2.1. Acogida al ingreso en la unidad de hospitalización

Si entendemos que la palabra Hospital deriva de “hospitalidad”, acoger a la persona es la primera acción que tenemos como profesionales. Desde el primer momento en que el paciente ingresa en la unidad de hospitalización, se inicia el protocolo de acogida, incluye: la presencia de la enfermera, un saludo personalizado, la atención prioritaria a sus problemas o cuidados más urgentes y la información

sobre las características de la unidad. Posteriormente se realizará todo el procedimiento administrativo del ingreso<sup>87</sup>.

A través de la revisión de la literatura, se han mostrado determinantes en la satisfacción de los pacientes, la presentación de las enfermeras con su nombre como la persona que les atenderá en su cuidado personalizado<sup>88</sup>. Parece una iniciativa muy sencilla que la enfermera se presente en el primer contacto al paciente, por lo que, con independencia de otros aspectos, podría ser de utilidad llevarla a la práctica<sup>85</sup>. Conocer el nombre del personal que le va atender está regulado como un derecho de paciente por la Ley 41/2002, reguladora de la Autonomía del Paciente<sup>11</sup>.

Señalar la importancia del contacto inicial para el desarrollo de futuras relaciones interpersonales entre enfermera y paciente, como norma general de educación, como protocolo de acogida institucional y cómo avalan los resultados de investigación<sup>89,90</sup>.

No siempre se consiguen buenos resultados como demuestra el estudio llevado a cabo en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona<sup>91</sup> que exploró la información que recibían los pacientes a su ingreso en la unidad de hospitalización, dentro de una experiencia de calidad con la asistencia de enfermería. Los resultados más llamativos fueron: la falta de unificación de criterios para la información a los pacientes en el ingreso con un 5,9 y la presentación de la enfermera por su nombre con un 4,9, sobre 10 puntos. Se demuestra que con unas intervenciones correctoras apropiadas, los resultados obtienen cambios como lo demuestra el estudio llevado a cabo en Murcia<sup>92</sup> donde consiguen modificar en el protocolo de acogida: explicación sobre las normas de funcionamiento del 63,3% al 85,0%, presentarse por su nombre de 41,6% a 71,6% y, entregar guía de acogida que obtuvo un 41,6%, no consiguieron mejorar este criterio.

Actualmente, la acogida al ingreso sigue siendo un área de mejora y atención continua por los equipos de enfermería.

## 1.2.2. Demanda de cuidados

Los usuarios cada día están más informados y preparados para decidir y orientar sus necesidades y expectativas cuando reciben un servicio de salud. La enfermera desempeña un papel central en el cuidado de los pacientes en relación con su competencia técnica y el cuidado personalizado que proporciona<sup>85</sup>

La confianza es la base en la relación enfermera con el paciente/cuidador para generar una intervención terapéutica con una comunicación fluida y cordial. Las relaciones que se generan en el acto de cuidar se establecen con un alto contenido emocional. Las emociones juegan un rol decisivo en el modo que las enfermeras procuran los cuidados. Para ser una enfermera competente no basta, por tanto, tener conocimientos técnicos. Tan importante o más que aquellos es la capacidad de orientar el magma de emociones diferentes para cada persona, incluso, contradictorias.

La aplicación de cuidados no está exenta de riesgos y existe una gran variabilidad en la práctica clínica. Con los sistemas de registros se recogen parcialmente la actividad enfermera; aunque las enfermeras diagnostican problemas físicos, emocionales y sociales según las necesidades de los pacientes, generalmente, se registran más las intervenciones sobre los problemas físicos y en menor proporción el resto. Los problemas sociales, suelen derivarse al trabajador social. La cumplimentación exhaustiva de los registros de enfermería que documenten todas las intervenciones de enfermería sigue siendo una dejación profesional e impide evaluar con más precisión los resultados y establecer relaciones de causa efecto. Aunque un reciente estudio realizado por de Westbrook et al, 2011<sup>93</sup>, identificaron, a través de medición directa, que las enfermeras dedicaban algo más de un tercio de su jornada al cuidado directo.

Las competencias clínicas más destacadas, en opinión de los pacientes hospitalizados, son la administración de medicamentos y las curas como áreas de responsabilidad de las enfermeras, seguidas de las competencias de comunicación, información y educación<sup>94,95</sup>. Sin embargo, algunos usuarios afirman que hay ocasiones en las que a las enfermeras les cuesta identificar y saber cómo manejar

determinados problemas como el dolor, el estreñimiento, la diarrea o el malestar estomacal y que cometen fallos en su actuación<sup>96</sup>. Los pacientes definen a la enfermera como una buena profesional, como alguien que cumple las expectativas de conocimiento, habilidades, comportamiento, responsabilidad y coordinación<sup>96,97</sup>. Opinan que la enfermera experta y habilidosa es la que tiene una gran experiencia profesional y competencia técnica<sup>83,98,99</sup>, que les proporciona cuidados de forma que los pacientes se sientan seguros, tranquilos, relajados, confiados, disminuyendo su nivel de estrés y ansiedad<sup>83-85,96,97,100-103</sup>.

El sexo es un tema que preocupa a las personas enfermas y además representa un aspecto importante para su bienestar, pero es habitual encontrar que las personas se inhiben a la hora de plantear sus dudas relativas a la necesidad sexual. También, los profesionales de la salud tienen dificultades para abordarlo, por considerarse un aspecto íntimo y que resulta embarazoso abordarlo. Desde la esfera del cuidado integral de las necesidades humanas, es un área que las enfermeras deben asumir. Así, en un estudio llevado a cabo con pacientes sobre heridas y la relación con sexo<sup>104</sup>, los autores concluyen que: los profesionales de enfermería pueden contribuir a la elaboración de nuevas imágenes sobre la sexualidad. En ese sentido, es necesario desarrollar habilidades para el abordaje de esa temática en los contextos del cuidado, resaltando que eso es posible a través de la escucha terapéutica sensible.

La Ansiedad se ha relacionado con la presencia de Incertidumbre, por eso nos parece importante ayudar a mejorar la habilidad de las enfermeras para desarrollar cuidados. Los eventos que causan incertidumbre pueden ser la mayor fuente de ansiedad y estrés, provocando reactividad fisiológica y aumentando la emocionalidad del paciente. La enfermera puede disminuir este grado de incertidumbre en la medida en que provea toda la información necesaria para el paciente sobre su estado. Dar soporte educativo y estructural a los pacientes para que puedan conocer y comprender el entorno y contexto en el que se está evolucionando ayuda a poner en marcha mecanismos individuales de afrontamiento<sup>105</sup>. Teniendo en cuenta que cada persona percibe y se adapta al entorno de una forma única y singular. La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) estableció una etiqueta diagnóstica de Ansiedad la cual define como: "La sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta automática; sentimiento de

aprehensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza"<sup>68,106</sup>. Según el consejo de nuestro compañero David, enfermero de la unidad de psiquiatría, "el personal de enfermería sólo con su presencia es el mejor ansiolítico"

Los cuidados espirituales tampoco son un foco de atención de los cuidados de enfermería y no representan una expectativa por parte de los pacientes<sup>107</sup>. La espiritualidad es un concepto muy abstracto<sup>108</sup>. Esta atención espiritual se ve favorable en la unidad de cuidados paliativos<sup>109</sup> y se constata entre los profesionales que atienden a pacientes al final de la vida, que la atención espiritual sirve como una medida de ayuda para aliviar el sufrimiento, para comprender mejor el sentido de las cosas, para prepararse para la muerte, y sobre todo, se percibe como una necesidad que debemos satisfacer. Tener fe en Dios o en un Ser Supremo y recibir apoyo de un guía espiritual, adquieren relevancia en los últimos momentos en la vida de los pacientes<sup>110</sup>. Subrayar, por último, la importancia que tiene para el profesional sanitario, la formación en este tipo de cuidados.

Los cuidados más técnicos y vinculados a la seguridad, los pacientes no dudan de que la enfermera tenga la competencia clínica necesaria y reconocen que saben lo que hacen<sup>111-113</sup>. Estiman que la enfermera conoce la enfermedad, la cirugía, la medicación, los procedimientos, los síntomas y el manejo del dolor y da explicaciones al paciente sobre ello<sup>83,95,96,114</sup>. Por otra parte, la competencia técnica frecuentemente se relaciona con la infusión intravenosa de medicación, la extracción de muestras sanguíneas, el manejo de los monitores o el mantenimiento de medidas de seguridad<sup>83,94,95,97,115,116</sup>. Así pues, los cuidados técnicos que realizan las enfermeras tienen una relación muy estrecha con la seguridad de los pacientes, sujetas a los estándares y normas de calidad institucional como: la comunicación durante el trasfondo de pacientes, la seguridad en el uso de los medicamentos, la prevención de úlceras por presión, prevención de caídas y reducción del daño, prevención de la infección nosocomial y la identificación de pacientes. Por tanto, se convierten en un elemento crítico para identificar tanto los factores de riesgo potencial, como aquellas

situaciones reales que pueden ocasionar un efecto negativo en la atención de los pacientes.

La creación de la cultura de la seguridad se considera un paso decisivo para lograr la mejora de la seguridad del paciente. Constituye la primera práctica recomendada por el Comité de Sanidad del Consejo de Europa y, en España, el estudio ENEAS<sup>117</sup>, entre otros, ha esclarecido la situación general actual de la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario<sup>118,119</sup>. La seguridad clínica es un componente esencial de la calidad asistencial, habida cuenta de la complejidad, tanto de la práctica clínica como de su organización. Una práctica clínica segura exige conseguir tres grandes objetivos: a) identificar qué procedimientos clínicos diagnósticos y terapéuticos son los más seguros y eficaces, b) asegurar que se aplican a quien los necesita y c) realizarlos correctamente y sin errores<sup>120</sup>. La atención a la salud es una actividad por naturaleza compleja y de alto riesgo. No existe forma de garantizar procesos humanos perfectos, ni de eliminar los efectos nocivos de los tratamientos. Se trata de una actividad en la que se combinan factores inherentes al sistema con actuaciones humanas individuales. Esto, aunado a pacientes más vulnerables y a la vez más informados y demandantes, conforma un entorno clínico con mayores riesgos para la prestación de servicios de salud.

La tasa de Efectos Adversos (EAs) en hospitales ha sido estimada entre un 4 y un 17%, de los que alrededor de un 50% han sido considerados evitables<sup>121</sup>. Unos de los principales resultados del estudio ENEAS<sup>117</sup> sobre los EAs en los paciente hospitalizados fue que: el 45% se consideró leve, el 39% moderado y el 16% grave. Otro fue que el 37,4 de los EAs estaban relacionados con la medicación, las infecciones nosocomiales fueron el 25,3% y un 25% estaban relacionados con problemas técnicos de cualquier tipo. El 42,8% de los EAs se consideró evitable. Otros estudios progresan en los errores relacionados con medicamentos representando un 19,4% del total de lesiones que producen discapacidad ó muerte<sup>122</sup>. Se está incidiendo en la prescripción, transcripción, dispensación y la administración donde se produce el 40% de los errores<sup>123</sup>.

Los hospitales, más destacados, han definido un conjunto de indicadores anuales de control, definido como el estudio EPINE. Se propone contribuir de forma

efectiva a la seguridad de los pacientes y a la calidad asistencial mediante la aportación de un conjunto de indicadores que resuma la situación de un hospital y permita la objetivación de puntos mejorables. En nuestra comunidad autónoma, concretamente en nuestro hospital, y relacionado directamente con los cuidados de enfermería, en el año 2010, del total de los pacientes ingresados, el 18,9% eran portadores de un sondaje urinario, el 6,83% sondaje nasogástrico, el 64,2% llevaba un catéter intravenoso y el 7,39% tenía una úlcera por presión<sup>124</sup>.

Analizados los principales resultados el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó las Prácticas Seguras Simples<sup>125</sup>, documento clave para la elaboración de guías clínicas de actuación según prioridad. Un producto estrella que aportan los profesionales de enfermería, es la seguridad de pacientes, afirma Luís Torres, responsable de Calidad y Procesos del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga<sup>126</sup> avalado, como valor añadido en el ámbito de la seguridad de pacientes por los trabajos de la Dra. Aiken<sup>127</sup>: las enfermeras identifican desviaciones en la salud de los pacientes, detectan precozmente complicaciones, ahorran días de ingreso e incluso reducen muertes asociadas. Los problemas resultantes de una mala práctica pueden afectar seriamente la salud, las funciones y la vida de los pacientes, situación que es contraria a la filosofía de los servicios de salud<sup>128</sup>.

El dolor es uno de los problemas de salud más frecuentes con el que se encuentran las enfermeras. A menudo, dolor y sufrimiento van juntos. La elevada prevalencia del dolor agudo y crónico requieren una estrategia integral de atención y las enfermeras tienen responsabilidad en la evaluación y la aplicación del tratamiento y de las herramientas disponibles para el alivio. Son varios estudios los que destacan esta prioridad como responsabilidad de la enfermera<sup>83,84,95,97,99,114,129,130</sup>. Por otra parte, los resultados del estudio llevado a cabo por Richart et al.<sup>131</sup> donde se recaban las circunstancias de la hospitalización que más preocupan a los pacientes, obtiene los siguientes resultados: ocupa la primera posición, la preocupación por tener dolor; en segundo lugar, el hecho de estar alejado de sus seres queridos; en tercer lugar, las situaciones de incomodidad “tener que utilizar la cuña”, “tener que estar en la cama todo el día”; seguidas de la falta de información y las relaciones entre el personal sanitario y los pacientes.

La ausencia de dolor físico resultó en un mayor nivel de satisfacción de los pacientes con los cuidados de enfermería<sup>85</sup>. En los últimos años ha habido una gran sensibilización para que los hospitales sean espacios sin dolor. Existe consenso global sobre la importancia de este síntoma, siendo incluso para muchos considerado como la quinta constante vital y debería ser abordado de manera integral por todos los profesionales, incluyendo su valoración sistemática y las medidas oportunas de control<sup>132</sup>.

### 1.2.3. Formación para el autocuidado

Los pacientes consideran muy importante el conocimiento y habilidad de las enfermeras para que les proporcionen información acerca de las actividades o procedimientos que se les van a realizar. Que les expliquen los cuidados que deben tener en casa y que la enfermera se coordine con el médico para que pueda contestar las preguntas y dudas que ellos tienen<sup>133</sup>.

Incluso, algunos pacientes la identifican como única fuente de información<sup>114</sup>. Por eso los procedimientos de cuidados de enfermería los incluyen en la educación de los cuidados e incluyen a sus familias<sup>84,85,94,97,112,116,130,134-136</sup>. Reconociendo la habilidad de educar, promocionar la salud, fomentar el autocuidado y la toma de decisiones en el paciente<sup>83,85,97</sup>. Por otra parte, los pacientes y familiares se toman su tiempo para hablar, y subrayan la importancia de que la enfermera sea capaz de proporcionar información sobre la enfermedad, el manejo de los síntomas, el tratamiento, los procedimientos y el plan, dar explicaciones claras, proporcionar buenos consejos y sugerencias, escuchar sin prisa y responder a las preguntas con transparencia<sup>83,97,100,112,114,137,138</sup>.

En general, una demanda de los pacientes son las mejoras en las habilidades de comunicación<sup>95</sup>. Cuando son preguntados, destacan, como en el estudio de Nieto et al. (1998)<sup>94</sup>, con un 79% la comunicación, información y educación, seguida del confort, bienestar y organización en el 76% . En otro estudio de Martínez et al. (2000)<sup>139</sup>, un 72% considera la función de educación sanitaria de escasa importancia en el Sistema de Salud. El 91,18% opina que la enfermería cubre las demandas ante la población.

Los pacientes están satisfechos con el cuidado afectivo y técnico que les proporcionan las enfermeras pero consideran que el asesoramiento debe de estar siempre presente en el cuidado directo<sup>140</sup>. No obstante, también hay estudios en los que los pacientes valoraron negativamente la información que proporcionaba la enfermera sobre las pautas del tratamiento<sup>141</sup>. Además, varios estudios otorgan más importancia a la habilidad técnica de las enfermeras que al hecho de ser correctamente informados por ellas<sup>84,99,115,142,143</sup>. Este aspecto puede ser importante y debería mejorarse, como indican otros autores que resaltan la importancia que tiene para el paciente recibir una adecuada información, por parte del personal de enfermería, sobre su tratamiento, y relacionan la carencia de dicha información con una escasa capacidad de las enfermeras para proporcionarla o una falta de predisposición por lo que significa de sobrecarga de trabajo<sup>85,144</sup>. Esto es ratificado por el director del foro español de pacientes<sup>145</sup>, el cual revela que “una de las principales demandas de las asociaciones de pacientes es la mejora y entrenamiento en habilidades de comunicación entre el colectivo de profesionales sanitarios”.

En ocasiones, encontramos que los pacientes se van de alta con el tratamiento pero sin comprender la enfermedad, los profesionales que les han atendido pueden ser muy buenos técnicamente y sin embargo no han dado la importancia a la comunicación en la relación.

Una de las competencias más destacadas en la formación y en la práctica clínica de las enfermeras es la de educación para la salud. Esta competencia sobre la educación para la salud es fundamental para el cuidado de los pacientes con enfermedades crónicas. Las previsiones de la Organización Mundial de Salud, no son nada halagüeñas en este sentido, ya que se prevé que las defunciones por enfermedades crónicas aumentarán un 17% durante los próximos 10 años<sup>146</sup>. Según los datos que se desprenden del Instituto Nacional de Estadística (INE)<sup>147</sup> refuerzan la idea de que el SNS tendrá una población más envejecida, sinónimo de más personas con pluripatologías, dependientes y consumidoras de recursos. Además, se multiplicaran los casos de vulnerabilidad y riesgo de exclusión social. La implicación de los pacientes en el cuidado de su propia salud es un elemento relevante en todas las estrategias de atención a pacientes con pluripatologías o pacientes crónicos, entregándole folletos dípticos con las características detalladas del proceso,

diagnóstico, tratamiento y cuidados incluyendo la disponibilidad de los recursos sanitarios. Una información clara, precisa y suficiente<sup>148</sup>.

¿Qué pueden hacer las enfermeras como parte de los sistemas de salud ante esta situación? En primer lugar, tenemos al alcance una ingente evidencia científica que los profesionales sanitarios pueden trasladar a sus pacientes en relación con estas enfermedades. Se conoce sobradamente que el seguimiento de una dieta adecuada, el ejercicio físico regular, el abandono del hábito tabáquico y una monitorización adecuada contribuyen a aumentar la calidad de vida de estos pacientes<sup>146</sup>. Por ejemplo, una revisión sistemática de la literatura publicada recientemente muestra como las intervenciones sobre estilos de vida en lo que se refiere a la dieta y el ejercicio son altamente eficaces para el control de la hipertensión arterial<sup>149</sup>. Son medidas sencillas y que no requieren una excesiva inversión de recursos económicos.

La enfermería, como una profesión implicada en el cuidado integral de las personas, debe jugar un papel primordial en el tratamiento y prevención de las enfermedades crónicas, más preponderante, si cabe, si consideramos el entorno determinado por la crisis económica. Este es el camino para que se considere que las enfermeras, además de salvar vidas, son profesionales rentables al sistema sanitario<sup>150</sup>.

#### 1.2.4. Relación de cuidados

La relación enfermera-paciente se basa en la confianza y en el apoyo mutuo, en principios como la beneficencia y no maleficencia y a promover un clima de satisfacción y respeto que facilite la adherencia y participación de los pacientes y sus familias en el cuidado. Para favorecer el éxito del cuidado, las enfermeras trascienden los aspectos físicos, es decir, el cuidado del cuerpo y abarcan al ser humano con una mirada holística, percibiendo además los sentimientos y las diferentes respuestas que cada persona elabora ante la enfermedad, dolor y sufrimiento. Para analizar las

situaciones que rodean el cuidado enfermero, es importante conocer la voz de los pacientes, porque algunas condiciones contribuyen a la presencia del rechazo al cuidado y obstaculizan el mantenimiento y restauración del bienestar<sup>151</sup>. Un cuidado de enfermería en el cual las enfermeras no interactúan con los pacientes, es más bien, un no cuidado.

La práctica de enfermería va más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias, requiere recursos intelectuales, de intuición para tomar decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas que respondan a las necesidades de la persona. El inconveniente con que nos encontramos es que resulta dificultoso especificar la complejidad material y emocional que requiere el cuidado y este es uno de los motivos que tiene que ver con la invisibilidad del mismo<sup>1</sup>. Recoger este tipo de intervenciones enfermeras en las que se desarrollan acciones de acompañamiento, ayuda y colaboración, nos permite poner de manifiesto que el cuidado más humanizado es tanto o más importante que el manejo de técnicas para procurar el mayor bienestar posible para los pacientes.

Hablamos de cuidados invisibles, para referimos a acciones intencionadas de los profesionales que en un principio no suelen ser registradas pero que ocupan tiempo de trabajo (dar una tila, acomodar una almohada, cuidar la intimidad y el confort, tacto, proximidad, etc.) como las acciones que son consideradas "más profesionales" que las anteriores, pero que sin embargo, no se reflejan en ningún lugar, con lo que los mismos profesionales las hacemos invisibles (actividades de drenaje emocional y de asesoría de salud entre otras). Visibilizar este tipo de cuidados es una responsabilidad de la enfermera<sup>155</sup>.

Partimos de la definición de Isabel Huércanos<sup>156</sup>, que considera que los Cuidados Invisibles son "un conjunto de intervenciones fruto de la observación atenta, la empatía, el conocimiento y la experiencia, que llevan a las enfermeras a la elaboración de juicios profesionales y éticos deliberados, altamente centrados en las necesidades de cada paciente". En este sentido, la Dra. Concha Germán Bes<sup>157</sup> recalcó que lo importante de nuestra práctica y que además va a marcar la profesionalidad, viene del desarrollo de tres dimensiones: destacar los cuidados del bienestar de las personas, desarrollar la confianza, el confort y la seguridad clínica, y que las personas

aprendan y gestionen su propio cuidado. Desarrollando estas dimensiones además de visibilizar a la enfermera, se obtiene un impacto positivo en el bienestar, autonomía y seguridad de las personas<sup>158</sup>.

Recientemente, en julio del 2013 se ha creado una línea de trabajo por el Grupo de investigación A.MAS, Cuidados Invisibles<sup>157</sup>. Su propuesta al respecto es la Relación de Cuidado, considerándola como aquella relación que procura los cuidados personalizados y de mayor calidad a la persona y su familia, orientados hacia la mejoría del bienestar, autonomía y calidad de vida, alcanzando así una atención integral que incluye los aspectos emocionales y físicos. La enfermera que ofrece esta atención no es invisible para su entorno, pero sí para su institución, que ni valora, ni cuantifica, ni recompensa de ninguna manera esta excelencia y los beneficios que reportan a los pacientes<sup>1</sup>. Por eso, registrar las intervenciones enfermeras en las que se desarrollan acciones de acompañamiento, ayuda y colaboración, demuestra "que el cuidado más humanizado es tanto o más importante que el manejo de técnicas para procurar el mayor bienestar posible para los pacientes"; de esta forma se visibilizan y se les da "reconocimiento y valor a estas acciones enfermeras realizadas a partir de un juicio profesional"<sup>155</sup>, que a menudo son intangibles. Mostrando esta dimensión de la profesión enfermera recordamos que no sólo la tecnología es necesaria para la recuperación y calidad de vida de los usuarios. En un sistema en el que la competencia técnica y los avances tecnológicos para el diagnóstico y tratamiento gozan de un estatus elevado como elementos principales en la atención a las personas, se pretende dar visibilidad a otros problemas que encontramos en nuestro quehacer cotidiano: el acompañamiento, la empatía, la creatividad e iniciativa, el cuidado del confort y la disposición para consolar y reconfortar, entre otros. A simple vista, parece una actitud fácil de adoptar, todas las enfermeras y enfermeros sabemos que un cuidado de calidad marca diferencias, pero ¿disponemos de tiempo? ¿de formación? ¿de reconocimiento? ¿de voluntad? ¿de autoestima? ¿de valor para reivindicar?. Los cuidados invisibles son necesarios y fundamentales en el ejercicio de la Enfermería. Se debe reconocer su importancia y empezar a contabilizarlos dentro del trabajo diario de esta profesión<sup>159</sup>.

Destacamos algunos resultados de opinión de los pacientes sobre la relación de cuidados:

1. La presencia cuidadora es de vital importancia para el paciente, sobre todo, que la enfermera responda con rapidez cuando el paciente tiene dolor<sup>133</sup>. La enfermera conoce sus problemas y necesidades, se anticipa a ellos adecuando los cuidados<sup>84,94,102,103,113,114,129,130,137,160,161</sup>

2. También valoran que las enfermeras estén pendientes de sus cuidados y cubran sus necesidades en forma rápida y oportuna<sup>133</sup>: el tiempo de espera es inversamente proporcional a la satisfacción de los usuarios<sup>95</sup>.

3. Las llamadas requieren de una respuesta porque los pacientes solicitan la atención frente a una necesidad insatisfecha; sin embargo, la respuesta que obtienen es el retraso en el cuidado; la respuesta de las enfermeras se hace esperar pero las necesidades de los pacientes no: "Mientras tanto hay un vacío que se siente eterno, de minutos; yo no sé cuantos pero es una eternidad". La espera, cuando se tiene una situación de urgencia hace sentir que es más prolongada, el tiempo se detiene cuando hay dolor y sufrimiento; además, "que llames porque necesitas algo y la gente no te preste atención, te digan "ya vamos, un momentico". Y uno se puede quedar esperando una hora y nadie llega" Independientemente de los motivos que tienen las enfermeras para estar ausentes de las unidades de los pacientes, ya sea porque múltiples ocupaciones los alejen del cuidado o porque se dedican a actividades diferentes, los pacientes otorgan su calificación respecto al servicio que recibieron e incluso sobre la institución en donde vivieron la experiencia de cuidado: "Me pareció el peor sitio de hospitalización porque las enfermeras o el personal de salud nunca acudían a tiempo a atender al paciente"<sup>151</sup>

4. Elogian a las enfermeras que entran a saludarles, realizan visitas frecuentes para comprobar su estado<sup>83,97,114-116,137</sup>, y están ahí cuando las necesitan<sup>97,98-102,130</sup>. Son sensibles a pequeños cambios en las necesidades de los pacientes y les comunican lo que ocurre<sup>83,116</sup>. Señalan que el contacto cálido con las enfermeras les da seguridad<sup>100,103</sup>.

5. Las actitudes de cuidado de las enfermeras como ser afable, hablar en un tono gentil y dirigirse con una sonrisa, son una fuente efectiva de apoyo emocional y además crean una atmósfera tranquila, amistosa y solidaria<sup>95,101,112,114,137</sup>.

6. Los usuarios interpretan el lenguaje corporal y la expresión facial de los profesionales, su tono de voz y la elección de las palabras adecuadas, por ello, estos aspectos resultan muy importantes a la hora de comunicarse<sup>99,116,142,161</sup>.

7. Describen como un aspecto negativo el que la enfermera sea brusca, fría, no

informe o evite el contacto con los pacientes y sus familiares<sup>100,161</sup>.

A finales de agosto de 2011, un grupo de profesionales se unió para trabajar por un objetivo común, convencidos de que la calidad asistencial puede mejorar con pequeños gestos, como mirar a los ojos de las personas que atendemos. Una idea que surge a través de las redes sociales con el fin de traspasar la pantalla y provocar un gesto. Crean una post “Mírame Diferénciate”, con el objeto de humanizar la asistencia, centrada en el paciente, donde a través del lenguaje no verbal, de los gestos, de mirar, de tocar y de acercarse al paciente puede influir positivamente en la asistencia sanitaria.

La mayoría de los pacientes, desean ser escuchados, informados y tenidos en cuenta<sup>162</sup>. A las enfermeras es fácil acceder, utilizan un lenguaje comprensible y, gracias a la relación que se crea, puedes hablar de cualquier cosa que te preocupe<sup>113,160,161,163</sup>. La confianza y cercanía de las enfermeras les facilita expresar pensamientos que no contaría a otra persona<sup>137</sup>.

La participación de los pacientes/familia es también un elemento relevante y estratégico en las intervenciones de cuidados. Desean que se les dé la oportunidad de tomar parte en las decisiones sobre su cuidado y participar<sup>85,96,97,138,142</sup>. Que necesitan una información honesta y una vez informados que se tenga en cuenta su opinión<sup>138</sup>, y en menor medida desean tomar la decisión de forma autónoma sobre su problema biomédico<sup>162</sup>. Además, los pacientes que han participado en las decisiones con respecto a su proceso están mucho más satisfechos<sup>164</sup>, Con relación a la participación de los enfermos crónicos o de sus asociaciones en los órganos de decisión de la política sanitaria, casi la mitad reconoce que pocas veces o prácticamente ninguna participan en esa toma de decisiones. No obstante, un 22% de los usuarios afirman que se ha contado con ellos al menos de vez en cuando<sup>165</sup>. A veces, se confunde participación del paciente con la utilización del consentimiento informado, que es un requisito legal independiente de que exista o no más de una elección clínica<sup>166</sup>.

Cuando los enfermos y familiares esperan un “buen trato” seguramente están esperando que les escuchen, les toquen, les den ánimo y alegría si se puede, les acompañen, replacen a sus seres queridos y sufran con ellos. Ofreciendo disponibilidad, con su presencia y vigilancia, y a la vez mostrando respeto y

preservando su intimidad. Esperan tener el máximo confort, lo que incluye el alivio del dolor, en un entorno de seguridad clínica que le garantiza una enfermera por su capacitación para recuperar o mejorar su capacidad de autocuidado y su autonomía<sup>167</sup>. Cuando un paciente acude a un centro sanitario llega con miedo, con un cierto grado de ansiedad y con un gran desconocimiento de su problema, por lo tanto el paciente espera: comprensión con la situación de nerviosismo, que le tranquilicen y que le informen de forma veraz y comprensible. Que tengamos respeto a la intimidad. El hecho de que para los profesionales la desnudez sea normal, no supone que para el paciente lo sea, no ya con los profesionales sanitarios, sino con el resto de profesionales no sanitarios, con compañeros de habitación o incluso con familiares de pacientes ingresados<sup>168</sup>.

La enfermera es sensible y respetuosa ante los sentimientos de vulnerabilidad de los pacientes siendo comprensiva con sus necesidades y compasiva con su sufrimiento<sup>93,97,98,112,114,116,137,142</sup>. En una buena implicación afectiva hay entendimiento, compromiso, dedicación e interés por el bienestar del paciente, lo que genera una sensación de apoyo emocional, bienestar, optimismo y esperanza en la persona cuidada<sup>83,112,114,137,161</sup>.

Nadal (2007),<sup>169</sup> recoge las reflexiones aportadas por un grupo de usuarios sobre cómo se vivencian las repercusiones de una enfermedad crónica: "Detrás de cada herida y úlcera siempre hay una persona y unos seres cercanos que necesitan un profesional en quien confiar, que se convierta en su referente; que cuide, oriente, apoye y anime".

Los pacientes de varios estudios han señalado la despersonalización en los cuidados, bajo la calificación de "mala enfermera", la denominan cuando les hace sentir que son sólo un número en una habitación más<sup>96,10,112,116,130</sup>. Tienen un acercamiento frío y son brutos al dar cuidados, se toman su labor como un trabajo, como una labor a cumplir, una tarea o un tratamiento<sup>161</sup>. Ven a las enfermeras despreocupadas, insensibles y poco empáticas<sup>95,96,112,161</sup> y de su interrelación con el paciente, "el respeto y la dignidad conforman el requerimiento de los individuos en la mayoría de las quejas que se presentan durante el cuidado"<sup>170</sup>. Se refuerza la noción de cuidado como una postura moral integral de todas las interacciones con los pacientes<sup>115</sup>.

El mantenimiento de la intimidad y la confidencialidad es una de las atenciones fundamentales por todos los profesionales, su importancia ha merecido una legislación específica<sup>11</sup> y su difusión entre profesionales y usuarios; asimismo, es un tema recurrente en la literatura científica el mantenimiento de la privacidad de los pacientes<sup>95</sup>. La enfermera ofrece intimidad, privacidad y discreción en los cuidados<sup>84,97,134,137,142</sup>.

M<sup>a</sup> Dolores Guerra (2007)<sup>171</sup>, estudió la compasión y la confidencialidad en la prestación de cuidados enfermeros; los encuestados definen: la *compasión* como “ponerse en la piel del paciente”; “ser sensible al dolor y situaciones desfavorecidas de nuestros pacientes”; “dar apoyo emocional-psicológico” y “ayudar al afrontamiento por pérdidas de seres queridos” y la *confidencialidad* como “mantener el secreto profesional y guardar los datos acerca del paciente”. Los encuestados dan prioridad a los valores en el orden de: 1º empatía (muchas veces escriben indistintamente compasión o empatía, aplicándoles los mismos significados), y en el 5º la compasión, y en el 7º la confidencialidad. La confidencialidad y el secreto profesional están presentes en la relación enfermera-paciente en el 88,4%. Afirmando que la compasión y la confidencialidad son, entre otros, valores enfermeros.

El constructo de soledad es difícil tanto en su conceptualización como en su medición. Puede entenderse la soledad como una experiencia subjetiva que se produce cuando no estamos satisfechos o cuando nuestras relaciones no son suficientes, distinguiéndose de la soledad objetiva, que es la falta de apoyo y de compañía. Soledad y aislamiento social no son construcciones sinónimas, aunque muchas están relacionadas y más en el entorno hospitalario.

Dentro de los controles de calidad en referencia a los derechos de los pacientes, nuestro hospital, el HUCA<sup>172</sup>, participó en un estudio multicéntrico sobre confidencialidad conjuntamente con otros 8 hospitales del norte de España en los años 2008-2009 y donde la participación fue de 262 médicos y 618 enfermeras, los resultados más relevantes fueron: el 70% de los profesionales reconoce no haber asistido a actividades formativas sobre confidencialidad, el 37,7% afirma que nunca o pocas veces los datos identificativos del paciente van en sobre cerrados, el 62,8% opina que la información clínica se da en lugares inapropiados, el 90% oculta los datos identificativos cuando los utiliza en sesiones docentes, el 72% tira a la papelera informes clínicos sin romper o separar los datos identificativos, el 20% conoce la Ley

41/2002 y el 42% de los encuestados no sabe cuál es la máxima sanción a la que se enfrentan por vulnerar la confidencialidad. Otros resultados para la reflexión son: el 40% de los profesionales reconoce que nunca o pocas veces pregunta a sus pacientes si quiere que se informe o no a sus familiares, el 5,3% de los profesionales creen que siempre los pacientes graves quieren que se les informe de su enfermedad y que el 71,6% reconoce que los familiares piden que no se dé información a los afectados del diagnóstico grave de su enfermedad.

Los pacientes demuestran comprensión y reconocen con claridad las influencias de las políticas de personal de la institución y la asignación de funciones en el cuidado; perciben que la responsabilidad no depende de las enfermeras en forma directa: " Yo pienso que es la recarga que le generan las instituciones al personal de salud la que hace que la gente deje de lado cosas importantes como la atención humanizada". Según Anderson<sup>173</sup>. Los enfermeros son buenos, están dispuestos a ayudar pero están muy ocupados<sup>95</sup>. Las enfermeras tienen todo bien coordinado y si hay demanda o falla algo los usuarios dicen que lo resuelven rápido<sup>99</sup>. Les atribuyen dotes de coordinación con el resto de los miembros del equipo<sup>96,98,99</sup>. Los pacientes manifiestan que las enfermeras están muy ocupadas<sup>84,97-100,107,114,130,143,161</sup>. Y algunos lo relacionan con la falta de suficiente personal<sup>95</sup>. Por otro lado, algunos mencionan que debe haber una continuidad y seguimiento de los cuidados por la misma enfermera<sup>84,96,97,116</sup>, y detectan que la falta de continuidad en los cuidados está relacionado con la turnicidad de las enfermeras<sup>98</sup>.

La comunicación entre profesionales es un aspecto fundamental para facilitar la calidad y continuidad del cuidado del paciente. En este sentido, la Joint Commission International<sup>174</sup> ha identificado que hasta el 65% de los errores centinelas se han asociado a problemas de comunicación. La transmisión de la información durante el cambio de turno se realice mediante un proceso estructurado y sistemático, que se realice en un lugar sin ruidos ni interrupciones<sup>175</sup>. Los usuarios perciben que las enfermeras no cumplen normas o instrucciones de manera rígida, sino que aplican sus habilidades de manera apropiada a cada situación y, a su vez, reconocen sus limitaciones cuando tienen que llamar al médico<sup>83,112</sup>. Mientras las enfermeras velan por la seguridad de las personas a su cargo, se dedican a multitud de tareas (o multitareas) muchas de ellas poco o nada relacionadas con el cuidado de los pacientes. Muchas tareas de soporte más o menos necesarias para las instituciones

son cubiertas tradicionalmente por las enfermeras, que además, se ven obligadas a realizar algunas tareas francamente redundantes, que algunos autores califican como inútiles<sup>93</sup>. Un reciente estudio<sup>176</sup>, identificó a través de la medición directa, que las enfermeras dedicaban poco más de un tercio de su jornada al cuidado directo, pese a la implementación y mejoras en la gestión de la comunicación y los sistemas informáticos. Otro estudio sobre la valoración del rol enfermero con respecto a la carga de trabajo. El principal resultado fue que el 26,1% opina que es excesiva la carga de trabajo frente aun 5,43 que es escasa<sup>177</sup>. En estudios similares, tal y como el que Moreno Casbas et al.<sup>46</sup> publican recientemente, se demuestra que las barreras organizativas y falta de tiempo, continúan siendo las barreras más importantes también en el contexto español. La rigidez de las estructuras hospitalarias y los altos niveles de exigencia han derivado en la producción y reproducción de los cuidados de salud basados en la tradición, es decir, en rutinas y/o rituales aprendidos de nuestras colegas. Otro aspecto digno de ser destacado, en cuanto a barrera se refiere, es la falta de autoridad que afirman tener las enfermeras para cambiar la práctica clínica. Este hecho ratifica la anorexia de poder y la autopercepción del colectivo como dominado. En este sentido, algunos autores postestructuralistas consideran que desistir en la utilización del poder por parte de las enfermeras a favor de otros estamentos no es ético, puesto que se limita la calidad de los cuidados que los pacientes reciben<sup>50</sup>. Del mismo modo, la Joint Commission<sup>51</sup>, entre otras organizaciones internacionales, reconocen múltiples ventajas derivadas de la integración de la práctica basada en la evidencia, tales como la mejora en resultados de salud, el incremento de la seguridad de los pacientes, así como a nivel de recursos humanos el favorecimiento de la captación y retención de enfermeras, un bien escaso en la mayoría de países europeos caracterizándose el nuestro por la inestabilidad y precariedad laboral

La ausencia de las enfermeras no es del agrado de los pacientes y la interpretan como desinterés. En ocasiones, los cuidados son realizados por las auxiliares de enfermería: "yo no tuve contacto con ninguna enfermera; siempre fue con las auxiliares; yo no vi ninguna enfermera". En ocasiones hablan de las auxiliares y en otras de las enfermeras, es decir que no pueden establecer diferencias en el tipo de cuidado que ofrecen: "No se distinguen y además no te dicen siquiera el nombre"

<sup>151</sup>.

En la diferenciación del trabajo enfermera, el 82,3% de los pacientes opinan que la enfermera y el médico son dos profesiones que tienen un papel bien diferenciado, el 68,9% opinó que dentro del equipo de salud la enfermera es ayudante del médico<sup>178</sup>. Más escasamente, con el 17,1% es diferenciado el grado de responsabilidad entre enfermeras y auxiliares de enfermería<sup>88</sup>. Las áreas donde los pacientes dan responsabilidad propia a las enfermeras<sup>94</sup> son: para hacer curas en el 88% y administrar el tratamiento en el 83%. Para las Funciones de enfermería<sup>179</sup>: obedecen órdenes del médico el 65,32%. Realizan técnicas el 39,99%. Educan a la población el 19,33%. Aclara dudas el 82,67%. Control de crónicos el 41,8%. Detecta problemas el 46,67%.

Purificación Renedo y et al. (1989)<sup>180</sup>, realizaron un estudio sobre la imagen social de la enfermería. Los resultados más destacados son: sólo un 8,7% considera una función primaria la de ayudar al médico.

### 1.2.5. Valoración de las actitudes de las buenas enfermeras

El cuidado como práctica humana, está sustentado en valores. La sociedad requiere un trato entre iguales, basado en la confianza y el reconocimiento mutuo; las enfermeras aportan una relación de ayuda mientras el paciente no puede o está limitado, la enfermera será el garante de los derechos de los usuarios.

No existen suficientes evidencias científicas que analicen en profundidad cómo la actitud del profesional de la salud impacta en la calidad asistencial. La mayoría de los estudios únicamente describen los diferentes tipos de comportamientos y actitudes profesionales, pero no su influencia en el tipo de atención.

Los pacientes consideran a las enfermeras que proporcionan un cuidado de alta calidad, poseen atributos como la amabilidad, una buena actitud, alegría, sensibilidad y comprensión, además de la competencia clínica<sup>83,96-98,113,116,181</sup>. De hecho, en varios estudios<sup>98,101,135</sup> demuestran que los usuarios dan mayor importancia a la competencia interpersonal de las enfermeras que a la competencia técnica experta, y añaden que cuando el conocimiento y las habilidades son parecidas, la personalidad marca la diferencia<sup>98</sup>. Por otro lado, la satisfacción de los pacientes está influida por las cualidades y el comportamiento de las enfermeras y esta interacción,

caracterizada por ser agradable y positiva, exige que la enfermera sea sensible, amable, atenta, tranquila, paciente y alentadora<sup>85</sup>.

La paciencia es la característica más demandada por las mujeres, la eficacia por los hombres, los jóvenes y las personas de un nivel cultural alto. Por otra parte, las personas de nivel cultural medio aprecian más la amabilidad y la profesionalidad<sup>178</sup>.

Lo más importante para la mayoría de los pacientes ha sido el trato como cuidado humanizado, se repite en varias ocasiones la palabra “amabilidad”, pero ¿qué hay detrás de esa amabilidad?, encontramos expresiones que hablan de “la sensación de estar en buenas manos”, de la paciencia, del cariño recibido por parte de las enfermeras. En una sociedad en la que prima el individualismo, la curación por encima de todo, la alta tecnología y las prisas por llegar a todo , la exigencia a las enfermeras de mantener actitudes humanas que se centren en la persona y en las relaciones interpersonales y no en la enfermedad son necesarias.

Como dice Collière<sup>182</sup>, el tratar nunca puede sustituir al cuidar, deben ser complementarios, pues serán necesarios los cuidados emocionales para aliviar, confortar y mantener las fuerzas para combatir la enfermedad, por eso cuando preguntamos a nuestros pacientes qué es lo más importante responden que ser tratados con humanidad y todo lo que ello incluye, porque somos seres vivos y los cuidados estimulan y mantienen la vida.

El perfil de enfermera que el usuario demanda es sobre todo amabilidad, paciencia, y que a su vez sea eficaz y profesional<sup>183</sup>

Gonzalo Duarte et al., en el 2003<sup>184</sup>, valida un cuestionario de satisfacción de los usuarios con su enfermera en atención primaria denominado AMABLE donde con tres ítems: escucha, amabilidad y confianza se dispone en poco tiempo y de forma sencilla de una información con criterios métricos de calidad, sobre la satisfacción del usuario, que permite identificar aspectos deficientes y susceptibles de mejora en esa calidad percibida.

No existen suficientes evidencias científicas que analicen en profundidad cómo la actitud profesional de la salud impacta en la calidad asistencial. La mayoría de los estudios describen los diferentes tipos de comportamientos y actitudes profesionales, pero no su influencia en el tipo de atención.

Destacamos los resultados que la profesora Ana Ramió (2005)<sup>185</sup>, obtuvo en su tesis doctoral sobre “Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Cataluña”. En la práctica enfermera actual, y la conceptualización del cuidar se basa en dos valores fundamentales: el altruista y la dignidad humana. En el valor altruista, las actitudes que identifican las enfermeras/os en la práctica son: la ayuda a las personas, la compasión, el compromiso y la suplencia. El segundo valor principal es el de la dignidad de la persona receptora de cuidados. Es el eje en el que se sostiene la práctica profesional. Las actitudes que se relacionan son: la humanidad, el respeto, la paciencia, la escucha, la privacidad y la confidencialidad. Los demás valores presentes en la noción de cuidar que las enfermeras y enfermeros expresan, se desarrollan con diferente intensidad. Las actitudes que generan son escasas. El valor estético se incluye en las actitudes de procurar confort y creatividad, o el desarrollo del bienestar de la persona. El valor de la igualdad está presente a través de la actitud de acercarse al otro, y aceptación. Se muestra en proceso de consolidación. El valor de la libertad se desarrolla en la medida en que se favorece la independencia, y autonomía de la persona. La justicia es un valor que parece estar escasamente desarrollado, en la noción de cuidar. Las actitudes que describen son: protección, recursos, y objetividad en los hechos. La verdad, es un valor presente en las aportaciones de los diversos testimonios, se describe a través de las actitudes de autenticidad, y responsabilidad.

### 1.2.6. Influencia de las variables relacionadas con la hospitalización

Las respuestas de los pacientes hospitalizados a algunas de las variables relacionadas con la hospitalización no son unánimes. Autores como Gourджи et al.

(2003)<sup>144</sup>, encuentran que la influencia de la experiencia de ingresos previos influye en la valoración de los cuidados de enfermería. Por el contrario, otros autores<sup>183,186</sup> no han encontrado asociación. Tampoco han encontrado asociación en las variables presencia o ausencia de complicaciones, el grado de dependencia<sup>186</sup>, la época del año, el tipo de ingreso, el departamento del hospital en el que estuvo ingresado el paciente, el tiempo de estancia y el peso del GDR (indicador del producto hospitalario)<sup>141</sup>.

Se relaciona positivamente con la satisfacción con los cuidados de enfermería el estado de salud autopercibido al ingreso<sup>187</sup>. Las personas que padecen depresión u otras alteraciones en su salud mental presentan cotas más bajas de satisfacción<sup>188</sup>.

Se considera que las enfermeras poseen un papel determinante a la hora de reorientar las políticas de relaciones de familias de pacientes y plantear estrategias de flexibilización de visitas.

Como generalidad, los pacientes españoles se quejan de la sanidad en voz alta y reclaman poco. Desconocen sus derechos y los procesos de reclamación, que son lentos y complejos. Las administraciones son opacas, la justicia va despacio, y las indemnizaciones, muchas veces son irrisorias. Es el retrato de la reclamación sanitaria en España al que afectan poco las iniciativas de mejora emprendidas en los últimos años<sup>189</sup>.

La realización periódica de encuestas es aconsejable en la medida en que ponen de manifiesto la percepción de los pacientes sobre nuestros cuidados. Intervenir sobre los factores que son modificables, como actualizar a las enfermeras en habilidades de comunicación, mejorar el servicio general del hospital y atender especialmente a los pacientes con más exigencias en la calidad del servicio, debe mejorar la satisfacción con la atención sanitaria proporcionada por enfermería<sup>88</sup>.

Los resultados de las reclamaciones y sugerencias más frecuentes<sup>190</sup> en atención especializada son: 1. lista de espera para acceder a consultas, pruebas diagnósticas, intervenciones quirúrgicas, etc; 2. organización y normas referidas a la planificación, ordenación, coordinación o resolución de las diferentes estructuras y circuitos de la red asistencial; 3. demora en la asistencia en los servicios de urgencias, las citas programadas, la obtención de resultados, etc. : 4. disconformidad con la

asistencia y/o tratamiento que el usuario considera insuficiente y 5. trato personal relativo al estilo o modo de relación y comunicación entre el personal y el usuario.

Las reclamaciones y sugerencias en el Servicio de Salud del Principado de Asturias está regulado por el Decreto 6/2006, de 19 de enero<sup>191</sup>. Según datos de la Memoria del año 2008<sup>192</sup> se presentaron 2.073 reclamaciones en Atención Especializada. Destacan como más numerosas las recibidas sobre las listas de espera 528, disconformidad con la asistencia y/o tratamiento 517, organización y normas 219 y trato personal 168.

Según los datos del servicio de atención al paciente del HUCA (no publicados) en el año 2011 se recibieron 644 reclamaciones por escrito, en el año 2012 se recibieron 419, de las cuales destaca que el 34,6% fueron por la lista de espera, el 25% por disconformidad con la asistencia recibida y/o tratamiento, el 18,3% por suspensión del acto asistencial y un 6% por el trato personal.

El desarrollo de las aplicaciones informáticas sanitarias está permitiendo en algunas comunidades autónomas, por ejemplo el Servicio Vasco de Salud, la historia clínica digital única que incluye una participación más activa de los pacientes; en ellas pueden consultar su carpeta de salud y visualizar el informe médico, los medicamentos recetados y detalles de las citas programadas.

Se considera necesario que el paciente tenga una experiencia de ingreso suficiente para poder evaluar la atención como mínimo de 48 horas de estancia<sup>193</sup>. Otro factor que no encuentra una influencia determinante es el tiempo cuando se mide la opinión del paciente hospitalizado: en el momento del alta y en un mes después. El estudio realizado por Manuel Santiña (2003)<sup>194</sup>, revela que: globalmente considerada, la satisfacción media expresada por los individuos es equivalente en las dos fases del estudio, pero el grado de satisfacción cualitativo varía. En el primer caso se discrepa sobre si las respuestas pueden estar influidas por el entorno de la hospitalización, en el segundo, sobre si el entorno sociofamiliar podría influir en ellas. Tampoco, se observaron diferencias significativas entre las puntuaciones de satisfacción realizadas en la hospitalización con las realizadas ya en el domicilio, aunque si observaron una disminución, especialmente en la escala de satisfacción con los cuidados de enfermería<sup>186</sup>.

Para finalizar este apartado incluiremos las reflexiones aportadas por Candela Bonill<sup>195</sup>, “Aunque la percepción que las personas tienen acerca de las enfermeras tras pasar por una hospitalización continua siendo muy variable, en los últimos años se observa un cambio que bien podría pasar desapercibido pero que es muy significativo. Hasta no hace mucho los usuarios atribuían los aspectos percibidos como positivos en el proceso de cuidados a la personalidad de la enfermera y no a su profesionalidad. Parece que ya van quedando atrás, o son los menos, comentarios del tipo: "es que es muy apañada", "es muy simpática", "qué agradable",... en respuesta a una buena actuación enfermera, y han sido sustituidos por otros como: "es que es muy buena profesional", "es una buena enfermera". Les parecerá una tontería, pero este cambio cualitativo por parte de los usuarios dice mucho más de lo que pensamos”.

### 1.2.7. Influencia sociodemográfica en los estudios sobre los cuidados de enfermería

En la bibliografía existen variaciones en la influencia de las variables sociodemográficas y en la satisfacción con los cuidados de enfermería. Algunos estudios encuentran determinante la relación que existe entre el sexo del paciente y la formación académica<sup>85,88,196,197</sup>. Como controversia, autores como Cabrero et al.<sup>198</sup> no encuentran relación. Justifican estas diferencias entre sus resultados y los de estos autores, a aspectos relacionados con las características de la muestra y el análisis de los datos, si bien estas diferencias no son fáciles de establecer.

La edad de los pacientes si se ha relacionado con un mayor grado de satisfacción<sup>164,187,198</sup>. Una posible explicación podría ser que las personas mayores se sienten más satisfechas debido a un mayor deseo de no molestar y un mayor sentimiento de impotencia<sup>100</sup>.

La ocupación del paciente es otro punto en controversia, hay estudios que encuentran relación<sup>198</sup>, y otros que no encuentran influencia<sup>88</sup>.

En el metaanálisis de Hall y Dornan<sup>164</sup> y el estudio de Pujiula Masó et al.<sup>186</sup> se observan la relativa poca importancia de las características sociodemográficas con respecto a la satisfacción de los pacientes.

### 1.2.8. Satisfacción general de los usuarios con la hospitalización

En los años 90 comenzó a evaluarse la atención sanitaria por medio de escalas. La satisfacción del cliente resulta del contraste entre lo que se espera (expectativa) y lo que recibe (percepción). Hay multitud de instrumentos, especialmente en el ámbito anglosajón<sup>85,199-202</sup>, de especial interés es el cuestionario que mide la satisfacción del paciente con la hospitalización en general y con los cuidados recibidos durante esa hospitalización en particular<sup>203,204</sup>, *The newcastle satisfaction with nursing scales (NSNS)*. La encuesta NSNS pretende medir la calidad desde un aspecto importante, que es el del propio objetivo de nuestro cuidado, la percepción que tiene el cliente sobre la totalidad del cuidado recibido; también destaca que los aspectos humanos de la dispensación del cuidado, la palabra, la mirada, los gestos, también son susceptibles de ser evaluados. Consideramos importantes la formulación de las preguntas por cierta similitud con las exploradas en nuestro cuestionario. Sin embargo, son escasos los instrumentos validados en nuestro idioma y los que hay son específicos para un área asistencial concreta<sup>205,206</sup>. Destacamos el adaptado en Orense y validado en los idiomas gallego y castellano, que se ha denominado, *cuestionario de calidad de los cuidados de enfermería (CUCACE)*<sup>207</sup>. Es interesante resaltar que la *satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería (SPCE)*<sup>208</sup> es el mejor predictor de la satisfacción con la hospitalización.

Otros instrumentos de medida son la *escala general de satisfacción con la hospitalización (SGEM)*. Este instrumento está basado en el trabajo de Meterko et al.<sup>209</sup> y en una versión española previa de Cabrero et al. que valoran la atención médica, los cuidados de enfermería y la dimensión ambiental de la hospitalización. El *cuestionario de expectativas de los pacientes (CEP)*<sup>210</sup> fue elaborado a partir de los trabajos de Abramowitz que recogen información sobre las expectativas cumplidas de los pacientes en cinco dimensiones de hospitalización: la hospitalización global, la

atención médica, la atención de enfermería, la información recibida y la dimensión ambiental de la hospitalización.

También, para la *Escala de satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería (LOPPS 12)* en su versión original<sup>211</sup> y en su versión adaptada en España por Cabrero et al.<sup>212</sup>

Son muchos los estudios publicados sobre la satisfacción que no podemos abordarlos en este estudio. Por tanto, nos centraremos en los más generales, el Barómetro Sanitario realizado por el Sistema Nacional de Salud. El objetivo general es obtener información sobre la percepción de los ciudadanos del funcionamiento del sistema sanitario, el impacto de medidas vinculadas a las políticas sanitarias, el conocimiento y/o actitudes de los ciudadanos ante problemas de salud de interés coyuntural, el grado de penetración de campañas de información, y la reevaluación de aspectos analizados en periodos anteriores. Destacamos el resumen de los datos globales, a nivel nacional<sup>213</sup> referentes a los cuidados de enfermería en la hospitalización en el año 2012, en una escala de 1-10:

- La valoración de los cuidados de enfermería fue de un 7,49.
- El trato del personal sanitario con 7,74.
- El conocimiento del historial con 7,52.

El 86,7% de las personas que estuvieron hospitalizadas en un centro público manifiestan que la atención que recibieron fue muy buena o buena.

En el Principado de Asturias el Informe de la Encuesta de Salud, en el 2012<sup>214</sup>, del cual destacamos:

- La valoración sobre la hospitalización la consideran entre muy buena y buena el 64% de la población.
- Han ingresado en el hospital el 10,3% de la población asturiana; el 11,6% mujeres y el 9% hombres. La causa de ingreso fueron: para intervención quirúrgica el 51,2%, para tratamiento médico el 27,6% y para pruebas diagnósticas el 15,7%.

Sólo en el año 2002<sup>215</sup> la opinión sobre los servicios de hospitalización el 60-75% de la población encuestada está de acuerdo en que en los hospitales del SESPA se suministra la información adecuada, el horario de atención es cómodo, se resuelven las intervenciones con eficacia, se informa sobre el problema y el proceso

de la intervención, se informa sobre los beneficios y riesgos para la salud de los/las pacientes, y que los/las profesionales son amables. Un 80% de la población opina que se respeta la intimidad de los/las pacientes.

Sobre los derechos con respecto al sistema sanitario público del SESPA: un 89% de las personas entrevistadas está de acuerdo en que tiene derecho a recibir, a conocer información sobre su historia clínica. Lo mismo sucede con el derecho a recibir un informe de alta tras ser hospitalizado/a. El uso de la hospitalización: un 12% de las personas entrevistadas han indicado que en el transcurso del último año habían sido ingresadas en un hospital o clínica. De las que habían ingresado, un 80% lo habían hecho únicamente una vez, en un 12% dos veces y en un 8% tres o más veces. Por género no existen diferencias estadísticamente significativas, si bien un 11% de los hombres que han ingresado lo han hecho tres o más veces en el último año. El motivo más frecuentemente alegado para el ingreso en un hospital o clínica en este período fue, en la mitad de las ocasiones, para una operación quirúrgica, en un 17% realizarse pruebas diagnósticas y en un 13% realizar un tratamiento médico. Una de cada cinco personas lo hizo por otros motivos.

Barómetro Sanitario 2011<sup>216</sup>, los usuarios conceden una nota de 6,59 sobre 10 al Sistema Sanitario Público. Asturias vuelve a obtener el mejor dato con un 7,42. Los motivos para preferir el sistema público al privado radican, fundamentalmente, en la disponibilidad de la tecnología y medios disponibles y la capacitación de médicos y enfermeras y la información que reciben sobre la salud. En contra la rapidez de la asistencia y menor confort en las instalaciones. Valoran los cuidados y la atención de enfermería con un 7,79, en una escala de 1-10.

En un estudio sobre la confianza en el Sistema Nacional de Salud<sup>217</sup>, realizado conjuntamente por el Foro de Pacientes y la Harvard School of Public, destaca que en los últimos 15 años ha aumentado la satisfacción global de los ciudadanos con el SNS. Además, recogemos otros datos de interés de este trabajo, por ejemplo: el 13% opina que se podría mejorar la asistencia sanitaria si se contrataran más personal sanitario, el 44% no conocen los Derechos del Paciente, el 59% de los profesionales de enfermería satisfacen de forma responsable su trabajo.

La satisfacción también se utiliza como medida de los resultados de los cuidados y se ha asociado con aspectos relacionados con la salud tan importantes

como la adhesión al tratamiento y las recomendaciones de los profesionales; el cambio de proveedor, e incluso la mejora de la salud <sup>218,219</sup> .

La coalición de ciudadanos con enfermedades crónicas llevó a cabo un estudio de carácter exploratorio sobre la percepción de los enfermos crónicos sobre el Sistema Nacional de Salud, con el objetivo de mejorar el conocimiento de las necesidades y prestaciones. La valoración que hacen de los profesionales sanitarios, en general, es bastante buena, tanto en el caso de los profesionales médicos como en el caso del personal de enfermería. Los aspectos mejor valorados son la atención personal y la confianza que les ofrecen tanto el personal médico como el personal de enfermería<sup>165</sup>.

### 1.2.9. Qué se conoce del tema

A modo de resumen, podemos destacar una serie de aspectos:

- El cuidado en la práctica clínica por los profesionales y la percepción de los pacientes sobre los cuidados de enfermería.
- Las características que deben tener las enfermeras según la visión de los pacientes.
- Se conocen los altos índices de satisfacción con los profesionales sanitarios y especialmente con las enfermeras a través de los estudios de investigación y los distintos barómetros SNS con los propios autonómicos del SESPA.

### 1.2.10. Qué se desconoce del tema

- La cuantificación de las necesidades de cuidado en el Proceso de Atención de Enfermería y su valoración por parte del paciente hospitalizado.
- La descripción de parámetros que, en los estudios analizados, tienen una influencia directa sobre la percepción del cuidado por los pacientes y sus familias como: las características estructurales y organizativas de la unidad de hospitalización, los ratios enfermera/paciente, situación de gravedad de los pacientes o la comparación con la opinión de las enfermeras que les proporcionan los cuidados.

- Propuestas de mejora para la práctica clínica en relación a los cuidados.

### 1.2.11. Qué beneficios aporta la investigación

Los resultados de la investigación planteada son, potencialmente, múltiples y podrán aportar los siguientes beneficios:

- Conocer la opinión de los pacientes permitirá incluir sus necesidades e influir en la toma de decisiones de gestión, promoción de la salud u otras políticas de salud.

- Ayudar a reflexionar a las enfermeras sobre como realizan los cuidados e identificará áreas de mejora en los cuidados personalizados con la participación del paciente y familia en los cuidados, generalmente, los cuidados han pivotado en criterios profesionales, con buena voluntad, *sobre lo que el paciente necesita*, y lo que el propio sistema sanitario nos ha permitido implementar.

- Permitirá establecer una interacción terapéutica con el paciente, generadora de una mayor autonomía, incrementando el grado de colaboración y el uso más adecuado de los servicios sanitarios, con el objeto de incorporarse a la sociedad lo más pronto posible.

- Asimismo, presenta una gran relevancia para las áreas de gestión y las políticas de salud, ya que al identificar las necesidades de cuidado en los pacientes hospitalizados se pueden planificar a nivel estratégico y operativo las áreas de hospitalización y ofrecer cuidados de mayor eficacia y eficiencia, además mejorar la satisfacción y la sostenibilidad, generando respuestas, preferentemente sencillas pero de gran impacto en relación con lo que necesitan sus clientes.

- Es de interés conocer las percepciones de los pacientes y su familia acerca de los cuidados que reciben en cada una de las unidades de hospitalización para programar la formación continuada, acorde a las demandas actuales y reales de la sociedad.

- Tiene implicaciones para la formación universitaria de las enfermeras puesto que ayudará a introducir los cambios que mejoren el cuerpo de conocimientos y el proceso de cuidar para proporcionar una atención holística y personalizada.

- De igual manera, cabe destacar, el valor implícito que tiene para las enfermeras y enfermeros la presente investigación, ya que sus resultados contribuirán a incrementar el conocimiento sobre las necesidades y expectativas de

los pacientes hospitalizados y la posibilidad de incluirlos en las intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos. Así mismo, puedan incluirse en la formación de los futuros profesionales para la gestión, la investigación y la promoción de la salud.

- Avanza en las limitaciones de otros estudios correlacionando las necesidades y percepción de los pacientes con las características de su proceso hospitalario, situación de gravedad del paciente, el ratio enfermera paciente y las características estructurales y organizativas de la unidad de hospitalización.

- La investigación permitirá comparar en un futuro próximo cómo va a influir en los cuidados los tres hechos que confluyen en este momento de la historia en el HUCA: 1. Un nuevo hospital con importantes cambios tecnológicos e informáticos que modifican los procesos asistenciales. 2. La incorporación al mundo laboral de las enfermeras con formación de grado. 3. Los ajustes y reformas que se están haciendo en el ámbito sanitario con la aplicación de las medidas propuestas en el Real Decreto de 16/2012, de 20 de abril en los principios fundamentales de nuestro Sistema de Salud.

- La investigadora, ya que al realizar un proyecto de investigación no sólo se constituye un importante aprendizaje que amplía las competencias profesionales de una enfermera, sino que también es una potente herramienta de motivación personal.

- En definitiva, esta investigación es importante porque sus resultados serán un aporte para sustentar futuras investigaciones, donde se consideré al paciente el centro del los cuidados de enfermería con participación en la toma de decisiones sobre su salud, ayudará a mejorar la atención y a diseñar estrategias de cuidados, y a evaluar en qué medida los nuevos cambios académicos incrementan el camino hacia la excelencia de los cuidados.



# 2. Objetivos



## 2.1. Justificación

---

Con esta investigación pretendemos contribuir al análisis general del conocimiento que los pacientes hospitalizados tienen sobre los cuidados de enfermería. La enfermería, en los últimos años, se ha profesionalizado y ampliado su componente científico de la disciplina, adaptándose a las evoluciones sociales, educativas y legislativas. Estos cambios, nos han permitido mayor reconocimiento social dentro de las ciencias de la salud. Nos preguntamos si los pacientes y sus familias necesitan, reconocen y valoran los cuidados.

Este conocimiento es relevante porque en los próximos años podrían ocurrir importantes cambios relacionados con los cuidados de enfermería. Los datos del estudio, además de establecer contraste con el conocimiento actual en el campo de los cuidados de enfermería, puede establecerse como control para un estudio posterior de las posibles modificaciones en el cuidado enfermero, producido fundamentalmente por:

- La incorporación a la vida laboral de enfermeras graduadas y especialistas.
- La entrada en funcionamiento del nuevo HUCA que ha producido importantes cambios tecnológicos y organizativos que marcarán una nueva cultura asistencial.
- Las modificaciones derivadas de las limitaciones presupuestarias.

## 2.2. Objetivos generales

---

1. Cuantificar la demanda y percepción de los pacientes hospitalizados respecto al proceso de cuidados de enfermería.
2. Detectar las necesidades de los pacientes hospitalizados con menor satisfacción en los cuidados recibidos como áreas susceptibles de mejora.

## 2.3. Objetivos específicos

---

1. Valorar la atención de enfermería en la acogida al paciente en la unidad de hospitalización.
2. Identificar cuáles son las actitudes profesionales más valoradas por los pacientes hospitalizados y por las propias enfermeras.
3. Comparar la valoración de los pacientes sobre los cuidados recibidos con los de las enfermeras que le proporcionaron los cuidados.
4. Establecer una relación entre la valoración de los pacientes sobre los cuidados recibidos y las características organizativas de las unidades y las que se derivan de su proceso de hospitalización.
5. Conocer la satisfacción global del paciente hospitalizado y de las enfermeras sobre los cuidados de enfermería.



# 3. Sujetos y método



## 3. Sujetos y método

---

### 3.1. Tipo de estudio

Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal, realizado durante los meses de abril a junio de 2013, a pacientes ingresados en unidades de hospitalización y a las enfermeras que les cuidaron.

### 3.2. Ámbito

El estudio de campo se desarrolló en el ámbito del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), ubicado en Oviedo. Es el hospital de referencia del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), y hospital del Área Sanitaria IV de Asturias. Engloba, además, al Instituto Nacional de Silicosis, unidad de referencia nacional para enfermedades respiratorias de origen laboral. El HUCA es fruto de un convenio que integró la gestión de los tres centros que se fusionaron: el Hospital Nuestra Señora de Covadonga (Centro General, Centro Materno Infantil y Centro de Rehabilitación), el Instituto Nacional de Silicosis y el Hospital General de Asturias. El convenio con la Universidad de Oviedo le confiere su carácter de Hospital Universitario. Actualmente, el conjunto está formado por 17 edificios. Tiene disponibles, en el momento del estudio, 1.100 camas para la hospitalización de pacientes. La plantilla de enfermería es de 1.617 enfermeras y 1.055 auxiliares de enfermería. La atención que se proporciona a los pacientes hospitalizados es fruto del trabajo multidisciplinar de diferentes profesionales de la salud. Sin embargo, son las enfermeras, los profesionales que tienen mayor contacto y relación con el paciente; sus cuidados constituyen la provisión central del cuidado en el hospital.

### 3.3. Descripción del proceso de cuidados

Si bien este apartado se encuentra desarrollado en la introducción, se incluye aquí como marco del proceso en el que se enmarca la recogida de datos y como presentación del proceso de enfermería en el HUCA.

La responsabilidad final de los cuidados corresponde a la Dirección de Enfermería que asigna los recursos, evalúa la aplicación de los cuidados y planifica la corrección de desviaciones en los estándares de cuidados, para la consecución de los objetivos de cuidados y continuidad de la atención. Los pacientes recibirán los cuidados adecuados para solucionar sus problemas de salud, basados en la mejor evidencia científica existente y los medios disponibles. La calidad de los cuidados de enfermería se entiende como la satisfacción de necesidades y expectativas de salud de los pacientes (incluyendo sus familiares) y de otros profesionales que conforman el equipo multidisciplinar que aporta la atención sanitaria.

Como normativa de trabajo, en todas las unidades de hospitalización, se aplica el protocolo de ingreso del paciente, que consta fundamentalmente de: acogida por el equipo de enfermería, priorización de la atención e información de las características y funcionamiento de la unidad. También, desde el momento del ingreso, comienza el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) que las enfermeras utilizan como método de trabajo. Comienza por la valoración de las necesidades del paciente. La recogida de datos, en esta fase, se hace mediante los métodos de entrevista, exploración física, observación con la aplicación de escalas/cuestionarios y la revisión de la documentación clínica. Identificadas las necesidades del paciente se programan los tratamientos de enfermería de forma individualizada, estableciendo un plan de cuidados normalizado con la taxonomía NANDA-NIC-NOC, y además, se incorporan las complicaciones potenciales de control y vigilancia que se desprenden del tratamiento médico o las pruebas diagnósticas, siendo continuamente evaluados según las respuestas de los pacientes.

Durante todo el proceso de la hospitalización de los pacientes, las enfermeras documentan su actividad de cuidados en los registros de enfermería que forman parte de la documentación de la historia clínica. Son uno de los principales sistemas de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario. Está regulado por la Ley Básica de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica del año 2002<sup>11</sup>, con los registros de enfermería se consigue dar continuidad, seguridad y eficacia de los cuidados de enfermería. En nuestro Hospital están compuestos por: Valoración al ingreso del paciente, Plan de Cuidados, Observaciones de Enfermería, Gráfica, Libro de Tratamiento e Informe de

Continuidad de Cuidados al Alta Hospitalaria (ICCAH) <sup>220</sup>. En ellos quedan reflejadas la atención profesional en relación con el cuidado integral del paciente, así como las respuestas y situación particular del paciente. Ésta normalización de los cuidados, permite que pacientes en similar situación, reciban el tratamiento más adecuado, según la evidencia disponible y evita la variabilidad derivada de la unidad donde se encuentren ingresados, o el profesional de enfermería que le atiende.

### 3.4. Población y muestra

La población de estudio son los pacientes adultos hospitalizados en el HUCA. Los pacientes ingresan para resolver problemas agudos de salud que requieren diagnóstico o tratamiento. En ocasiones, se produce el ingreso por problemas crónicos de salud que sufren una agudización de su proceso. El ingreso se realiza en las unidades de hospitalización según los criterios de las Especialidades Médicas. La división por patologías se respeta, aunque, por los altos índices de ocupación de las camas hospitalarias, es frecuente encontrarnos con pacientes ectópicos (ingresados en una unidad de hospitalización diferente a la habitual de ingreso por su patología).

La muestra está confeccionada con criterios de heterogeneidad y representatividad, formada por:

1. Los pacientes hospitalizados. Se seleccionaron pacientes mayores de edad, que ingresaron en el hospital, con una estancia igual o superior a 72 horas, que es el tiempo mínimo considerado necesario para que el paciente/familia tenga un contacto suficiente para conocer su percepción de las necesidades y valorar los cuidados recibidos.
2. Las enfermeras que les cuidaron durante el proceso de la hospitalización. Realizan una actividad asistencial directa y son las responsables de los cuidados de los pacientes en las unidades seleccionadas para el estudio. Nos permitirán establecer vínculos, cuya finalidad es contrastar los cuidados percibidos por los pacientes.

Las unidades de hospitalización que se incluyen en el estudio están clasificadas en unidades médicas y quirúrgicas. Se incluyen las que más y menos ingresos reciben de pacientes con problemas de salud agudos, crónicos o terminales; son representativas de los cuidados de enfermería. Por tanto, el conjunto de las unidades

seleccionadas proporcionan gran variabilidad de situaciones clínicas que nos permiten obtener suficiente información de los cuidados, porque, aunque estos tienen una relación directa con el proceso patológico, lo fundamental en el cuidado de enfermería está centrado en las necesidades humanas para recuperar o mantener la salud. Sus resultados son extrapolables a todos los pacientes adultos con procesos médicos-quirúrgicos en las unidades del HUCA.

El número de camas incluidas en este estudio es de 204, lo que representa el 25,2% del total de camas disponibles para hospitalización de adultos con procesos médico-quirúrgicos en el HUCA. Se excluyen las camas destinadas a pacientes críticos, mentales, obstétricos y pediátricos.

Las unidades de hospitalización para este estudio con su capacidad asistencial son:

- Unidades de hospitalización médicas con 99 camas en total:

- Endocrinología, 6 (2,9%) camas. Ubicada en la 9ª planta del Edificio A del Hospital General de Asturias.
- Oncología, 14 (6,9%) camas. Ubicada en la 7ª planta del Edificio A del Hospital General de Asturias.
- Cardiología, 50 (24,5%) camas. Ubicadas en las 8ª planta del Hospital General de Asturias.
- Aparato Digestivo, 29 (14,2%) camas. Ubicada en la 5ª planta del Centro General.

- Unidades de hospitalización quirúrgicas con 105 camas en total:

- Cirugía General, 54 (26,5%) camas. Ubicadas en la 2ª planta del Centro General.
- Urología, 30 (14,7%) camas. Ubicada en la 1ª planta del Centro General.
- Traumatología, 21 (10,3%) camas. Ubicada en la 3ª planta del Centro General.

Las características organizativas de las unidades, la dotación de personal y la rotación de pacientes afectan a la calidad percibida por los pacientes; estos factores

también se consideran determinantes para al trabajo de los profesionales de enfermería en función de los resultados para los paciente. La estructura organizativa de las unidades de hospitalización es de tipo organización funcional. Todas las unidades tienen establecidos: los horarios de información médica, la posibilidad de acompañamiento permanente de un familiar/cuidador, y los horarios de visita; se recomiendan que a ser posible, los acompañantes no permanezcan en las habitaciones durante el pase de visita médica, habitualmente entre las 9 y las 12 de la mañana. Además todas tienen las mismas normativas, los mismos circuitos (farmacia, muestras, cocinas, etc.) y documentación estándar.

Los recursos humanos de enfermeras representan el 22% en las unidades seleccionadas de las 423 enfermeras y 481 auxiliares de enfermería que trabajan en las unidades de hospitalización. Las presencias estándar en las unidades de hospitalización del HUCA en el año 2013 fueron de 1:12 enfermera por pacientes. Si incluimos al auxiliar de enfermería, fueron de 1:6. La presencia enfermera se ajusta según el tamaño de la unidad y las cargas habituales e históricas de trabajo y la turnicidad. Se incluye la presencia de la supervisora en el horario de mañana.

Los principales datos sobre las características de las unidades de hospitalización, se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1. Características de las unidades de hospitalización.

	<b>Endocrino</b>	<b>Oncología</b>	<b>Cardiología</b>	<b>Aparato Digestivo</b>	<b>Urología</b>	<b>Traumatología</b>	<b>Cirugía</b>
<b>Ingresos año</b>	176	890	2.960	1.489	1.882	3.045	2.699
<b>Estancia media</b>	8,8	10,1	6	8,1	7,8	9,7	10,8
<b>Porcentaje de ocupación</b>	62,5	79,5	86,2	114	89,7	109	79,8
<b>Pacientes pluripatológicos</b>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>Pacientes ectópicos</b>	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí
<b>Pacientes por habitación</b>	1	1	2	1 a 3	1 a 3	1 a 3	1 a 3

### 3.5. Criterios de inclusión y exclusión

#### 3. 5.1. Criterios de inclusión de pacientes

Para participar en el estudio, los pacientes tenían que ajustarse al siguiente perfil:

- Voluntariedad de participación en el estudio.
- Capacidad para comprender y cumplimentar el cuestionario.
- Pacientes con el alta hospitalaria cuya estancia sea igual o superior a 72 horas en las unidades de hospitalización seleccionadas.
- Mayores de 18 años en ambos sexos.
- Familiar/cuidador que sustituya al paciente en la cumplimentación del cuestionario, por no encontrarse éste en condiciones de responder por razones físicas o anímicas.

### 3.5.2. Criterios de exclusión de pacientes

Se han establecido como criterios de exclusión los siguientes:

- Menores de 18 años.
- Pacientes con problemas de incapacidad psíquica o cognitiva; así como los que no conocen el castellano.
- Pacientes ectópicos, con otros procesos diferentes a los seleccionados para este estudio.

### 3.5.3. Criterios de inclusión en enfermeras

- Trabajar como enfermera en la plantilla estable de la unidad de hospitalización seleccionada.
- Voluntariedad al contestar el cuestionario.

### 3.5.4. Criterios de exclusión en enfermeras

- Que no quieran participar.

## 3.6. Tamaño de la muestra

### 3.6.1. Tamaño de la muestra de pacientes

Se utilizó un modelo de muestreo no probabilístico de conveniencia, ya que reclutamos a todos los pacientes ingresados que cumplían los criterios de selección. Con el objetivo de estimar la proporción de pacientes satisfechos con la atención recibida, se estimó que ésta sería entorno al 80%, con un intervalo de confianza al

95% y una precisión  $\pm$  del 5%, se necesitaron 200 pacientes que se reclutaron consecutivamente.

### 3.6.2. Tamaño de la muestra de enfermeras

Se pasó el cuestionario a todas las enfermeras con puesto de trabajo asignado en las unidades seleccionadas.

## 3.7. Método de recogida de la información

Para la consecución de los objetivos establecidos, la recogida se realiza con dos cuestionarios:

- Cuestionario para pacientes hospitalizados sobre la demanda y percepción de cuidados. Anexo I.
- Cuestionario para enfermeras sobre la percepción de los cuidados realizados. Anexo II.

### 3.7.1. Cuestionario para pacientes hospitalizados

Se diseñó y construyó un cuestionario propio, para explorar la actividad cuidadora de la enfermería, ajustando los contenidos y el lenguaje a la comprensión de los pacientes hospitalizados y sus familias o cuidadores en función de la demanda y valoración de los cuidados recibidos. Siguiendo el proceso de cuidados; desde que el paciente ingresa en la unidad de hospitalización y es acogido por las enfermeras donde comienza a aplicarse el Proceso de Atención de Enfermería (PAE): valoración de necesidades de cuidado, planificación, aplicación de cuidados, evaluación e informe al alta hospitalaria.

Los cuidados son realizados por el equipo enfermera-auxiliar de enfermería, en los cuales la responsabilidad de los cuidados recae en las enfermeras; las auxiliares realizan los cuidados básicos por delegación de la enfermera. Sabiendo que los pacientes, con frecuencia, no diferencian entre ambas categorías, se les especificó que las preguntas se refieren al equipo de enfermería formado por: supervisora, enfermeras y auxiliares de enfermería, excluyendo a otros profesionales sanitarios.

Se procuró que las preguntas fuesen breves y fácilmente comprensibles para la población general, libres de tecnicismos.

En la elaboración del cuestionario se ha tenido en cuenta:

1. Los registros de enfermería del HUCA que dan soporte habitual a los cuidados de enfermería<sup>220</sup>.
2. La legislación en los que se fundamenta: el Real Decreto 1093/2010<sup>67</sup> sobre el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud y la Ley 41/2002<sup>11</sup>, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
3. No hemos encontrado ningún cuestionario validado para evaluar todo el proceso de cuidados, por tanto, utilizamos las evidencias que hemos encontrado en la revisión bibliográfica específica en:
  - 3.1. Revisiones sistemáticas sobre el tema de estudio: Olano-Lizarraga (2012),<sup>15</sup>, Rchaidia (2009)<sup>83</sup>, Rhodes (2006)<sup>84</sup> y Johansson (2002)<sup>85</sup>.
  - 3.2. Los estudios de investigación afines a los objetivos de nuestro estudio: Huércanos (2011)<sup>154</sup>, Lázaro (1994)<sup>183</sup>, Duarte (2003)<sup>184</sup>, Ramio (2005)<sup>185</sup>, Martinez (2012)<sup>221</sup>.

Se han establecido cuatro tipos de preguntas:

1. Preguntas múltiples para seleccionar la opción que cumple los requisitos del paciente.
2. Preguntas dicotómicas de “Si o No”.
3. Preguntas de valoración: dicotómicas para la necesidad de cuidados, en los términos de “No lo necesité” o “Sí lo necesité”. Y con una escala cuantificada para la valoración de los cuidados recibidos. La puntuación oscila del 0 al 10, considerando el cero el mínimo valor y 10 el máximo valor.
4. Preguntas abiertas para recabar datos específicos:
  - a) Días en el hospital, número de ingresos, etc.
  - b) Al final de cada apartado, con el objetivo de no perder información valiosa de la percepción del paciente.
  - c) Al final del cuestionario, sobre sugerencias de mejora de los cuidados ya que la vivencia de la hospitalización es muy subjetiva; si cerramos totalmente el

cuestionario no podremos conocer aspectos que el paciente considere relevantes. Al incluir un texto libre consideramos que se puede dificultar la clasificación de las opiniones de cada paciente.

Las respuestas son anónimas y confidenciales.

Como se trata de un cuestionario largo, lo hemos estructurado en bloques de manera que permitan descanso a las personas que lo cumplimentan.

Todos los cuestionarios fueron entregados por la investigadora con el propósito de alejar la solicitud de cumplimentación del cuestionario de los profesionales con responsabilidad directa en los cuidados, sobre las que el paciente debería opinar y evitar sesgos de información. La investigadora les explicó al paciente y su familia verbalmente y por escrito: los objetivos del estudio, las características del cuestionario, las instrucciones de cumplimentación, la confidencialidad de los datos y la voluntariedad de participar, a pesar de que en ningún momento se recogieron datos que de alguna manera les pudiera identificar. Se les pidió que lo cumplimentara al alta hospitalaria, antes de abandonar el hospital, y que lo entregaran en el sobre cerrado, etiquetado con la dirección de la responsable del estudio, bien en el control de enfermería de la unidad o en el puesto de información situado en la entrada de cada edificio del Hospital. Se evitó la entrega directa del cuestionario a ningún profesional que participase en el proceso evaluado. De cada uno de estos puntos de recogida, fue enviado por correo interno a la responsable del estudio.

### 3.7.2. Cuestionario para enfermeras

Se diseñó y construyó un cuestionario propio, para explorar la percepción de la enfermera al aplicar los cuidados, como complemento al de los pacientes ingresados en las mismas unidades de hospitalización. Se utiliza el mismo formato que el cuestionario de pacientes. Todos los cuestionarios fueron entregados por la investigadora explicando verbalmente y por escrito: los objetivos del estudio, las características del cuestionario, las instrucciones de cumplimentación, el mantenimiento del anonimato y la voluntariedad del mismo. Se les pidió que una vez realizado lo entregaran en sobre cerrado, depositándolo en un sobre custodiado por

la supervisora de la unidad o enviándolo directamente por correo interno a la responsable del estudio.

## 3.8. Variables del estudio

### 3.8.1. Cuestionario de pacientes

#### 3.8.1.1. Las variables independientes de pacientes

- Datos sociodemográficos: para definir el perfil de los pacientes hospitalizados. Consta de 8 ítems. Se desglosan en: edad (años cumplidos), sexo (hombre o mujer), residencia habitual (urbano o rural), situación de dependencia considerada por el paciente (autónomo, dependiente parcial y dependiente total), existencia de cuidador entendida como la persona que acompaña habitualmente al paciente en su hospitalización (pareja, hijos, padres, otro familiar y persona contratada), nivel de estudios (sin estudios, primarios, secundarios y universitarios), trabajo (tiempo completo, parcial, tareas del hogar, desempleado, estudiante y jubilado) y quién cumplimenta el cuestionario (paciente, paciente en colaboración con el familiar y familia/cuidador). Las variables se midieron con los valores expresados según sus escalas: cuantitativa discreta (edad), cualitativas nominales (sexo, residencia, existencia de cuidador, nivel de estudios, trabajo y quién realiza la encuesta) y cualitativa ordinal (situación de dependencia).

#### 3.8.1.2. Las variables dependientes de pacientes

Están agrupadas siguiendo el proceso de cuidados<sup>87, 220</sup>:

a) Acogida en la unidad de hospitalización, para conocer la percepción del paciente sobre la acogida en la unidad que le proporcionaron las enfermeras. Consta de 4 ítems del 9 al 12. Se desglosan en: se identificó y dijo su nombre, le informó de cómo avisar, horarios..., la diferenció del resto de los profesionales, le realizó una entrevista para conocer su estado de salud.

Las variables se midieron con los valores expresados según sus escalas cualitativas nominales, en todos los ítems.

b) Demanda de cuidados, para conocer las necesidades de cuidados percibidas por el paciente y la valoración de los cuidados recibidos. Las preguntas de este apartado siguen el esquema de la valoración que realiza la enfermera en las primeras horas del ingreso del paciente en la unidad con la Valoración de Enfermería al Ingreso (Anexo III), que recoge los datos mínimos necesarios para una atención integral de calidad. La valoración es la etapa inicial del PAE y tiene como objetivo la recopilación exacta y completa de los datos necesarios para diagnosticar las necesidades de cuidado del paciente, en base a un enfoque enfermero<sup>220</sup>. En las unidades seleccionadas para este estudio, se registran en modelo papel, organización de los datos en base a los Dominios de Taxonomía NANDA I coexistiendo con la de valoración basada en las Necesidades Básicas de Cuidado de Virginia Henderson. En el futuro inmediato se aplicará, en soporte informático, únicamente la valoración basada en Dominios que es la más útil para llegar al Diagnóstico de Enfermería y está normalizada para toda la Comunidad Autónoma. El modelo conceptual de los cuidados es el de Virginia Henderson, las actividades de cuidados que se han elegido para cada diagnóstico van dirigidas a promocionar el control del proceso de salud-enfermedad o situación vital por el propio paciente, interviniendo para sustituirle hasta que sea capaz de asumir su cuidado, apoyándole emocionalmente, ayudándole a adaptarse a su situación y enseñándole lo necesario para que recobre ese control. Se entiende que el sujeto de cuidados es el paciente y su familia, así mismo, se contemplan el respeto a sus valores y creencias.

Se seleccionaron las preguntas más representativas, incluidas en los Dominios del 2 al 12, en función de la visibilidad que tienen para el paciente las intervenciones de enfermería. Se incluye, al menos, una pregunta de cada uno de ellos. Las preguntas están formuladas en términos de “necesitó ayuda de las enfermeras para resolver o paliar problemas durante la hospitalización...” y “cómo valoró usted los cuidados recibidos de las enfermeras”. Consta en total de 17 ítems, del 13 al 29. Se desglosan en:

Dominio 2: Nutrición. Si la ingestión de nutrientes es adecuada para las personas y los problemas que puede tener ésta para realizar la función, con el ítem 13.

Dominio 3: Eliminación e intercambio. Los problemas de la persona en relación a la excreción de los productos de desecho del sistema urinario y gastrointestinal, así como su patrón de eliminación, con el ítem 14.

Dominio 4: Actividad-reposo. Las dificultades que puede tener la persona para realizar actividades que impliquen movimiento y consumo de energía para moverse, autocuidado, mecanismos cardiovasculares que apoyen la actividad/reposo, ocio) así como la percepción de la calidad y cantidad de sueño, con los ítems 15, 16 y 17.

Dominio 5: Percepción-cognición. Cómo procesa la persona la información (atención, orientación, cognición y comunicación), con el ítem 18.

Dominio 6: Autopercepción. El concepto que tiene la persona de sí misma (cómo se ve) explorando su estado de ánimo, su autoestima y los problemas que pueden presentarse en relación a cambios en la imagen corporal, con el ítem 19.

Dominio 7: Rol-relaciones. El papel que tiene la persona dentro de su estructura familiar y los problemas que pueden surgir con relación a la enfermedad, con el ítem 20.

Dominio 8: Sexualidad. Cómo afecta a la persona en este campo la enfermedad crónica, la cirugía o ciertos tratamientos, con el ítem 21.

Dominio 9: Afrontamiento-tolerancia al estrés. La forma en que la persona hace frente a su situación de salud, con el ítem 22.

Dominio 10: Principios vitales. Aquellas creencias que tiene un valor intrínseco para la persona, con el ítem 23.

Dominio 11: Seguridad-protección. Aquellas situaciones o circunstancias que pueden ser causa de la pérdida de la seguridad física, lesión o trastorno de la protección del sistema inmunitario. Que a su vez, nos permiten explorar el riesgo percibido por los pacientes, con los ítems 24, 25, 26, 27 y 28.

Dominio 12: Confort. Las causas que impiden con más frecuencia la sensación de bienestar físico, con el ítem 29.

Se exceptúa el Dominio 1: Promoción de la salud, que se incluye en el siguiente bloque de formación para el autocuidado y el Dominio 13: Crecimiento-desarrollo, porque no se están utilizando diagnósticos relacionados con este dominio; se valorarían los aspectos y circunstancias que pueden influir en el aumento de las dimensiones físicas, maduración de los sistemas orgánicos y logro de las tareas de

desarrollo acorde con la edad; no lo consideramos apropiado para nuestra muestra ni para los objetivos del estudio.

Las variables se midieron con los valores expresados según sus escalas: cualitativa nominal (necesitó cuidados: sí o no) y cuantitativa interval (valoración de los cuidados recibidos con un rango de 0 a 10, donde el 0 es el mínimo valor y 10 el máximo), en todos los ítems.

c) Formación para el autocuidado. Son acciones educativas que reciben los pacientes o sus familias para capacitarle en el autocuidado durante el proceso de la enfermedad, comprendiendo intervenciones orales, escritas o ambas. Se incluye el Dominio 1: Promoción de la salud. Se valora cómo cuida su salud la persona, si sigue algún régimen terapéutico o si hay causas de incumplimiento. Las preguntas están formulada en términos de “las enfermeras le explicaron a usted y/o a su familia...” y “cómo valoró usted los cuidados recibidos de las enfermeras” (hace referencia a cómo valoró el paciente la formación recibida). Consta de 7 ítems, del 30 al 36. Se desglosan en la explicación sobre: las actividades que le realizaban, las pruebas o estudios diagnósticos, las recomendaciones sobre la dieta, ejercicio o cómo tomar la medicación, si le entregó el informe escrito al alta y la disponibilidad para aclararle sus dudas. Las variables se midieron con los valores expresados según sus escalas: cualitativa nominal (necesitó cuidados: sí o no) y cuantitativa interval (valoración de los cuidados recibidos con un rango de 0 a 10, donde el 0 es el mínimo valor y 10 el máximo), en todos los ítems.

d) Relación de cuidados. Son competencias relacionales entre la enfermera y paciente, considerándolas como una relación que procura los cuidados personalizados y de mayor calidad a la persona y su familia, orientados hacia la mejoría del bienestar, autonomía y calidad de vida, alcanzando así una atención integral que incluye los aspectos emocionales y físicos. Son acciones que favorecen la relación terapéutica, demuestran el interés y la preocupación por el paciente y van dirigidas a establecer una relación de confianza y seguridad con la persona cuidada. Las utilizamos para conocer estas dimensiones de la calidad de los cuidados de difícil ponderación pero imprescindibles para la recuperación y satisfacción de los pacientes y, para conocer la imagen que los usuarios tienen de nuestro colectivo. Se han tomado, parcialmente como referencia, el estudio piloto para la validación de un cuestionario acerca de la percepción de los pacientes sobre la calidad del cuidado

invisible de enfermería de Isabel Huercanos<sup>154</sup>. Consta en total de 16 ítems, del 37 al 52. Las preguntas están formuladas en términos de “en qué medida piensa usted que las enfermeras de su unidad...” y “cómo valoró usted los cuidados recibidos de las enfermeras”. Se desglosan en las siguientes 6 categorías:

1. Presencia cuidadora. Actitud y acciones realizadas por el colectivo de enfermería para demostrar el acompañamiento y disponibilidad para con el paciente y/o familia, con los ítems del 37 al 40.
2. La escucha: Acciones utilizadas como muestra de atención verbal y no verbal que acompañan a la comunicación, con los ítems del 41 y 42.
3. Participación e implicaciones para el cuidado. La inclusión de la familia como receptores de información, enseñanza y cuidados, con el ítem 43.
4. Ética y respeto: Incluye las actividades que se dan por hechas, que deben realizarse como muestra de educación hacia cualquier ser humano, entre ellas las dirigidas a proporcionar intimidad, tanto física como de información, con el ítem 44
5. Apoyo emocional: Se refiere a acciones de atención, empatía, afecto, apoyo y ayuda hacia el paciente y/o familia para procurar el bienestar anímico de la persona, con los ítems 45 y 46.
6. El confort: Intervenciones realizadas hacia o con la persona y el entorno para proporcionar bienestar físico, con los ítems 47 y 48.
7. Imagen de la enfermería dentro del equipo: Se refiere a la percepción que los pacientes y familiares tienen del colectivo enfermero que les ha atendido en cuanto a liderazgo y capacidad para desarrollar sus funciones, con los ítems 49, 50, 51 y 52.

Las variables se midieron con los valores expresados según sus escalas: cualitativa nominal (necesitó cuidados: sí o no) y cuantitativa interval (valoración de los cuidados recibidos con un rango de 0 a 10, donde el 0 es el mínimo valor y 10 el máximo), en todos los ítems.

e) Las actitudes que debería tener una buena enfermera, como disposición de ánimo. Se han tomado, parcialmente como referencia, las identificadas en uno de los estudios realizados en España por Lázaro<sup>183</sup>.

Consta de un ítem, con la posibilidad de numerar entre la amabilidad, paciencia, ayuda, escucha, respeto, confianza, sinceridad y delicadeza. La pregunta está formulada en términos de “numere del 1 al 8, según su preferencia las actitudes...”.

La variable se midió con el valor expresado según su escala cualitativa nominal.

f) Datos relacionados con la hospitalización. Por su influencia en la percepción de los pacientes sobre el cuidado. Consta en total 15 ítems del 54 al 66. Las preguntas están formuladas para conocer las “características propias del ingreso del paciente”. Se desglosa en:

- Definir el perfil de la hospitalización con el motivo del ingreso, los días de hospitalización y el número de hospitalizaciones, con los ítems 54 y 55.
- La resolución del problema de salud que motivó el ingreso y si conoció su diagnóstico, con los ítems 56 y 57.
- Si tuvo controlado el dolor, con el ítem 58.
- Si tuvo complicaciones en el periodo de hospitalización, con el ítem 59.
- Si tuvo responsable médico y de enfermería que le haya informado, con los ítems 60 y 61.
- Tipo de habitación en la que estuvo ingresado, con el ítem 62.
- Si le han permitido estar suficientemente acompañado, con el ítem 63.
- Si conoce su derecho a saber la información que contiene su historia clínica, con el ítem 64.
- Si realizó o sintió la necesidad de realizar alguna reclamación o agradecimiento, con los ítems 65 y 66.

Las variables se midieron con los valores expresados según sus escalas: cuantitativas discretas (días en el hospital y número de ingresos), cualitativas nominales (motivo de ingreso, resolvió el problema, conoció su diagnóstico, etiqueta diagnóstica, tuvo controlado el dolor, complicaciones en la hospitalización, responsable médico y enfermera, acompañante, conocer su historia clínica, necesidad de realizar reclamaciones o agradecimientos) y cualitativa ordinal (el tipo de habitación y de reclamación).

g) El nivel global de satisfacción con los cuidados recibidos, con el ítem 67. Para la medición se han utilizado una escala de valoración cuantificada de 0 a 10.

La variable se midió con el valor expresado según su escala cuantitativa interval, con un rango de 0 a 10, donde el 0 es el mínimo valor y 10 el máximo.

h) Se recogió la percepción de gravedad de los pacientes hospitalizados, como factor que puede afectar al resto de las variables. Se preguntó a la responsable de los cuidados su percepción de gravedad y fueron clasificados en las categorías de: 1 leve, 2 moderada, 3 crítica, 4 terminal y 5 que ha sufrido durante su ingreso complicaciones asociadas al tratamiento o los estudios diagnósticos.

La variable se midió con el valor expresado según su escala cualitativa ordinal.

i) Los cuestionarios fueron etiquetados por la unidad de hospitalización dónde fue ingresado el paciente.

La variable se midió con el valor expresado según su escala cualitativa nominal.

En cada uno de los apartados del cuestionario se dejaron espacios en blanco con intención de dar la oportunidad a los pacientes/familia de expresar alguna cuestión que consideraran importante y de la cual no fueron consultados. Para finalizar el cuestionario, se incorporaron sugerencias de mejora de los cuidados, con dos preguntas abiertas, para conocer “qué ha sido lo más importante para usted relacionado con los cuidados de enfermería”, para la pregunta 68 y “qué ha sido lo que más ha echado en falta relacionado con los cuidados de enfermería” en la pregunta 69.

La medida de la información recogida en estos ítems fue categorizada y ponderada.

### 3.8.2. Cuestionario de enfermeras

#### 3.8.2.1. Las variables independientes de enfermeras

- Datos sociodemográficos: para definir el perfil de las enfermeras que cuidaron a los pacientes de la muestra. Consta de 4 ítems. Se desglosan en: edad (años cumplidos), sexo (hombre o mujer), años de experiencia laboral y unidad de trabajo.

Las variables se midieron con los valores expresados según sus escalas: cuantitativas discretas (edad y años de experiencia), cualitativas nominales (sexo, y unidad).

### 3.8.2.2. Las variables dependientes de enfermeras

Están agrupadas siguiendo su intervención en los cuidados. Seguimos el mismo modelo de cuestionario que el utilizado con los pacientes para las variables: formación para el autocuidado, relación de cuidados, actitudes de las enfermeras y satisfacción global. Se excluyen las variables relacionadas con la acogida en la unidad de hospitalización y la demanda de cuidados, porque son intervenciones que la enfermera, según la normativa del HUCA, deben realizar al 100% en el proceso de cuidados y a todos los pacientes; en las condiciones óptimas, según los protocolos y los recursos habituales que se disponen en la organización de las unidades de hospitalización. Las variables están formuladas para conocer la opinión de las enfermeras en:

- a) Formación/interés para el autocuidado, “cómo la enfermera explica al paciente y/o a su familia...”, con los ítems del 5 al 11.
- b) Relación de cuidados, “cómo la enfermera, en qué medida piensa usted que en su trabajo diario...”, con los ítems del 12 al 27.
- c) Las actitudes que debería tener una buena enfermera, “numere del 1 al 8, según su preferencia las actitudes...”, con el ítem 28.
- d) El nivel de satisfacción global sobre su trabajo.

Para finalizar el cuestionario, se incorporó la pregunta abierta, “sugerencias de mejora de los cuidados” para dar la oportunidad de que manifiesten alguna opinión que no haya sido incluida en el cuestionario cerrado y que consideren relevante.

La medida de las variables es la misma que la realizada en el cuestionario de los pacientes

## 3.9. Análisis metodológico

Para analizar la validez de contenido del cuestionario se contó con una muestra de 11 enfermeras expertas en el tema. Cumplieron los requisitos de experiencia como gestoras, docentes y enfermeras asistenciales con responsabilidad

directa en la aplicación de cuidados, para que realizaran una valoración cualitativa sobre la pertinencia, claridad y precisión de acuerdo a sus conocimientos y experiencia. Analizaron la adecuación del cuestionario en función del referente teórico de los cuidados hospitalarios, la relevancia y pertinencia de las preguntas y la claridad del lenguaje para su comprensión los pacientes o sus familias.

Para asegurarnos de que todas las preguntas se entienden y verificar que no había errores o dificultades para comprender las instrucciones se analizó la claridad del cuestionario. Se realizó mediante una prueba piloto. Fue aplicado a 50 pacientes. Los resultados tuvieron un alto índice de coincidencia y obtuvimos la versión definitiva del cuestionario. Se reformuló la pregunta 53 sobre las actitudes que deberían de tener las buenas enfermeras, resultaba difícil la numeración según su prioridad; manifestaron que eran todas las actitudes nombradas muy importantes. Dada la poca variabilidad de las puntuaciones obtenidas en esta prueba piloto no se subdivide la muestra en pacientes con problemas médicos y quirúrgicos, como habíamos pensado en la fase inicial del planteamiento del diseño del estudio.

La viabilidad fue comprobada durante el pilotaje, observándose pequeños problemas de definición e interpretación que han sido solucionados en la versión definitiva. El tiempo estimado para su cumplimentación es inferior a los 10 minutos, por lo tanto, es considerado viable. El cuestionario ha sido catalogado por los pacientes y sus familias en su pilotaje, como sencillo, de formato amigable y de gran interés. Las preguntas son breves y hemos constatado que resultan claras para los interlocutores. Son de fácil contestación. Por lo tanto, en el aspecto de viabilidad consideramos que no existe ningún problema metodológico.

### 3.10. Análisis estadístico

Se codificaron todas las variables como numéricas. Las variables cuantitativas continuas como edad, el tiempo de ingreso..., se introdujeron en su valor original. Las variables cualitativas se codificaron en orden ascendente, a partir de 0 a 10 para la valoración de los cuidados y a partir de 1 a 8 para las actitudes de las enfermeras

Se agruparon las puntuaciones 9-10 como índice de satisfacción más frecuente observado en los cuidados de enfermería.

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables registradas:

1. Las variables cualitativas se analizaron mediante la distribución de frecuencias absolutas y relativas.
2. Las variables cuantitativas se analizaron mediante los estadísticos: valores máximos y mínimos, medias y desviación estándar.

Se relacionaron las variables sociodemográficas (edad, sexo, residencia y estudios) y la del estado de gravedad y unidad de hospitalización con la acogida en la unidad, demanda de cuidados, formación para el autocuidado y presencia cuidadora, se efectuó la prueba del Estadístico exacto de Fisher para las variables cualitativas y la t de Student Welch (no asume igualdad de varianzas) para las variables cuantitativas.

Se relacionaron las medias obtenidas en los resultados de los pacientes con los de las enfermeras en: formación para el autocuidado, presencia cuidadora y actitudes de las enfermeras mediante la t de Student.

Se consideró que había significación estadísticamente significativa cuando el valor de  $p < 0,05$ .

Para el estudio de los resultados se creó una base de datos con todas las variables recogidas, utilizando el programa estadístico SPSS v. 15.0 para Windows, (SPSS Inc. Chicago, Illinois, USA).

### 3.11. Sesgos

Sesgo de autoselección o efecto del voluntario: la inclusión de voluntarios puede hacer que la población no esté debidamente representada en la muestra. Los que responden pueden tener mayor motivación o interés con respecto a los no responden.

El sesgo de información es el más importante, está basado en la propia sinceridad al responder el cuestionario.

Los otros sesgos, se relacionan con la tendencia de los pacientes a la conformidad social y/o dependencia de las enfermeras<sup>222</sup> y a la dificultad de los pacientes para discriminar la atención de enfermería de su experiencia general con el cuidado de la salud<sup>223</sup>.

La valoración positiva que los pacientes hacen habitualmente de la atención sanitaria<sup>196,224</sup>

La longitud del cuestionario que puede provocar cansancio.

Para limitar en lo posible estos sesgos y terminar de elaborar la encuesta se realizó una prueba piloto.

### 3.12. Consideraciones éticas

Previa a la realización de este estudio se solicitó el permiso de autorización a la Dirección de Enfermería y al Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias.

A los participantes del estudio se les explicaron verbalmente los objetivos del estudio, la metodología sobre la cumplimentación de un cuestionario, identificación de la autora del estudio, y el carácter voluntario en la participación. Se les indicó que los resultados obtenidos se emplearán exclusivamente para los fines de la investigación, y se garantizará en todo momento la confidencialidad de los datos y de los participantes en el estudio de acuerdo con la legislación vigente, Ley 14/2007 de Investigación Biomédica<sup>225</sup> y la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal<sup>226</sup>.

### 3.13. Declaración de conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses en relación con la autoría de este trabajo y la publicación de este manuscrito. Este proyecto no ha recibido financiación externa.

### 3.14. Limitaciones del estudio

La ausencia de un instrumento de medida validado. En nuestro caso, como hemos comentado, el estudio sobre las demandas y percepción de cuidados, todavía es emergente y no ha sido muy estudiado en todo el proceso, por lo que no disponemos de herramientas para una comparación exhaustiva de todos los ítems del proceso de cuidados.

El cuidado y el entorno de cuidados son temas que permiten una visión desde diferentes ópticas o tendencias, de índole filosófico-científico, teórico, práctico y experiencial; de todos ellos existen una abundante bibliografía. En este estudio hemos realizado acotaciones al tema; en el entorno de los cuidados nos hemos limitado a las definiciones teóricas de referencia y a la legislación que los sustenta; posiblemente conlleve que en algunos apartados, hayan quedado aportaciones importantes sin recoger. En el estado actual del tema hemos centrado la búsqueda y los términos de la investigación. Sin embargo, el cuestionario realizado aporta por vez primera información sobre las necesidades y la valoración de cuidados durante todo el proceso en pacientes hospitalizados.

Relacionado con el tipo de muestreo (no probabilístico) y la forma de recogida de la información empleada en este estudio (voluntariedad y sin entrevistador), el problema más importante que hemos encontrado son las pérdidas de cuestionarios. Pensamos que pueden estar relacionadas con varios factores: que las prioridades de los pacientes están en la recuperación de la salud, los estados anímicos confusos, entre las múltiples dificultades, que se padecen en el proceso de la hospitalización y la recogida de la información en el momento del alta, cuando los pacientes y sus familias priorizan la organización para salir del hospital, manifiestan poco interés en contestar. Si bien, hemos elegido dar la oportunidad de expresarse libremente a los participantes, sin los condicionantes de la presencia de un encuestador. Por tanto, en siguientes estudios, convendría realizar un muestreo probabilístico que nos asegure la representatividad de la población.

Se incluyen enfermeras y auxiliares de enfermería, en ocasiones los pacientes no diferencian y en general las enfermeras son las responsables de los cuidados y las auxiliares realizan cuidados delegados y de colaboración.



# 4. Resultados



# Resultados

---

Para la descripción de los resultados seguimos el orden establecido en los cuestionarios utilizados para la recogida de la información.

## PACIENTES

Se entregaron 500 cuestionarios a los pacientes ingresados en las unidades de hospitalización seleccionadas para este estudio en el Hospital Universitario Central de Asturias. La muestra final estuvo integrada por 255 pacientes.

No fueron remitidos 202 cuestionarios. Quedaron fuera del estudio, por ser entregados prácticamente en blanco 23 cuestionarios, 18 pacientes manifestaron, expresamente, que no deseaban participar por encontrarse anímicamente mal, 2 pacientes no comprendían el castellano. Las pérdidas del estudio suponen un 49,0%.

El cuestionario fue cumplimentado por paciente en 133 (51,8%), por el paciente con la ayuda de la familia en 77 (30%), por la familia o cuidador en 20 (7,8%) y en 27 (10,5%) no se identifica quién lo cumplimenta.

### 4.1. Estudio descriptivo de las variables del cuestionario a pacientes

Del total de los pacientes incluidos en el estudio 148 (58%) recibieron cuidados de enfermería en unidades de hospitalización médicas y 107 (42%) en unidades quirúrgicas. La distribución de la muestra según unidades de ingreso se muestra en la tabla 2.

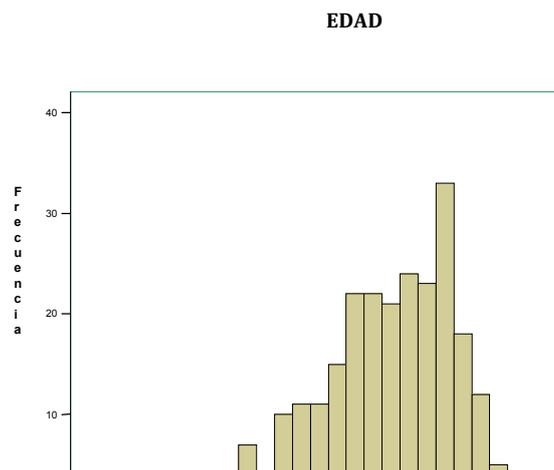
Tabla 2. Ingreso por unidades de hospitalización

Unidad Hospitalización	Frecuencias n (%)
Endocrinología	12 (4,7%)
Oncología	17 (6,7%)
Cardiología	81 (31,7%)
Aparato Digestivo	38 (14,9%)
Urología	33 (12,9%)
Traumatología	18 (7,1%)
Cirugía	56 (21,9%)

#### 4.1.1. Estudio descriptivo de las variables sociodemográficas

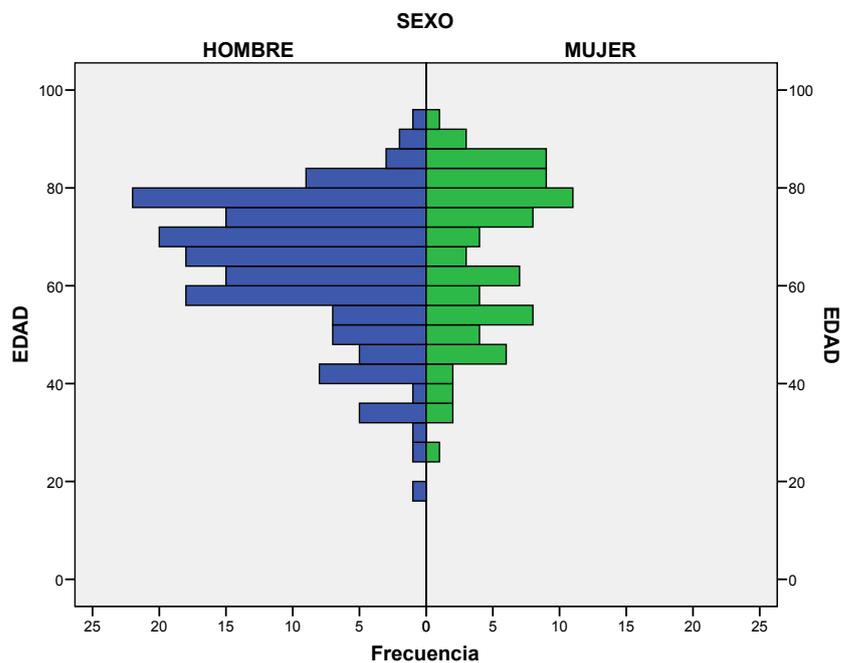
La edad media de los pacientes fue de 64,8 años con una desviación estándar (DE) de 14,824 y rango entre 19 a 95 años. La distribución por edades se muestra en la figura 1, en la que puede observarse que es asimétrica y con desviación hacia la izquierda.

Figura 1. Distribución de la muestra según la edad.



La muestra tiene una proporción cercana al doble de hombres 166 (65,1%) respecto a las mujeres 89 (34,9%). Según el grupo etario y sexo, se observa un mayor ingreso de hombres en las edades comprendidas entre 60 y 80 años. La distribución por sexo se muestra en la figura 2.

Figura 2. Distribución de la muestra según el sexo



Los participantes muestran mayoritariamente las siguientes características: residen en el ámbito urbano 167(65,5%), se consideran autónomos 61(63,1%), predomina el nivel de estudios primarios 124(48,2%), acorde con su rango de edad; podemos considerarlo un grupo instruido, dado que sólo 14 personas (5,4%) carecen de estudios, destaca la situación laboral de jubilación relacionada con la edad de la muestra, predominante entre 60-80 años, el cuidador principal suele ser la pareja en 95 (37,3%), siendo importante la participación de los hijos en el cuidado 47(18,4%), en un nivel minoritario encontramos a los padres o personas contratadas y este dato tienen cierta imprecisión porque en 92 (36,1%) encuestas, no aportan información en

este apartado. Los resultados de los datos sociodemográficos se muestran en la tabla 3.

Tabla 3. Datos sociodemográficos

<b>Variable</b>	<b>Categoría</b>	<b>Frecuencias n (%)</b>
<b>Sexo</b>	Hombres	163 (64%)
	Mujeres	86 (34%)
	N.C.	6 (2%)
<b>Residencia</b>	Urbano	167 (65,5%)
	Rural	77 (30,2%)
	N.C.	11(4,3%)
<b>Percepción dependencia</b>	Autónomo	161 (63,1%)
	Dependencia parcial	41 (16,1%)
	Dependencia total	23 (9%)
	N.C.	30 (11,8%)
<b>Cuidador principal</b>	Pareja	95 (37,3%)
	Hijos	47 (18,4%)
	Padres	10 (3,9%)
	Persona contratada	8 (3,1%)
	N.C.	92 (36,1%)
<b>Nivel de estudios</b>	Sin estudios	14 (5,4%)
	E. Primarios	124 (48,2%)
	E. Secundarios	77 (30,0%)
	E. Universitarios	30 (11,7%)
	N.C	12 (4,7%)
<b>Situación laboral</b>	T. Completo	47 (18,4%)
	T. Parcial	13 (5,1%)
	Trabajo en el hogar	21 (8,2%)
	Desempleado	8 (3,1%)
	Jubilado	154 (60,4%)
	N.C.	12 (4,7%)

## 4.1.2. Estudio descriptivo de las variables relacionadas con el proceso de cuidados

### 4.1.2.1. Acogida al ingreso en la unidad de hospitalización

Los pacientes reconocen que la enfermera se identificó con su nombre y fue diferenciada del resto de los profesionales asistenciales sobre el 70% de los casos. Responden entorno al 80% sobre que: en el ingreso se les explicó el funcionamiento de la unidad, como solicitar ayuda si tienen necesidad. Además, percibieron que la enfermera les hizo una entrevista para conocer sus condiciones de salud. Los datos referentes al la acogida al ingreso se muestran en la tabla 4.

Tabla 4. Acogida en la unidad de hospitalización.

Acogida al ingreso	Frecuencias	
		n (%)
La enfermera se identificó y le dijo su nombre	Sí	180 (70,0%)
	No	50 (19,5%)
	Nc	27 (10,5%)
La enfermera le informó de cómo avisar si necesitaba algo, de los horarios de visita...	Sí	210 (82,4%)
	No	19 (7,5%)
	Nc	26 (10,2%)
Identificó claramente a las enfermeras del resto de profesionales que le atendieron	Sí	185 (72,5%)
	No	43 (16,9%)
	Nc	27 (10,6%)
La enfermera le realizó una entrevista para conocer sus condiciones de salud...	Sí	204 (80,0%)
	No	26 (10,2%)
	Nc	25 (9,8%)

#### 4.1.2.2. Demanda de cuidados según las necesidades percibidas y la valoración de los cuidados recibidos

A continuación se describe la percepción de los pacientes sobre las necesidades de cuidado agrupados por los Dominios, se corresponden con la valoración de enfermería al ingreso. Los resultados se presentan mediante tablas que recogen la necesidad de cuidados con sus frecuencias absolutas y relativas y la valoración del cuidado recibido con su valor medio, la desviación estándar (DE) y se incluyen los porcentajes de valoración puntuados entre 9-10, hemos observado una alta tendencia a estas puntuaciones.

Entre el 50-60% de los pacientes necesitaron cuidados en los dominios que exploran las necesidades fisiológicas básicas: eliminación, movilización, aseo o vestirse y conciliar el sueño. La alimentación ha obtenido una menor demanda el 35,3%. Todos los ítems de estos dominios obtienen una valoración media de 8,97 puntos en los cuidados recibidos. Los resultados se muestran en la tabla 5.

Tabla 5. Necesidades fisiológicas básica de cuidado.

Necesitó ayuda de las enfermeras para resolver o paliar alguno de los siguientes problemas		Necesitó cuidados		Valoración del cuidado recibido		
		Frecuencias n (%)		Puntúa (9 ó 10)	Media	DE
<b>Dominio 2</b> Nutrición	Para alimentarse o el control de la dieta	Sí	90 (35,3%)	71,1%	8,86	1,788
		No	149 (58,4%)			
		Nc	16 (6,3%)			
<b>Dominio 3</b> Eliminación	Para el control de la eliminación (orina, heces)	Sí	152 (59,6%)	76,7%	9,14	1,394
		No	91 (35,7%)			
		Nc	12 (4,7%)			
<b>Dominio 4</b> Actividad/ reposo	Para la movilización	Sí	136 (53,3%)	74,6%	9,02	1,474
		No	101 (39,6%)			
		Nc	18 (7,1%)			
	Para asearse o vestirse	Sí	136 (53,3%)	77,2%	8,98	1,720
		No	104 (40,8%)			
		Nc	15 (5,9%)			
	Para conciliar el sueño	Sí	129 (50,6%)	77,6%	8,86	2,101
		No	103 (40,4%)			
		Nc	23 (9%)			

Entre el 25-32% de los pacientes necesitaron cuidados en los dominios que exploran las necesidades emocionales: mejorar su estado de ánimo, apoyo a la familia y disminuir la ansiedad. Bajo al 16% para la comunicación y al 10% para adaptar su sexualidad a la enfermedad y atender sus inquietudes religiosas. Para la sexualidad ningún paciente otorgó menos de 5 puntos, en una escala de 0 a 10. Todos los ítems de estos dominios obtienen una valoración media de 9,0 puntos sobre los cuidados recibidos. Los resultados de estos dominios se muestran en la tabla 6.

Tabla 6. Necesidades emocionales de cuidado.

Necesitó ayuda de las enfermeras para resolver o paliar alguno de los siguientes problemas		Necesitó cuidados		Valoración del cuidado recibido		
		Frecuencias n (%)		Puntúa (9 ó 10)	Media	DE
<b>Dominio 5</b> Percepción/ cognición	Para comunicarse verbalmente o por escrito	Sí	42 (16,5%)	75,6%	8,93	1,903
		No	186 (72,9%)			
		Nc	27 (10,6%)			
<b>Dominio 6</b> Autopercepción	Para mejorar su estado de ánimo	Sí	76 (29,8%)	75,3%	8,77	2,233
		No	151 (59,2%)			
		Nc	28 (11%)			
<b>Dominio 7</b> Rol/relaciones	Para que su familia se sintiera apoyada	Sí	65 (25,5%)	85,5%	9,27	1,681
		No	161 (63,1%)			
		Nc	29 (12,4%)			
<b>Dominio 8</b> Sexualidad	Para adaptar su sexualidad a la enfermedad	Sí	21 (8,2%)	84,2%	9,26	1.408
		No	194 (76,1%)			
		Nc	40 (15,7%)			
<b>Dominio 9</b> Afrontamiento/ tolerancia al estrés	Para disminuir su ansiedad, temor, miedo	Sí	83 (32,5%)	80,0%	8,89	2,221
		No	142 (55,7%)			
		Nc	30 (11,8%)			
<b>Dominio 10</b> Principios vitales	Para sus inquietudes religiosas o culturales	Sí	18 (7,1%)	80,0%	8,93	2,631
		No	197 (77,3%)			
		Nc	40 (15,7%)			

Entre el 41,2-89% de los pacientes necesitaron cuidados en los dominios que exploran las necesidades complejas de seguridad y confort. Las necesidades de seguridad se sitúa entre 77-89% para la administración de la medicación, control de constantes y calmar el dolor. Entre 67-69% para la cura de heridas y colocación de sondas y catéteres. En menor proporción el 41,2% para evitar accidentes o caídas. Para la administración de medicamentos, poner sondas y catéteres y evitar lesiones ningún paciente otorgó menos de 5 puntos, en una escala de 0 a 10. Todos los ítems de estos dominios obtienen una valoración media de 9,28 puntos sobre los cuidados recibidos. Los resultados de estos dominios se muestran en la tabla 7.

Tabla 7. Necesidades complejas de seguridad y confort.

Necesitó ayuda de las enfermeras para resolver o paliar alguno de los siguientes problemas		Necesitó cuidados		Valoración del cuidado recibido		
		Frecuencias n (%)		Puntúa (9 ó 10)	Media	DE
<b>Dominio 11</b> Seguridad	Para administrarle los medicamentos	Sí	188 (77,3%)	83,2%	9,33	1,043
		No	53 (20,8%)			
		Nc	14 (5,5%)			
	Para curarle las heridas	Sí	172 (67,5%)	81,6%	9,26	1,233
		No	60 (23,5%)			
		Nc	23 (9%)			
	Para ponerle sondas, catéteres...	Sí	178 (69,8%)	81,8%	9,29	1,057
		No	54 (21,2%)			
		Nc	23 (9%)			
	Para el control de la tensión, el pulso...	Sí	228 (89,4%)	85,6%	9,42	1,055
		No	15 (5,9%)			
		Nc	12 (4,7%)			
	Para evitar caídas, accidentes, lesiones	Sí	105 (41,2%)	79,4%	9,09	1,480
		No	120 (47,1%)			
		Nc	30 (11,8%)			
<b>Dominio 12</b> Confort	Para calmar el dolor	Sí	198 (77,6%)	84,6%	9,34	1,267
		No	40 (15,7%)			
		Nc	17 (6,7%)			

#### 4.1.2.3. Formación para el autocuidado

Las intervenciones educativas son reconocidas por los pacientes por encima del 80% sobre la información de las actividades que realizan, las pruebas diagnósticas que les van a hacer y les aclaran sus dudas. Las explicaciones sobre la toma de la medicación se sitúa en el 75,7% y disminuyen en las explicaciones sobre las recomendaciones dietéticas, el ejercicio que deben realizar y la entrega del informe escrito al alta entre un 56-62%. La entrega del informe de enfermería por escrito en el momento del alta no es contestado por 83 (32,5%) pacientes. Para los estudios que le iban a realizar y las recomendaciones dietéticas ningún paciente otorgó menos de 5 puntos, en una escala de 0 a 10. Todos los ítems sobre la educación sanitaria obtienen una valoración media de 9,21 puntos sobre las explicaciones recibidas. Los resultados de la formación para el autocuidado se muestran en la tabla 8.

Tabla 8. Formación para el autocuidado.

Las enfermeras le explicaron a usted o su familia	Recibió explicación		Valoración de la explicación recibida		
		Frecuencias n (%)	Puntuación (9 ó 10)	media	DE
Las actividades que realizaban (curas, medicación...)	Sí	211 (82,7%)	74,6%	9,06	1,485
	No	17 (6,7%)			
	Nc	27 (10,6%)			
Las pruebas o estudios que le iban a realizar	Sí	205 (80,4%)	76,1%	9,13	1,291
	No	24 (9,4%)			
	Nc	26 (10,2%)			
Las recomendaciones sobre la alimentación/dieta	Sí	158 (62%)	80,1%	9,24	1,217
	No	62 (24,3%)			
	Nc	35 (13,7)			
Los ejercicios/reposo que debe realizar	Sí	153 (60%)	78,3%	9,16	1,347
	No	63 (24,7%)			
	Nc	39 (15,3%)			
Cómo tomar la medicación	Sí	193 (75,7%)	79,5%	9,26	1,148
	No	28 (11%)			
	Nc	34 (13,3%)			
Le entregó informe escrito al alta	Sí	145 (56,9%)	81,5%	9,29	1,131
	No	27 (10,6%)			
	Nc	83 (32,5%)			
Se mostraron dispuestas a aclararle sus dudas	Sí	213 (84,6%)	82,1%	9,33	1,178
	No	4 (1,6%)			
	Nc	38 (14,9%)			

#### 4.1.2.4. Relación de cuidados

La presencia cuidadora de las enfermeras ha sido percibida en porcentaje del 90% en todos los ítems, excepto en la oportunidad de manifestar sus pensamientos que disminuyó al 76,1%. Sin embargo, para la oportunidad de manifestar sus pensamientos ningún paciente otorgó menos de 5 puntos, en una escala de 0 a 10. En todos los ítems los pacientes le otorgan una puntuación media de 9,12 puntos al cuidado recibido. Los resultados de la relación de cuidados I se muestran en la tabla 9.

Tabla 9. Relación de cuidados I.

En qué medida piensa usted que las enfermeras de su unidad.		Atención en el cuidado		Valoración del cuidado recibido		
		Frecuencias n (%)		Puntúa (9 ó 10)	Media	DE
<b>Presencia cuidadora</b>	Fueron rápidas en atender sus Necesidades	Sí	234 (91,8%)	77,5%	9,06	1,556
		No	9 (3,5%)			
		Nc	12 (4,7%)			
	Acudieron a comprobar cómo se encontraba aunque no hubiera llamado	Sí	224 (87,8%)	75,8%	9,12	1,470
		No	15 (5,9%)			
		Nc	16 (6,3%)			
	Le dedicaron el tiempo adecuado	Sí	236 (92,5%)	76,4%	9,09	1,429
		No	6 (2,4%)			
		Nc	5,1 (13)			
	Recibió algún gesto de cercanía (apretón de manos, sonrisa...)	Sí	225 (88,2%)	80,3%	9,17	1,456
		No	14 (5,5%)			
		Nc	16 (6,3%)			
<b>Escucha</b>	Utilizaron un lenguaje comprensible para dirigirse a usted	Sí	233 (91,4%)	79,2%	9,18	1,297
		No	7 (2,7%)			
		Nc	15 (5,9%)			
	Tuvo la oportunidad de manifestar sus pensamientos	Sí	194 (76,1%)	76,5%	9,11	1,272
		No	32 (12,5%)			
		Nc	29 (11,4%)			

Los pacientes consideran que las enfermeras han preservado su intimidad al proporcionar cuidados, les dieron ánimo, seguridad y han colaborado para que su estancia en la unidad de hospitalización fuera más confortable entre 82-87%. Consideraron la integración de la familia en los cuidados y le ayudaron a disminuir la soledad entre el 71-78%. Todos los ítems tienen una valoración media de 9,04 puntos del cuidado recibido. Los resultados de la relación de cuidados II se muestran en la tabla 10.

Tabla 10. Relación de cuidados II.

En qué medida piensa usted que las enfermeras de su unidad.		Atención en el cuidado		Valoración del cuidado recibido		
		Frecuencias n (%)	Puntúa (9 ó 10)	Media	DE	
<b>Participación</b>	Favorecieron su participación o la de sus familia en los cuidados	Sí	199 (78,0%)	73,2%	8,99	1,485
		No	24 (9,4 %)			
		Nc	32 (12,5%)			
<b>Ética y respeto</b>	Respetaron su intimidad al proporcionarle cuidados, durante el aseo, etc.	Sí	223 (87,5%)	78,7%	9,22	1,237
		No	10 (3,9%)			
		Nc	22 (8,6%)			
<b>Apoyo emocional</b>	Le dieron ánimo cuando lo necesitó	Sí	213 (83,5%)	86,2%	9,11	1,413
		No	17 (6,7%)			
		Nc	25 (9,8%)			
	Le ayudaron a disminuir su soledad en el hospital	Sí	181 (71,0%)	77,3%	9,06	1,524
		No	45 (17,6%)			
		Nc	29 (11,4%)			
<b>Confort</b>	Le ayudaron a sentirse seguro en el entorno sanitario	Sí	211 (82,7%)	71,7%	8,95	1,415
		No	14 (5,5%)			
		Nc	30 (11,8%)			
	Procuraron que la habitación fuera confortable para facilitarle comodidad y descanso	Sí	223 (87,5%)	72,6%	8,93	1,608
		No	14 (5,5%)			
		Nc	7,1 (18)			

Los pacientes consideran que las enfermeras son importantes en el equipo y en la coordinación de profesionales que proporciona asistencia con el 94,1%. Disminuye ligeramente para la coordinación con el 85,5%, y se sitúa entre el 72-77% para la toma de decisiones propias, así como, para la utilización de la historia clínica.

Para los pacientes las enfermeras ocupan un lugar importante en el equipo y la utilización de la historia clínica, ningún paciente otorgó menos de 5 puntos, en una escala de 0 a 10. Todos los ítems tienen una valoración media de 9,16 puntos del cuidado recibido. Los resultados de la relación de cuidados III se muestran en la tabla 11.

Tabla 11. Relación de cuidados III.

En qué medida piensa usted que las enfermeras de su unidad.		Atención en el cuidado		Valoración del cuidado recibido		
		Frecuencias n (%)		Puntúa (9 ó 10)	Media	DE
<b>Imagen de enfermería dentro del equipo</b>	Coordinaron las actividades del resto de los profesionales para que se le administrara la atención adecuada	Sí	218 (85,5%)	72,9%	8,96	1,554
		No	13 (5,1%)			
		Nc	24 (9,4 %)			
	Piensa que las enfermeras tomaron sus propias decisiones para cuidarle mejor	Sí	185 (72,5%)	74,9%	9,01	1,535
		No	40 (15,7%)			
		Nc	30 (11,8%)			
	Considera que las enfermeras ocupan un lugar importante en el equipo de profesionales sanitarios que le atendieron	Sí	240 (94,1%)	87,1%	9,47	0,928
		No	1 (0,4%)			
		Nc	14 (5,5%)			
	Utilizaron la historia clínica cuando le atendieron	Sí	198 (77,6%)	75,6%	9,20	1,188
		No	18 (7,1%)			
		Nc	36 (15,3%)			

#### 4.1.2.5. Las actitudes que deben de tener las buenas enfermeras

En este apartado 153 pacientes han contestado dándole la máxima puntuación a todos los ítems. Muchos pacientes han dejado escrita la justificación de su respuesta, con explicaciones como: “consideramos la máxima puntuación en todas las enfermeras” o “si me pregunta, yo, quiero las mejores”. Hemos desechado todas estas respuestas. Los que si han ponderado el criterio, correctamente, destacan como actitudes más valoradas la amabilidad y la paciencia de la enfermeras y las menos valoradas son la capacidad de escucha y la sinceridad. Las valoraciones medias se muestran en la figura 3.

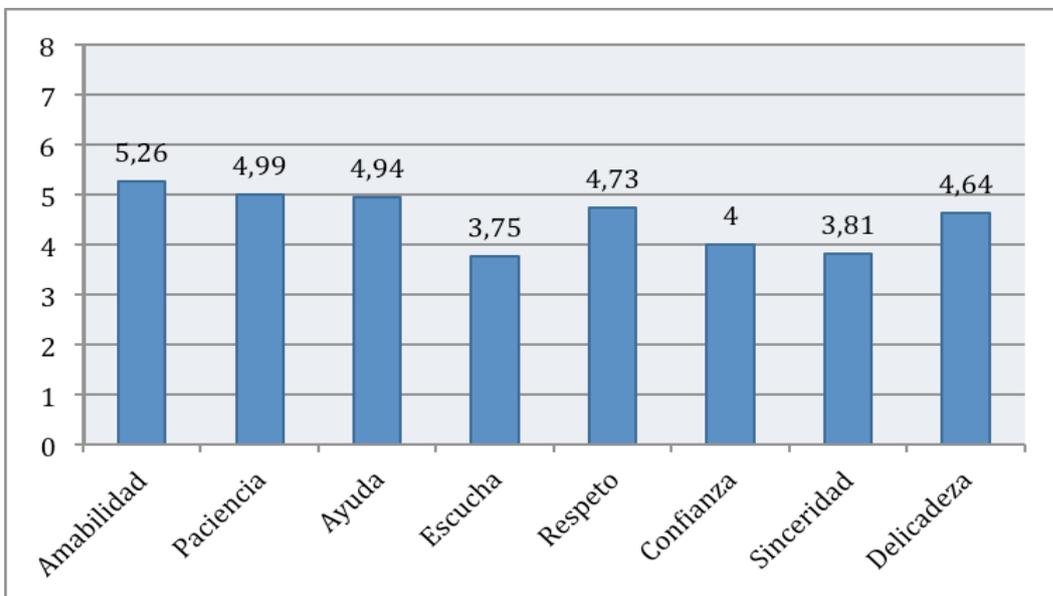


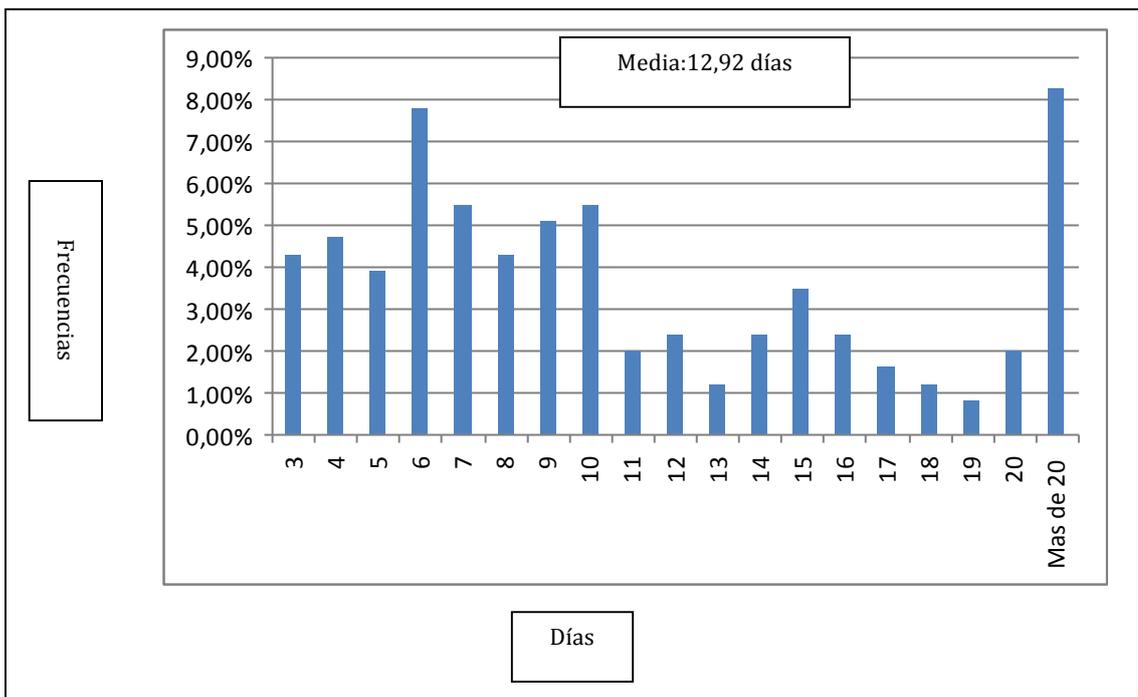
Figura 3. Las actitudes que deben tener las buenas enfermeras.

### 4.1.3. Datos relacionados con la hospitalización

El motivo de ingreso en la unidad de hospitalización fue para tratamiento quirúrgico en 130 (51,0%), tratamiento médico en 81 (31,8%), estudio diagnóstico en 26 (10,2%) y no informan de cuál es motivo de su ingreso en 18 (7,1%).

El tiempo que duró su ingreso hospitalario fue variable con un mínimo de 3 días a un máximo de 55 días. La estancia media obtenida fue de 12,92 días, con una DE de 10,304. La media del número de ingresos anteriores fue de 2,28 veces de media, con un rango de 0 a 10 y una DE de 2,188. El resultado de los días de hospitalización se muestra en la figura 4.

Figura 4. Días de hospitalización.



El 51% de los pacientes resolvió su problema de salud en el momento del alta y el 66,3% manifestó conocer su diagnóstico al alta. El resultado de los datos se muestra en la tabla 12.

Tabla 12. Datos relacionados con la hospitalización I.

Datos relacionados con la hospitalización	Frecuencias	
	n (%)	
Resolvió su problema de salud	Sí	132 (51,8%)
	No	40 (15,7%)
	Nc	83 (32,5%)
Conoció su diagnóstico al alta	Sí	169 (66,3%)
	No	6 (2,4%)
	Nc	80 (31,4%)

Los pacientes no mostraron precisión al definir cuál fue su diagnóstico médico en el momento del alta. Encontramos muchísima variabilidad de etiquetas diagnósticas, la mayoría, hacen referencia al órgano afecto o la manifestación clínica que se produce (corazón, piedras, dilatación vasos...). Por tanto, no hemos clasificado ni analizado este ítem.

Destaca que los pacientes tuvieron controlado el dolor mientras han estado ingresados en un 84,7% y que el 24, 7% hayan tenido complicaciones en el proceso de la hospitalización. Los resultados se muestran en la tabla 13.

Tabla 13. Datos relacionados con la hospitalización II.

Datos relacionados con la hospitalización	Frecuencias	
	n (%)	
Tuvo controlado el dolor mientras estuvo ingresado	Sí	216 (84,7%)
	No	10(3,9%)
	Nc	29(11,4%)
Tuvo complicaciones en el periodo de hospitalización	Sí	63(24,7%)
	No	154(60,4%)
	Nc	38(14,9%)
Ha tenido un responsable médico que le haya informado	Sí	217(85,1%)
	No	9(3,5%)
	Nc	99(11,4%)
Ha tenido un responsable enfermera que le haya informado	Sí	192(75,3%)
	No	24(9,4%)
	Nc	39(15,3%)

Durante su estancia en la unidad de hospitalización la mayoría de los pacientes han compartido habitación con otra persona 117 (45,9%), en habitación triple 80 (31,4%), en habitación individual 37 (14,5%) y no informan sobre el tipo de habitación 21 (8,2%).

Los pacientes manifiestan que han estado acompañados el 88,2% y saben de su derecho a conocer la información de su historia clínica el 67,5%. El tipo de reclamación que los pacientes expresan que podrían hacer está relacionado con: el trato recibido 16 (6,3%), por motivos referentes a la asistencia que recibieron y la organización 8 (3,1%) y no informan 3 (1,2%). Expresan que deben manifestar agradecimiento de forma verbal, dirigido a las personas que le han atendido 169 (66,3%), por escrito 4 (1,6%) y no se manifiestan 82 (32,1%). Los resultados se muestran en la tabla 14.

Tabla 14. Datos relacionados con la hospitalización III.

Datos relacionados con la hospitalización	Frecuencias	
		n (%)
Le han permitido estar suficientemente acompañado por la familia/cuidador	Sí	225 (88,2%)
	No	3 (1,2%)
	Nc	27 (10,6%)
Sabe que tiene derecho a conocer la información de su historia clínica	Sí	172 (67,5%)
	No	47 (18,4%)
	Nc	36 (14,1%)
Realizó o sintió la necesidad de realizar de hacer alguna reclamación	Sí	31 (12,2%)
	No	198 (77,6%)
	Nc	26 (10,2%)
Realizó o sintió la necesidad de realizar de hacer algún agradecimiento	Sí	181 (71,0%)
	No	21 (8,2%)
	Nc	53 (20,8%)

La satisfacción global de los pacientes con los cuidados recibidos durante su hospitalización tienen una media de 8,98 y una DE de 1,343.

#### 4.1.4. Percepción de la gravedad de los pacientes

La percepción de gravedad de los pacientes hospitalizados, estimada por las enfermeras responsables de los cuidados fue: moderada 98 (38,4%), grave 72 (28,2%), leve 35 (13,7%), terminal (12,9%) y con complicaciones secundarias asociadas al tratamiento o los métodos diagnósticos 17 (6,7%).

#### 4.1.5. Sugerencias realizadas por los pacientes

Dado que en el cuestionario incluíamos preguntas abiertas, los pacientes realizaron sus aportaciones; las presentamos en porcentajes, ordenados en sentido descendente según las aportaciones de los participantes en texto libre y que hemos agrupados por categorías:

A la pregunta ¿Qué ha sido lo más importante para usted relacionado con los cuidados de enfermería? Los pacientes han manifestado:

- El 21,9% destaca la eficacia de los profesionales de enfermería.
- El 14,9% destaca el trato recibido con amabilidad, cariño, cercanía y comprensión para resolver los problemas.
- 13,0% destaca el trato recibido con paciencia al paciente y familia.
- El 8,2% opina que “estoy agradecida porque en mi hospitalización la moral era muy baja y gracias al equipo de enfermería mi estancia fue más agradable”.
- El 4,7% escribe “gracias, gracias, gracias, estoy muy satisfecho”.
- Con un 3,5% opinan que destacan el respeto, la disponibilidad, la humanidad, la delicadeza, la información y el trabajo en equipo de las enfermeras.
- El 1,9% que hayan sido delicadas al realizarle las curas y quitarles los puntos.

Sugerencia de mejora recogidas en la pregunta ¿Qué ha sido lo que más ha echado en falta relacionado con los cuidados de enfermería? Los pacientes han manifestado:

- El 3,5% opina que hay pocas enfermeras por la noche y proponen que los recortes no afecten a las plantillas.
- Con el 1,9%:
  - Deben mejorar el trato personal con caras más alegres y sonrientes.
  - Escuchar con atención.
  - Que roten menos y puedan conocer mejor a los pacientes.
  - Respetar el silencio nocturno de voces y puertas.
  - Las habitaciones de tres no facilitan el descanso.
  - Poner sillones nuevos para los acompañantes.
  - La comida llega fría.
  - Baño individual.

En otro orden de cosas, algunos pacientes han manifestado también con insistencia algunas de sus vivencias mientras estuvieron ingresados, son ejemplos relevantes:

- “Pase miedo por la violencia con que trataron a una enferma que sufrió alucinaciones”.
- “Sufrí mucho yo y mi familia por las complicaciones de la operación”.
- “Me sentí abandonada por el equipo médico en el quirófano”.
- “Mí madre es una mujer muy limpia, si se portaba así, es que no podía hacer otra cosa por su enfermedad. Podrían ser más comprensivas y tratarla con más amabilidad”.
- “Más control sobre la medicación, un día se olvidaron y tuve que reclamarla”.
- “¿Por qué no preguntan por los médicos y la comida?”.
- “Mantener la dignidad de las personas cuando por estar enfermas no son capaces”.
- “Conocimiento público del balance económico”.
- “La atención exquisita, quedo muy agradecida”.

## ENFERMERAS

Los resultados de los cuestionarios cumplimentados por las enfermeras de las mismas unidades de hospitalización que los pacientes de la muestra son: se entregaron 93 cuestionarios a las enfermeras. La muestra final estuvo integrada por 62 (66,71%) enfermeras que contestaron el cuestionario. No contestaron el cuestionario 31 (33,3%).

### 4.2. Estudio descriptivo de las variables del cuestionario a enfermeras

Del total de los enfermeras incluidas en el estudio 28 (45,2%) trabajan en unidades médicas y 34 (54,8%) en unidades quirúrgicas. La distribución en las diferentes unidades de hospitalización se muestra en la tabla 15.

Tabla 15. Distribución de las enfermeras en las unidades de hospitalización.

	<b>Frecuencias n (%)</b>
Endocrinología	6 (9,7%)
Oncología	4 (6,5%)
Cardiología	16 (15,8%)
Aparto Digestivo	8 (12,9%)
Urología	7 (11,3%)
Traumatología	6 (9,7%)
Cirugía	15 (24,2%)

#### 4.2.1. Estudio descriptivo de las variables sociodemográficas

La edad media de las enfermeras fue de 44,3 años con una DE= 7,842 y un rango entre 27 a 60 años. La distribución por sexos fue de mujeres 59 (95,2%), hombres 2 (3,2%) y no contestan 1 (1,6%).

La experiencia laboral de las enfermeras obtuvo una media de 21,5 años, una DE= 8,573 y en rango de 1 a 36 años.

#### 4.2.2. Estudio descriptivo de las variables relacionadas con el proceso de cuidados

##### 4.2.2.1. Formación para el autocuidado

Todas las enfermeras han manifestado realizar las intervenciones educativas relacionadas con los autocuidados. El ítem de más puntuación fue el la disponibilidad para aclarar dudas con 9,16. La valoración media del cuidado realizado fue de 8,37 puntos. Los resultados se muestran en la tabla 16.

Tabla 16. Formación para el autocuidado.

Como enfermera, explica al paciente y/o su familia	Explicó		Valoración del cuidado realizado		
		Frecuencias n (%)	Puntuación (9 ó 10)	media	DE
Las actividades que realiza (curas, medicación...)	Sí	62 (100%)	38,7%	8,16	1,473
Las pruebas o estudios que le van a realizar	Sí	62 (100%)	30,7%	8,06	1,401
Las recomendaciones sobre la alimentación/dieta	Sí	62 (100%)	46,8%	8,06	1,745
Los ejercicios/reposo que deberá realizar	Sí	62 (100%)	56,6%	8,43	1,798
Cómo tomar la medicación	Sí	62 (100%)	58,1%	8,60	1,531
Le entrega el informe escrito al alta	Sí	62 (100%)	79,1%	8,15	1,353
Se muestra dispuesta a aclararle sus dudas	Sí	62 (100%)	74,2%	9,16	1,204

#### 4.2.2.2. Relación de cuidados

Igualmente, todas las enfermeras realizan acciones favorecedoras para la adecuada relación de cuidados con los pacientes hospitalizados. La valoración media del cuidado realizado en todos los ítems de relación de cuidados fue de 8,08 puntos.

Proporcionar gestos de cercanía y utilizar un lenguaje comprensible para los pacientes son los ítems mejor valorados, mientras que dedicar el tiempo adecuado el menos valorado. La valoración media para la presencia cuidadora y la escucha fue de 8,20. Los resultados se muestran en la tabla 17.

Tabla 17. Relación de cuidados I.

Como enfermera, en que medida piensa usted que en su trabajo diario.		Atendió		Valoración del cuidado realizado		
		Frecuencias n (%)		Puntúa (9 ó 10)	Media	DE
<b>Presencia cuidadora</b>	Es rápida en atender las necesidades de los pacientes	Sí	62 (100%)	37,1%	8,02	1,373
	Acude a comprobar cómo se encuentra su paciente aunque no hubiera llamado	Sí	62 (100%)	48,4%	8,32	1,457
	Les dedica el tiempo adecuado	Sí	62 (100%)	21,6%	7,31	1,691
	Les proporciona algún gesto de cercanía (apretón de manos...)	Sí	62 (100%)	51,6%	8,74	1,159
<b>Escucha</b>	Utiliza un lenguaje comprensible para dirigirse a los pacientes	Sí	62 (100%)	59,6%	8,84	1,176
	Les brinda la oportunidad de manifestar sus pensamientos	Sí	62 (100%)	42,6%	8,02	1,258

La ayuda que las enfermeras proporcionan para disminuir la soledad en el hospital fue la menos valorada. La valoración media para la participación, ética y respeto, apoyo emocional y confort fue de 8,22. Los resultados se muestran en la tabla 18.

Tabla 18. Relación de cuidados II.

Como enfermera, en que medida piensa usted que en su trabajo diario.		Atendió		Valoración del cuidado realizado		
		Frecuencias n (%)		Puntúa (9 ó 10)	Media	DE
<b>Participación</b>	Favorece la participación del paciente o su familia en los cuidados	Sí	62 (100%)	38,9%	8,39	1,160
<b>Ética y respeto</b>	Respeto su intimidad al proporcionarle cuidados, durante el aseo, etc.	Sí	62 (100%)	44,7%	8,30	1,672
<b>Apoyo emocional</b>	Les da ánimo cuando lo necesitan	Sí	62 (100%)	58,1%	8,58	1,124
	Les ayuda a disminuir la soledad en el hospital	Sí	62 (100%)	32,3%	7,82	1,274
<b>Confort</b>	Les ayuda a sentirse seguro en el sanitario	Sí	62 (100%)	38,3%	8,17	1,137
	Procura que la habitación sea confortable para facilitarle comodidad y descanso	Sí	62 (100%)	45,1%	8,06	1,401

Finalmente, destaca como el ítem menos valorado la utilización de la historia clínica en presencia de los pacientes. La valoración media para la imagen de la enfermería dentro del equipo fue de 7,83. Los resultados se muestran en la tabla 19.

Tabla 19. Relación de cuidados III.

Como enfermera, en que medida piensa usted que en su trabajo diario.		Atendió		Valoración del cuidado realizado		
		Frecuencias n (%)		Puntúa (9 ó 10)	Media	DE
<b>Imagen de enfermería dentro del equipo</b>	Coordina las actividades del resto de los profesionales para que se le administrara la atención adecuada	Sí	62 (100%)	57,4%	8,18	1,628
	Toma sus propias decisiones para cuidarles mejor	Sí	62 (100%)	54,1%	8,28	1,518
	Considera que como enfermera ocupa un lugar importante en el equipo de profesionales sanitarios	Sí	62 (100%)	60,7%	8,45	1,595
	Utiliza la historia clínica en presencia de los pacientes	Sí	62 (100%)	30,8%	6,42	2,517

#### 4.2.2.3. Las actitudes que deben de tener las buenas enfermeras

Las enfermeras consideran que las actitudes más valoradas son el respeto y la ayuda a los pacientes y las menos valoradas son la sinceridad y la delicadeza. Las valoraciones medias se muestran en la figura 5.

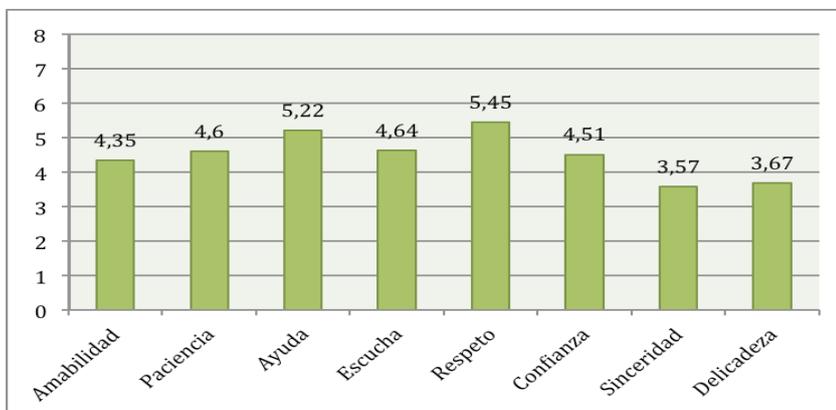


Figura 5. Actitudes que debería tener una buena enfermera.

La satisfacción global de las enfermeras con los cuidados administrados obtuvo una media de 7,41 con una DE de 1,185.

#### 4.2.3 .Sugerencias realizadas por las enfermeras

Las preguntas abiertas las presentamos en porcentajes, ordenados en sentido descendente según las aportaciones de los participantes en texto libre y que hemos agrupados por categorías:

- Con el 20% :
  - No se dedica el tiempo de atención adecuado. Se prioriza y se atiende lo básico.
  - Mucho trabajo burocrático que impide dedicarle tiempo a los pacientes.
  - Mejorar la adecuación de personal en todos los turnos no sólo de mañana de lunes a viernes.
- Con el 4,4%:
  - Introducir programas informáticos que ayuden con los cuidados.
  - Mayor incentivación económica, sobre todo en la nocturnidad.
  - Favorecer los cuidados al alta.
- Expresión literal, “Diez minutos de conversación son más útiles que tanta medicación”.

### 4.3. Comparación de los grupos del estudio pacientes/enfermeras

Observamos en todos los casos que la valoración media que otorgan los pacientes es significativamente superior a la de las enfermeras en la formación para el autocuidado. Excepto en el informe escrito al alta y la disponibilidad para aclarar dudas que tampoco obtienen significación estadística. Los resultados se muestran en la tabla 20.

Tabla 20. Relación de las variables en la formación para el autocuidado entre pacientes/enfermeras

<b>Formación para el autocuidado</b>	<b>Paciente/ Enfermera</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>p</b>
Las actividades que realizaban (curas...)	Paciente	193	9,06	1,485	<0,001
	Enfermera	62	8,16	1,473	
Las pruebas o estudios que le iban a realizar	Paciente	188	9,13	1,291	<0,001
	Enfermera	62	8,06	1,401	
Las recomendaciones sobre la alimentación/dieta	Paciente	146	9,24	1,217	<0,001
	Enfermera	61	8,03	1,741	
Los ejercicios/reposo que debe realizar	Paciente	138	9,16	1,347	0,006
	Enfermera	60	8,43	1,798	
Cómo tomar la medicación	Paciente	175	9,26	1,148	0,003
	Enfermera	62	8,60	1,531	
Le entregó informe escrito al alta	Paciente	130	9,29	1,131	0,460
	Enfermera	62	9,15	1,353	
Se mostraron dispuestas a aclararle sus dudas	Paciente	190	9,33	1,178	0,333
	Enfermera	62	9,16	1,204	

Igualmente, en todos los casos la valoración media de los pacientes en la relación de cuidados es superior a la de las enfermeras. Destaca la superior ponderación de los pacientes en el tiempo que le dedican las enfermeras y la utilización de la historia clínica. Obteniendo significación estadística excepto en la utilización de un lenguaje comprensible. Los resultados se muestra en la tabla 21.

Tabla 21. Relación de las variables relación de cuidados entre pacientes/enfermeras

Relación de cuidados		Paciente/ Enfermera	N	Media	DE	p
Presencia cuidadora	Fueron rápidas en atender sus necesidades	Paciente	222	9,06	1,556	<0,001
		Enfermera	62	8,02	1,373	
	Acudieron a comprobar cómo se encontraba aunque no hubiera llamado	Paciente	211	9,12	1,470	<0,001
		Enfermera	62	8,32	1,457	
Le dedicaron el tiempo adecuado	Paciente	220	9,09	1,429	<0,001	
	Enfermera	51	7,31	1,691		
Recibió algún gesto de cercanía (apretón de manos, sonrisa...)	Paciente	208	9,17	1,456	0,018	
	Enfermera	62	8,74	1,159		
Escucha	Utilizaron un lenguaje comprensible para dirigirse a usted	Paciente	217	9,18	1,297	0,055
		Enfermera	62	8,84	1,176	
	Tuvo la oportunidad de manifestar sus pensamientos	Paciente	183	9,11	1,272	<0,001
		Enfermera	61	8,02	1,258	
Participación	Favorecieron su participación o la de sus familia en los cuidados	Paciente	187	8,99	1,485	0,002
		Enfermera	59	8,39	1,160	
Ética y respeto	Respetaron su intimidad al proporcionarle cuidados, durante el aseo, etc.	Paciente	206	9,22	1,237	<0,001
		Enfermera	56	8,30	1,672	
Apoyo emocional	Le dieron ánimo cuando lo necesitó	Paciente	197	9,11	1,413	0,003
		Enfermera	62	8,58	1,124	
	Procuraron que la habitación fuera confortable para facilitarle comodidad y descanso	Paciente	167	9,06	1,524	<0,001
		Enfermera	62	7,82	1,274	
Confort	Le ayudaron a sentirse seguro en el entorno sanitario	Paciente	194	8,95	1,415	<0,001
		Enfermera	60	8,17	1,137	
	Procuraron que la habitación fuera confortable para facilitarle comodidad y descanso	Paciente	208	8,93	1,608	<0,001
		Enfermera	62	8,06	1,401	
Imagen de enfermería dentro del equipo	Coordinaron las actividades del resto de los profesionales para que se le administrara la atención adecuada	Paciente	203	8,96	1,554	0,001
		Enfermera	61	8,18	1,628	
	Piensa que las enfermeras tomaron sus propias decisiones para cuidarle mejor	Paciente	175	9,01	1,535	0,002
		Enfermera	61	8,28	1,518	
Considera que las enfermeras ocupan un lugar importante en el equipo de profesionales sanitarios que le atendieron	Paciente	217	9,47	,928	<0,001	
	Enfermera	56	8,45	1,595		
Utilizaron la historia clínica cuando le atendieron	Paciente	180	9,20	1,188	<0,001	
	Enfermera	26	6,42	2,517		

Con respeto a las actitudes de las buenas enfermeras, encontramos más diversificación en las opiniones. Los pacientes dan más importancia a amabilidad, paciencia y ayuda, mientras que las enfermeras ponderan el respeto, la ayuda y la escucha. Destaca que la escucha tenga una media mas elevada en las enfermeras y, la delicadeza en los pacientes. Obteniendo significación estadística en la amabilidad, la escucha y la delicadeza. Los resultados se muestran en la tabla 22.

Tabla 22. Relación de las variables actitudes de las buenas enfermeras entre pacientes/enfermeras.

Actitudes de la buenas enfermeras	Paciente/ Enfermera	N	Media	DE	p
Amabilidad	Paciente	101	5,26	2,432	0,019
	Enfermera	55	4,35	2,221	
Paciencia	Paciente	102	4,99	2,127	0,233
	Enfermera	55	4,60	1,842	
Ayuda	Paciente	100	4,94	2,155	0,440
	Enfermera	55	5,22	2,132	
Escucha	Paciente	100	3,75	1,861	0,004
	Enfermera	55	4,64	1,799	
Respeto	Paciente	100	4,73	2,155	0,074
	Enfermera	55	5,45	2,508	
Confianza	Paciente	101	4,00	2,354	0,219
	Enfermera	55	4,51	2,508	
Sinceridad	Paciente	105	3,81	2,527	0,573
	Enfermera	58	3,57	2,637	
Delicadeza	Paciente	101	4,64	2,248	0,005
	Enfermera	55	3,67	1,935	

## 4.4. Estudio comparativo bivariante de las variables categóricas en los resultados de los pacientes

### 4.4.1. Edad de los pacientes

Cuando relacionamos las variables con la edad de los pacientes, agrupada en menores o igual a 65 años y en mayores de 66 años. La significación estadística obtenida fue del 27,7% para el total de las variables.

La relación de las variables de acogida al ingreso con la edad de los pacientes, no han obtenido significación estadística. Los resultados se muestran en la tabla 23.

Tabla 23. Relación de las variables de acogida al ingreso con la edad de los pacientes.

Acogida al ingreso	≤ 65 n (%)	> 66 n (%)	p
La enfermera se identificó y le dijo su nombre	87 (82,1%)	83(72,8%)	0,110
La enfermera le informó de cómo avisar si necesitaba algo, de los horarios de visita...	98 (92,5%)	103 (91,2%)	0,808
Identificó claramente a las enfermeras del resto de profesionales que le atendieron	88 (83,8%)	87 (70,7%)	0,235
La enfermera le realizó una entrevista para conocer sus condiciones de salud...	94 (88,7%)	101 (87,6%)	1,000

La relación de las variables demanda de cuidados con la edad de los pacientes, han obtenido significación estadística en la ayuda para: *la alimentación, eliminación, movilización, aseo, comunicación, estado de ánimo, apoyo a la familia, sexualidad, inquietudes religiosas y evitar caídas*. Siendo en todas ellas superior en las personas mayores de 65 años. Los resultados se muestran en la tabla 24.

Tabla 24. Relación de las variables demanda de cuidados con la edad de los pacientes.

<b>Necesitó ayuda de las enfermeras para resolver o paliar alguno de los siguientes problemas</b>		<b>≤ 65 n (%)</b>	<b>&gt; 66 n (%)</b>	<b>p</b>
<b>Dominio 2 Nutrición</b>	Para alimentarse o el control de la dieta	32 (28,8%)	52 (44,2%)	0,014
<b>Dominio 3 Eliminación</b>	Para el control de la eliminación (orina, heces)	59 (53,2%)	83 (68,6%)	0,022
<b>Dominio 4 Actividad/ Reposo</b>	Para la movilización	51 (46,4%)	80 (67,8%)	0,001
	Para asearse o vestirse	48 (43,2%)	80 (67,2%)	<0,001
	Para conciliar el sueño	54 (50,5%)	71 (60,7%)	0,140
<b>Dominio 5 Percepción/ cognición</b>	Para comunicarse verbalmente o por escrito	14 (13,0%)	27 (24,3%)	0,038
<b>Dominio 6 Autopercepción</b>	Para mejorar su estado de ánimo	27 (25,2%)	45 (40,5%)	0,021
<b>Dominio 7 Rol/relaciones</b>	Para que su familia se sintiera apoyada	19 (18,3%)	42 (37,5%)	0,002
<b>Dominio 8 Sexualidad</b>	Para adaptar su sexualidad a la enfermedad	5 (4,8%)	15 (14,7%)	0,018
<b>Dominio 9 Afrontamiento/ tolerancia al estrés</b>	Para disminuir su ansiedad, temor, miedo	38 (35,5%)	40(37,4%)	0,887
<b>Dominio 10 Principios Vitales</b>	Para sus inquietudes religiosas o culturales	3 (2,9%)	14 (13,9%)	0,005
<b>Dominio 11 Seguridad</b>	Para administrarle los medicamentos	82 (74,5%)	96 (80,0%)	0,347
	Para curarle las heridas	78 (72,2%)	86 (75,4%)	0,648
	Para ponerle sondas, catéteres...	75 (71,4%)	93(79,5%)	0,210
	Para el control de la tensión, el pulso...	103 (92,8%)	114 (94,2%)	0,791
	Para evitar caídas, accidentes, lesiones	35 (34,0%)	63 (56,3%)	0,002
<b>Dominio 12 Confort</b>	Para calmar el dolor	90 (82,6%)	97 (82,9%)	1,000

La relación de las variables de formación para el autocuidado con la edad de los pacientes, no han obtenido significación estadística. Los resultados se muestran en la tabla 25.

Tabla 25. Relación de las variables de formación para el autocuidado con la edad de los pacientes.

<b>Las enfermeras le explicaron a usted o su familia</b>	<b>≤ 65 n (%)</b>	<b>&gt; 66 n (%)</b>	<b>p</b>
Las actividades que realizaban (curas...)	103 (93,6%)	97 (90,7%)	0,457
Las pruebas o estudios que le iban a realizar	103 (92,8%)	92 (86,0%)	0,124
Las recomendaciones sobre la alimentación/dieta	76 (73,1%)	73 (69,5%)	0,647
Los ejercicios/reposo que debe realizar	70 (65,4%)	76 (76,8%)	0,091
Cómo tomar la medicación	90 (83,3%)	94 (91,3%)	0,101
Le entregó informe escrito al alta	78 (85,7%)	60 (82,2%)	0,668
Se mostraron dispuestas a aclararle sus dudas	104 (99,0%)	100 (98,0%)	0,618

La relación de las variables de relación de cuidados con la edad de los pacientes, no han obtenido significación estadística. Los resultados se muestran en la tabla 26.

Tabla 26. Relación de las variables relación de cuidados con la edad de los pacientes.

En qué medida piensa usted que las enfermeras de su unidad		≤ 65 n (%)	> 66 n (%)	p
Presencia cuidadora	Fueron rápidas en atender sus necesidades	110 (97,3%)	112 (94,9%)	0,500
	Acudieron a comprobar cómo se encontraba aunque no hubiera llamado	106 (94,6%)	106 (92,2%)	0,595
	Le dedicaron el tiempo adecuado	110 (97,3%)	114 (97,4%)	1,000
	Recibió algún gesto de cercanía (apretón de manos, sonrisa...)	107 (94,7%)	106 (93,0%)	0,784
Escucha	Utilizaron un lenguaje comprensible para dirigirse a usted	109 (96,5%)	112 (97,4%)	0,720
	Tuvo la oportunidad de manifestar sus pensamientos	96 (89,7%)	89 (82,4%)	0,168
Participación	Favorecieron su participación o la de sus familia en los cuidados	92 (87,6%)	98 (90,7%)	0,513
Ética y respeto	Respetaron su intimidad al proporcionarle cuidados, durante el aseo, etc.	104 (95,4%)	109 (95,6%)	1,000
Apoyo emocional	Le dieron ánimo cuando lo necesitó	99 (92,5%)	104 (92,9%)	1,000
	Le ayudaron a disminuir su soledad en el hospital	81 (75,7%)	90 (83,3%)	0,180
Confort	Le ayudaron a sentirse seguro en el entorno sanitario	99 (92,5%)	102 (94,4%)	0,594
	Procuraron que la habitación fuera confortable para facilitarle comodidad y descanso	106 (95,5%)	107 (93,0%)	0,570
Imagen de enfermería dentro del equipo	Coordinaron las actividades del resto de los profesionales para que se le administrara la atención adecuada	103 (94,5%)	106 (93,8%)	1,000
	Piensa que las enfermeras tomaron sus propias decisiones para cuidarle mejor	85 (81,0%)	91 (83,5%)	0,721
	Considera que las enfermeras ocupan un lugar importante en el equipo de profesionales sanitarios que le atendieron	111 (99,1%)	117 (100,0%)	0,489
	Utilizaron la historia clínica cuando le atendieron	95 (91,3%)	92 (91,2%)	1,000

#### 4.4.2. Sexo de los pacientes

Relación de las variables con el sexo de los pacientes, agrupada grupo de hombres y grupo de mujeres. La significación estadística obtenida fue del 20,4% para el total de las variables.

La relación de las variables de acogida al ingreso con el sexo de los pacientes, ha obtenido significación estadística en la *identificación de la enfermera del resto del equipo de profesionales que le atendieron*, siendo superior en los hombres. Los resultados se muestran en la tabla 27.

Tabla 27. Relación de las variables de acogida al ingreso con el sexo de los pacientes.

<b>Acogida al ingreso</b>	<b>Hombres n (%)</b>	<b>Mujeres n (%)</b>	<b>p</b>
La enfermera se identificó y le dijo su nombre	117 (97,1%)	59 (75,6%)	0,614
La enfermera le informó de cómo avisar si necesitaba algo, de los horarios de visita...	138 (92,6%)	69 (90,8%)	0,614
Identificó claramente a las enfermeras del resto de profesionales que le atendieron	126 (84,6%)	55 (73,5%)	0,050
La enfermera le realizó una entrevista para conocer sus condiciones de salud...	131 (87,3%)	70 (90,9%)	0,513

La relación de las variables de demanda de cuidados con el sexo de los pacientes, ha obtenido significación estadística únicamente en *necesitó a la enfermera para curarle las heridas*, siendo superior en los hombres. Los resultados se muestran en la tabla 28.

Tabla 28. Relación de las variables demanda de cuidados con el sexo de los pacientes.

Necesitó ayuda de las enfermeras para resolver o paliar alguno de los siguientes problemas		Hombres n (%)	Mujeres n (%)	p
<b>Dominio 2 Nutrición</b>	Para alimentarse o el control de la dieta	57 (30,7%)	31(39,2%)	0,776
<b>Dominio 3 Eliminación</b>	Para el control de la eliminación (orina, heces)	100 (64,1%)	47 (58,0%)	0,398
<b>Dominio 4 Actividad/ reposo</b>	Para la movilización	89 (58,9%)	45 (55,6%)	0,676
	Para asearse o vestirse	89 (58,2%)	44 (53,7%)	0,581
	Para conciliar el sueño	80 (54,1%)	47 (59,5%)	0,484
<b>Dominio 5 Pecepción/ cognición</b>	Para comunicarse verbalmente o por escrito	28 (19,4%)	13 (16,5%)	0,718
<b>Dominio 6 Autopercepción</b>	Para mejorar su estado de ánimo	53 (37,1%)	21 (26,6%)	0,137
<b>Dominio 7 Rol/relaciones</b>	Para que su familia se sintiera apoyada	42 (29,6%)	20 (25,3%)	0,535
<b>Dominio 8 Sexualidad</b>	Para adaptar su sexualidad a la enfermedad	16 (11,9%)	4 (5,3%)	0,145
<b>Dominio 9 Afrontamiento/ tolerancia al estrés</b>	Para disminuir su ansiedad, temor, miedo	50 (35,5%)	30 (38,5%)	0,663
<b>Dominio 10 Principios Vitales</b>	Para sus inquietudes religiosas o culturales	12 (9,0%)	5 (6,5%)	0,607
<b>Dominio 11 Seguridad</b>	Para administrarle los medicamentos	124 (80,5%)	59 (72,8%)	0,189
	Para curarle las heridas	121 (81,8%)	48 (60,8%)	0,001
	Para ponerle sondas, catéteres...	114 (77,6%)	58 (73,4%)	0,515
	Para el control de la tensión, el pulso...	148 (94,9%)	74 (91,4%)	0,399
	Para evitar caídas, accidentes, lesiones	68 (47,2%)	33 (44,0%)	0,671
<b>Dominio 12 Confort</b>	Para calmar el dolor	129 (85,4%)	64 (79,0%)	0,269

La relación de las variables de formación para el autocuidado con el sexo de los pacientes, han obtenido significación estadística para la explicación en: *las actividades que realizaban, las pruebas o estudios y el informe escrito al alta*, siendo superior en los hombres. Los resultados se muestran en la tabla 29.

Tabla 29. Relación de las variables de formación para el autocuidado con el sexo de los pacientes.

<b>Las enfermeras le explicaron a usted o su familia</b>	<b>Hombres n (%)</b>	<b>Mujeres n (%)</b>	<b>p</b>
Las actividades que realizaban (curas...)	141 (96,6%)	64 (84,2%)	0,002
Las pruebas o estudios que le iban a realizar	137 (93,2%)	63 (82,9%)	0,021
Las recomendaciones sobre la alimentación/dieta	102 (72,9%)	51 (68,9%)	0,633
Los ejercicios/reposo que debe realizar	102 (75,0%)	47 (63,5%)	0,083
Cómo tomar la medicación	130 (90,3%)	59 (81,9%)	0,086
Le entregó informe escrito al alta	100 (88,5%)	40 (74,1%)	0,024
Se mostraron dispuestas a aclararle sus dudas	137 (97,9%)	70 (98,6%)	1,000

La relación de las variables demanda de cuidados con el sexo de los pacientes, han obtenido significación estadística para la atención de: *utilización de un lenguaje adecuado, facilitarle en confort en la habitación, coordinación de las actividades y la utilización de la historia clínica*, siendo superior en los hombres. Los resultados se muestran en la tabla 30.

Tabla 30. Relación de las variables relación de cuidados con el sexo de los pacientes.

En qué medida piensa usted que las enfermeras de su unidad		Hombres n (%)	Mujeres n (%)	p
Presencia cuidadora	Fueron rápidas en atender sus necesidades	153 (97,5%)	75 (93,8%)	0,170
	Acudieron a comprobar cómo se encontraba aunque no hubiera llamado	149 (95,5%)	69 (89,6%)	0,095
	Le dedicaron el tiempo adecuado	155 (98,7%)	75 (94,9%)	0,099
	Recibió algún gesto de cercanía (apretón de manos, sonrisa...)	147 (95,5%)	72 (91,1%)	0,244
Escucha	Utilizaron un lenguaje comprensible para dirigirse a usted	153 (98,7%)	74 (93,7%)	0,045
	Tuvo la oportunidad de manifestar sus pensamientos	129 (89,6%)	62 (80,5%)	0,067
Participación	Favorecieron su participación o la de sus familia en los cuidados	129 (90,2%)	67 (88,2%)	0,649
Ética y respeto	Respetaron su intimidad al proporcionarle cuidados, durante el aseo, etc.	149 (97,4%)	69 (92,0%)	0,084
Apoyo emocional	Le dieron ánimo cuando lo necesitó	139 (95,2%)	69 (83,3%)	0,061
	Le ayudaron a disminuir su soledad en el hospital	121 (83,4%)	56 (73,7%)	0,110
Confort	Le ayudaron a sentirse seguro en el entorno sanitario	138 (95,2%)	68 (90,7%)	0,245
	Procuraron que la habitación fuera confortable para facilitarle comodidad y descanso	148 (96,7%)	70 (89,7%)	0,037
Imagen de enfermería dentro del equipo	Coordinaron las actividades del resto de los profesionales para que se le administrara la atención adecuada	146 (97,3%)	68 (88,3%)	0,012
	Piensa que las enfermeras tomaron sus propias decisiones para cuidarle mejor	122 (83,0%)	59 (80,8%)	0,710
	Considera que las enfermeras ocupan un lugar importante en el equipo de profesionales sanitarios que le atendieron	156 (100,0%)	78 (98,7%)	0,336
	Utilizaron la historia clínica cuando le atendieron	133 (96,4%)	60 (82,2%)	0,001

#### 4.4.3. Residencia de los pacientes

Relación de las variables con la residencia habitual de los pacientes, agrupados por residir en el medio rural y urbano. La significación estadística obtenida fue del 4,5% para el total de las variables de la muestra.

La relación de las variables acogida al ingreso con la residencia de los pacientes, no ha obtenido significación estadística. Los resultados se muestran en la tabla 31.

TABLA 31. Relación de las variables de acogida al ingreso con la residencia de los pacientes.

<b>Acogida al ingreso</b>	<b>Rural n (%)</b>	<b>Urbano n (%)</b>	<b>p</b>
La enfermera se identificó y le dijo su nombre	55 (77,5%)	117 (77,5%)	1,000
La enfermera le informó de cómo avisar si necesitaba algo, de los horarios de visita...	63 (90,0%)	140 (92,7%)	0,598
Identificó claramente a las enfermeras del resto de profesionales que le atendieron	57 (81,4%)	121(80,7%)	1,000
La enfermera le realizó una entrevista para conocer sus condiciones de salud...	62 (87,3%)	135 (88,8%)	0,823

La relación de las variables demanda de cuidados con la residencia de los pacientes, ha obtenido significación estadística en la *necesidad de adaptar su sexualidad a la enfermedad*, siendo mayor la demanda en el medio rural. Los resultados se muestran en la tabla 32.

Tabla 32. Relación de las variables demanda de cuidados con la residencia de los pacientes.

Necesitó ayuda de las enfermeras para resolver o paliar alguno de los siguientes problemas		Rural n (%)	Urbano n (%)	p
<b>Dominio 2 Nutrición</b>	Para alimentarse o el control de la dieta	32 (43,2%)	53 (34,0%)	0,186
<b>Dominio 3 Eliminación</b>	Para el control de la eliminación (orina, heces)	43 (57,3%)	100 (63,3%)	0,391
<b>Dominio 4 Actividad/ reposo</b>	Para la movilización	41 (54,7%)	90 (58,8%)	0,571
	Para asearse o vestirse	42 (56,0%)	87 (55,8%)	1,000
	Para conciliar el sueño	43 (58,1%)	82 (54,7%)	0,669
<b>Dominio 5 Percepción/ cognición</b>	Para comunicarse verbalmente o por escrito	15 (20,8%)	25 (17,0%)	0,577
<b>Dominio 6 Autopercepción</b>	Para mejorar su estado de ánimo	28 (38,9%)	45 (30,6%)	0,227
<b>Dominio 7 Rol/relaciones</b>	Para que su familia se sintiera apoyada	21 (29,2%)	41 (27,9%)	0,874
<b>Dominio 8 Sexualidad</b>	Para adaptar su sexualidad a la enfermedad	11 (15,7%)	8 (5,8%)	0,023
<b>Dominio 9 Afrontamiento/ tolerancia al estrés</b>	Para disminuir su ansiedad, temor, miedo	24 (34,3%)	55 (37,4%)	0,763
<b>Dominio 10 Principios Vitales</b>	Para sus inquietudes religiosas o culturales	6 (9,2%)	10 (7,0%)	0,584
<b>Dominio 11 Seguridad</b>	Para administrarle los medicamentos	59 (77,6%)	122 (78,2%)	1,000
	Para curarle las heridas	55 (74,3%)	111 (74,0%)	1,000
	Para ponerle sondas, catéteres...	58 (76,3%)	113 (76,4%)	1,000
	Para el control de la tensión, el pulso...	71 (93,4%)	147 (93,6%)	1,000
	Para evitar caídas, accidentes, lesiones	33 (45,2%)	66 (46,2%)	1,000
<b>Dominio 12 Confort</b>	Para calmar el dolor	63 (84,0%)	128 (83,1%)	1,000

La relación de las variables formación para el autocuidado con la residencia de los pacientes, ha obtenido significación estadística en la *explicación sobre cómo tomar la medicación*, siendo mayor la demanda en el medio rural. Los resultados se muestran en la tabla 33.

Tabla 33. Relación de las variables de formación para el autocuidado con la residencia de los pacientes.

<b>Las enfermeras le explicaron a usted o su familia</b>	<b>Rural n (%)</b>	<b>Urbano n (%)</b>	<b>p</b>
Las actividades que realizaban (curas ...)	66 (91,7%)	134 (92,4%)	1,000
Las pruebas o estudios que le iban a realizar	62 (88,6%)	134 (89,9%)	0,814
Las recomendaciones sobre la alimentación/dieta	55 (78,6%)	96 (68,1%)	0,144
Los ejercicios/reposo que debe realizar	51 (78,5%)	96 (67,6%)	0,138
Cómo tomar la medicación	64 (94,1%)	122 (84,1%)	0,047
Le entregó informe escrito al alta	41 (82,0%)	98 (85,2%)	0,645
Se mostraron dispuestas a aclararle sus dudas	67 (98,5%)	138 (98,6%)	1,000

La relación de las variables relación de cuidados con la residencia de los pacientes, no ha obtenido significación estadística. Los resultados se muestran en la tabla 34.

Tabla 34. Relación de las variables relación de cuidados con la residencia de los pacientes.

En qué medida piensa usted que las enfermeras de su unidad		Rural n (%)	Urbano n (%)	p
Presencia cuidadora	Fueron rápidas en atender sus necesidades	73 (98,6%)	150 (94,9%)	0,278
	Acudieron a comprobar cómo se encontraba aunque no hubiera llamado	69 (94,5%)	144 (92,9%)	0,780
	Le dedicaron el tiempo adecuado	71 (95,9%)	154 (98,1%)	0,388
	Recibió algún gesto de cercanía (apretón de manos, sonrisa...)	68 (93,2%)	146 (94,2%)	0,772
Escucha	Utilizaron un lenguaje comprensible para dirigirse a usted	70 (95,9%)	153 (97,5%)	0,680
	Tuvo la oportunidad de manifestar sus pensamientos	61 (88,4%)	126 (85,7%)	0,673
Participación	Favorecieron su participación o la de sus familia en los cuidados	63 (90,0%)	128 (88,9%)	1,000
Ética y respeto	Respetaron su intimidad al proporcionarle cuidados, durante el aseo, etc.	69 (98,6%)	144 (94,1%)	0,177
Apoyo emocional	Le dieron ánimo cuando lo necesitó	68 (95,8%)	135 (90,6%)	0,280
	Le ayudaron a disminuir su soledad en el hospital	57 (83,8%)	115 (77,7%)	0,365
Confort	Le ayudaron a sentirse seguro en el entorno sanitario	66 (97,1%)	135 (91,8%)	0,234
	Procuraron que la habitación fuera confortable para facilitarle comodidad y descanso	66 (91,7%)	147 (95,5%)	0,357
Imagen de enfermería dentro del equipo	Coordinaron las actividades del resto de los profesionales para que se le administrara la atención adecuada	70 (95,9%)	139 (93,3%)	0,553
	Piensa que las enfermeras tomaron sus propias decisiones para cuidarle mejor	57 (79,2%)	121 (84,0%)	0,449
	Considera que las enfermeras ocupan un lugar importante en el equipo de profesionales sanitarios que le atendieron	74 (98,7%)	155 (100,0%)	0,326
	Utilizaron la historia clínica cuando le atendieron	66 (95,7%)	124 (89,9%)	0,187

#### 4.4.4. Estudios de los pacientes

Relación de variables con los estudios de los pacientes, agrupados por sin estudios/primarios y secundarios/universitarios. La significación estadística obtenida fue del 6,8% para el total de las variables de la muestra.

La relación de las variables acogida al ingreso con los estudios de los pacientes, no ha obtenido significación estadística. Los resultados se muestran en la tabla 35.

Tabla 35. Relación de las variables de acogida al ingreso con los estudios de los pacientes.

<b>Acogida al ingreso</b>	<b>Sin estudios/ Primarios n (%)</b>	<b>Secundarios/ Universitarios n (%)</b>	<b>p</b>
La enfermera se identificó y le dijo su nombre	113 (79,5%)	90 (75,8%)	0,460
La enfermera le informó de cómo avisar si necesitaba algo, de los horarios de visita...	102 (90,4%)	77 (93,8%)	1,000
Identificó claramente a las enfermeras del resto de profesionales que le atendieron	57 (81,0%)	121(81,1%)	1,000
La enfermera le realizó una entrevista para conocer sus condiciones de salud...	115 (89,8%)	83 (86,5%)	0,528

La relación de las variables demanda de cuidados con los estudios de los pacientes, no ha obtenido significación estadística. Los resultados se muestran en la tabla 36.

Tabla 36. Relación de las variables demanda de cuidados con los estudios de los pacientes.

<b>Necesitó ayuda de las enfermeras para resolver o paliar alguno de los siguientes problemas</b>		<b>Sin estudios/ Primarios n (%)</b>	<b>Secundarios/ Universitarios n (%)</b>	<b>p</b>
<b>Dominio 2 Nutrición</b>	Para alimentarse o el control de la dieta	49 (38,3%)	36 (35,3%)	0,681
<b>Dominio 3 Eliminación</b>	Para el control de la eliminación (orina, heces)	84 (63,6%)	60 (58,8%)	0,499
<b>Dominio 4 Actividad/ reposo</b>	Para la movilización	76 (58,9%)	54 (54,5%)	0,589
	Para asearse o vestirse	80 (61,5%)	49 (48,5%)	0,061
	Para conciliar el sueño	70 (55,6%)	55 (56,7%)	0,892
<b>Dominio 5 Pecepción/ cognición</b>	Para comunicarse verbalmente o por escrito	25 (20,5%)	15 (15,3%)	0,381
<b>Dominio 6 Autopercepción</b>	Para mejorar su estado de ánimo	40 (32,5%)	32 (33,3%)	1,000
<b>Dominio 7 Rol/relaciones</b>	Para que su familia se sintiera apoyada	26 (29,0%)	24 (25,5%)	0,647
<b>Dominio 8 Sexualidad</b>	Para adaptar su sexualidad a la enfermedad	13 (11,2%)	6 (6,5%)	0,333
<b>Dominio 9 Afrontamiento/ tolerancia al estrés</b>	Para disminuir su ansiedad, temor, miedo	40 (33,1%)	38 (40,0%)	0,320
<b>Dominio 10 Principios Vitales</b>	Para sus inquietudes religiosas o culturales	10 (8,7%)	7 (7,4%)	0,804
<b>Dominio 11 Seguridad</b>	Para administrarle los medicamentos	102 (77,9%)	78 (77,2%)	1,000
	Para curarle las heridas	91 (71,7%)	75 (78,1%)	0,283
	Para ponerle sondas, catéteres...	98 (78,4%)	71 (73,2%)	0,428
	Para el control de la tensión, el pulso...	123 (93,2%)	96 (94,1%)	1,000
	Para evitar caídas, accidentes, lesiones	59 (48,4%)	38 (40,9%)	0,333
<b>Dominio 12 Confort</b>	Para calmar el dolor	106 (81,5%)	84 (85,7%)	0,474

La relación de las variables formación para el autocuidado con los estudios de los pacientes, ha obtenido significación estadística para la *explicación de: ejercicio/reposo y cómo tomar la medicación*, siendo superior en los pacientes sin estudios. Los resultados se muestran en la tabla 37.

Tabla 37. Relación de las variables de formación para el autocuidado con los estudios de los pacientes.

<b>Las enfermeras le explicaron a usted o su familia</b>	<b>Sin estudios/ Primarios n (%)</b>	<b>Secundarios/ Universitarios n (%)</b>	<b>p</b>
Las actividades que realizaban (curas...)	112 (92,6%)	91 (92,9%)	1,000
Las pruebas o estudios que le iban a realizar	109 (90,1%)	88 (88,9%)	0,827
Las recomendaciones sobre la alimentación/dieta	85 (73,3%)	65 (68,4%)	0,450
Los ejercicios/reposo que debe realizar	87 (77,0%)	61 (64,2%)	0,047
Cómo tomar la medicación	108 (92,3%)	79 (82,3%)	0,035
Le entregó informe escrito al alta	71 (81,6%)	67 (85,9%)	0,530
Se mostraron dispuestas a aclararle sus dudas	112 (97,4%)	92 (98,9%)	0,630

La relación de las variables relación de cuidados con los estudios de los pacientes, ha obtenido significación estadística para *la ayuda a disminuir su soledad en el hospital*, siendo superior en los pacientes sin estudios. Los resultados se muestran en la tabla 38.

Tabla 38. Relación de las variables relación de cuidados con los estudios de los pacientes.

En qué medida piensa usted que las enfermeras de su unidad		Sin estudios/ Primarios n (%)	Secundarios/ Universitarios n (%)	p
<b>Presencia cuidadora</b>	Fueron rápidas en atender sus necesidades	124 (96,1%)	101 (96,2%)	1,000
	Acudieron a comprobar cómo se encontraba aunque no hubiera llamado	117 (92,9%)	98 (94,2%)	0,791
	Le dedicaron el tiempo adecuado	125 (97,7%)	102 (97,1%)	1,000
	Recibió algún gesto de cercanía (apretón de manos, sonrisa...)	120 (95,2%)	96 (92,3%)	0,413
<b>Escucha</b>	Utilizaron un lenguaje comprensible para dirigirse a usted	122 (96,8%)	102 (97,1%)	1,000
	Tuvo la oportunidad de manifestar sus pensamientos	107 (88,4%)	81 (83,5%)	0,327
<b>Participación</b>	Favorecieron su participación o la de sus familia en los cuidados	114 (92,7%)	80 (85,1%)	0,079
<b>Ética y respeto</b>	Respetaron su intimidad al proporcionarle cuidados, durante el aseo, etc.	121 (97,6%)	94 (93,1%)	0,117
<b>Apoyo emocional</b>	Le dieron ánimo cuando lo necesitó	116 (92,1%)	89 (92,7%)	1,000
	Le ayudaron a disminuir su soledad en el hospital	103 (85,8%)	71 (72,4%)	0,018
<b>Confort</b>	Le ayudaron a sentirse seguro en el entorno sanitario	114 (95,8%)	89 (90,8%)	0,169
	Procuraron que la habitación fuera confortable para facilitarle comodidad y descanso	117 (93,6%)	98 (95,1%)	0,776
<b>Imagen de enfermería dentro del equipo</b>	Coordinaron las actividades del resto de los profesionales para que se le administrara la atención adecuada	117 (93,6%)	94 (94,9%)	0,778
	Piensa que las enfermeras tomaron sus propias decisiones para cuidarle mejor	102 (83,6%)	76 (80,0%)	0,593
	Considera que las enfermeras ocupan un lugar importante en el equipo de profesionales sanitarios que le atendieron	129 (100,0%)	102 (99,0%)	0,444
	Utilizaron la historia clínica cuando le atendieron	110 (92,4%)	81 (90,0%)	0,621

#### 4.4.5. Situación de gravedad de los pacientes

Relación de variables con la situación de gravedad de los pacientes, agrupados por moderados y graves. La significación estadística obtenida fue del 9,09% para el total de las variables de la muestra.

La relación de las variables acogida al ingreso con la gravedad de los pacientes, no ha obtenido significación estadística. Los resultados se muestran en la tabla 39.

Tabla 39. Relación de las variables de acogida al ingreso con la situación de gravedad de los pacientes.

<b>Acogida al ingreso</b>	<b>Moderados n (%)</b>	<b>Graves n (%)</b>	<b>p</b>
La enfermera se identificó y le dijo su nombre	91(75,8%)	89(80,9%)	0,424
La enfermera le informó de cómo avisar si necesitaba algo, de los horarios de visita...	111(93,3%)	99(90,0%)	0,474
Identificó claramente a las enfermeras del resto de profesionales que le atendieron	100(82,6%)	85(79,4%)	0,612
La enfermera le realizó una entrevista para conocer sus condiciones de salud...	108(87,8%)	96(89,7%)	0,682

La relación de las variables demanda de cuidados con la gravedad de los pacientes, ha obtenido significación estadística en las necesidades de: *movilización, sexualidad, control de constantes*, siendo mayor la demanda en los pacientes graves. Los resultados se muestran en la tabla 40.

Tabla 40. Relación de las variables demanda de cuidados con la situación de gravedad de los pacientes.

Necesitó ayuda de las enfermeras para resolver o paliar alguno de los siguientes problemas		Moderados n (%)	Graves n (%)	p
<b>Dominio 2 Nutrición</b>	Para alimentarse o el control de la dieta	48(37,2%)	42(38,2%)	0,894
<b>Dominio 3 Eliminación</b>	Para el control de la eliminación (orina, heces)	82(63,6%)	70(61,4%)	0,791
<b>Dominio 4 Actividad/ reposo</b>	Para la movilización	63(50,8%)	73(64,6%)	0,036
	Para asearse o vestirse	70(56,0%)	66(57,4%)	0,896
	Para conciliar el sueño	68(55,3%)	61(56,0%)	1,000
<b>Dominio 5 Pecepción/ cognición</b>	Para comunicarse verbalmente o por escrito	23(19,2%)	19(17,6%)	0,846
<b>Dominio 6 Autopercepción</b>	Para mejorar su estado de ánimo	41(34,2%)	35(32,7%)	0,888
<b>Dominio 7 Rol/relaciones</b>	Para que su familia se sintiera apoyada	36 (30,5%)	29(26,9%)	0,560
<b>Dominio 8 Sexualidad</b>	Para adaptar su sexualidad a la enfermedad	6(5,4%)	15(14,4%)	0,037
<b>Dominio 9 Afrontamiento/ tolerancia al estrés</b>	Para disminuir su ansiedad, temor, miedo	42(36,6%)	41(38,3%)	0,681
<b>Dominio 10 Principios Vitales</b>	Para sus inquietudes religiosas o culturales	6(5,4%)	12(11,7%)	0,138
<b>Dominio 11 Seguridad</b>	Para administrarle los medicamentos	93(73,2%)	95(83,3%)	0,063
	Para curarle las heridas	81(67,5%)	91(81,3%)	0,024
	Para ponerle sondas, catéteres...	89(73,6%)	89(80,2%)	0,277
	Para el control de la tensión, el pulso...	117(90,0%)	111(98,2%)	0,008
	Para evitar caídas, accidentes, lesiones	46(38,3%)	59(56,2%)	0,011
<b>Dominio 12 Confort</b>	Para calmar el dolor	104(81,9%)	94(84,7%)	0,605

La relación de las variables formación para el autocuidado con la gravedad de los pacientes, ha obtenido significación estadística para la *explicación sobre el ejercicio/reposo*, siendo mayor en los pacientes con una situación moderada de gravedad. Los resultados se muestran en la tabla 41.

Tabla 41. Relación de las variables de formación para el autocuidado con la situación de gravedad de los pacientes.

<b>Las enfermeras le explicaron a usted o su familia</b>	<b>Moderados n (%)</b>	<b>Graves n (%)</b>	<b>p</b>
Las actividades que realizaban (curas...)	111(93,3%)	100(91,7%)	0,802
Las pruebas o estudios que le iban a realizar	109(90,1%)	96(88,9%)	0,831
Las recomendaciones sobre la alimentación/dieta	89(76,1%)	69(67,0%)	0,176
Los ejercicios/reposo que debe realizar	89(77,4%)	64(63,4%)	<b>0,025</b>
Cómo tomar la medicación	101(87,1%)	92(87,6%)	1,000
Le entregó informe escrito al alta	75(88,2%)	70(80,5%)	0,209
Se mostraron dispuestas a aclararle sus dudas	114(99,1%)	99(97,1%)	0,344

La relación de las variables relación de cuidados con la gravedad de los pacientes, no ha obtenido significación estadística. Los resultados se muestran en la tabla 42.

Tabla 42. Relación de las variables relación de cuidados con la situación de gravedad de los pacientes.

En qué medida piensa usted que las enfermeras de su unidad		Moderados n (%)	Graves n (%)	p
<b>Presencia cuidadora</b>	Fueron rápidas en atender sus necesidades	122(96,1%)	112(96,6%)	1,000
	Acudieron a comprobar cómo se encontraba aunque no hubiera llamado	119(93,7%)	105(93,8%)	1,000
	Le dedicaron el tiempo adecuado	124(97,6%)	112(97,4%)	1,000
	Recibió algún gesto de cercanía (apretón de manos, sonrisa...)	115(92,7%)	110(95,7%)	0,415
<b>Escucha</b>	Utilizaron un lenguaje comprensible para dirigirse a usted	122(96,8%)	111(97,4%)	1,000
	Tuvo la oportunidad de manifestar sus pensamientos	106(89,1%)	88(82,2%)	0,181
<b>Participación</b>	Favorecieron su participación o la de sus familia en los cuidados	105(88,2%)	94(90,4%)	0,669
<b>Ética y respeto</b>	Respetaron su intimidad al proporcionarle cuidados, durante el aseo, etc.	117(95,9%)	106(95,5%)	1,000
<b>Apoyo emocional</b>	Le dieron ánimo cuando lo necesitó	116(95,1%)	97(89,8%)	0,139
	Le ayudaron a disminuir su soledad en el hospital	102(85,0%)	79(74,5%)	0,066
<b>Confort</b>	Le ayudaron a sentirse seguro en el entorno sanitario	111(94,9%)	100(92,6%)	0,585
	Procuraron que la habitación fuera confortable para facilitarle comodidad y descanso	119(96,0%)	104(92,0%)	0,271
<b>Imagen de enfermería dentro del equipo</b>	Coordinaron las actividades del resto de los profesionales para que se le administrara la atención adecuada	116(95,9%)	102(92,7%)	0,394
	Piensa que las enfermeras tomaron sus propias decisiones para cuidarle mejor	103(83,7%)	82(80,4%)	0,600
	Considera que las enfermeras ocupan un lugar importante en el equipo de profesionales sanitarios que le atendieron	127(99,2%)	113(100,0%)	1,000
	Utilizaron la historia clínica cuando le atendieron	102(91,1%)	96(92,3%)	0,809

#### 4.4.6. Unidad de hospitalización de los pacientes

Relación de variables con la unidad de hospitalización donde ingreso el paciente, agrupados por unidades médicas y quirúrgicas. La significación estadística obtenida fue del 15,9% para el total de las variables de la muestra.

La relación de las variables acogida al ingreso con el tipo de unidad de hospitalización de los pacientes, no ha obtenido significación estadística. Los resultados se muestran en la tabla 43.

Tabla 43. Relación de las variables de acogida al ingreso con el tipo de unidad de hospitalización de los pacientes.

<b>Acogida al ingreso</b>	<b>Médicas n (%)</b>	<b>Quirúrgicas n (%)</b>	<b>p</b>
La enfermera se identificó y le dijo su nombre	75(83,3%)	105(75,0%)	0,144
La enfermera le informó de cómo avisar si necesitaba algo, de los horarios de visita...	83(91,2%)	127(92,0%)	0,504
Identificó claramente a las enfermeras del resto de profesionales que le atendieron	76(84,4%)	109(79,0%)	0,196
La enfermera le realizó una entrevista para conocer sus condiciones de salud...	83(92,2%)	121(86,4%)	0,205

La relación de las variables demanda de cuidados con el tipo de unidad de hospitalización de los pacientes, ha obtenido significación estadística para las necesidades de: *conciliar el sueño, disminuir la ansiedad, administrar medicamentos, curar heridas, poner sondas y calmar el dolor*, siendo superior en los pacientes que ingresaron en las unidades de hospitalización quirúrgicas. Los resultados se muestran en la tabla 44.

Tabla 44. Relación de las variables demanda de cuidados con el tipo de unidad de hospitalización de los pacientes.

Necesitó ayuda de las enfermeras para resolver o paliar alguno de los siguientes problemas		Médicas n (%)	Quirúrgicas n (%)	p
<b>Dominio 2 Nutrición</b>	Para alimentarse o el control de la dieta	35(37,2%)	55(37,9%)	0,512
<b>Dominio 3 Eliminación</b>	Para el control de la eliminación (orina, heces)	55(56,7%)	97(66,4%)	0,138
<b>Dominio 4 Actividad/ reposo</b>	Para la movilización	48(48,9%)	88(61,5%)	0,072
	Para asearse o vestirse	50(52,1%)	86(59,7%)	0,150
	Para conciliar el sueño	42(46,7%)	87(61,3%)	0,031
<b>Dominio 5 Pecepción/ cognición</b>	Para comunicarse verbalmente o por escrito	13(14,4%)	29(21,0%)	0,227
<b>Dominio 6 Autopercepción</b>	Para mejorar su estado de ánimo	26(28,3%)	50(37,0%)	0,198
<b>Dominio 7 Rol/relaciones</b>	Para que su familia se sintiera apoyada	21(22,8%)	44(32,8%)	0,134
<b>Dominio 8 Sexualidad</b>	Para adaptar su sexualidad a la enfermedad	11(12,8%)	10(7,8%)	0,247
<b>Dominio 9 Afrontamiento/ tolerancia al estrés</b>	Para disminuir su ansiedad, temor, miedo	26(28,9%)	57(42,2%)	0,049
<b>Dominio 10 Principios Vitales</b>	Para sus inquietudes religiosas o culturales	7(8,2%)	11(8,5%)	1,000
<b>Dominio 11 Seguridad</b>	Para administrarle los medicamentos	64(67,4%)	124(84,9%)	0,002
	Para curarle las heridas	53(60,2%)	119(82,6%)	<0,001
	Para ponerle sondas, catéteres...	59(65,6%)	119(83,8%)	0,002
	Para el control de la tensión, el pulso...	88(91,7%)	140(95,2%)	0,284
	Para evitar caídas, accidentes, lesiones	37(42,0%)	68(49,6%)	0,277
<b>Dominio 12 Confort</b>	Para calmar el dolor	67(71,3%)	131(91,0%)	<0,001

La relación de las variables formación para el autocuidado con el tipo de unidad de hospitalización de los pacientes, no ha obtenido significación estadística. Los resultados se muestran en la tabla 45.

Tabla 45. Relación de las variables de formación para el autocuidado con el tipo de unidad de hospitalización de los pacientes.

<b>Las enfermeras le explicaron a usted o su familia</b>	<b>Médicas n (%)</b>	<b>Quirúrgicas n (%)</b>	<b>p</b>
Las actividades que realizaban (curas...)	80(89,9%)	131(94,2%)	0,301
Las pruebas o estudios que le iban a realizar	87(93,5%)	118(86,8%)	0,125
Las recomendaciones sobre la alimentación/dieta	64(74,4%)	94(70,1%)	0,541
Los ejercicios/reposo que debe realizar	55(64,0%)	98(75,4%)	0,092
Cómo tomar la medicación	75(86,2%)	118(88,1%)	0,685
Le entregó informe escrito al alta	56(80,0%)	89(87,3%)	0,208
Se mostraron dispuestas a aclararle sus dudas	84(98,8%)	129(97,7%)	1,000

La relación de las variables relación de cuidados con el tipo de unidad de hospitalización de los pacientes, ha obtenido significación estadística en que *las enfermeras toman sus propias decisiones en el cuidado*, siendo mayor en las unidades quirúrgicas. Los resultados se muestran en la tabla 46.

Tabla 46. Relación de las variables relación de cuidados con el tipo de unidad de hospitalización de los pacientes.

R En qué medida piensa usted que las enfermeras de su unidad		Médicas n (%)	Quirúrgicas n (%)	p
Presencia cuidadora	Fueron rápidas en atender sus necesidades	95(97,9%)	139(95,2%)	0,323
	Acudieron a comprobar cómo se encontraba aunque no hubiera llamado	89(94,7%)	135(93,1%)	0,787
	Le dedicaron el tiempo adecuado	96(99,0%)	140(96,6%)	0,406
	Recibió algún gesto de cercanía (apretón de manos, sonrisa...)	93(96,9%)	132(92,3%)	0,169
Escucha	Utilizaron un lenguaje comprensible para dirigirse a usted	93(95,9%)	140(97,9%)	0,445
	Tuvo la oportunidad de manifestar sus pensamientos	82(86,3%)	112(85,5%)	1,000
Participación	Favorecieron su participación o la de sus familia en los cuidados	82(89,1%)	117(89,3%)	1,000
Ética y respeto	Respetaron su intimidad al proporcionarle cuidados, durante el aseo, etc.	91(98,9%)	132(93,6%)	0,093
Apoyo emocional	Le dieron ánimo cuando lo necesitó	88(95,7%)	125(90,6%)	0,200
	Le ayudaron a disminuir su soledad en el hospital	81(92,0%)	130(94,9%)	0,408
Confort	Le ayudaron a sentirse seguro en el entorno sanitario	81(92,0%)	130(94,9%)	0,408
	Procuraron que la habitación fuera confortable para facilitarle comodidad y descanso	89(93,7%)	134(94,4%)	1,000
Imagen de enfermería dentro del equipo	Coordinaron las actividades del resto de los profesionales para que se le administrara la atención adecuada	88(95,7%)	130(93,5%)	0,572
	Piensa que las enfermeras tomaron sus propias decisiones para cuidarle mejor	68(73,9%)	117(88,0%)	0,008
	Considera que las enfermeras ocupan un lugar importante en el equipo de profesionales sanitarios que le atendieron	95(99,0%)	145(100,0%)	0,398
	Utilizaron la historia clínica cuando le atendieron	79(89,8%)	119(93,0%)	0,457

## 4.5. Estudio comparativo bivalente de las variables cuantitativas en los resultados de los pacientes

### 4.5.1. Edad de los pacientes

Relación de las variables con la edad de los pacientes, agrupada en menores o igual a 65 años y en mayores de 66 años. No se ha obtenido representación estadística en ningún grupo de variables de la muestra. Los resultados se muestran en la tabla 47.

Tabla 47. Relación de las variables demanda de cuidados con la edad de los pacientes.

Necesitó ayuda de las enfermeras para resolver o paliar alguno de los siguientes problemas		Edad	N	Media	DE	p
<b>Dominio 2</b> <b>Nutrición</b>	Para alimentarse o el control de la dieta	<= 65	30	8,57	2,223	
		66+	47	9,02	1,496	0,329
<b>Dominio 3</b> <b>Eliminación</b>	Para el control de la eliminación (orina, heces)	<= 65	54	9,15	1,017	0,917
		66+	73	9,12	1,649	
<b>Dominio 4</b> <b>Actividad/ reposo</b>	Para la movilización	<= 65	47	9,19	,947	0,248
		66+	70	8,90	1,754	
	Para asearse o vestirse	<= 65	45	9,27	1,031	0,091
		66+	70	8,77	2,065	
	Para conciliar el sueño	<= 65	49	8,57	2,606	0,237
		66+	63	9,08	1,649	
<b>Dominio 5</b> <b>Percepción/ cognición</b>	Para comunicarse verbalmente o por escrito	<= 65	14	8,64	2,649	0,509
		66+	26	9,15	1,377	
<b>Dominio 6</b> <b>Autopercepción</b>	Para mejorar su estado de ánimo	<= 65	27	8,52	2,680	0,498
		66+	42	8,93	1,993	
<b>Dominio 7</b> <b>Rol/relaciones</b>	Para que su familia se sintiera apoyada	<= 65	19	9,11	2,283	0,627
		66+	39	9,38	1,369	
<b>Dominio 8</b> <b>Sexualidad</b>	Para adaptar su sexualidad a la enfermedad	<= 65	5	9,40	,548	0,976
		66+	13	9,38	1,557	
<b>Dominio 9</b> <b>Afrontamiento/ tolerancia al estrés</b>	Para disminuir su ansiedad, temor, miedo	<= 65	36	8,42	2,832	0,091
		66+	34	9,32	1,364	
<b>Dominio 10</b> <b>Principios Vitales</b>	Para sus inquietudes religiosas o culturales	<= 65	3	9,67	,577	0,449
		66+	11	8,91	3,015	
<b>Dominio 11</b> <b>Seguridad</b>	Para administrarle los medicamentos	<= 65	74	9,24	1,044	0,389
		66+	88	9,39	1,055	
	Para curarle las heridas	<= 65	70	9,27	1,329	0,944
		66+	74	9,26	1,159	
	Para ponerle sondas, catéteres...	<= 65	67	9,15	1,019	0,167
		66+	82	9,39	1,097	
Para el control de la tensión, el pulso...	<= 65	95	9,28	1,200	0,096	
	66+	102	9,54	,908		
<b>Dominio 12</b> <b>Confort</b>	Para calmar el dolor	<= 65	80	9,29	1,443	0,579
		66+	85	9,40	1,125	

No se ha obtenido representación estadística en ningún grupo de variables. Los resultados se muestran en la tabla 48.

Tabla 48. Relación de las variables de formación para el autocuidado con la edad de los pacientes.

<b>Las enfermeras le explicaron a usted o su familia</b>	<b>Edad</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>p</b>
Las actividades que realizaban (curas...)	<= 65	94	9,01	1,583	0,799
	66+	89	9,07	1,429	
Las pruebas o estudios que le iban a realizar	<= 65	92	9,13	1,179	0,943
	66+	86	9,12	1,434	
Las recomendaciones sobre la alimentación/dieta	<= 65	69	9,20	1,106	0,836
	66+	69	9,25	1,344	
Los ejercicios/reposo que debe realizar	<= 65	64	9,14	1,271	0,971
	66+	67	9,15	1,449	
Cómo tomar la medicación	<= 65	81	9,17	1,223	0,360
	66+	86	9,34	1,080	
Le entregó informe escrito al alta	<= 65	67	9,27	1,038	0,756
	66+	57	9,33	1,244	
Se mostraron dispuestas a aclararle sus dudas	<= 65	90	9,39	1,088	0,467
	66+	92	9,26	1,274	

No se ha obtenido representación estadística en ningún grupo de variables.  
Los resultados se muestran en la tabla 49.

Tabla 49. Relación de las variables relación de cuidados con la edad de los pacientes.

En qué medida piensa usted que las enfermeras de su unidad		Edad	N	Media	DE	p
Presencia cuidadora	Fueron rápidas en atender sus necesidades	<= 65	104	9,07	1,674	0,791
		66+	107	9,01	1,489	
	Acudieron a comprobar cómo se encontraba aunque no hubiera llamado	<= 65	100	9,15	1,410	0,603
		66+	100	9,04	1,576	
	Le dedicaron el tiempo adecuado	<= 65	104	9,15	1,197	0,363
		66+	105	8,97	1,661	
	Recibió algún gesto de cercanía (apretón de manos, sonrisa...)	<= 65	100	9,20	1,477	0,578
		66+	97	9,08	1,484	
Escucha	Utilizaron un lenguaje comprensible para dirigirse a usted	<= 65	103	9,30	1,008	0,100
		66+	103	9,00	1,547	
	Tuvo la oportunidad de manifestar sus pensamientos	<= 65	90	9,03	1,285	0,534
		66+	84	9,15	1,285	
Participación	Favorecieron su participación o la de sus familia en los cuidados	<= 65	85	8,96	1,546	0,988
		66+	94	8,97	1,462	
Ética y respeto	Respetaron su intimidad al proporcionarle cuidados, durante el aseo, etc.	<= 65	97	9,22	1,129	0,926
		66+	100	9,20	1,356	
Apoyo emocional	Le dieron ánimo cuando lo necesitó	<= 65	91	9,05	1,523	0,743
		66+	97	9,12	1,341	
	Le ayudaron a disminuir su soledad en el hospital	<= 65	75	8,92	1,667	0,392
		66+	82	9,13	1,438	
Confort	Le ayudaron a sentirse seguro en el entorno sanitario	<= 65	91	8,93	1,272	0,992
		66+	94	8,94	1,578	
	Procuraron que la habitación fuera confortable para facilitarle comodidad y descanso	<= 65	100	8,83	1,700	0,519
		66+	98	8,98	1,560	
Imagen de enfermería dentro del equipo	Coordinaron las actividades del resto de los profesionales para que se le administrara la atención adecuada	<= 65	96	8,91	1,636	0,745
		66+	99	8,98	1,512	
	Piensa que las enfermeras tomaron sus propias decisiones para cuidarle mejor	<= 65	82	8,95	1,578	0,765
		66+	85	9,02	1,535	
	Considera que las enfermeras ocupan un lugar importante en el equipo de profesionales sanitarios que le atendieron	<= 65	102	9,52	,767	0,371
		66+	104	9,40	1,066	
	Utilizaron la historia clínica cuando le atendieron	<= 65	86	9,16	1,167	0,881
		66+	84	9,19	1,237	

#### 4.5.2. Sexo de los pacientes

Relación de variables con el sexo de los pacientes, agrupados por hombres y mujeres. La significación estadística obtenida fue del 30,0% para el total de las variables de la muestra.

La relación de las variables demanda de cuidados con el sexo de los pacientes, ha obtenido significación estadística para las necesidades de: *alimentarse, eliminación, movilización, aseo, disminuir la ansiedad y curar las heridas*, siendo mayor la media de la demanda en el grupo de los hombres. Los resultados se muestran en la tabla 50.

Tabla 50. Relación de las variables de demanda de cuidados con el sexo de los pacientes.

Necesitó ayuda de las enfermeras para resolver o paliar alguno de los siguientes problemas		Sexo	N	Media	DE	p
<b>Dominio 2</b> <b>Nutrición</b>	Para alimentarse o el control de la dieta	Hombre	56	9,20	1,381	0,041
		Mujer	25	8,12	2,351	
<b>Dominio 3</b> <b>Eliminación</b>	Para el control de la eliminación (orina, heces)	Hombre	92	9,37	,969	0,030
		Mujer	40	8,63	2,009	
<b>Dominio 4</b> <b>Actividad/ reposo</b>	Para la movilización	Hombre	85	9,28	1,109	0,028
		Mujer	35	8,46	2,020	
	Para asearse o vestirse	Hombre	84	9,29	1,349	0,016
	Mujer	36	8,28	2,263		
<b>Dominio 4</b> <b>Actividad/ reposo</b>	Para conciliar el sueño	Hombre	74	9,14	1,793	0,112
		Mujer	40	8,40	2,560	
<b>Dominio 5</b> <b>Percepción/ cognición</b>	Para comunicarse verbalmente o por escrito	Hombre	28	9,39	1,066	0,134
		Mujer	12	8,00	2,923	
<b>Dominio 6</b> <b>Autopercepción</b>	Para mejorar su estado de ánimo	Hombre	51	9,06	1,816	0,176
		Mujer	20	8,05	3,034	
<b>Dominio 7</b> <b>Rol/relaciones</b>	Para que su familia se sintiera apoyada	Hombre	41	9,66	,728	0,095
		Mujer	18	8,50	2,749	
<b>Dominio 8</b> <b>Sexualidad</b>	Para adaptar su sexualidad a la enfermedad	Hombre	15	9,60	,828	0,527
		Mujer	3	8,33	2,887	
<b>Dominio 9</b> <b>Afrontamiento / tolerancia al estrés</b>	Para disminuir su ansiedad, temor, miedo	Hombre	47	9,34	1,698	0,046
		Mujer	25	8,04	2,879	
<b>Dominio 10</b> <b>Principios Vitales</b>	Para sus inquietudes religiosas o culturales	Hombre	12	8,92	2,875	0,218
		Mujer	2	10,00	,000	
<b>Dominio 11</b> <b>Seguridad</b>	Para administrarle los medicamentos	Hombre	114	9,41	1,029	0,166
		Mujer	53	9,17	1,051	
	Para curarle las heridas	Hombre	107	9,42	1,174	0,036
		Mujer	42	8,93	1,295	
	Para ponerle sondas, catéteres...	Hombre	103	9,34	1,044	0,452
	Mujer	50	9,20	1,088		
<b>Dominio 11</b> <b>Seguridad</b>	Para el control de la tensión, el pulso...	Hombre	134	9,54	,931	0,055
		Mujer	68	9,21	1,241	
<b>Dominio 11</b> <b>Seguridad</b>	Para evitar caídas, accidentes, lesiones	Hombre	64	9,33	1,310	0,084
		Mujer	29	8,69	1,734	
<b>Dominio 12</b> <b>Confort</b>	Para calmar el dolor	Hombre	115	9,50	,977	0,092
		Mujer	55	9,07	1,709	

La relación de las variables formación para el autocuidado con el sexo de los pacientes, ha obtenido significación estadística para *la explicación sobre el informe escrito al alta*, siendo mayor la media en el grupo de los hombres. Los resultados se muestran en la tabla 51.

Tabla 51. Relación de las variables de formación para el autocuidado con el sexo de los pacientes.

<b>Las enfermeras le explicaron a usted o su familia</b>	<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>p</b>
Las actividades que realizaban (curas...)	Hombre	134	9,21	1,233	0,072
	Mujer	54	8,69	1,960	
Las pruebas o estudios que le iban a realizar	Hombre	130	9,23	1,242	0,122
	Mujer	53	8,89	1,396	
Las recomendaciones sobre la alimentación/dieta	Hombre	98	9,36	1,142	0,106
	Mujer	44	8,98	1,338	
Los ejercicios/reposo que debe realizar	Hombre	96	9,20	1,262	0,611
	Mujer	38	9,05	1,559	
Cómo tomar la medicación	Hombre	122	9,30	1,081	0,580
	Mujer	50	9,18	1,289	
Le entregó informe escrito al alta	Hombre	93	9,44	,983	0,050
	Mujer	33	8,91	1,400	
Se mostraron dispuestas a aclararle sus dudas	Hombre	127	9,38	1,154	0,423
	Mujer	58	9,22	1,229	

La relación de las variables relación de cuidados con el sexo de los pacientes, ha obtenido significación estadística para la atención en: *recibir gestos de cercanía, confort de la habitación, coordinación de profesionales, tomar propias decisiones en el cuidado, ocupar un lugar importante en el equipo*, siendo mayor la media en el grupo de los hombres. Los resultados se muestran en la tabla 52.

Tabla 52. Relación de las variables relación de cuidados con el sexo de los pacientes.

En qué medida piensa usted que las enfermeras de su unidad		Sexo	N	Media	DE	p
Presencia cuidadora	Fueron rápidas en atender sus necesidades	Hombre	146	9,20	1,363	0,094
		Mujer	71	8,77	1,891	
	Acudieron a comprobar cómo se encontraba aunque no hubiera llamado	Hombre	141	9,26	1,215	0,091
		Mujer	65	8,82	1,903	
Le dedicaron el tiempo adecuado	Hombre	145	9,19	1,275	0,174	
	Mujer	70	8,87	1,710		
Recibió algún gesto de cercanía (apretón de manos, sonrisa...)	Hombre	136	9,35	1,139	0,025	
	Mujer	67	8,78	1,913		
Escucha	Utilizaron un lenguaje comprensible para dirigirse a usted	Hombre	144	9,31	1,066	0,058
		Mujer	68	8,88	1,662	
	Tuvo la oportunidad de manifestar sus pensamientos	Hombre	122	9,15	1,277	0,636
		Mujer	58	9,05	1,262	
Participación	Favorecieron su participación o la de sus familia en los cuidados	Hombre	122	9,13	1,253	0,123
		Mujer	63	8,73	1,833	
Ética y respeto	Respetaron su intimidad al proporcionarle cuidados, durante el aseo, etc.	Hombre	137	9,34	1,121	0,066
		Mujer	65	8,97	1,425	
Apoyo emocional	Le dieron ánimo cuando lo necesitó	Hombre	128	9,27	1,126	0,064
		Mujer	65	8,80	1,830	
	Le ayudaron a disminuir su soledad en el hospital	Hombre	111	9,15	1,363	0,317
		Mujer	52	8,87	1,837	
Confort	Le ayudaron a sentirse seguro en el entorno sanitario	Hombre	126	9,10	1,311	0,068
		Mujer	64	8,67	1,584	
	Procuraron que la habitación fuera confortable para facilitarle comodidad y descanso	Hombre	138	9,11	1,448	0,033
		Mujer	65	8,54	1,880	
Imagen de enfermería dentro del equipo	Coordinaron las actividades del resto de los profesionales para que se le administrara la atención adecuada	Hombre	137	9,15	1,288	0,031
		Mujer	63	8,56	1,974	
	Piensa que las enfermeras tomaron sus propias decisiones para cuidarle mejor	Hombre	114	9,27	1,147	0,009
		Mujer	58	8,50	2,020	
Considera que las enfermeras ocupan un lugar importante en el equipo de profesionales sanitarios que le atendieron	Hombre	146	9,58	,769	0,036	
	Mujer	66	9,24	1,164		
Utilizaron la historia clínica cuando le atendieron	Hombre	122	9,30	1,082	0,111	
	Mujer	54	8,96	1,373		

### 4.5.3. Residencia de los pacientes

Relación de las variables con la residencia de los pacientes, agrupada en residir en el medio urbano y rural. No se ha obtenido representación estadística en ningún grupo de variables. Los resultados se muestran en las tablas 53.

Tabla 53. Relación de las variables de demanda de cuidados con la residencia de los pacientes.

Necesitó ayuda de las enfermeras para resolver o paliar alguno de los siguientes problemas		Reside	N	Media	DE	p
<b>Dominio 2 Nutrición</b>	Para alimentarse o el control de la dieta	Rural	72	8,93	1,879	0,386
		Urbano	141	9,10	1,395	
<b>Dominio 3 Eliminación</b>	Para el control de la eliminación (orina, heces)	Rural	67	9,00	1,767	0,857
		Urbano	135	9,15	1,330	
<b>Dominio 4 Actividad/ reposo</b>	Para la movilización	Rural	68	9,12	1,430	0,204
	Para asearse o vestirse	Rural	65	8,97	1,741	
		Urbano	134	9,23	1,320	
	Para conciliar el sueño	Rural	67	9,19	1,184	0,745
		Urbano	141	9,13	1,364	
<b>Dominio 5 Percepción/ cognición</b>	Para comunicarse verbalmente o por escrito	Rural	58	9,02	1,277	0,745
		Urbano	118	9,14	1,280	
<b>Dominio 6 Autopercepción</b>	Para mejorar su estado de ánimo	Rural	61	9,02	1,628	0,408
		Urbano	120	8,95	1,425	
<b>Dominio 7 Rol/relaciones</b>	Para que su familia se sintiera apoyada	Rural	67	9,28	1,165	0,641
		Urbano	131	9,17	1,284	
<b>Dominio 8 Sexualidad</b>	Para adaptar su sexualidad a la enfermedad	Rural	71	,96	,203	0,965
		Urbano	149	,91	,293	
<b>Dominio 9 Afrontamiento/ tolerancia al estrés</b>	Para disminuir su ansiedad, temor, miedo	Rural	65	9,08	1,554	0,632
		Urbano	124	9,10	1,358	
<b>Dominio 10 Principios Vitales</b>	Para sus inquietudes religiosas o culturales	Rural	54	9,02	1,677	0,304
		Urbano	105	9,05	1,477	
<b>Dominio 11 Seguridad</b>	Para administrarle los medicamentos	Rural	63	9,08	1,222	0,732
	Para curarle las heridas	Rural	63	9,10	1,467	
		Urbano	136	8,82	1,692	
	Para ponerle sondas, catéteres...	Rural	67	8,87	1,731	0,255
	Urbano	129	8,98	1,479		
Para el control de la tensión, el pulso...	Rural	54	8,85	1,763	0,967	
Urbano	116	9,07	1,431			
	Para evitar caídas, accidentes, lesiones	Rural	69	9,43	,866	0,642
		Urbano	139	9,47	,958	
<b>Dominio 12 Confort</b>	Para calmar el dolor	Rural	61	9,21	1,127	0,391
		Urbano	113	9,18	1,226	

No se ha obtenido representación estadística en ningún grupo de variables.  
 Los resultados se muestran en las tablas 54

Tabla 54. Relación de las variables de formación para el autocuidado con la residencia de los pacientes.

<b>Las enfermeras le explicaron a usted o su familia</b>	<b>Reside</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>p</b>
Las actividades que realizaban (curas...)	Rural	61	8,90	1,795	0,451
	Urbano	122	9,10	1,339	
Las pruebas o estudios que le iban a realizar	Rural	58	8,98	1,481	0,378
	Urbano	122	9,18	1,206	
Las recomendaciones sobre la alimentación/dieta	Rural	51	9,31	1,122	0,519
	Urbano	89	9,18	1,275	
Los ejercicios/reposo que debe realizar	Rural	46	9,26	1,255	0,480
	Urbano	87	9,09	1,403	
Cómo tomar la medicación	Rural	59	9,46	,877	0,054
	Urbano	110	9,14	1,260	
Le entregó informe escrito al alta	Rural	39	9,44	,968	0,316
	Urbano	86	9,23	1,195	
Se mostraron dispuestas a aclararle sus dudas	Rural	68	,99	,121	0,981
	Urbano	140	,99	,119	

No se ha obtenido representación estadística en ningún grupo de variables.  
Los resultados se muestran en la tabla 55.

Tabla 55. Relación de las variables de relación de cuidados con la residencia de los pacientes.

En qué medida piensa usted que las enfermeras de su unidad		Reside	N	Media	DE	p
Presencia cuidadora	Fueron rápidas en atender sus necesidades	Rural	72	8,93	1,879	0,502
		Urbano	141	9,10	1,395	
	Acudieron a comprobar cómo se encontraba aunque no hubiera llamado	Rural	67	9,00	1,767	0,546
		Urbano	135	9,15	1,330	
Le dedicaron el tiempo adecuado	Rural	68	9,12	1,430	0,721	
	Urbano	143	9,04	1,453		
Recibió algún gesto de cercanía (apretón de manos, sonrisa...)	Rural	65	8,97	1,741	0,286	
	Urbano	134	9,23	1,320		
Escucha	Utilizaron un lenguaje comprensible para dirigirse a usted	Rural	67	9,19	1,184	0,749
		Urbano	141	9,13	1,364	
	Tuvo la oportunidad de manifestar sus pensamientos	Rural	58	9,02	1,277	0,565
		Urbano	118	9,14	1,280	
Participación	Favorecieron su participación o la de sus familia en los cuidados	Rural	61	9,02	1,628	0,787
		Urbano	120	8,95	1,425	
Ética y respeto	Respetaron su intimidad al proporcionarle cuidados, durante el aseo, etc.	Rural	67	9,28	1,165	0,524
		Urbano	131	9,17	1,284	
Apoyo emocional	Le dieron ánimo cuando lo necesitó	Rural	65	9,08	1,554	0,931
		Urbano	124	9,10	1,358	
	Le ayudaron a disminuir su soledad en el hospital	Rural	65	9,08	1,554	0,914
		Urbano	124	9,10	1,358	
Confort	Le ayudaron a sentirse seguro en el entorno sanitario	Rural	54	9,02	1,677	0,275
		Urbano	105	9,05	1,477	
	Procuraron que la habitación fuera confortable para facilitarle comodidad y descanso	Rural	63	9,10	1,467	0,237
		Urbano	136	8,82	1,692	
Imagen de enfermería dentro del equipo	Coordinaron las actividades del resto de los profesionales para que se le administrara la atención adecuada	Rural	67	8,87	1,731	0,633
		Urbano	129	8,98	1,479	
	Piensa que las enfermeras tomaron sus propias decisiones para cuidarle mejor	Rural	54	8,85	1,763	0,431
		Urbano	116	9,07	1,431	
Considera que las enfermeras ocupan un lugar importante en el equipo de profesionales sanitarios que le atendieron	Rural	69	9,43	,866	0,762	
	Urbano	139	9,47	,958		
Utilizaron la historia clínica cuando le atendieron	Rural	61	9,21	1,127	0,845	
	Urbano	113	9,18	1,226		

#### 4.5.4. Estudios de los pacientes

Relación de las variables con los estudios de los pacientes, agrupada sin estudios/primarios y secundarios/ universitarios. La significación estadística obtenida en todo este apartado fue del 5,0% para el total de las variables de la muestra.

La relación de las variables demanda de cuidados con los estudios de los pacientes, ha obtenido significación estadística para *resolver o paliar sus inquietudes religiosas*, siendo mayor la media de la demanda en el grupo de los que tienen estudios secundarios/universitarios. Los resultados se muestran en la tabla 56.

Tabla 56. Relación de las variables de demanda de cuidados con los estudios de los pacientes.

Necesitó ayuda de las enfermeras para resolver o paliar alguno de los siguientes problemas		Estudios	N	Media	DE	p
<b>Dominio 2</b> <b>Nutrición</b>	Para alimentarse o el control de la dieta	Sin/Primarios	43	8,98	1,683	0,538
		Secund/Univ	35	8,71	1,994	
<b>Dominio 3</b> <b>Eliminación</b>	Para el control de la eliminación (orina, heces)	Sin/Primarios	74	9,23	1,256	0,382
		Secund/Univ	55	9,00	1,610	
<b>Dominio 4</b> <b>Actividad/ reposo</b>	Para la movilización	Sin/Primarios	68	9,04	1,530	0,932
		Secund/Univ	49	9,02	1,450	
	Para asearse o vestirse	Sin/Primarios	72	8,89	1,827	0,451
	Secund/Univ	45	9,13	1,618		
<b>Dominio 5</b> <b>Percepción/ cognición</b>	Para comunicarse verbalmente o por escrito	Sin/Primarios	25	9,16	1,248	0,462
		Secund/Univ	14	8,57	2,766	
<b>Dominio 6</b> <b>Autopercepción</b>	Para mejorar su estado de ánimo	Sin/Primarios	38	8,97	1,515	0,408
		Secund/Univ	31	8,48	2,965	
<b>Dominio 7</b> <b>Rol/relaciones</b>	Para que su familia se sintiera apoyada	Sin/Primarios	34	9,47	1,080	0,408
		Secund/Univ	23	9,04	2,383	
<b>Dominio 8</b> <b>Sexualidad</b>	Para adaptar su sexualidad a la enfermedad	Sin/Primarios	11	9,45	1,508	0,427
		Secund/Univ	6	9,33	1,211	
<b>Dominio 9</b> <b>Afrontamiento/ tolerancia al estrés</b>	Para disminuir su ansiedad, temor, miedo	Sin/Primarios	36	9,42	1,180	0,860
		Secund/Univ	34	8,29	2,949	
<b>Dominio 10</b> <b>Principios Vitales</b>	Para sus inquietudes religiosas o culturales	Sin/Primarios	8	8,50	3,505	0,045
		Secund/Univ	6	9,83	,408	
<b>Dominio 11</b> <b>Seguridad</b>	Para administrarle los medicamentos	Sin/Primarios	92	9,37	1,087	0,320
		Secund/Univ	72	9,29	,999	
	Para curarle las heridas	Sin/Primarios	81	9,25	1,250	0,634
		Secund/Univ	66	9,32	1,217	
	Para ponerle sondas, catéteres...	Sin/Primarios	90	9,38	1,012	0,728
	Secund/Univ	61	9,16	1,128		
Para el control de la tensión, el pulso...	Sin/Primarios	110	9,47	1,002	0,236	
	Secund/Univ	89	9,37	1,132		
<b>Dominio 12</b> <b>Confort</b>	Para calmar el dolor	Sin/Primarios	92	9,48	,931	0,199
		Secund/Univ	76	9,21	1,594	

La relación de las variables formación para el autocuidado con los estudios de los pacientes, no ha obtenido significación estadística. Los resultados se muestran en la tabla 57.

Tabla 57. Relación de las variables de formación para el autocuidado con los estudios de los pacientes.

<b>Las enfermeras le explicaron a usted o su familia</b>	<b>Estudios</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>p</b>
Las actividades que realizaban (curas...)	Sin/Primarios	104	9,23	1,286	0,079
	Secund/Univ	82	8,83	1,713	
Las pruebas o estudios que le iban a realizar	Sin/Primarios	100	9,22	1,353	0,285
	Secund/Univ	80	9,01	1,238	
Las recomendaciones sobre la alimentación/dieta	Sin/Primarios	79	9,23	1,330	0,914
	Secund/Univ	60	9,25	1,083	
Los ejercicios/reposo que debe realizar	Sin/Primarios	78	9,13	1,454	0,577
	Secund/Univ	55	9,20	1,208	
Cómo tomar la medicación	Sin/Primarios	98	9,41	,993	0,058
	Secund/Univ	72	9,06	1,310	
Le entregó informe escrito al alta	Sin/Primarios	66	9,36	1,172	0,550
	Secund/Univ	58	9,24	1,097	
Se mostraron dispuestas a aclararle sus dudas	Sin/Primarios	102	9,40	1,137	0,360
	Secund/Univ	80	9,24	1,245	

La relación de las variables relación de cuidados con los estudios de los pacientes, ha obtenido significación estadística para el ítem *comprobar como se encontraba aunque no hubiera llamado*, siendo mayor la media en el grupo de los sin estudios/primarios. Los resultados se muestran en la tabla 58.

Tabla 58. Relación de las variables de relación de cuidados con los estudios de los pacientes.

En qué medida piensa usted que las enfermeras de su unidad		Estudios	N	Media	DE	p
Presencia cuidadora	Fueron rápidas en atender sus necesidades	Sin/Primarios Secund/Univ	120 94	9,12 8,99	1,385 1,775	0,568
	Acudieron a comprobar cómo se encontraba aunque no hubiera llamado	Sin/Primarios Secund/Univ	112 91	9,31 8,87	1,208 1,740	0,041
	Le dedicaron el tiempo adecuado	Sin/Primarios Secund/Univ	119 93	9,21 8,89	1,320 1,571	0,119
	Recibió algún gesto de cercanía (apretón de manos, sonrisa...)	Sin/Primarios Secund/Univ	114 86	9,25 9,02	1,261 1,708	0,292
Escucha	Utilizaron un lenguaje comprensible para dirigirse a usted	Sin/Primarios Secund/Univ	117 92	9,21 9,12	1,283 1,341	0,641
	Tuvo la oportunidad de manifestar sus pensamientos	Sin/Primarios Secund/Univ	102 75	9,17 9,04	1,283 1,278	0,516
Participación	Favorecieron su participación o la de sus familia en los cuidados	Sin/Primarios Secund/Univ	109 74	9,15 8,76	1,311 1,703	0,099
Ética y respeto	Respetaron su intimidad al proporcionarle cuidados, durante el aseo, etc.	Sin/Primarios	116	9,25	1,271	0,599
		Secund/Univ	83	9,16	1,204	
Apoyo emocional	Le dieron ánimo cuando lo necesitó	Sin/Primarios Secund/Univ	110 80	9,19 8,98	1,296 1,583	0,319
	Le ayudaron a disminuir su soledad en el hospital	Sin/Primarios Secund/Univ	97 63	9,19 8,86	1,372 1,768	0,214
Confort	Le ayudaron a sentirse seguro en el entorno sanitario	Sin/Primarios Secund/Univ	108 79	8,99 8,89	1,525 1,291	0,613
	Procuraron que la habitación fuera confortable para facilitarle comodidad y descanso	Sin/Primarios Secund/Univ	111 89	9,04 8,78	1,495 1,776	0,270
Imagen de enfermería dentro del equipo	Coordinaron las actividades del resto de los profesionales para que se le administrara la atención adecuada	Sin/Primarios	111	9,10	1,381	0,168
		Secund/Univ	86	8,78	1,765	
	Piensa que las enfermeras tomaron sus propias decisiones para cuidarle mejor	Sin/Primarios	98	9,19	1,298	0,079
		Secund/Univ	71	8,75	1,818	
Considera que las enfermeras ocupan un lugar importante en el equipo de profesionales sanitarios que le atendieron	Sin/Primarios	118	9,47	,922	0,853	
	Secund/Univ	91	9,45	,934		
Utilizaron la historia clínica cuando le atendieron	Sin/Primarios	101	9,30	1,118	0,196	
	Secund/Univ	73	9,05	1,279		

#### 4.5.5. Situación de gravedad de los pacientes

Relación de las variables con la gravedad de los pacientes, agrupada en moderada y grave. La significación estadística obtenida fue del 2,5% para el total de las variables de la muestra.

La relación de las variables demanda de cuidados con la gravedad, no ha obtenido significación estadística. Los resultados se muestran en la tabla 59.

Tabla 59. Relación de las variables de demanda de cuidados con la gravedad de los pacientes.

Necesitó ayuda de las enfermeras para resolver o paliar alguno de los siguientes problemas		Gravedad	N	Media	DE	p
<b>Dominio 2</b> <b>Nutrición</b>	Para alimentarse o el control de la dieta	Moderada	15	9,33	1,047	0,230
		Grave	30	8,60	2,343	
<b>Dominio 3</b> <b>Eliminación</b>	Para el control de la eliminación (orina, heces)	Moderada	23	9,35	,935	0,798
		Grave	49	9,18	1,112	
<b>Dominio 4</b> <b>Actividad/ reposo</b>	Para la movilización	Moderada	16	8,81	1,940	0,885
		Grave	41	9,07	1,253	
	Para asearse o vestirse	Moderada	17	8,82	1,944	0,844
		Grave	45	9,02	1,422	
	Para conciliar el sueño	Moderada	17	8,59	1,661	0,361
		Grave	45	9,16	1,796	
<b>Dominio 5</b> <b>Percepción/ cognición</b>	Para comunicarse verbalmente o por escrito	Moderada	7	9,43	1,134	0,887
		Grave	16	8,38	2,527	
<b>Dominio 6</b> <b>Autopercepción</b>	Para mejorar su estado de ánimo	Moderada	16	8,81	1,515	0,708
		Grave	24	9,08	2,083	
<b>Dominio 7</b> <b>Rol/relaciones</b>	Para que su familia se sintiera apoyada	Moderada	11	9,82	,405	0,583
		Grave	24	9,13	2,071	
<b>Dominio 8</b> <b>Sexualidad</b>	Para adaptar su sexualidad a la enfermedad	Moderada	4	10,00	,000	0,473
		Grave	2	8,50	2,121	
<b>Dominio 9</b> <b>Afrontamiento/ tolerancia al estrés</b>	Para disminuir su ansiedad, temor, miedo	Moderada	14	9,43	1,089	0,716
		Grave	26	9,00	2,059	
<b>Dominio 10</b> <b>Principios Vitales</b>	Para sus inquietudes religiosas o culturales	Moderada	5	8,00	4,472	0,302
		Grave	10	9,40	1,075	
<b>Dominio 11</b> <b>Seguridad</b>	Para administrarle los medicamentos	Moderada	27	9,33	,920	0,285
		Grave	57	9,32	1,072	
	Para curarle las heridas	Moderada	21	9,52	,873	0,165
		Grave	49	9,18	1,131	
	Para ponerle sondas, catéteres...	Moderada	23	9,43	,896	0,976
		Grave	56	9,07	1,277	
Para el control de la tensión, el pulso...	Moderada	31	9,42	,765	0,124	
	Grave	72	9,31	1,307		
Para evitar caídas, accidentes, lesiones	Moderada	14	9,29	1,490	0,924	
	Grave	27	8,93	1,517		
<b>Dominio 12</b> <b>Confort</b>	Para calmar el dolor	Moderada	27	9,30	,869	0,358
		Grave	61	9,28	1,583	

La relación de las variables formación para el autocuidados con la gravedad, ha obtenido significación estadística para la *explicación sobre los ejercicio/reposo que debía realizar*, siendo superior la media en los pacientes con gravedad moderada. Los resultados se muestran en la tabla 60.

Tabla 60. Relación de las variables de formación para el autocuidado con la gravedad de los pacientes.

<b>Las enfermeras le explicaron a usted o su familia</b>	<b>Gravedad</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>p</b>
Las actividades que realizaban (curas...)	Moderada	29	9,31	1,198	0,315
	Grave	74	8,82	1,739	
Las pruebas o estudios que le iban a realizar	Moderada	28	9,07	1,412	0,764
	Grave	72	9,13	1,221	
Las recomendaciones sobre la alimentación/dieta	Moderada	22	8,95	1,430	0,200
	Grave	60	9,17	1,210	
Los ejercicios/reposo que debe realizar	Moderada	24	9,17	1,551	0,011
	Grave	57	8,96	1,414	
Cómo tomar la medicación	Moderada	25	9,40	1,000	0,253
	Grave	66	9,17	1,117	
Le entregó informe escrito al alta	Moderada	27	9,41	1,217	0,113
	Grave	40	9,20	1,043	
Se mostraron dispuestas a aclararle sus dudas	Moderada	28	9,57	,879	0,454
	Grave	72	9,25	1,230	

La relación de las variables relación de cuidados con la gravedad, no ha obtenido significación estadística. Los resultados se muestran en la tabla 61.

Tabla 61. Relación de las variables de relación de los cuidados con la gravedad de los pacientes.

En qué medida piensa usted que las enfermeras de su unidad		Gravedad	N	Media	DE	p
Presencia cuidadora	Fueron rápidas en atender sus necesidades	Moderada	33	9,21	1,193	0,234
		Grave	85	9,00	1,655	
	Acudieron a comprobar cómo se encontraba aunque no hubiera llamado	Moderada	29	9,55	,827	0,700
		Grave	85	9,00	1,551	
	Le dedicaron el tiempo adecuado	Moderada	32	9,41	,911	0,852
		Grave	86	9,02	1,363	
	Recibió algún gesto de cercanía (apretón de manos, sonrisa...)	Moderada	30	9,53	,776	0,278
		Grave	78	9,00	1,604	
Escucha	Utilizaron un lenguaje comprensible para dirigirse a usted	Moderada	33	9,45	,971	0,148
		Grave	83	9,04	1,311	
	Tuvo la oportunidad de manifestar sus pensamientos	Moderada	27	9,44	,892	0,725
		Grave	71	8,97	1,383	
Participación	Favorecieron su participación o la de sus familia en los cuidados	Moderada	24	9,25	,989	0,988
		Grave	75	8,81	1,698	
Ética y respeto	Respetaron su intimidad al proporcionarle cuidados, durante el aseo, etc.	Moderada	31	9,32	1,194	0,981
		Grave	79	9,11	1,251	
Apoyo emocional	Le dieron ánimo cuando lo necesitó	Moderada	28	9,39	,875	0,532
		Grave	80	8,91	1,647	
	Le ayudaron a disminuir su soledad en el hospital	Moderada	25	8,88	1,563	0,460
		Grave	70	8,83	1,826	
Confort	Le ayudaron a sentirse seguro en el entorno sanitario	Moderada	30	8,93	1,552	0,303
		Grave	73	8,86	1,427	
	Procuraron que la habitación fuera confortable para facilitarle comodidad y descanso	Moderada	32	9,03	1,470	0,491
		Grave	81	8,75	1,707	
Imagen de enfermería dentro del equipo	Coordinaron las actividades del resto de los profesionales para que se le administrara la atención adecuada	Moderada	31	9,23	1,175	0,811
		Grave	78	8,74	1,678	
	Piensa que las enfermeras tomaron sus propias decisiones para cuidarle mejor	Moderada	26	9,54	,811	0,824
		Grave	72	8,67	1,752	
	Considera que las enfermeras ocupan un lugar importante en el equipo de profesionales sanitarios que le atendieron	Moderada	34	9,62	,739	0,728
		Grave	83	9,37	,972	
	Utilizaron la historia clínica cuando le atendieron	Moderada	28	9,21	1,197	0,517
		Grave	66	9,03	1,202	

#### 4.5.6. Unidades de hospitalización de los pacientes

Relación de las variables con la unidad de hospitalización de los pacientes, agrupada en médicas y quirúrgicas. La significación estadística obtenida en todo este apartado fue del 2,5% para el total de las variables de la muestra

La relación de las variables demanda de cuidados con la unidad de hospitalización, no ha obtenido significación. Los resultados se muestran en la tabla 62.

Tabla 62. Relación de las variables de demanda de cuidados con la unidad de los pacientes.

Necesitó ayuda de las enfermeras para resolver o paliar alguno de los siguientes problemas		Unidad	N	Media	DE	p
<b>Dominio 2</b> <b>Nutrición</b>	Para alimentarse o el control de la dieta	Médica	34	8,56	2,018	0,951
		Quirúrgica	49	9,06	1,600	
<b>Dominio 3</b> <b>Eliminación</b>	Para el control de la eliminación (orina, heces)	Médica	51	9,18	1,212	0,402
		Quirúrgica	86	9,12	1,498	
<b>Dominio 4</b> <b>Actividad/ reposo</b>	Para la movilización	Médica	45	9,00	1,365	0,864
		Quirúrgica	77	9,04	1,543	
	Para asearse o vestirse	Médica	48	8,94	1,706	0,960
		Quirúrgica	75	9,00	1,740	
	Para conciliar el sueño	Médica	37	8,57	2,555	0,461
		Quirúrgica	79	9,00	1,854	
<b>Dominio 5</b> <b>Percepción/ cognición</b>	Para comunicarse verbalmente o por escrito	Médica	13	8,85	2,794	0,360
		Quirúrgica	28	8,96	1,374	
<b>Dominio 6</b> <b>Autopercepción</b>	Para mejorar su estado de ánimo	Médica	24	8,63	2,261	0,401
		Quirúrgica	49	8,84	2,239	
<b>Dominio 7</b> <b>Rol/relaciones</b>	Para que su familia se sintiera apoyada	Médica	19	9,05	2,345	0,715
		Quirúrgica	43	9,37	1,310	
<b>Dominio 8</b> <b>Sexualidad</b>	Para adaptar su sexualidad a la enfermedad	Médica	10	9,50	,972	0,606
		Quirúrgica	9	9,00	1,803	
<b>Dominio 9</b> <b>Afrontamiento/ tolerancia al estrés</b>	Para disminuir su ansiedad, temor, miedo	Médica	24	8,75	2,400	0,301
		Quirúrgica	51	8,96	2,154	
<b>Dominio 10</b> <b>Principios Vitales</b>	Para sus inquietudes religiosas o culturales	Médica	5	7,40	4,336	0,526
		Quirúrgica	10	9,70	,675	
<b>Dominio 11</b> <b>Seguridad</b>	Para administrarle los medicamentos	Médica	62	9,21	1,203	0,903
		Quirúrgica	110	9,40	,940	
	Para curarle las heridas	Médica	48	9,04	1,398	0,833
		Quirúrgica	104	9,37	1,141	
	Para ponerle sondas, catéteres...	Médica	56	9,29	1,124	0,186
		Quirúrgica	103	9,29	1,025	
Para el control de la tensión, el pulso...	Médica	81	9,26	1,358	0,290	
	Quirúrgica	127	9,52	,795		
<b>Dominio 12</b> <b>Confort</b>	Para calmar el dolor	Médica	62	9,21	1,570	0,538
		Quirúrgica	113	9,42	1,067	

La relación de las variables formación para el autocuidado con la unidad de hospitalización, no ha obtenido significación estadística. Los resultados se muestran en la tabla 63.

Tabla 63. Relación de las variables de formación para el autocuidado con la unidad de los pacientes.

<b>Las enfermeras le explicaron a usted o su familia</b>	<b>Unidad</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>p</b>
Las actividades que realizaban (curas...)	Médica	74	9,20	1,596	0,307
	Quirúrgica	119	8,97	1,411	
Las pruebas o estudios que le iban a realizar	Médica	78	9,17	1,294	0,796
	Quirúrgica	110	9,11	1,295	
Las recomendaciones sobre la alimentación/dieta	Médica	59	9,39	1,034	0,139
	Quirúrgica	87	9,14	1,322	
Los ejercicios/reposo que debe realizar	Médica	50	9,50	,931	0,147
	Quirúrgica	88	8,97	1,504	
Cómo tomar la medicación	Médica	69	9,38	1,045	0,754
	Quirúrgica	106	9,18	1,209	
Le entregó informe escrito al alta	Médica	51	9,47	,809	0,928
	Quirúrgica	79	9,18	1,289	
Se mostraron dispuestas a aclararle sus dudas	Médica	76	9,41	1,073	0,918
	Quirúrgica	114	9,28	1,245	

La relación de las variables relación de cuidados con la unidad de hospitalización de los pacientes, ha obtenido significación estadística para *ayudarle a disminuir su soledad en el hospital*, siendo mayor la media de la atención en las unidades médicas. Los resultados se muestran en la tabla 64.

Tabla 64. Relación de las variables relación de cuidados con la unidad de los pacientes.

En qué medida piensa usted que las enfermeras de su unidad		Unidad	N	Media	DE	p
Presencia cuidadora	Fueron rápidas en atender sus necesidades	Médica	97	,98	,143	0,841
		Quirúrgica	146	,95	,214	
	Acudieron a comprobar cómo se encontraba aunque no hubiera llamado	Médica	86	9,07	1,615	0,817
		Quirúrgica	125	9,15	1,368	
Le dedicaron el tiempo adecuado	Médica	92	9,07	1,389	0,656	
	Quirúrgica	128	9,10	1,463		
Recibió algún gesto de cercanía (apretón de manos, sonrisa...)	Médica	88	9,03	1,691	0,837	
	Quirúrgica	120	9,27	1,255		
Escucha	Utilizaron un lenguaje comprensible para dirigirse a usted	Médica	87	9,32	1,051	0,810
		Quirúrgica	130	9,08	1,434	
	Tuvo la oportunidad de manifestar sus pensamientos	Médica	79	9,15	1,145	0,885
		Quirúrgica	104	9,09	1,366	
Participación	Favorecieron su participación o la de sus familia en los cuidados	Médica	79	8,99	1,629	0,492
		Quirúrgica	108	8,99	1,377	
Ética y respeto	Respetaron su intimidad al proporcionarle cuidados, durante el aseo, etc.	Médica	86	9,22	1,212	0,532
		Quirúrgica	120	9,23	1,260	
Apoyo emocional	Le dieron ánimo cuando lo necesitó	Médica	84	9,04	1,609	0,410
		Quirúrgica	113	9,17	1,253	
	Le ayudaron a disminuir su soledad en el hospital	Médica	65	9,17	1,516	0,024
		Quirúrgica	102	8,99	1,532	
Confort	Le ayudaron a sentirse seguro en el entorno sanitario	Médica	77	9,08	1,244	0,463
		Quirúrgica	117	8,87	1,517	
	Procuraron que la habitación fuera confortable para facilitarle comodidad y descanso	Médica	85	9,02	1,504	0,323
		Quirúrgica	123	8,87	1,679	
Imagen de enfermería dentro del equipo	Coordinaron las actividades del resto de los profesionales para que se le administrara la atención adecuada	Médica	84	8,93	1,685	0,431
		Quirúrgica	119	8,98	1,461	
	Piensa que las enfermeras tomaron sus propias decisiones para cuidarle mejor	Médica	66	9,05	1,631	0,265
		Quirúrgica	109	8,99	1,481	
Considera que las enfermeras ocupan un lugar importante en el equipo de profesionales sanitarios que le atendieron	Médica	88	9,44	,957	0,662	
	Quirúrgica	129	9,49	,911		
Utilizaron la historia clínica cuando le atendieron	Médica	75	9,27	1,095	0,175	
	Quirúrgica	105	9,15	1,254		



# 5. Discusión



# Discusión

---

El desarrollo de este apartado se realiza en base a los resultados más significativos, que responden al objetivo general de conocer la opinión de los pacientes hospitalizados sobre los cuidados de enfermería.

## 5.1. Contexto general

La información ha sido recogida en el momento del alta hospitalaria, después de una estancia mínima de 72 horas, tiempo considerado suficiente para que el paciente y su familia puedan ser más objetivos con la percepción de sus necesidades y la valoración de los cuidados recibidos. También es un tiempo suficiente para entender el funcionamiento de la unidad y de los roles que desempeñan cada profesional. Existe consenso, en la literatura, sobre el tiempo mínimo de contacto y su influencia en los cuidados de enfermería, considerando que debe ser superior a las 24 horas<sup>193</sup>, aunque, según afirman los estudios de Santiña et al.<sup>194</sup> y de Pujiula-Maso et al.<sup>186</sup>, el momento de pasar el cuestionario no parece tener influencia significativa en los resultados. Por otra parte, también es conocido que cuando la información es recogida en el domicilio baja ligeramente la satisfacción con los cuidados de enfermería.

La pérdida del 49,0% de cuestionarios la relacionamos con el esfuerzo de concentración que deberían realizar los pacientes y sus familias en momentos de bajo estado de ánimo, como así lo manifestaron en varias ocasiones. Esto mismo puede explicar las pérdidas en las respuestas a algunos ítems que puede producir un sesgo en la representatividad de la muestra, dado que el cuestionario es autocumplimentado. No podemos comparar la influencia de las pérdidas de nuestro estudio con otras publicaciones similares, dado que sólo se encuentran documentado el número de casos del estudio, sin hacer referencia a las pérdidas. En general,

pensamos que el alto porcentaje de homogenización en los resultados obtenidos, en nuestro estudio, nos permite reducir la influencia de dicho sesgo. Aun así, sería recomendable en el futuro obtener datos más completos de todos los participantes.

La muestra si es representativa según el número de pacientes que ingresan en las distintas unidades de hospitalización médicas y quirúrgicas del HUCA; siendo igual o ligeramente superior en la mayoría de ellas, excepto en traumatología que fue un 3% menor.

### 5.1.1. Entorno de cuidados

Los resultados de este estudio los relacionamos con otros factores relevantes que influyen en la calidad percibida sobre los cuidados, que fundamentalmente son:

#### 5.1.1.1. Formación y experiencia del equipo de enfermería

- Los pacientes fueron cuidados por un equipo de enfermería formado por: enfermeras diplomadas (Diplomado Universitario de Enfermería), fundamentalmente mujeres, con amplia experiencia profesional, media de 21,5 años y auxiliares de enfermería (Formación Profesional I).

#### 5.1.1.2. Modelo de cuidados

- Para el cuidado de los pacientes se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería, se han documentado en registros normalizados con la taxonomía NANDA-NIC-NOC.

- La organización de los cuidados es de tipo funcional. La responsabilidad directa de los cuidados es de la enfermera, los cuidados básicos son delegados en la auxiliar de enfermería.

#### 5.1.1.3. Cargas de trabajo

- Ratios de enfermera/paciente son 1/12. Si incluimos la presencia de las auxiliares de enfermería es de 1/6. Se distribuyen a lo largo de la jornada laboral, en turno de mañana: 1 supervisora, 2 ó 3 enfermeras y 2 auxiliares de enfermería, en turno de tarde: 2 enfermeras y 2 auxiliares de enfermería y en el turno de noche: de 1 ó 2 enfermeras y 1 ó 2 auxiliares de enfermería.

- La percepción de gravedad de los pacientes de nuestra muestra, estimadas por las enfermeras responsables, fue: leves el 13,7%, moderada el 38,4%, grave el 28,2%, terminal el 12,9 y con complicaciones asociadas al tratamiento o pruebas diagnósticas el 6,7%. Este dato nos proporciona información sobre la probabilidad previa de

atención sanitaria que precisan los pacientes y nos orienta al consumo de recursos y no sólo debe interpretarse como riesgo de muerte.

#### 5.1.1.4. Infraestructura y organización

- Homogenización de normativas, circuitos y documentación en todas las unidades de hospitalización. En general, es un hospital de tercer nivel con dimensiones e infraestructuras complejas.
- Está regulado el horario de visitas y la posibilidad de acompañamiento continuo si la situación del paciente lo precisa.
- Está establecido el horario y lugar para recibir información médica.
- Las unidades están organizadas por especialidades clínicas, pero son frecuentes los pacientes ectópicos. El perfil que destaca es el de paciente pluripatológico. Las habitaciones, mayoritariamente, son compartidas (2-3 camas) con un porcentaje de ocupación alto.

Para las consideraciones de los ratios con sus cargas de trabajo nos apoyamos en un estudio de la Dra. Aiken<sup>44</sup>, llevada a cabo en nueve países europeos en el 2014, que demuestra la asociación entre mortalidad hospitalaria con la dotación de personal y titulación académica de las enfermeras. En España, el ratio medio de paciente/enfermera fue de 12,7, frente a otros países como Noruega que es de 5,2. Los sorprendentes resultados muestran que cada paciente adicional agregado a la carga de trabajo promedio de una enfermera, aumenta en un 7% la probabilidad de los pacientes quirúrgicos que mueren dentro de los 30 días de la admisión. También sugiere que la formación de las enfermeras es más importante que su experiencia laboral para disminuir la mortalidad en pacientes quirúrgicos.

En otro estudio de la misma Dra. Aiken<sup>43</sup>, ratios inferiores al 1/4 se asocian a efectos negativos para la salud de los pacientes y para las propias enfermeras. El exceso de carga de trabajo es uno de los mayores obstáculos a los que se enfrentan las enfermeras. De acuerdo con la Dra. Germán et al. el factor tiempo cobra cada día mayor importancia debido a la situación laboral que nos está tocando vivir, pues no es fácil priorizar los cuidados cuando tenemos más personas que cuidar que tiempo disponible<sup>47</sup>.

Antes de bajar los ratios enfermera/paciente o mantenerlos a costa de personal con menor cualificación, los responsables institucionales deberían tener en cuenta la evidencia científica, que demuestra como un aumento en la carga de trabajo de enfermería incrementa la mortalidad de los pacientes hospitalizados y cómo influye positivamente que las enfermeras tengan una formación equiparable a la licenciatura.

Estos datos son especialmente relevantes en el momento socioeconómico que estamos viviendo, donde prima con urgencia el control del gasto. A nivel de gestión, la enfermería es un objetivo denominado *suave* porque el ahorro se puede hacer a corto plazo con la reducción del personal. Reducir costes mejorando la eficiencia es más difícil de conseguir para los gestores de las instituciones, y las medidas que están adoptando suponen una pérdida de seguridad y bienestar en la salud de los pacientes y de los propios profesionales.

## 5.2. Sociodemográficos

Los resultados sociodemográficos muestran que nos encontramos ante pacientes con una edad media de 64,8 años. Nuestra muestra es exclusivamente de adultos y excluye a los pacientes pediátricos, el embarazo, puerperio y unidades de corta estancia que contribuyen a la disminución de la edad media de los pacientes ingresados, así como en la estancia media<sup>61,147</sup>.

Por tanto, este dato es superior a la registrada en la memoria del HUCA del año 2011<sup>172</sup> y a la obtenida por el INSERSO en el 2008<sup>59</sup>, que sitúan esta edad media en el mismo entorno de 54,8 años.

Entre los participantes de nuestro estudio, se observa un porcentaje de 60,4% de personas jubiladas, siendo esta situación laboral superior a las que se recoge en la memoria de 2011 del HUCA que los sitúa en 47,8 %. Así mismo, es más acorde con los datos que se desprenden del Instituto Nacional de Estadística (INE)<sup>147</sup> sobre la previsión de crecimiento en ingresos hospitalarios de las personas mayores de 65 años. Este envejecimiento de la población supone una mayor representación de los grupos de mayor edad en el Sistema Nacional de Salud, sinónimo de más personas

con pluripatologías, dependientes y consumidores de recursos. Las consecuencias para la enfermería es que al aumentar el número de personas mayores aumentará la demanda de cuidados en los aspectos de: promoción de la salud, prevención de enfermedades, rehabilitación, cuidados de enfermedades agudas y crónicas y cuidados paliativos. Concretando, nos encontramos con una mayor demanda de cuidados enfermeros y se debe tener en cuenta para un adecuado dimensionamiento de nuestro trabajo.

Destaca que en los ingresos hospitalarios hay una proporción de hombres cercana al doble que de mujeres, en edades comprendidas entre 60 y 80 años. Estos resultados no resultan coincidentes con los datos obtenidos en la Encuesta de Salud en el 2012 para Asturias, que cifran la proporción del ingreso hospitalario en la población asturiana en el 11,6% de mujeres y el 9% de hombres<sup>214</sup>. Pensamos que esta discordancia puede estar en relación con la pérdida del 49,0% de los cuestionarios entregados y que las mujeres se hayan mostrado más remisas a cumplimentar.

Los pacientes de nuestra muestra residen en el medio urbano el 65%, tienen la percepción de ser autónomos en el 63,1%, el cuidador principal recae en la pareja en el 37,3%, podrían considerarse instruidos ya que sólo el 5,4% manifestó carecer de estudios y su situación laboral es de jubilados en el 60,4%. Estos datos se corresponde con la pirámide poblacional de la muestra y el perfil sociodemográfico se ajusta al obtenido en la Encuesta de Salud para Asturias en el año 2012<sup>214</sup>. Por tanto, nuestra muestra es representativa de la población de la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias.

### 5.3. Acogida al ingreso en la unidad de hospitalización

Nos interesaba averiguar cuál es la percepción de los pacientes en su acogida por el equipo de enfermería al ingreso en la unidad de hospitalización y la cumplimentación del protocolo de acogida, nuestros resultados se sitúan en un porcentaje entre el 70-82% de cumplimentación total del protocolo de acogida. Por tanto, la percepción de los pacientes es inferior a la actividad real que deben realizar las enfermeras, cuyo objetivo previsto de cumplimentación de este protocolo es que

se realice al 100% de los pacientes y que previsiblemente vayan a permanecer hospitalizados más de 24 horas<sup>87</sup>.

Los resultados demuestran que, aún en el momento actual, no es percibida esta actividad en su totalidad. Si bien, no podemos obviar que pueden darse elementos confusores que alteren la percepción del paciente, en el momento del ingreso, como puede ser necesidad de atención prioritaria a sus problemas o cuidados más urgentes.

Pensamos que la uniformidad de vestuario es otro elemento que dificulta la diferenciación: el diseño y el color de la ropa de trabajo es el mismo (pijama blanco). La tarjeta de identificación como único elemento diferenciador (es de pequeño tamaño y sólo una raya de color diferencia las distintas categorías asistenciales) dificulta la diferenciación. Todas estas características suponen una dificultad para la mayoría de las personas y muy especialmente las de edad avanzada.

Sin embargo, nuestros resultados son mejores comparándolos con otros estudios que se han ido realizando a lo largo de los años. Así en el llevado a cabo en el Hospital Santa Creu i Sant Pau de Barcelona<sup>91</sup> en los años 90, se observó que la presentación de la enfermera con su nombre fue de 4,9 puntos en una escala del 1-10. En el 2005, en otro estudio llevado a cabo en Málaga<sup>88</sup>, los pacientes que manifiestan conocer el nombre de su enfermera fue el 44,9%, y diferencian a la enfermera de la auxiliar de enfermería el 72% de los pacientes. Más recientemente, el estudio llevado a cabo en Murcia en el 2010<sup>92</sup>, muestra que después de una intervención de mejora sobre los criterios de acogida al ingreso se obtienen las siguientes modificaciones: presentarse con su nombre aumenta el conocimiento de 5,1 a 7,1 puntos, y proporcionar información sobre la unidad pasa de 6,3 a 8,5 puntos en una escala de 1-10.

Consideramos que en estos años se está trabajando en la mejora de la aplicación del protocolo de acogida y que se han producido un avance en la presentación e identificación de la enfermera. También en el HUCA se detectan mejoras en el seguimiento de este objetivo, aunque sigue siendo necesario realizar esfuerzos en varias líneas: unificación de criterios, implementación del protocolo de actuación en la acogida, la valoración de enfermería al ingreso y mantener la monitorización continúa de su cumplimiento por los responsables de la gestión de cuidados.

Aunque son normas básicas de cortesía que en el momento de la acogida del paciente en la unidad de hospitalización la enfermera se presente indicándole quién es y su nombre, proporcionar un saludo personalizado junto a la información sobre las características de la unidad, porque es una conducta profesional que marca el comienzo de una relación terapéutica basada, fundamentalmente, en la confianza, cordialidad, respeto y regulada por la Ley 41/2002, de la Autonomía del Paciente<sup>11</sup>, aún sigue siendo un área de mejora, en el que las enfermeras tendremos que esforzarnos para hacer más visible nuestra intervención en la acogida de los pacientes y en la recogida de información. Personalizar los cuidados desde el primer contacto con el paciente supone poner los pilares para una óptima relación terapéutica. Es muy importante para la calidad percibida que los pacientes puedan dirigirse a las enfermeras por su nombre e identificarla como responsable de sus cuidados, diferenciarla de las distintas categorías de profesionales implicadas en la asistencia y sus funciones, en suma, saber que puede aportarle para contribuir a su proceso de salud.

## 5.4. Demanda de cuidados

Al diseño del estudio nos preguntábamos en qué proporción los pacientes percibían sus necesidades de cuidados y como valoraban el cuidado recibido.

Los datos reflejan diferentes porcentajes en las necesidades de los cuidados según los dominios de valoración. En general, los pacientes han discriminado bien la ponderación sobre sus necesidades. Su visión se ajusta a los porcentajes que los profesionales observan diariamente en la práctica clínica, en los estudios de cargas habituales de trabajo y en su evolución histórica. Identificando el rol autónomo de los profesionales de enfermería en los equipos multidisciplinares.

Los resultados muestran que los pacientes valoran muy positivamente los cuidados recibidos, aunque no les otorgan la excelencia.

A pesar de la subjetividad de la información obtenida, los datos muestran una tendencia hacia la homogeneidad en todas las unidades y en todo tipo de pacientes. Las percepciones de los pacientes estudiadas en el cuidado deben considerarse de vital importancia para la organización de la práctica de enfermería y para la adecuación de recursos profesionales, porque estos datos son muy influyentes en los

índices de satisfacción de los usuarios con la asistencia hospitalaria. También sabemos, que los resultados de la valoración obtenida dependen del nivel de exigencia y expectativa que cada persona tenga en cada momento. Representan una fuente clave para la identificación de necesidades y una oportunidad de mejora en las intervenciones de enfermería, así como en la búsqueda del equilibrio entre el desarrollo de las competencias técnicas y el cuidado personalizado e integral.

A continuación comentamos los aspectos más relevantes obtenidos en la demanda de cuidados de los pacientes. Estos ítems no son explorados en el cuestionario de las enfermeras ya que son de obligado cumplimiento y con la máxima seguridad y calidad que en cada circunstancia pueda ofrecerse:

1. Situados en un porcentaje intermedio de demanda, entre el 35-60%, se encuentran el primer grupo de necesidades de cuidados que pertenecen a los dominios de: nutrición, eliminación y actividad/reposo. Están relacionados, fundamentalmente, con necesidades fisiológicas básicas. Estos resultados demuestran que los pacientes perciben que pueden satisfacer de manera autónoma o con la colaboración del cuidador las necesidades de alimentación, movilización y aseo. En las necesidades de eliminación es la que ha obtenido un porcentaje superior, de 59,6%, quizá los pacientes perciban mayor complejidad y control en su ejecución. Mayoritariamente, en la práctica clínica estas actividades de cuidado suelen estar delegadas en las auxiliares de enfermería. Este grupo recibe una valoración media sobre los cuidados recibidos de 9 puntos, destacando ligeras oscilaciones. Las necesidades más demandadas por los pacientes son también las que obtienen valoraciones más altas.

2. Situados en un porcentaje bajo de demanda, entre el 7-30 % se encuentran el segundo grupo de necesidades de cuidados que pertenecen a los dominios: percepción/cognición, autopercepción, rol/relaciones, sexualidad, afrontamiento/tolerancia al estrés y principios vitales. Se relacionan, fundamentalmente, con necesidades emocionales. Los resultados inferiores al 10% se encuentran en la sexualidad y las inquietudes religiosas o culturales.

Hemos procedido a realizar un análisis más concreto sobre la atención a la espiritual en pacientes oncológicos, con un proceso terminal, con el objeto de conocer si la proximidad del final de la vida podría influir en un aumento de esta demanda. Sin embargo, hemos observado que seguía siendo muy escasa, similar al resto de

participantes con otras situaciones vitales. Estos resultados están acordes con los obtenidos en la revisión de la bibliografía, donde, habitualmente, las inquietudes religiosas no son una prioridad para nuestros pacientes, donde la espiritualidad se considera un concepto muy abstracto que a los pacientes les cuesta relacionar con los cuidados de enfermería<sup>107</sup>. Quizá por tanto, sea un resultado bajo pero coherente con las expectativas de los pacientes respecto a la atención de las enfermeras. Tradicionalmente, la espiritualidad está relacionada con la religión; en nuestro contexto, la religión cristiana. Pero, a raíz de la secularización de los años sesenta, ha ido surgiendo una apertura que lleva a concebirla de manera que se admite que una persona que no siga una doctrina religiosa, tiene espiritualidad y que ésta, puede ser tanto un método de trascendencia, un método relacional, un propósito en la vida o una experiencia metafísica, por ejemplo. Con esto también se afirma que la espiritualidad es una experiencia íntima y subjetiva. Pues dos personas de un mismo nivel de estudios y grupo cultural pueden vivenciarla de forma distinta<sup>108</sup>. Las enfermeras, en sus actividades diarias, colaboran activamente en proporcionar una asistencia integral en todas las dimensiones del sufrimiento.

La necesidad de adaptar la sexualidad a los cambios que genera la enfermedad, en nuestros resultados, tampoco parecen ser una prioridad. Perdura la incertidumbre de si, ciertamente, es un tema que no se manifiesta por pudor o no se considera, en general, una necesidad importante<sup>104</sup>, o un tema de tabú cultural. En el caso de los pacientes de nuestra muestra consideramos que debería ser mayor la demanda ya que entre ellos, se encuentran pacientes con patologías cardíacas, urológicas y problemas quirúrgicos que generan problemas relacionados con el aprovechamiento de la energía y trastornos de la imagen corporal con gran repercusión sobre la sexualidad.

Entre el 16 y 30% están las necesidades relacionadas con la comunicación, el ánimo y la disminución de la ansiedad, tienen una amplia repercusión en la literatura de enfermería como intervenciones que la enfermera realiza en su práctica asistencial diaria<sup>83-85,96,97,100-102</sup>.

En los planes de cuidados de los pacientes hospitalizados en el HUCA son prevalentes los diagnósticos de enfermería: “Ansiedad”, “Temor”, “Duelo anticipado”, “Afrontamiento ineficaz” o “Afrontamiento familiar comprometido” porque van unidos a la incertidumbre que se genera en el proceso de hospitalización y a las

preguntas que frecuentemente formulan los pacientes: *qué me pasa o cómo se va a resolver este problema*. Observamos que las intervenciones que las enfermeras realizan para abordar estos diagnósticos son poco visibles para los pacientes, si bien, una misión enfermera es dar soporte teniendo en cuenta como sienten los pacientes para afrontar las circunstancias y el proceso de la enfermedad. En ocasiones, las enfermeras llevan a cabo estas acciones de forma muy coloquial y, aparentemente, parece que tienen un tratamiento casual y no se percibe como una intervención organizada y planificada. Pero las enfermeras dedican mucho esfuerzo a reorganizar las respuestas emocionales de los pacientes, dejan continuas referencias documentales en los registros de enfermería sobre las intervenciones terapéuticas que realizan y la evolución de los pacientes, sobre todo, cuando consideran que estas situaciones deben de ser conocidas por el equipo multidisciplinar para la toma de decisiones. En cambio, dejan pocos registros documentales en las que consideran pequeñas acciones que van asociadas a estos diagnósticos como: ofrecer una manzanilla, cogerles la mano, reconfortarles, escuchar sus preocupaciones... lo que se conoce en la bibliografía como cuidados invisibles<sup>154</sup>. También, se preocupan de proporcionar, en determinadas circunstancias, espacios privados que permitan la liberación emocional al paciente y su familia. Quizá se requiera de nuevas investigaciones que ponderen el tiempo que invierten en las intervenciones y se documenten en registros normalizados, todas las actividades que la enfermera realiza para cubrir las necesidades emocionales de los pacientes hospitalizados. Todo este grupo tiene una valoración media sobre los cuidados recibidos de 9 puntos, siguiendo en todos los ítems una tendencia homogénea.

3. Situados en un porcentaje alto de demanda, entre el 41-89 % se encuentran el tercer grupo de necesidades de cuidados que pertenecen a los dominios de seguridad y confort. Se relacionan, fundamentalmente, con necesidades complejas. Todas estas intervenciones de cuidado dependen directamente de la atención proporcionada por las enfermeras. Las más demandadas están en relación con los aspectos que requieren de altas competencias de conocimiento y de habilidades técnicas de las enfermeras, como son: la administración de medicamentos, el control del dolor, tratamiento de las heridas y la colocación o control de los catéteres y otros dispositivos. En cambio, las acciones de tipo preventivo como evitar caídas o accidentes son menos visibles para los pacientes. Todo este grupo tiene una

valoración media sobre los cuidados recibidos de 9,28 puntos. Son los que han obtenido una mayor puntuación y siguen en todos los ítems una tendencia homogénea.

Todas estas intervenciones complejas son las más solicitadas universalmente por los pacientes hospitalizados. Las referencias las asignan a la responsabilidad de las enfermeras, en todos los países, con independencia de la diversidad cultural, las necesidades en salud o la organización de los sistemas sanitarios. Así, los pacientes les conceden una alta prioridad<sup>83,95,97,116,168</sup>, y confían que las enfermeras apliquen en sus cuidados los máximos estándares de calidad<sup>107,112,113</sup>.

La demanda detectada en nuestro estudio se ajusta a la obtenida en los resultados del EPIME en el año 2010<sup>124</sup>. ya que , por ejemplo, un 64,2% era portador de un catéter endovenoso y un 7,39% tenía una úlcera por presión. Aunque, evidentemente, las intervenciones preventivas de la enfermera llevadas a cabo según el diagnóstico “Riesgo de deterioro de la integridad cutánea” representa a una necesidad de cuidados, los pacientes la perciben en menor proporción que las intervenciones de enfermería para prevenir caídas, lesiones o accidentes.

El control del dolor es considerado, en nuestra muestra, como una de las principales prioridades en la atención de los pacientes. La mayoría de los planes de cuidados llevan incorporado el diagnóstico de enfermería “Dolor”, bien sea por dolor agudo o dolor crónico. Las intervenciones sobre la evaluación del dolor y la aplicación de tratamientos para el control del dolor están consideradas, de manera universal, como una responsabilidad de la enfermera. Por tanto, encontramos un amplio consenso en la literatura de enfermería para estas intervenciones<sup>83,84,95,97,99,114,131</sup>.

A menudo, dolor y sufrimiento van juntos, y se convierten en un disconfort que repercute en la calidad de vida y en el proceso de recuperación de la salud. Para una actuación de máxima calidad se requiere que las enfermeras deben estar bien formadas sobre su fisiología, epidemiología, las medidas terapéuticas para un control eficaz y las variables que influyen en la percepción y respuesta del paciente.

Si bien es cierto que muchos de los resultados que se obtienen de los pacientes en un proceso clínico no son específicos únicamente de una sola competencia profesional, puesto que en estos resultados confluyen la praxis de todo el equipo, es totalmente necesario que las enfermeras determinen aquellos resultados que derivan

exclusivamente de sus acciones cuidadoras, para así determinar su cartera de servicios y los costes dentro del Sistema Sanitario.

El cuidado directo recae en las enfermeras porque permanecemos las 24 horas del día junto al paciente y la familia. Tenemos que tener presente que distintos niveles de dependencia en los pacientes significa distintos tiempos de dedicación de la enfermera. Con la informatización de los cuidados tendremos las herramientas para cuantificar nuestro trabajo a través de los diagnósticos, las intervenciones y los resultados en la salud de las personas: usémoslas, explotémoslas y, con estos datos, contestaremos a las preguntas ¿qué hacen las enfermeras?, ¿en qué emplean su tiempo? y ¿cuánto esfuerzo, tiempo dedican a los cuidados fisiológicos, emocionales, de seguridad y confort, además de la coordinación de los equipos?

Consideramos importante que la explotación de los datos proporcione información a los gestores, en la toma de decisiones en la práctica habitual, y evitar que se conozcan sólo los resultados negativos como consecuencia de la disminución de la calidad de la asistencia.

## 5.5. Formación para el autocuidado

Una de las competencias más destacadas en la práctica profesional de enfermería son las intervenciones en la educación para la salud, considerada esencial para favorecer la promoción y prevención de los autocuidados. El enfoque actual se orienta hacia la autonomía de los pacientes porque cada día están mejor preparados e informados para hacer frente a sus necesidades de salud. Esta capacidad implica que las organizaciones sanitarias tengan que plantearse estrategias para abordar adecuadamente la prevención, cuidado y rehabilitación de las personas. Los resultados de nuestro estudio avalan que los pacientes han percibido y valorado positivamente las intervenciones de las enfermeras informándoles y formándoles en su proceso de salud.

A continuación vamos a comentar los tres niveles que presentan variaciones relevantes según los distintos ítems explorados.

En primer lugar, las acciones que precisaron una mayor explicación por parte de las enfermeras: como la preparación pre y post de las pruebas diagnósticas, la información de las actividades que les van a realizar en cada momento, cómo tomar los medicamentos y la disponibilidad para aclararles sus dudas, alcanzaron el 80% en la percepción de la explicación. Baja al 60% para las explicaciones sobre el ejercicio/reposo que deben de realizar y las recomendaciones sobre la alimentación. En una proporción menor, destacamos que el 56,9% de los pacientes recibió el informe escrito al alta. Este último resultado consideramos importante ponerlo en contexto, dado que no contestaron a este ítem el 32,5% de los pacientes. El informe es entregado en el momento del alta según un protocolo de cumplimentación de continuidad de cuidados al alta hospitalaria (ICCAH)<sup>172</sup> versus informe de enfermería al alta. En él se recoge información resumida y estructurada acerca de las circunstancias en las que se ha desarrollado el cuidado. Este informe es importante para comprender y realizar los autocuidados y garantizar la continuidad de cuidados entre los distintos niveles asistenciales. Debería entregarse a todas las personas, sobre todo si presentan diagnósticos de enfermería al alta no resueltos. Define una población diana que incluye: ancianos frágiles, pacientes paliativos, pluripatológicos, crónicos con ingresos frecuentes y pacientes con diagnósticos de enfermería no resueltos y que precisan especial seguimiento para curas, presencia de sondas, etc. Diferenciamos el ICCAH entregado a los profesionales de Atención Primaria que debe de estar redactado en un lenguaje profesional y el apartado dirigido al paciente que debe utilizar un lenguaje sencillo y claro con la verificación de que el paciente y/o persona cuidadora han entendido las recomendaciones propuestas. Con la información obtenida en este estudio no podemos realizar una discriminación completa; cabe la posibilidad de que no se entregara en el momento del alta, o quizá, no fuera necesario. Debería ser en sí mismo objeto de un estudio propio la optimización de la documentación al alta hospitalaria.

La valoración media de los pacientes fue de 9,21 para todos los ítems de la formación para el autocuidado. Destaca, por tanto, la capacidad de las enfermeras para asumir con calidad la formación para el autocuidado.

Nuestros resultados son similares a los hallazgos de otros estudios donde los pacientes valoran positivamente que las enfermeras les expliquen los cuidados<sup>133</sup>, les

reconocen la habilidad de educar, promocionar la salud y fomentar los autocuidados<sup>83,85,97,163</sup>.

Por otra parte, se contraponen a los estudios que encuentran que las enfermeras están poco preparadas para proporcionarles información<sup>88</sup> o tienen poca preparación<sup>85,144</sup>.

A pesar de estos resultados no podemos obviar las sugerencias como las realizadas por el foro de pacientes<sup>145</sup> y otros estudios<sup>94,95</sup>, que recomiendan que las enfermeras tenemos que mejorar nuestras habilidades de comunicación, utilizar un lenguaje adecuado a las capacidades del paciente y facilitar la implicación de los pacientes y sus familias en los cuidados.

Las propias enfermeras asignan una puntuación media de 8,37 puntos en su valoración sobre las intervenciones educativas de los cuidados, frente a los 9,21 puntos otorgados por los pacientes. Si bien, como cabía esperar, participan al 100% en la realización de todos los ítems explorados.

En la comparación entre los cuestionarios realizados a los pacientes y a las enfermeras observamos que la valoración realizada por las enfermeras es ligeramente inferior a la de los pacientes en todos los ítems, excepto en la disposición de las enfermeras para aclarar las dudas de los pacientes, que la opinión de ambos es bastante coincidente. Se obtiene significación estadística para todos los ítems excepto para la entrega del informe escrito al alta.

La Enfermería se enfrenta a un importante desafío, por una parte asumir la responsabilidad sobre el cuidado de la salud de sus pacientes, y por otra parte la utilización eficiente de los recursos que orienten la formación para los autocuidados, porque se prevé que en los próximos años:

- a) La mayoría de nuestros pacientes tendrán enfermedades crónicas, neurodegenerativas o los diversos tipos de cáncer<sup>63</sup> que requieren cambios en los comportamientos de salud en todos los grupos de edad: hábitos de alimentación o de actividad física, patrones de uso de atención sanitaria, percepción del riesgo, etc.
- b) La creciente urbanización de nuestra sociedad, en España el 70% de la población reside en entorno urbano (y con expectativas de crecimiento), por lo que la atención sanitaria y los cuidados enfermeros en el hogar serán cada vez más frecuentes en el futuro próximo.

c) La incorporación de las mujeres al trabajo productivo ha contribuido a desencadenar una de las mayores transformaciones sociales de la historia: la participación de las mujeres en la esfera pública y la influencia que genera sobre las modificaciones en los cuidadores informales<sup>64</sup>.

Sería muy conveniente profundizar en la elaboración de guías de autocuidados con las mejores evidencias disponibles y adaptadas al lenguaje, expectativas y capacidades de los pacientes y cuidadores. En un futuro próximo tendrá mucha más importancia la interrelación online con el paciente para marcar las pautas y solucionar dudas referentes a los autocuidados, lo que conocemos como empoderamiento del paciente y que se relaciona con dos factores independientes: la gravedad de su enfermedad y su actitud hacia su problema de salud.

Pero, con independencia del canal de comunicación que se utilice con el paciente, siempre será necesario establecer una comunicación efectiva donde prime la escucha activa, una información y formación ajustada a las necesidades del paciente. La persona debe estar formada e informada para ser experta, activa y emprender acciones que le permitan controlar y minimizar la progresión de su problema de salud crónico y sus posibles complicaciones.

## 5.6. Relación de cuidados

La relación enfermera-paciente se basa en la confianza y en el apoyo mutuo. Un porcentaje importante del tiempo de atención de enfermería es utilizado en la relación de cuidados, habitualmente conocida en la literatura científica como cuidados invisibles. Los aspectos abordados en los cuidados invisibles son necesarios y fundamentales en el ejercicio de la Enfermería como componente de la faceta humanística que va implícita en la práctica profesional. Se debe reconocer su importancia y empezar a contabilizarlos dentro del trabajo diario de esta profesión, dándoles visibilidad, se les proporciona "reconocimiento y valor a estas acciones enfermeras realizadas a partir de un juicio profesional" como nos informa Huércanos<sup>155</sup>. Por tanto, el cuidado invisible es el trato humano, el trato atento, seguro, fiable, que empodera a las personas sobre su propia salud y cuidado, que acompaña a las personas enfermas en su situación más vulnerable.

Es necesario estandarizar estos cuidados en los registros que ayuden a ser reconocidos y transferibles en cualquier sistema de salud. Aún hoy en día no tenemos instrumentos para medir el impacto que producen en la recuperación y mejoría de los pacientes y en sus familias<sup>159</sup>. Sin embargo, los cuidados invisibles son estratégicos en la planificación de las intervenciones de cuidados, en el trabajo diario de las enfermeras en las unidades de hospitalización y cualquier desviación debe considerarse para aplicar medidas correctoras.

A continuación vamos a comentar los aspectos más relevantes obtenidos en la demanda de cuidados de los pacientes, siendo la percepción de la atención en el cuidado ligeramente variable según los distintos ítems. Así, destacamos que:

1. La presencia cuidadora de las enfermeras se sitúan en torno al 90% en la rapidez en la atención en sus necesidades y la dedicación en el tiempo que necesitan. Significa que las enfermeras están pendientes de lo que afecta a los pacientes. Disminuye ligeramente para las intervenciones que precisan mayor implicación emocional como son el proporcionar gestos de cercanía, un apretón de manos o una sonrisa. Esta presencia cuidadora es muy valorada en todos los estudios, y nuestros resultados son concordantes con la bibliografía generada en países que tienen diferentes necesidades de salud, niveles culturales y medios técnicos y organizativos disponibles<sup>83,84,94-103,113-116,133,137,160,161</sup>.

2. La escucha, por parte de las enfermeras, es una competencia que los pacientes consideran vital para una buena relación terapéutica. Implica confianza y cercanía. Se sitúa sobre el 90% cuando nos dirigimos a ellos utilizando un lenguaje comprensible y disminuye cuando la escucha requiere más tiempo y compromiso emocional, como es darles la oportunidad para que manifiesten sus pensamientos.

También en este caso nuestros resultados son concordantes con los obtenidos en otros estudios<sup>83,97,114,137</sup>, con los que compartimos la necesidad de actualizar el conocimiento que faciliten las relaciones humanas entre las enfermeras y los pacientes debido a la alta complejidad del sistema y los continuos cambios sociales, debe ser un objetivo a realizar en un próximo horizonte.

3. A la necesidad de integrar a la familia en los cuidados, nuestros pacientes les han dado una relevancia del 78,0%, al igual que en se muestra cuando comparamos los resultados de otros estudios<sup>85,87</sup>.

4. Manifiestan que las enfermeras respetan su intimidad al proporcionarles cuidados, en el 87,5%. La privacidad y discreción en los cuidados es una necesidad que se encuentra referenciada habitualmente en los estudios<sup>84,97,134,137</sup>.

5. La atención de enfermería implica apoyo emocional, ser sensible y respetuosa ante los sentimientos de vulnerabilidad de los pacientes, siendo comprensiva con sus necesidades y compasiva con su sufrimiento. En nuestros resultados, el 83,5% de las enfermeras le dieron ánimo cuando lo necesitó y baja ligeramente al 71,0% para disminuir su soledad en el hospital. Recordemos que la vivencia de la hospitalización está llena de momentos donde explotan los sentimientos, la importancia que tiene el que la enfermera los reconozca y que proporcionen un espacio con intimidad para llorar, por ejemplo. Que la fragilidad de la persona requiere apoyo y escucha. Teniendo en cuenta que una buena implicación afectiva implica entendimiento, compromiso, dedicación e interés por el bienestar del paciente, porque genera bienestar, optimismo y esperanza en la persona cuidada. Esta demanda de sentir la cercanía y empatía de las enfermeras está recogida por la mayoría de los estudios, con independencia de la patología del paciente o ámbito de cuidados y se podría recoger y resumir como el “buen trato” que esperan todos los pacientes<sup>83,95-98,112,114,116,137,138,161,162,167</sup>.

6. El confort, es una variable que tiene mucha influencia con las características hoteleras que ofrece el hospital, la enfermera con sus cuidados puede paliar las deficiencias y optimizar medios. Concretamente, nuestro hospital tiene unas instalaciones anticuadas y envejecidas por el uso, no hay inversiones en infraestructura ya que estamos a unos meses del cambio a un nuevo hospital, aún así, nuestros pacientes han manifestado, sentirse seguro en el entorno sanitario en el 82,7% y que las enfermeras procuraron que la habitación fuera confortable en el 87,5%.

7. La imagen de la enfermería dentro del equipo, en nuestro estudio, ha salido muy reforzada. Las enfermeras y, fundamentalmente, las supervisoras realizan competencias de gestión del equipo, dedicando, diariamente, tiempo y esfuerzo a la multitarea pocas veces relacionada con el cuidado de los pacientes pero con utilidad para la institución. Los pacientes reconocen el papel capital de las enfermeras en estas actividades así como en el de liderazgo para coordinar las actividades del resto

de los profesionales, otorgándoles puntuaciones del 85,5% y el 94,1% respectivamente, de forma similar a lo referenciado en otros estudios<sup>93,96,98,99</sup>.

En la diferenciación del trabajo, los pacientes opinan que las enfermeras han tomado sus propias decisiones sobre los cuidados en el 72,5%. Observamos que ligeramente disminuye en la autonomía profesional con respecto a la importancia de la enfermera dentro del equipo. Otros estudios refuerzan estos resultados en el trabajo autónomo<sup>180</sup>, y nos van alejando de las corrientes de pensamiento donde se daba importancia a la enfermera supeditada a las decisiones del médico dentro del equipo de salud<sup>178,179</sup>. No obstante, aún existen barreras organizativas y falta de tiempo que dificultan la organización óptima del trabajo diario<sup>179</sup>. Aún así, las opiniones recogidas permiten sustentar la idea de profesionalidad y cohesión del equipo, como lo han percibido el 77,6% de los pacientes.

Nuestros pacientes han otorgado visibilidad a la relación de cuidados, manifestando altos porcentajes en la percepción de la atención y otorgando una valoración global sobre los cuidados recibidos de 9,1 puntos, en todos los ítems. Las enfermeras también le dan valor con 8,08 puntos, ligeramente inferior, pero con reconocimiento del esfuerzo. Sería necesario explorar el valor que le conceden tanto los médicos como las instituciones y la valoración económica que implican los cuidados invisibles y no sólo que sean visibles por su déficit o por los resultados en salud de un “no cuidado”<sup>15</sup>.

Con la información obtenida en la relación de cuidados pensamos que podemos realizar un perfil sobre el valor de nuestra profesión para los ciudadanos. Si consideramos estos resultados, como una foto fija, los pacientes muestran una alta valoración de las enfermeras pero suavemente muestran los puntos más débiles del trabajo de las enfermeras. Podríamos resumirlas observando las dos caras de la misma moneda:

1. A la vez que consideran que ocupamos un lugar importante dentro del equipo disminuye su percepción sobre la toma de nuestras propias decisiones profesionales.

2. Les ofrecemos confort en los aspectos más técnicos del cuidado pero disminuye cuando se trata de dar participación, mantener la intimidad o disminuir la soledad en el hospital. Acciones que llevan implícito mayor esfuerzo personal, emocional y de coordinación

3. Se valora el hecho de que fueron rápidas y estuvieron atentas a sus necesidades pero disminuye en las que requieren un mayor esfuerzo emocional como los que implica la atención a la cercanía y a la escucha.

Estos hallazgos marcan la realidad social que hace que las enfermeras no se sientan plenamente empoderadas en su trabajo frente a nuestra misma profesión y hacia las instituciones. Entendemos el término empoderamiento como la habilidad de la profesión para saber comprender, controlar y decidir. Podríamos decir que los cuidados profesionales requieren la presencia del cuerpo y del alma y que este es nuestro compromiso con la profesión elegida. Todos los estudios mundiales manifiestan que el cuidado trasciende a la técnica.

Concienciar a los profesionales y a los responsables institucionales sobre la necesidad de que para llevar a cabo los cuidados no registrables (cuidados invisibles) como parte fundamental del trabajo de enfermería, se requiere programar tiempos para estas intervenciones<sup>159</sup>.

Todas las decisiones clínicas tienen que tener en cuenta los parámetros de la enfermedad y estar apoyadas con los valores y necesidades del paciente/familia de acuerdo con el pensamiento sistémico y holístico, entendiendo que no hay una buena decisión para la parte si no se tiene en cuenta el todo. Encontrar un punto medio donde exista la combinación del lado humanista y el lado de la profesionalización. El arte profesional, que vendría a ser una competencia del profesional al abordar problemas desde una perspectiva no científica y técnica. Una competencia a sumar al currículo científico y tecnológico.

Cuando comparamos los resultados obtenidos de los pacientes con los de las enfermeras observamos que la visión que estos profesionales tienen sobre los cuidados es más amplia desde su posición, pero también, más crítica. Puede estar influenciada por la cotidianidad de sus actos y, en general, se piensa que siempre se podría haberlo hecho mejor, utilizado mejor los recursos, informar más y mejor, etc. En cambio los pacientes sobrevaloran cualquier tipo de atención, pueden distorsionar la percepción o estar hipersensibles por la influencia de la enfermedad. Por tanto, la tendencia ha sido que las enfermeras puntúan regularmente más bajo que los pacientes; frente a 9,11 puntos de los pacientes las enfermeras puntúan 8,08 puntos. En todo caso, destaca la gran diferencia de opinión en la dedicación del tiempo y

utilización de la historia clínica, donde los pacientes nos otorgan una mayor valoración que la que se conceden los profesionales.

Estos resultados ponen de manifiesto las aseveraciones de Candela Bonill<sup>195</sup>, “Los usuarios sí visibilizan estos Cuidados Invisibles, y cada día los ponen más en valor llegando a establecer diferencias entre aquellos profesionales que los ponen en práctica y los que no” y también “No sé, a veces pienso que ellos tienen más claro los fundamentos de nuestra profesión que nosotros mismos”.

## 5.7. Actitudes de las enfermeras

Nos interesaba averiguar cuáles son, en opinión de los pacientes, las actitudes que ellos consideran más importantes para las enfermeras. Aunque sin instrumentos validados, en atención especializada, capaces de describir y asociar el tipo de actitud a la calidad de la atención, la inclusión de estos ítems en nuestro estudio aporta la cuantificación de los atributos que deben de tener las buenas enfermeras. Aunque, estas cualidades no están asociadas a la influencia en los resultados de los cuidados, sí que podemos considerarlas inseparables de los cuidados como práctica humana que se sustenta en valores en la interacción continua de enfermera-paciente. En un trato personalizado debe primar el respeto y el mantenimiento de la dignidad de la persona.

Destacan para los pacientes en orden de prioridad las siguientes actitudes (sobre un máximo de 8 puntos): la amabilidad con 5,26, la paciencia 4,99, la ayuda 4,94, el respeto 4,73, la delicadeza 4,64, la confianza 4, la sinceridad 3,81 y la escucha 3,75. Mientras las enfermeras priorizan el respeto 5,45, ayuda 5,22, escucha 4,64, paciencia 4,60 confianza 4,51, amabilidad 4,35, delicadeza 3,67 y sinceridad 3,57.

Los resultados son, en general, similares a los obtenidos en otros estudios<sup>178,183</sup>, donde las personas con un nivel cultural medio aprecian en primer lugar la amabilidad. Bien es cierto, que dentro de la amabilidad van incluidas otras actitudes humanas que se centran en la persona y en el cuidado humanizado y difieren en los atributos que prioriza el cuestionario AMABLE<sup>184</sup> donde con tres ítems de escucha, amabilidad y confianza se puede medir la satisfacción de los usuarios en atención primaria.

También, la opinión recogida de las enfermeras de nuestro estudio es coincidente con las obtenidas por la profesora Ramió<sup>185</sup> en enfermeras catalanas, las enfermeras priorizan las actitudes relacionadas con los valores altruista y de la dignidad humana.

En nuestra opinión, estas cualidades tienen gran importancia para la relación enfermera/paciente porque es una relación sustentada en valores. Así, los pacientes nos lo han hecho saber y lo han refrendado con sus comentarios escritos en los cuestionarios, *“consideramos dar la máxima puntuación en todas las actitudes”*.

El cuidado es difícil de concretar, requiere de altos conocimientos, habilidades y actitudes por parte de los profesionales de enfermería. La profesión enfermera es, posiblemente, una de las más socializadas de la historia, pero también lleva implícito que conlleva todos los estereotipos asociados que pueden representar deficientemente la función de la enfermería. Quizás estamos en un momento crucial para demostrar que trabajamos con el paciente y su familia, que damos voz y voto a sus opiniones e incluimos sus necesidades en nuestra actividad diaria, así lo manifiestan los altos niveles de satisfacción de los pacientes con los cuidados de enfermería. Es un momento de alianza con los ciudadanos para valorar la profesión frente a las organizaciones que promueven y toleran una imagen de irrelevancia que afecta a la autoestima y al autoconcepto de las enfermeras.

## 5.8. Contexto de la hospitalización de los pacientes

Las variables relacionadas con la hospitalización tienen una influencia directa en la valoración de resultados de los cuidados de enfermería. El entorno de cuidados afecta tanto a los pacientes como a las propias enfermeras (a veces, a los pacientes por los efectos sobre las enfermeras). Destacamos los ítems más relevantes:

La causa de ingreso de los pacientes hospitalizados obtenidos en nuestro estudio fueron: para intervención quirúrgica el 51,0%, para tratamiento médico el 31,8% y para pruebas diagnósticas el 7,1%. Son cifras que concuerdan con las obtenidas en la Encuesta de Salud para Asturias en el año 2012<sup>214</sup>.

La estancia media de los pacientes de nuestro estudio fue de 12,92 días, superiores a los datos que aporta el INE<sup>62</sup> que la sitúa en 6,7 días, e informa de la tendencia a la baja cada año, igualmente ocurre con las cifras sobre la estancia media

del hospital. Nuestro estudio, como criterio de selección, ya excluye a todos los pacientes de corta estancia que son los que contribuyen a acortar considerablemente la estancia media.

En el diseño del estudio teníamos la intención de conocer el diagnóstico del paciente pero la capacidad de discriminación sobre este ítem ha sido muy escasa, es necesario tener en cuenta, para futuras investigaciones, que son muy amplios los diagnósticos científicos y que los pacientes los confunden con los signos y síntomas de la enfermedad.

Nuestros resultados muestran un nivel aceptable de control del dolor en los pacientes mientras estuvieron hospitalizados con el 84,7% de los pacientes. No obstante hubo un 3,9% que manifestó que no tuvo controlado el dolor. Demuestra que los esfuerzos realizados en la valoración y el control del dolor por parte de todos los profesionales, especialmente las enfermeras en la evaluación del dolor están contribuyendo a la mejora del control del dolor. Este es un aspecto determinante en la atención de calidad que permite lograr el bienestar del paciente hasta conseguir el objetivo de un *“hospital sin dolor”*.

Un 24,7% ha percibido tener complicaciones en su proceso de hospitalización, no podemos especificar con este estudio la relación de causalidad. Posiblemente está en relación con la multitud de procesos invasivos a los que se somete a los pacientes para la resolución de sus problemas de salud. En todo caso, es superior al manifestado por las responsables de cuidados que, para esta muestra, estimaron que el 6,7% de los pacientes están ingresados por complicaciones asociadas al tratamiento o a las pruebas diagnósticas. También, la percepción de los pacientes, en este resultado, está por encima de la tasa de Efectos Adversos en hospitales<sup>121</sup> que las sitúa entre el 4 y el 17%.

Los pacientes han percibido que los médicos y las enfermeras les han mantenido informado durante su proceso de hospitalización en el 85,1% y 75,3% respectivamente. Sería deseable que estas cifras alcanzarán niveles más óptimos y que todos los pacientes, tuvieran la percepción de que han estado suficientemente informados en su proceso de salud.

Como comentamos, el entorno de los cuidados es una cuestión importante para la satisfacción de los usuarios. Disponer de espacios donde se pueda mantener la privacidad es un derecho que los pacientes, los profesionales y las instituciones

consideran irrenunciable. Nuestra realidad hospitalaria es que la ocupación de las camas está en límites elevados o saturados, los pacientes de nuestro estudio tuvieron que compartir habitación en el 45,9%, en habitación triple el 31,4%. Percibieron que estuvieron suficientemente acompañados por un familiar/cuidador en el 88,2%. Nos llama especialmente la atención que sólo el 67,5% de los pacientes reconozca saber sobre su derecho a conocer la información de la historia clínica. Además de la difusión por las vías oficiales, en nuestro hospital existen carteles informativos situados en las áreas más transitadas sobre sus derechos y obligaciones de los pacientes que se desprenden de la Ley 41/2002, reguladora de la Autonomía del Paciente<sup>11</sup>.

No podemos cuantificar en este período cuantas reclamaciones se formularon realmente; los pacientes de nuestro estudio han manifestado que realizaron o sintieron la necesidad de formular una reclamación en el 12,2% de los casos, relacionada con el trato (en el 6,3%) o por causas organizativas ( el 3,1%). En cambio, un 71,0% realizó o sintió realizar algún tipo de agradecimiento. El modo elegido para manifestar el agradecimiento es la vía oral.

## 5.9. Satisfacción global

Nos sentimos gratamente sorprendidos al comprobar que la satisfacción global de los pacientes como resultado de los cuidados de enfermería recibidos durante su hospitalización, obtuvo una media de 8,98 puntos. Es una puntuación que supera la obtenida por estudios recientes, con metodologías similares al nuestro, como el llevado a cabo por Huercanos, con 8,04 puntos<sup>156</sup> y las obtenidas a nivel autonómica y nacional en los últimos Barómetros Sanitarios<sup>213,216</sup>. Así en el año 2012 fue de 7,49 y en el año 2011 fue de 7,79. En estos Barómetros, el Principado de Asturias, ha obtenido uno de los mejores datos de la sanidad pública, en general. La bibliografía nos informa de que la satisfacción con los cuidados de enfermería baja ligeramente cuando la pregunta se hace fuera del entorno sanitario con el paciente en su domicilio<sup>194</sup>.

En general, los profesionales de enfermería, podemos sentirnos satisfechos con la percepción que los pacientes hospitalizados manifiestan sobre los cuidados. De todos es sabido que implican una continua actualización de conocimientos, que se considera fundamental la experiencia profesional y la integración de los equipos

multiprofesionales, pero sobre todo, que el cuidado está basado en una relación de confianza mutua, que en la toma de decisiones se deben incluir los valores y necesidades de los pacientes, que los cuidados son personalizados, incluyendo todas las dimensiones de la persona. "Haz a los demás lo que te gustaría que te hicieran a ti" es su consigna holística y humanitaria más representativa. También, los buenos resultados obtenidos avalan que los profesionales de enfermería están comprometidos con el sistema público y son leales a las instituciones.

## 5.10. Análisis bivariante

Los resultados del análisis multivariante mostraron sistemáticamente escasa o nula asociación estadísticamente significativa con las variables sociodemográficas, la gravedad de los pacientes y la unidad de hospitalización, considerando que una  $p < 0,05$  de los casos es exclusivamente producto del azar.

Aún así, destacamos que en el análisis de los datos categóricos globales obtuvieron significación: la edad (27,7%), el sexo (20,4%), la unidad de hospitalización, (15,9%), la gravedad (9,09%), los estudios (6,8%) y la residencia (4,5%).

La edad obtiene significación en el 58% de los ítems en la demanda de cuidados. Siendo siempre mayor en los mayores de 65 años que en los menores de 65 años. Para la acogida al ingreso, la formación para el autocuidado y la relación de cuidados no se ha obtenido ninguna significación. Este hallazgo podría tener una doble significación, es decir, cuanto mayor te haces más agradecimiento se expresa o también, cuanto más avanza la edad más aumenta la dependencia y manifiestan agradecimiento por la ayuda.

El sexo obtiene significación en el 42,6% de los ítems de formación para el autocuidado, con el 25% para la acogida al ingreso y la relación de cuidados con el 5,8% en la demanda de cuidados. Siendo siempre mayor en los hombres que en las mujeres.

El lugar de residencia obtiene significación en el 7% para la formación del autocuidado y 5,8% para la demanda de cuidados. Siendo mayor para los que residen

en el medio rural que el urbano. No se obtuvo significación para la acogida al ingreso y la relación de cuidados.

El tipo de estudios obtiene significación del 14% en la formación para el autocuidado y 6,25% en la relación de cuidados. Siendo mayor para los que no tienen estudios o estudios primarios que los que tienen estudios secundarios o universitarios. La acogida al ingreso y demanda de cuidados no han obtenido significación.

La situación de gravedad de los pacientes obtiene significación el 17,6% en la demanda de cuidados y 7% en la formación para el autocuidado. Siendo mayor en los pacientes más graves que en los moderados. No se obtuvo significación para la acogida al ingreso y la relación de cuidados, este último resultado nos ha resultado bastante llamativo que no exista significación con la gravedad en todas las necesidades derivadas en la acogida y en la relación de ayuda.

La unidad de hospitalización obtiene significación del 35,2% para la demanda de cuidados y de 6,2 para la relación de cuidados. Siendo mayor en las unidades quirúrgicas que en las unidades médicas. No se obtuvo significación para la acogida en la unidad y la formación para el autocuidado.

En el análisis de los datos cuantitativos globales obtuvieron significación: el sexo (30%), los estudios (5%), la gravedad y la unidad de hospitalización (2,5%) y sin significación la edad y la residencia.

El sexo obtiene significación en el 35,3% de los ítems en la demanda de cuidados, con el 31,25% para la relación de cuidados y con el 7% para la formación del autocuidado, Siendo siempre mayor la media en los hombres que en las mujeres.

El tipo de estudios obtiene significación del 6,25% en la relación de cuidados y un 5,8% en la demanda de cuidados. Siendo mayor para la demanda de cuidados en el ítem de inquietudes religiosas y culturales en los pacientes con estudios secundarios o universitarios que en los pacientes sin estudios o primarios. En la relación de cuidados en el ítem de *acudieron a comprobar cómo se encontraba aunque no hubiera llamado* fue mayor para los pacientes sin estudios o primarios. No se obtuvo significación en la formación para el autocuidado.

La situación de gravedad de los pacientes obtiene significación del 7% en la formación para el autocuidado. Siendo mayor para los pacientes con una situación de

grave que los que se encontraban en una situación moderada. No se obtuvo significación en la demanda de cuidados y en la relación de cuidados.

La unidad de hospitalización obtiene significación del 6,25% para la relación de cuidados. Siendo mayor para los pacientes que ingresaron en unidades médicas que quirúrgicas. No se obtuvo significación en la demanda de cuidados y en la formación para el autocuidado.

En general, el haber obtenido poca significación estadística puede indicar que nuestros pacientes están igualados en edad y formación. Es decir, son muy representativos de la sociedad actual.

Nuestros resultados son coherentes con los encontrados en los estudios de Cabrero<sup>198</sup> sobre la influencia de la edad como una de las más influyentes dentro de las variables sociodemográficas. Otros autores tampoco han encontrado asociación entre las múltiples variables que podrían analizarse como son: presencia o ausencia de complicaciones, el grado de dependencia<sup>186</sup>, la época del año, el tipo de ingreso, el departamento del hospital en el que estuvo ingresado el paciente, el tiempo de estancia y el peso del GDR (indicador del producto hospitalario)<sup>88</sup>.

Autores como Gourdjy et al.<sup>144</sup>, encuentran que la influencia de la experiencia de ingresos previos influye en la valoración de los cuidados de enfermería. Por el contrario, otros autores<sup>183,186</sup> no han encontrado asociación.

## 5.11. Áreas de mejora y futuras investigaciones

Se han detectado limitaciones por tratarse de un estudio descriptivo y una selección muestral no aleatoria. Por lo tanto, cabe plantearse realizar si fuese posible un muestreo probabilístico que nos asegure la representatividad de la población y futuras líneas de investigación que permitan conocer los cambios y avances en el tema. Proponemos cuestionarios más cortos que exploren por bloques las necesidades de cuidado y permitan discriminar mejor las opiniones de los pacientes.

El protocolo de acogida al ingreso sigue siendo, en el momento actual, un área de mejora y atención continua por los equipos de enfermería.

La codificación diagnóstica y la implementación en los registros de enfermería en la historia clínica, de todas las intervenciones que realizan las enfermeras en la relación de cuidados, para que estos cuidados dejen de tener invisibilidad y sean

ponderables en los responsables de las instituciones sanitarias. Saber gestionar el cuidado enfermero supone poner en valor todo el activo de excelencia de nuestra profesión.

Este estudio permitirá realizar posibles comparaciones y comprobar si los cambios que se están realizando modificaran la percepción de los pacientes sobre los cuidados de enfermería en un futuro próximo.

La realización periódica de encuestas es aconsejable en la medida en que ponen de manifiesto la percepción de los pacientes sobre nuestros cuidados. Intervenir sobre los factores que son modificables, como actualizar a las enfermeras en habilidades de comunicación, mejorar el servicio general del hospital y atender especialmente a los pacientes con más exigencias en la calidad del servicio, debe mejorar la satisfacción con la atención sanitaria proporcionada por enfermería.

El fin principal del hospital es el de ofrecer una buena asistencia, proporcionando la mayor comodidad y el mejor cuidado. Incorporar la opinión del paciente y sus familias es esencial para promover un cuidado integral, actualmente, sigue siendo un desafío.



# 6. Conclusiones



1. Respecto a la acogida al ingreso, el cumplimiento del protocolo que se realiza es percibido por los pacientes en un porcentaje (70-82%) superior al de otros estudios, pero lejos aún de un óptimo 100%.
2. En relación a la demanda de cuidados, los pacientes hospitalizados han manifestado que perciben necesitar cuidados relacionados con los dominios que se exploran en la valoración de enfermería si bien, existen diferencias cuantitativas en los diferentes apartados siendo los cuidados más frecuentes los relacionados con el control del dolor (77%), de seguridad y confort (70%), necesidades fisiológicas básicas (50%), necesidades emocionales (<30%) y necesidades relacionadas con la sexualidad y principios vitales (< 10%). Estas diferencias permiten establecer una categorización de las necesidades de atención de los pacientes, siendo el control del dolor y la confortabilidad las demandas prioritarias junto a la reducción de la fragilidad.
3. La mayoría de los pacientes (77,6%) necesitó ayuda de las enfermeras para calmar el dolor lo que sugiere la necesidad de una monitorización continua de los pacientes para conseguir su adecuado tratamiento.
4. Nuestros resultados sugieren la importancia de la formación para el autocuidado, siendo reconocido por el 80% de los pacientes.
5. En relación a los cuidados, los pacientes diferencian dos ámbitos de la actuación enfermera. Por un lado sugieren que las enfermeras se desenvuelven con excelencia técnica y mantienen un alto nivel de satisfacción en cuidados invisibles (tales como escucha, apoyo emocional, cuidado de la intimidad, etc.). Por otro, atribuyen a las enfermeras un papel relevante y autónomo dentro del equipo de atención, si bien, la toma de decisiones profesionales de éstas es percibida por un número menor de pacientes.
6. La residencia, el nivel de estudios y la gravedad de los síntomas no aportó discriminación en la apreciación de la actuación enfermera. Sin embargo, las valoraciones fueron más favorables en las áreas quirúrgicas que en las médicas lo que puede relacionarse con la diferente naturaleza de las patologías y de los cuidados necesarios en ambas áreas.
7. Si bien las diferencias entre las apreciaciones realizadas por pacientes varones y mujeres fue poco relevante, éstas fueron más favorables en las opiniones de los varones y los de mayor edad.

8. A juzgar por las opiniones de los pacientes, los valores que debe reunir una buena enfermera (amabilidad, paciencia y ayuda) son esencialmente las mismas que describen las enfermeras para el perfil (respeto, ayuda y paciencia) lo que sugiere un consenso alto sobre el papel de las enfermeras en el trato a los pacientes y, por tanto, en la sociedad.
9. Las elevadas puntuaciones otorgadas por los pacientes (8.98) a los aspectos de cuidados incluidos en nuestro estudio sugiere un alto nivel profesional de las enfermeras del Hospital Universitario Central de Asturias, lo que permite entender su alta valoración en la Encuestas Nacional de Salud y en las Encuestas del Principado de Asturias. No obstante lo anterior, las enfermeras otorgan a los mismos aspectos una puntuación sensiblemente inferior (7.41), lo que requiere un detenido análisis institucional.
10. Las diferentes puntuaciones otorgadas por pacientes y enfermeras a los ítems de la encuesta sugiere, además de una lectura desde posiciones complementarias, una confrontación entre la atención recibida y la otorgada en la que los pacientes detectan una gran carga de trabajo de las enfermeras que debería ser corregida mediante una dotación de estas profesionales ajustadas a la carga de trabajo.
11. Nuestro estudio ha identificado algunas áreas de mejora que deberían ser objeto de atención para aumentar la calidad de la atención enfermera y la satisfacción de los usuarios. Son las siguientes: protocolo de acogida al ingreso, codificación diagnóstica y registro de enfermería, adecuación de la relación enfermera/paciente y las actuaciones enfermeras en los cuidados.

# 7. Referencias bibliográficas



1. Domínguez-Alcón C. Sociología del cuidado. *Enferm Clín.* 1999;9(4):174–81.
2. Germán C. Género y Enfermería. *Index Enferm.* 2004;46:7-8.
3. Báez FJ, Nava V, Ramos L, Medina OM. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Aquichán [Internet]*. 2009 [consultado 4 Mar 2010]; 9(2):127-34. Disponible en:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n2/v9n2a02.pdf>
4. Real Decreto 2128/1977 de 23 de julio, para la Integración en la Universidad de las escuelas de Ayudante Técnico Sanitario como Escuelas Universitarias de Enfermería. *Boletín Oficial del Estado*, nº 200, (22-8-1977).
5. Real Decreto 1393/2007 de 29 de octubre, para la Ordenación de las Enseñanzas Universitarias Oficiales. *Boletín Oficial del Estado*, nº 260, (30-10-2007).
6. Chocarro L, Guerrero R, Venturini C, Salvadores P. Análisis de la identidad profesional a través de la competencia educadora de la enfermería. *Cul Cuid.* 2004;15:55–62.
7. Teixidor M. La Europa de la salud: Un nuevo espacio para las enfermeras. *Metas Enferm.* 2006;9(6):61–66.
8. Feito L. *Ética y Enfermería*. Madrid: San Pablo; 2010.
9. Jovell AJ. El paciente del siglo XXI. *An. Sist. Sant. Navarra.* 2006;29(3):85–90.
10. Estévez J. Calidad de cuidados y profesionalización de la gestión enfermera. *Tesela [Internet]*. 2007 [consultado 21 Mar 2013];2. Disponible en:  
<http://www.index-f.com/tesela/ts2/ts0707.php>
11. Ley 41/200, de 14 de noviembre, de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*, nº 274, (15-11-2002).
12. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, para la Ordenación de las profesiones sanitarias. *Boletín Oficial del Estado*, nº 280, (22-11-2003).
13. Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, para los Estatutos generales de la Organización colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de Enfermería. *Boletín Oficial del Estado*, nº 269, (9 -11- 2001).
14. German C, Hueso F, Huércanos I. El cuidado en peligro en la sociedad global. *Enferm Global.* 2011;23:221-29.
15. Olano-Lizarraga M, Vivar C. Visión de los pacientes sobre el cuidado de enfermería. *Rev ROL Enf.* 2012;35(1):20–31.

16. Nightingale F. Notas sobre enfermería, Qué es, qué no es. Barcelona: Masson-Salvat; 1990.
17. Henderson V. La Naturaleza de la Enfermería. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill; 1994.
18. Oren DE. Conceptos y temas de la práctica de enfermería. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill; 1995.
19. Roach S. The human Act of Caring: A blueprint for the health professions. Ottawa: Canadian Hospital Association; 1987.
20. Watson J. Nursing: the philosophy and science of caring. Colorado: Colorado Associated University Press; 1985.
21. Watson J. Caring science as sacred science. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2005.
22. Leininger M. Teoría de los cuidados transculturales. In: Marriner A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 6th ed. Philadelphia: Mosby; 2007.
23. Ibarra X. Aspectos cualitativos en la actividad gestora de los cuidados enfermeros. Cul Cuid [Internet]. 2006 [consultado 21 Mar 2012];20:147-52. Disponible en: <http://www.index-f.com/cultura/20pdf/20-147-1807.pdf>
24. Fernández-Ferrín C. Valores humanistas en la obra de Virginia Henderson. Enferm Clínica. 1996;6(5):207-11.
25. Thorne S, Canam C, Dahinten S, Hall W, Henderson A, Reimer-Kirkham S. Nursing's metaparadigm concepts: disimpacting the debates. J Adv Nurs. 1998;27:1257-68.
26. Meleis AI. Directions for nursing theory development in the 21st century. Nurs Sci Q. 1992;5:112-17.
27. Poblete M, Valenzuela S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paul Enferm. 2007;20(4):499-503.
28. Feito L. Filosofía profesional de la enfermería. Filosofía de la enfermería como ética del cuidado. Madrid: PPC; 2000.
29. Jovell AJ. El silencio de los pacientes. Rev ROL Enf. 1992;22((7-8)): 507-10.
30. Braga MM, Coimbra CCh, Ribeiro P, Piexak DR, Backes D, Borges A. Apoyo emocional ofrecido por el equipo de enfermería a pacientes hospitalizados. Evidentia [Internet]. 2012 [citado 3 Abr 2013];oct-dic:9(40). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n40/ev7822.php>

31. Paricio J. Estamos potenciando la participación activa de los ciudadanos para mejorar diferentes aspectos de nuestro Sistema de Salud. Rev Tesela [Internet]. 2010 [consultado 3 Abr 2013];7. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts7/ts0207.php>
32. Mira JJ, Tomás O, Pérez-Jover V, Nebot C, Rodríguez-Marín J. Predictions of patient satisfaction in surgery. *Surgery*. 2009;145:536–41.
33. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006. [Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [consultado 16 Ago 2013]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pncalidad.htm>
34. Ministerio de Sanidad y consumo. Informe Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006-2010 [Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. [consultado 16 Ago 2013]. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/InformePlanCalidad\\_ESP.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/InformePlanCalidad_ESP.pdf)
35. Gunther M, Alligood MR. A discipline-specific determination of high quality nursing care. *J Adv Nurs*. 2002;38(4):353–59.
36. Jun M, Peterson RT, Zsidisin GA. The identification and measurement of quality dimensions in health care: focus group interview results. *Health. Care Manage. Rev*. 1998;23:81–96.
37. Pedro JE, Morales JM. Las organizaciones ¿favorecen o dificultan una práctica enfermera basada en la evidencia? *Index Enferm*. 2004;44-45:26–31.
38. Castro E. Revisión bibliográfica de la Historia del cambio docente enfermero en la transición política española: de ATS a Diplomados Universitarios de Enfermería. *Temperamentvm* [Internet]. 2012 [consultado 3 Abr 2013];16. Disponible en: <http://www.index-f.com/temperamentum/tn16/t1712.php>
39. Orden de 28 de febrero de 1985, por la que se establecen los órganos de dirección de los hospitales y la dotación de su personal, regulando la provisión de los cargos y puesto correspondiente. *Boletín Oficial del Estado*, nº 55, (5 -03-1985).
40. Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería. Informe sobre los Recursos Humanos sanitarios en España y la Unión Europea. Madrid: Consejo General de Enfermería; 2007.
41. Hartz A, Krakauer H, Kuhm EM, Young M, Jacobsen SJ, Gay C, et al. Hospital characteristics and mortality rates. *N Engl J Med*. 1989;321(25):1720–25.
42. Aiken L, Havens D, Sloane D. The magnet nursing services recognition program. *AJN*. 2000;100(3):26–35.

43. Aiken L, Clarke S, Sloane D. Fort he International Hospital, Outcomes Research consortium. Hospital Nurse Staffing end patient mortality, nurse bornout, and job dissatisfaction. JAMA. 2002;288(16):1987-93.
44. Aiken L, Sloane D, Bruyneel L, Van den HeedeK, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine Europea countries: a retrospective observacional study. The Lancet [Internet].2014 Feb [consultado 28 Abr 2014]. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62631-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62631-8/fulltext)
45. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. N Engl J Med. 2002;346(22):1715-22.
46. Moreno T, Fuentelsaz C, González E, Gil A. Barreras para la utilización de la investigación. Estudio descriptivo en profesionales de enfermería de la práctica clínica y en investigadores activos. Enferm Clínica. 2010;20:153-64.
47. Germán C, Hueso F, Huércanos I. El cuidado en peligro en la sociedad global. Enferm Glob [Internet]. 2011 [consultado 01 Nov 2013];10(23):221-31. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/125491/121971>.
48. Huércanos I, Anguas A, Martínez F. El Cuidado Invisible como indicador de mejora de la calidad de los cuidados enfermeros. Rev Tesela [Internet]. 2012 [consultado 01 Nov 2013];11. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts11/ts1106.php>
49. Morales JM, Morilla JC, Martín FJ. ¿Gestión de riesgos o el riesgo de una mala gestión? La variabilidad en la ratio enfermera-paciente también influye en los resultados de hospitales europeos. Evidentia [Internet]. 2007 [consultado 01 Nov 2013]; jul-ago; 4(16). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n16/346articulo.php>
50. Lunardi V, Peter E, Gastaldo D. ¿Es ética la sumisión de las enfermeras? Una reflexión acerca de la anorexia de poder. Enferm Clínica. 2006;16:268-74.
51. Joint Commission. Leadership in Healthcare Organizations. A Guide to Joint Commission Leadership Standards [Internet]. San Diego: Joint Commission. Org ; 2009 [consultado 20 Jun 2010]. Disponible en: [http://www.jointcommission.org/assets/1/18/WP\\_Leadership\\_Standards.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/18/WP_Leadership_Standards.pdf)
52. Esteve J. Demanda universitària i manca d'infermeres a Catalunya [Internet]. Barcelona: Consell de Collegis de Diplomats en Infermeria de Catalunya; 2008 . [consultado 22 Jun 2010]. Disponible en: <http://www.coill.org/inici.htm>.
53. Garza R, Meléndez C, Castañeda H, Aguilera A, Acevedo G, Rangel S. Nivel de estrés en enfermeras que laboran en áreas de hospitalización. Desarrollo Cientif Enferm. 2011;19(1):15-19.

54. Osman N. España y Polonia, los países de la UE con menos profesionales de enfermería. *Enfermería de Sevilla*. 2013;(264):39.
55. SATSE. Estudio descriptivo del clima laboral y las condiciones de trabajo de los profesionales de enfermería en España [Internet]. Madrid SATSE; 2012 [actualizada 2011; consultado 30 Ene 2013]. Disponible en : <http://www.satse.es/comunicacion/sala-de-prensa/informes/estudio-descriptivo-del-clima-laboral-y-las-condiciones-de-trabajo-de-los-profesionales-de-enfermeria-en-espana>
56. Martínez N, Fernández M<sup>a</sup> L. El rol enfermero. Cambios más significativos entre Ayudante Técnico Sanitario y Diplomado Universitario en Enfermería. *Cul Cuid* [Internet]. 2012 [consultado 30 Ene 2013];(33):22-29. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.33.03>
57. Resolución de 3 de marzo de 2009, de la Dirección Gerencia del Servicio de Salud del Principado de Asturias, por la que se aprueba el Sistema de Evaluación de Carrera Profesional, período ordinario, para el personal Licenciado/a y Diplomado/a Sanitario de los Centros e Instituciones Sanitarias del Servicio de Salud del Principado de Asturias. *Boletín Oficial del Principado de Asturias*, nº 60, (13-03- 2009).
58. Tey R. Hay que formular un voto de confianza en el futuro. *Rev ROL Enf*. 2013;36(3):201-02.
59. Imsero. Las Personas Mayores en España 2008. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas [Internet]. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2009 [consultado 12 Ene 2012]. Disponible en: <http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/infppmm2008.pdf>
60. Organización de las Naciones Unidas. ONU. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento [Internet]. Nueva York: Publicación de las Naciones Unidas (A/CONF.197/9); 2002 [consultado 12 Ene 2012]. Disponible en: [http://www.monitoringris.org/documents/norm\\_glob/mipaa\\_spanish.pdf](http://www.monitoringris.org/documents/norm_glob/mipaa_spanish.pdf),
61. Pérez Díaz J. Consecuencias sociales del envejecimiento demográfico. Madrid: Papeles de Economía Española, Transformación demográfica. Raíces y consecuencias; 2005.
62. Instituto Nacional de Estadística. INE. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria - Año 2010 [Internet]. Madrid: INE. Serie Notas de prensa; 2011. [consultado 12 Ene 2012]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np762.pdf>
63. Alwan A. Global status report on noncommunicable diseases 2010. World Health Organizations, editor. Ginebra: WHO Publications; 2011.

64. Tobio C, Angulló MS, Gómez MV, Martín MT. El cuidado de las personas: Un reto para el siglo XXI. Colección Estudios Sociales nº 28. Barcelona: Obra Social Fundación la Caixa; 2010.
65. Elola Somoza FJ. Futuro del sistema sanitario público del Principado de Asturias. Oviedo: Consejo Económico y Social del Principado de Asturias; 2010.
66. Hospital Universitario Central de Asturias [Internet]. Oviedo: Huca.es [consultado 20 Ene 2012]. Disponible en: [http://10.15.65.11/huca/web/enfermeria/html/main.asp?id\\_carpeta=0201](http://10.15.65.11/huca/web/enfermeria/html/main.asp?id_carpeta=0201)
67. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, para el Conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, nº 225, (16-09-2010).
68. North American Nursing Diagnosis Association diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009- 2011. Barcelona: Elsevier, 2009.
69. McCloskey J, Bulechek G, McCloskez J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. NIC. 5ª ed. Barcelona: Elsevier, 2009.
70. Morread S, Jonson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería.NOC. 4ª ed. Barcelona: Elsevier, 2009.
71. Peinado MC, Granados AE, Contreras R, Orero MJ, Vázquez F. Diagnósticos, Resultados e Intervenciones enfermeras Prevalentes en Pediatría. Rev Paraninfo Digital [Internet]. 2008 [consultado 28 Jun 2010];4. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n4/o046.php>
72. Torradeflot IB, Del Olmo C, Gibert E, Ondiviela À, Solé C. Diagnósticos enfermeros estandarizados: guía para la práctica clínica en atención primaria. Metas Enferm. 2008;11(3):21-26.
73. López T, Amoedo ML, Toro J. Aplicación de las estrategias de mejora de calidad asistencial a los cuidados de enfermería. Rev Paraninfo Digital [Internet]. 2007 [consultado 28 Jun 2010];1(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n1/p125.php>
74. Jiménez AM, Serrano P. Imprecisiones del diagnóstico enfermero. Metas Enferm. 2009;11(10):57-62.
75. Matesanz R. Gestión Clínica:¿porqué y para qué? Med Clín (Barc). 2001;117:222-26.
76. Ley 1/1992, de 2 de julio, del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Boletín Oficial del Estado, nº 211, (2-09-1992).
77. Gálvez A. Actualidad de la Enfermería Basada en la Evidencia. Superando la "Evidencia Científica": la Metasíntesis. Index Enferm. 2007;40-41:7-8.

78. McCance TV, McKenna HP, Boore JR. Exploring caring using narrative methodology: an analysis of the approach. *J Adv Nurs*. 2001;33:350–56.
79. Paley J. An archaeology of caring knowledge. *J Adv Nurs*. 2001;36:188–78.
80. Tierney AJ. Comments on: “a comparative analysis of lay caring and professional (nursing) caring relationships”. *J Adv Nurs*. 2003;40:511–13.
81. Gutiérrez R, Ferrús L, Subirana M, Pellejà L. Impacto económico y organizativo de nuevas especialidades de enfermería. [Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. AATRM núm. 2006/13. 2007. [consultado 11 Ago 2012]. Disponible en: [http://aunets.isciii.es/ficherosproductos/sinproyecto/147\\_aatrm06-13.pdf](http://aunets.isciii.es/ficherosproductos/sinproyecto/147_aatrm06-13.pdf)
82. Subirana M, Fargues I, Esteve J, Samprieto-Colón L, Esteve M. Plantillas de enfermería y resultados de los pacientes. Revisión sistemática. *Rev ROL Enf*. 2010;33(11):16–26.
83. Rchaidia L, Dierckx de Casterlé B, De Blaeser L, Gastmans C. Cancer Patients’ Perceptions of the Good Nurse: a Literature Review. *Nurs Ethics*. 2009;16:528–42.
84. Rhodes L, Miles G, Pearson A. Patient subjective experience and satisfaction during the perioperative period in the day surgery setting: A systematic review. *Int J Nurs Pr*. 2006;12:178–92.
85. Johansson P, Oleni M, Fridlund B. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scand J Caring Sci*. 2002;16:337–44.
86. Campos P, Barbosa MA, Genival G. El estudio de la fenomenología como una vía de acceso a la mejora de los cuidados de enfermería. *Cul Cuid*. 2011;1ºCuatrime:9–15.
87. Hospital Universitario Central de Asturias. Plan de acogida.HUCA [Internet]. Oviedo: Huca.es [consultado 27 Ene 2012]. Disponible en: <http://www.hca.es/huca/web/contenidos/servicios/dirmedica/almacen/documentos/pacientes/PLANDEACOGIDA02pacientes.pdf>
88. González-Valentín MA, Padín S, Ramón E. Satisfacción del paciente con la atención de enfermería. *Enferm Clin*. 2005;15(3):147–55.
89. Haro-Fernández F, Martínez-López MB. Instrumentalizar la comunicación en la relación enfermera-paciente como aval de calidad. *Rev Calid Asist*. 2002;17:613–18.
90. Forchuk C, Reynolds W. Clients’ reflections on relationships with nurses: comparisons from Canada and Scotland. *J Psychiatr Ment Heal Nurs*. 2001;8:8–45.

91. Sanz C. Impacto de la opinión de los pacientes en la mejora de la práctica de enfermería. *Rev Calid Asist.* 1991;6(2):53-55.
92. Iniesta D. Acogida al paciente en unidades de hospitalización. [Internet]. Murcia: Universidad de Murcia; 2012 [consultado 1 Feb 014]. Disponible en: <http://www.um.es/calidadsalud/TRABAJOS%20FINALES/DOLORES%20INIESTA/TFM%20CICLO%20DE%20MEJORA%20car%C3%A1tula.pdf>
93. Westbrook JI, Duffield C, Creswick NJ. How much time do nurses have for patients? A longitudinal study quantifying hospital nurses' patterns of task time distribution and interactions with health professionals. *BMC Health Serv Res.* 2011;11:319.
94. Nieto E, Bernaus E, Laínez R, Fuentes C. Valoración de las necesidades y expectativa de los pacientes respecto a enfermería. *Rev Enferm Clín.* 1998;6(8):236-41.
95. Merkourisa A, Papathanassoglou E, Lemonidou C. Evaluation of patient satisfaction with nursing care: quantitative or qualitative approach? *Int J Nurs Stud.* 2004;41:355-67.
96. Radwin LE, Farquhar SL, Knowles MN, Virchick BG. Cancer patients' descriptions of their nursing care. *J Adv Nurs.* 2005;50(2):62-69.
97. Chang K. Dimensions and Indicators of patients' perceived nursing care quality in hospital settings. *J Nurs Care Qual.* 1997;11(6):26-37.
98. Irurita VF. Factors affecting the quality of nursing care: The patient's perspective. *Int J Nurs Pr.* 1999;5:86-94.
99. Nakano A, Mainz J, Lomborg K. Patient perception and assessment of admission to acute cardiac care unit. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2008;7:10-15.
100. Hegedus KS. Providers' and consumers' perspective of nurses' caring behaviors. *J Adv Nurs.* 1999;30:1090-96.
101. Calman L. Patients' views of nurses' competence. *Nurse Educ Today.* 2006;26:719-25.
102. Dozier AM, Kitzman HJ, Ingersoll GL, Holmberg S, Schultz AW. Development of an Instrument to Measure Patient Perception of the Quality of Nursing Care. *Res Nurs Heal.* 2001;24:506-17.
103. Lindwall L, von Post I, Bergbom I. Patients' and nurses' experiences of perioperative dialogues. *J Adv Nurs.* 2003;43(3):246-53.

104. Santana ES, Santos M, Casado E. El sexo es bueno, pero no puedo. Representaciones de mujeres y hombres con heridas crónicas. *Index Enferm* [Internet]. 2013 [consultado 3 Dic 2013];22(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v22n3/9163.php>
105. Torrents R, Ricart M, Ferreiro M, López A, Renedo L, Lleixà M, et al. Ansiedad en los cuidados. Una mirada desde el modelo de Mishel. *Index Enferm* [Internet]. 2013 [consultado 20 Dic 2013];2(1-2). Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v22n1-2/8012.php>
106. Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 8ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008. p: 188-92.
107. Davis LA. A phenomenological study of patient expectations concerning nursing care. *Holist Nurs Pract* 2005;9:126–33.
108. Terceño C. Comparación documental sobre el concepto de espiritualidad en publicaciones de enfermería y ciencias de la salud. *Ética de los Cuidados* [Internet]. 2013 [consultado 21 Feb 2013];6(11). Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n11/et9169.php>
109. Bermejo JC, Lozano B, Villacieros M, Carabias R. Opinión de los profesionales de cuidados paliativos sobre la atención espiritual. *Ética de los Cuidados* [Internet]. 2012 [consultado 14 Dic 2013]; 5(10). Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n10/et8040.php>
110. Morillo MS, Arroyo A, Romero R, Lancharro I, Calvo I, Oliva A. Estudio descriptivo de las necesidades espirituales en pacientes oncológicos paliativos terminales. *Ética de los Cuidados* [Internet]. 2013 [consultado 21 Feb 2014];6(11). Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n11/et8039.php>
111. Davis LA. A phenomenological study of patient expectations concerning nursing care. *Holist Nurs Pr.* 2005;9:26–33.
112. Halldorsdottir S, Hamrin E. Caring and uncaring encounters within nursing and health care from the cancer patient's perspective. *Cancer Nurs.* 1997;20(2):120–28.
113. Thorsteinsson LS. The quality of nursing care as perceived by individuals with chronic illness: the magical touch of nursing. *J Clin Nurs.* 2002;11:32–40.
114. Liu JE, Mok E, Wong T. Caring in nursing: investigating the meaning of caring from the perspective of cancer patients in Beijing, China. *J Clin Nurs.* 2006;15:188–96.
115. Baldursdottir G, Jonsdottir H. The importance of nurse caring behaviors as perceived by patients receiving care at an emergency department. *Heart Lung.* 2002;31:67–75.

116. Wysong PR, Driver E. Patients' Perception of nurses' skill. *Crit Care Nurse*. 2009;29:24-37.
117. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. [Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo [consultado 16 Ago 2012]. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>
118. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Estrategia en seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud español. Resultados del periodo 2005-2011. [Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad [consultado 16 Ago 2012]. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estrategia\\_sp\\_sns\\_2005\\_2011.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estrategia_sp_sns_2005_2011.pdf)
119. Parlamento Europeo. Comunicación de la Comisión al Consejo, al al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones - El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera (COM(2001) 723- C5-0163/2002 - 2002/2071(COS)). [Internet] Brusela: Parlamento Europeo [consultado 16 Ago 2012]. Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A5-2002-0452+0+DOC+XML+V0//ES>
120. Leape LL, Berwick DM, Bates DW. What Practices Will Most Improve Safety? Evidence-Based Medicine Meets Patient Safety. *JAMA*. 2002;228:501-07.
121. Aranaz JM , Aibar C, Gea MT, León MT. Los efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. *Med Clín (Barc)* 2004;123(1):21-5.
122. Brennan T, Leape L, Laird N, Hebert L, Localio A, Lawthers A. Incidence of adverse events and negligente in hospitalizad patients. Results of the Harvard Medical Practice Study. *Qual Saf Heal. Care*. 2004;13(2):145-52.
123. Bates DW, Spell N, Cullen DJ, Burdick E, Laird N, Petersen LA. The costs of adverse drug events in hospitalizad patients. Adverse Drug Events Prevention Study Group. *JAMA*. 1997;277(4):307-11.
124. Hospital Universitario Central de Asturias. EPIME[Internet]. Oviedo: Medicina Preventiva. Huca.es [consultado 20 Ene 2012]. Disponible en: [http://www.hca.es/huca/web/contenidos/servicios/dirmedica/almacen/preventiva/epine/EPINE\\_2010.pdf](http://www.hca.es/huca/web/contenidos/servicios/dirmedica/almacen/preventiva/epine/EPINE_2010.pdf)
125. Prácticas Seguras Simples recomendadas por agentes gubernamentales para la prevención de Efectos Adversos (EA) en los pacientes atendidos en los hospitales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
126. Torres L. En qué gastan el tiempo las enfermeras. *Enfermería Docente*. 2012;98:2-3.

127. Wiltse KL, Sloane DM, Aiken LH. Lower mortality for abdominal aortic aneurysm repair in high-volume hospitals is contingent upon nurse staffing. *Heal. Serv Res.* 2013;48(3):972-91.
128. Ibarra CMG. Cardiológico. Gestión de riesgos clínicos. *Rev Mex Enferm .* 2012;20(1):4-6.
129. Von Essen L, Sioden PO. Perceived occurrence and importance of caring behaviours among patients and staff in psychiatric, medical and surgical care. *J Adv Nurs.* 1995;21(2):266-76.
130. Schmidt LA. Patients' perceptions of nursing care in the hospital setting. *J Adv Nurs.* 2003;44(4):393-99.
131. Richard M, Cabrero J, Reig A. Hospitalización y estrés en el paciente: percepción diferencial de estresores entre paciente y personal de enfermería. *Análisis y Modificaciones de la Conduca.* 1993;19(63):75-89.
132. Mosteiro MP, Baldonado RF. Concepto y tipos de dolor. Bases anatómicas y fisiológicas. En: Mosteiro MP. *Dolor y cuidados enfermeros.* Madrid: DAE; 2010.
133. Moreno MG, Interrial G. Percepción del paciente acerca de su bienestar durante la hospitalización. *Index de Enferm.* 2012;21(4):185-89.
134. Aposta Y, Bellobi C, Serra, M. Grado de satisfacción de los pacientes sobre los cuidados de enfermería en una unidad de braquiterapia. *Enferm Clín.* 1993;3(3):96-01.
135. Fosbinder D. Patient perceptions of nursing care: an emerging theory of interpersonal competence. *J Adv Nurs .* 1994;20:1085-93.
136. Lynn MR, McMillen BL. Understanding and Measuring Patients' Assessment of the Quality of Nursing Care. *Nurs Res.* 2007;56(3):159-66.
137. Rudolfsson G, von Post I, Eriksson K. The expression of caring within the perioperative dialogue: A hermeneutic study. *Int J Nurs Stud.* 2007;44:905-15.
138. Kvale C, Bondevik M. What is important for patient centered care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer. *Scan J Caring Sci.* 2008;22:582-89.
139. Martínez V, Ruíz M, Ruzafa Fernández C, Socías J. ¿Cómo valora la sociedad el rol enfermero? . *Enfermería, salud y sociedad: análisis actual.* Actas de las II Jornadas Científicas de Enfermería Almeriense. 2000: 179-90.
140. Fernández H, Escobar DY, Romero PT, Coromoto O. Cuidado proporcionado por la enfermera y satisfacción del enfermo hospitalizado en una institución privada. *Rev Tesela [Internet].* 2012 [consultado 20 Mar 2013];12. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts12/ts8054.php>

141. González MA, Padin S, De Ramón E. Satisfacción del paciente con la atención de enfermería. *Enferm Clin.* 2005;15(3):147–55.
142. Gramling KL. A Narrative Study of Nursing Art in Critical Care. *J Holist Nurs.* 2004;22:379–98.
143. Hogan B. Patient satisfaction: expectations and experiences of nursing care. *Contemp. Nurse.* 2000;9(3-4):275–83.
144. Gourджи I, McVey L, Loïselle C. Patients' satisfaction and importante ratings of quality in an outpatient Oncology Center. *J Nurs Care Qual.* 2003;18:43–55.
145. Blancafort S. ¿Qué esperan los pacientes de los profesionales sanitarios? *Enferm Clin.* 2006;16(1):1–2.
146. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades crónicas y promoción de la salud: Prevención de las enfermedades crónicas. [Internet] OMS [consultado 29 Mar 2012]. Disponible en: [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/part1/es/index.html](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index.html) .
147. Instituto Nacional de estadística. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 [Internet]. Madrid: INE [Actualizada 2013; consultado 29 Nov 2013]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>
148. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Pacientes Pluripatológicos . Estándares y Recomendaciones. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009[consultado 29 Nov 2013]. Disponible en: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR\\_UPP.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR_UPP.pdf)
149. Pérez J, Ballesteros AM, González MP, Delgado E, Aragón R, Mediavilla ME. ¿Qué intervenciones no farmacológicas son efectivas en el control de la H.T.A. esencial del adulto en Atención Primaria?. *Evidentia* [Internet]. 2012 [consultado 30 Jun 2012]; 9(37). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n37/ev7694.php>
150. Montoya R.. Enfermedades crónicas, enfermería y crisis económica. *Evidentia* [Internet]. 2012 [consultado 17 Oct 2012]; 9(38). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n38/ev3800.php>
151. Beltrán O. Cuando las enfermeras están ausentes. *Index Enferm.* 2010;19(4):240–44.
152. Germán C; Hueso F. Cuidados humanizados, enfermeras invisibilizadas. *Rev Paraninfo Digital* [Internet]. 2010 [consultado 10 Mar 2012];9. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n9/pi009.php>.
153. Trasobares ME, Germán C. La influencia del género en el reconocimiento de los cuidados visibles e invisibles. *Index Enferm.* 2004;3(46):9–12.

154. Huércanos I. Estudio piloto para la validación de un cuestionario acerca de la percepción de los pacientes sobre la calidad del Cuidado Invisible de Enfermería. Biblioteca Lascasas [Internet]. 2011[consultado 30 Ene 2013];7(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0567.php>
155. Huércanos I. El cuidado invisible de la enfermera. Aproximación a un caso hospitalario. Arch Memoria [Internet]. 2012 [consultado 15 Ene 2013];9(4). Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/9/9415.php>
156. Huércanos I. Cuidado Invisible: donde los medicamentos no llegan. Index de Enferm. 2013;22(1-2):5-6.
157. Germán C. El Cuidado Enfermero, un proceso cósmico. Razones de su invisibilidad. [Internet]. VII Encuentros Internacionales de la Casa de Mágina Invescom 13 - III Reunión Internacional de Investigación en Salud Comunitaria - Seminario en las Orillas del Conocimiento. Granada: Fundación Index; 2013. [consultado 16 Ago 2013]:1-10. Disponible en: [http://www.index-f.com/para/media/cgerman\\_ivescom13.zip](http://www.index-f.com/para/media/cgerman_ivescom13.zip)
158. Huércanos I, Anguas A, Martínez F. El Cuidado Invisible como indicador de de la calidad de los cuidados enfermeros. Tesela [Internet]. 2012 [consultado 20 Ago 2013];11. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts11/ts1106.php>
159. Rosa R, Zamora G. Cuidados invisibles: ¿son suficientemente reconocidos? Index Enferm. 2012;21(4):219-23.
160. Halkett G, Arbon P, Scutter S, Borg M. The role of the breast care nurse during treatment for early breast cancer: the patient's perspective. Contemp Nurse. 2006;23(1):46-57.
161. Kralik D, Koch T, Wotton K. Engagement and detachment: understanding patients' experiences with nursing. J Adv Nurs . 1997;26:399-07.
162. Delgado A, López LA, Dios J, Saletti L, Gil N Puga A. Expectativas de los pacientes sobre la toma de decisiones ante diferentes problemas de salud. Gac Sanit. 2010;24(1):66-71.
163. Chapple A, Ziebland S, McPherson A. The specialist palliative care nurse: A qualitative study of the patients' perspective. Int J Nurs Stud. 2006;43(8):1011-22.
164. Hall JA, Dornan MC. Meta-analysis of satisfaction medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels . Soc Sci Med. 1988;27:637-44.
165. García J, Stoyanova M, Fuente IA, Oteo I. La percepción de los enfermos crónicos y de los usuarios asociados sobre el Sistema Nacional de Salud. Biblioteca Lascasas [Internet]. 2009 [consultado 11 Nov 2009];5(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0390.php>

166. Whitney S, McGuire A, McCullough L. A typology of shared decision making, informed consent, and simple consent. *Ann Intern Med.* 2003;140:54–59.
167. Germán C, Hueso F, Huércanos I, Ferrer C. . Exploración del término “buen trato”, dicho por familiares y usuarios de los servicios de salud hospitalización X Reunión Internacional sobre Investigación Cualitativa en Salud. *Rev Paraninfo Digital [Internet].* 2011 [consultado 6 Nov 2012];14.Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n14/001r.php>
168. Nieto A. Nuevas tendencias en la Enfermería actual. *Enfermería, salud y sociedad: análisis actual. Actas las II Jornadas Científicas Enfermería Almer. Almeria; 2000: 95–98.*
169. Nadal M. El punto de vista del usuario. *Rev Rol Enf.* 2007;30(1):69–71.
170. Infante C. *Quejas médicas: la insatisfacción de los pacientes con respecto a la calidad en la atención médica.* Mexico: Editores de Textos Mexicanos; 2006.
171. Guerra MD. La compasión y la confidencialidad en la prestación de cuidados enfermeros. *e.educare21-Esp- [Internet].* 2007. [ consultado 16 Dic 2009];32. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/educare/>
172. Hospital Universitario Central de Asturias. [Internet]. Oviedo[actualizada 20 Jun 2012; consultado 16 Oct 2012]. Disponible en: [http://10.36.160.11/huca/web/main\\_privada.asp?id\\_pagina=1](http://10.36.160.11/huca/web/main_privada.asp?id_pagina=1)
173. Anderson R, Camacho F, Balkrishnan R. Willing to wait?: the influence of patient wait time on satisfaction with primary care. *BMC. Heal. Serv Res.* 2007;7:31.
174. Joint Comission. National patient safety. Hand-off communications: standardized approach (NPSG. 02.05.01). [Internet]. 2008 [consultado 20 Jun 2010]. Disponible en: [http://www.jointcommission.org/AccreditationPrograms/Hospitals/Standards/09\\_FAQs/NPSG/communication/NPSG.02.05.01/hand\\_off-communications.htm](http://www.jointcommission.org/AccreditationPrograms/Hospitals/Standards/09_FAQs/NPSG/communication/NPSG.02.05.01/hand_off-communications.htm)
175. Martínez S, Vázquez M, Lizarraga Y, Orovioigoicoechea C. Comunicación interprofesional durante el cambio de turno. *Rev Rol Enf.* 2013;36(5):334–40.
176. Ballerman MA, Shaw NT, Mayes DC, Gibney RTN, Westbrook JI. Validation of the WorK Observation Method By Activity Timing (WOMBAT) method of conducting time-notion observationsin critical care settings: an observational study. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2011;11:32.
177. Rodríguez C. “Las escalas” como medida de la satisfacción con la atención médica en Andalucía. *Gac Sanit.* 1986;5:237–41.

178. Casanova I, Lázaro P, Mitjans J, Reixach M. Papel de la enfermera/o desde el punto de vista del usuario. *Rev Enfem Clín.* 1995;2(5):21–28.
179. Heredia C, Fernández Montero C. Un reto para nuestra profesión la relación Enfermería-Sociedad. *Enfermería, salud y sociedad: análisis actual.* Almería: Actas de las II Jornadas Científicas de Enfermería Almeriense; 2000. p. 249–56.
180. Renedo P, Canteras M, Santonja F, Cerezo M, Huertas J, Ignoto M A. Imagen social de la Enfermería. Encuesta al usuario. *Rev RoL Enf.* 1989;130:31–37.
181. Lagerström E, Berghom I. The care given when undergoing operations and anaesthesia -the patients' perspective. *J Adv Periop Care .* 2006;2(4):189–93.
182. Collière MF. Cuidar, asegurar el mantenimiento y continuidad de la vida. *Index Enferm.* 1996;18:9–14.
183. Lázaro P, Casanova I, Mitjans J, Reixach M. Cualidades enfermera/o desde el punto de vista del usuario. *Rev Enf Clín.* 1994;2(4):26–30.
184. Duarte G, Aguirre A. Enfermera amable, paciente satisfecho. Validación de una nueva escala de la satisfacción de los usuarios. *Rev Enfem Clín.* 2003;13(1):7–15.
185. Ramio Cofre A. Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Cataluña. [tesis doctoral]. Barcelona: Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Universidad de Barcelona; 2005.
186. Pujiula J, Suñer R, Puigdemont M, Grau A, Bertrán C, Hortal G, et al. La satisfacción de los pacientes hospitalizados como indicador de la calidad asistencial. *Enferm Clin.* 2006;16(1):19–26.
187. Thi PL, Briançon S, Empereur F, Guillemin F. Factors determining inpatient satisfaction with care. *Soc Sci Med.* 2002;54:493–04.
188. Rubin HR. Can patients evaluate the quality of hospital care? *Med Care Rev.* 1991;47:267–26.
189. Girona C. En defensa del paciente. *El país.* Sábado 11 de septiembre de 2010; El país- salud:6-7.
190. Ministerio de Sanidad y Consumo. Análisis y benchmarking del tratamiento de las reclamaciones y sugerencias en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
191. Decreto 6/2006, de 19 de enero, por el que se regulan las hojas de reclamaciones a disposición de los consumidores y usuarios. *Boletín Oficial del Principado de Asturias,* nº 25 (1-2-2005).

192. Gobierno del Principado de Asturias. Memoria 2008 Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) [Internet]. Oviedo: Gobierno del Principado de Asturias; 2009 [consultado 15 Mar 2010]. Disponible en: [http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS\\_SESPA/MEMORIA\\_SESPA\\_08.pdf](http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_SESPA/MEMORIA_SESPA_08.pdf)
193. González N, Quintana JM, Bilbao A, Esteban C, San Sebastián JA, Sierra E, Aizpuru F, Escobar A. Satisfacción de los usuarios de 4 hospitales del Servicio Vasco de Salud. *Gac Sanit.* 2008;22(3):210–17.
194. Santiña M, Ascaso A, Escaramis G, Prat A, Asenjo MA. Influencia del factor tiempo en la opinión del paciente hospitalizado. *Med Clin (Barc).* 2003;121(15):570–72.
195. Bonill C. ¿Cuidados invisibles o profesionales invisibles?. *Arch Mem* [Internet]. 2014 [consultado 15 May 2014];11(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/11/11200.php>
196. Mira JJ, Buil JA, Aranaz J, Vitaller J, Lorezo S, Ignacio E, et al. ¿Qué opinan los pacientes de los hospitales públicos? Análisis de los niveles de calidad percibida en cinco hospitales. *Gac Sani.* 2000;14:291–93.
197. Özge U. Patient satisfaction with nursing care at university hospital in Turkey. *J Nurs Care Qual.* 2001;16:24–33.
198. Cabrero J, Richart M, Reig A. Satisfacción del paciente hospitalizado y recién dado de alta. *Enferm Clin.* 1995;5:190–98.
199. Bolton LB, Aydin CE, Donaldson N, Brown DS, Nelson MS, Harma D. Nurse staffing and patient perceptions of nursing care. *J Nurs Adm.* 2003;33:607–14.
200. Larsson BW. Patients' views on quality of care: age effects and identification of patient profiles. *J Clin Nurs.* 1999;8:693–00.
201. McGillis L, Doran D, Baker GR, Pink GH, Sidani S, O'Brien-Pallas L, et al. Nurse staffing models as predictors of patient outcomes. *Med Care.* 2003;41:1096–09.
202. Burney M, Purden M, McVey L. Patient satisfaction and nurses perceptions of quality in an inpatient cardiology population. *J Nurs Care Qual.* 2002;16:68–59.
203. McColl E, Thomas L, Bond S. A study to determine patient satisfaction with nursing care. *Nurs Stand.* 1996;10:34–38.
204. Thomas L, McColl E, Priest J, Bond S, Boys RJ. The Newcastle Satisfaction with nursing scales: an instrument for quality assessments of nursing care. *Qual Heal. Care.* 1996;5:67–72.

205. García FP, Pancorbo PL, Rodríguez MC, Rodríguez MA, Alcázar M, Pereira F. Construcción y validación de un cuestionario para valorar la satisfacción de los usuarios de cirugía mayor ambulatoria. *Enferm Clínica*. 2001;11:146–54.
206. Cuñado BA, García CB, Rial CC, García LF . Spanish validation of an instrument to measure the quality of nursing care in hospital emergency units. *J Nurs Care Qual*. 2002;16:13–23.
207. Alonso R, Blanco MA, Gayoso P. Validación de un cuestionario de calidad de cuidados de enfermería. *Rev Cali Asist*. 2005;20(5):246–50.
208. Carey RL, Seibert J. A patient survey to measure quality improvement: questionnaire reliability and validity. *Med Care* . 1993;31:834–45.
209. Meterko M, Rubin HR. Patient judgments of hospitals quality. A taxonomy. *Med Care*. 1990;28:10–4.
210. Abramowitz S, Cote AA, Berry E. Analyzing patient satisfaction: a multianalytic approach. *Qual Rev Bull*. 1987;13:122–30.
211. La Monica EL, Oberst MT, Madea AR, Wolf RM. Development of a patient satisfaction scale. *Res Nurs Heal*. 1986;9:43–50.
212. Cabrero J, Cartagena E, Richart M. Adaptación de una escala para medir la satisfacción del paciente con los cuidados. Alicante: Diputación Provincial de Alicante; 1992.
213. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Barómetro Sanitario 2012*. Centro de Investigaciones Sociológicas. Instituto de Información Sanitaria [Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [consultado 3 Ene 2013]. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS\\_2012/B.S.2012.res.graf.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS_2012/B.S.2012.res.graf.pdf)
214. Gobierno del Principado de Asturias. III Encuesta de Salud para Asturias 2012 [Internet]. Oviedo: Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Sanidad [consultado 3 Ene 2013]. Disponible en: [http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS\\_Salud%20Publica/As\\_Vigilancia/Encuesta%20de%20Salud/ESA%202012/ESA2012\\_Informe.pdf](http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/As_Vigilancia/Encuesta%20de%20Salud/ESA%202012/ESA2012_Informe.pdf) año 2012
215. Gobierno del Principado de Asturias. I Encuesta de Salud para Asturias 2002 [Internet]. Oviedo: Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Sanidad [consultado 3 Ene 2013]. Disponible en: <http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnnextoid=65489002bd8d4210VgnVCM10000097030a0aRCRD>

216. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario 2011. Centro de Investigaciones Sociológicas. Instituto de Información Sanitaria [Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [consultado 3 Ene 2013]. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual.htm>
217. Blendon RJ, Novell AJ, DescRocher ChM, Navarro MD, Fleischesser Ch, Fernández L, et al. Confianza en el Sistema Nacional de Salud, 2005/2006 Sanitaria [Internet] Barcelona: Harvard School of Public y Fundació Biblioteca Joseph Laporte resultado del estudio español. 2006 [consultado 10 Ene 2013]. Disponible en : <http://www.fbjoseplaporte.org/docs/repositori/070516113210.pdf>
218. Delgado A. Factores asociados a la satisfacción de los usuarios. Cuadernos de Gestión. 1997;3(2):90-01.
219. Prieto MA, March JC, López F. Calidad percibida por usuarios de centros de salud y de aseguradoras privadas. Aten Primaria. 1999;24:259-66.
220. Hospital Universsitario Central de Asturias. Dirección de Enfermería. Gestión de Cuidados. [Internet] Oviedo: Hospital Universitario Central de Asturias [consultado 3 Ene 2013]. Disponible en: [http://10.15.65.11/huca/web/enfermeria/html/main.asp?id\\_carpeta=0203](http://10.15.65.11/huca/web/enfermeria/html/main.asp?id_carpeta=0203)
221. Martínez N, Fernández ML. El rol enfermero. Cambios más significativos entre Ayudante Técnico Sanitario y Diplomado Universitario en Enfermería. Cult Cuid [Internet]. 2012 [consultado 30 Ene 2013]; 33:1-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.33.03>
222. Pearson A, Durand I, Punton S. Determining quality in unit where nursing is the primary intervention. J Adv Nurs. 1989;14:269-73.
223. O'Connell B, Young J, Twigg D. Patient satisfaction with nursing care: a measurement conundrum. International. J Adv Nurs. 1999;5:72-77.
224. Lledó R, Prat A, Vilella A, Losa J, Vendrell E, Trilla A, et al. Evolución de las expectativas de los pacientes antes del ingreso en un centro de tercer nivel. Med Clin (Barc). 1998;111:211-5.
225. Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica. Boletín Oficial del Estado, nº 159, (4-04-2007).
226. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Boletín Oficial del Estado, nº 298, (14-12-1999).

# 8. Anexos



Anexo I. Cuestionario para pacientes hospitalizados sobre la demanda y percepción de cuidados.



Título del estudio: “Demanda y percepción de cuidados en los pacientes hospitalizados”

Estimado/a Sr./Sra.:

Pedimos su colaboración para tratar de mejorar los cuidados que se le ofrecen en el hospital por los profesionales de enfermería. Para ello, le solicitamos que dedique unos minutos a responder este cuestionario. Sus datos son anónimos y sus respuestas serán tratadas de modo confidencial.

Agradecemos su participación.

RECUERDE: sólo queremos saber su opinión sobre el personal de enfermería que le ha atendido (SUPERVISORA, ENFERMERA y AUXILIAR DE ENFERMERÍA: Usamos el género femenino pero incluye a los enfermeros y auxiliares hombres. NO OTROS PROFESIONALES (celadores, médicos,...)

INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN en las diversas preguntas que se va a encontrar.  
SIEMPRE SEGÚN SU CRITERIO:

- Señale con una cruz, una única respuesta de SI o NO.
- Señale con una cruz, una única respuesta de NO lo necesité o SÍ lo necesité. Si su respuesta es SÍ lo necesité, señale con una cruz, su valoración de los cuidados recibidos con un único número del 0 al 10. Donde el 0 es considerado el mínimo valor y el 10 el máximo valor.
- Escriba en las preguntas abiertas, por ejemplo: Edad: \_40.
- Si usted considera necesario añadir comentarios puede escribir en OTROS. Incluso puede utilizar el reverso de la hoja para las sugerencias de mejora en los cuidados.
- Si se cansa, se fatiga y no puede seguir con el cuestionario, no se preocupe, déjelo o continúe en otro momento. Se lo agradecemos igualmente.

ENTREGUE EL CUESTIONARIO CON EL SOBRE CERRADO EN EL CONTROL DE ENFERMERÍA O EN INFORMACIÓN DE LA PLANTA BAJA DEL HOSPITAL. Le llegará por correo interno a la profesora Virgilina Alegre Ramón.

Estoy informado y de acuerdo en la cumplimentación del cuestionario.

## Datos sociodemográficos

1. Edad: \_\_\_\_\_ 2. Sexo: **Hombre**  **Mujer**  3. Reside en medio: **Rural**  **Urbano**
4. Situación de dependencia: **Autónomo**  **Dependencia parcial**  **Dependencia total**
5. Existe cuidador: **Pareja**  **Hijos**  **Padres**  **Otro familiar**  **Persona contratada**
6. Nivel de estudios: **Sin estudios**  **Primarios**  **Secundarios**  **Universitarios**
7. Trabajo: **Tiempo completo**  **Parcial**  **Tareas del hogar**  **Desempleado**  **Estudiante**  **Jubilado**
8. Encuesta realizada por: **Paciente**  **Paciente en colaboración con la familia**  **Familiar/cuidador:**

## Proceso de cuidados

9. A su ingreso, la enfermera se identificó y le dijo su nombre: **Sí**  **No**
10. La enfermera le informó de cómo avisar si necesitaba algo, de los horarios de visita, etc.: **Sí**  **No**
11. Identificó claramente a las enfermeras del resto de profesionales que le atendieron: **Sí**  **No**
12. La enfermera le realizó una entrevista para conocer sus condiciones de salud, situación familiar, toma de medicamentos, hábitos de vida, etc: **Sí**  **No**

Necesitó ayuda de las enfermeras durante su hospitalización para resolver o paliar algunos de los siguientes problemas:	Necesitó		Valoración de los cuidados recibidos										
	NO	SI	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. Para alimentarse o el control de la dieta	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. Para el control de la eliminación (orina, heces)	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. Para la movilización	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Para asearse o vestirse	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17. Para conciliar el sueño	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18. Para comunicarse verbalmente o por escrito	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19. Para mejorar su estado de ánimo	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20. Para que su familia se sintiera apoyada	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21. Para adaptar su sexualidad a la enfermedad	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22. Para disminuir su ansiedad, temor, miedo...	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23. Para sus inquietudes religiosas o culturales	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24. Para administrarle los medicamentos	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25. Para curarle las heridas	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26. Para ponerle sondas, catéteres...	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
27. Para el control de la tensión, el pulso...	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
28. Para evitar caídas, accidentes, lesiones...	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
29. Para calmar el dolor	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Otros \_\_\_\_\_

Las enfermeras le explicaron a usted y/o a su familia:	Necesitó		Valoración de los cuidados recibidos										
	NO	SI	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30. Las actividades que le realizaban (curas, medicación...)	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
31. Las pruebas o estudios que le iban a realizar	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
32. Las recomendaciones sobre la alimentación/dieta	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
33. Los ejercicios/reposo que deberá realizar	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
34. Cómo tomar la medicación	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
35. Le entregó el informe escrito de los cuidados al alta	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
36. Se mostraron dispuestas a aclararle sus preguntas	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Otros \_\_\_\_\_

En que medida piensa usted que las enfermeras de su unidad:	Necesitó		Valoración de los cuidados recibidos										
	NO	SI	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
37. Fueron rápidas en atender sus necesidades	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
38. Acudieron a comprobar cómo se encontraba aunque no la hubiera llamado	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
39. Le dedicaron el tiempo adecuado	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
40. Recibió algún gesto de cercanía (apretón de manos, sonrisa...)	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
41. Utilizaron un lenguaje comprensible para dirigirse a usted	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
42. Tuvo la oportunidad de manifestar sus pensamientos	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
43. Favorecieron su participación o la de su familia en los cuidados	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
44. Respetaron su intimidad al proporcionarle cuidados, durante el aseo, etc.	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
45. Le dieron ánimo cuando lo necesitó	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
46. Le ayudaron a disminuir su soledad en el hospital	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
47. Le ayudaron a sentirse seguro en el entorno hospitalario	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
48. Procuraron que la habitación fuera confortable para facilitarle comodidad y descanso	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
49. Coordinaron las actividades del resto de los profesionales (médicos, auxiliares, celadores...) para que se le administrara la atención adecuada	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
50. Piensa que las enfermeras tomaron sus propias decisiones para cuidarle mejor	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
51. Considera que las enfermeras ocupan un lugar importante en el equipo de profesionales sanitarios que le atendieron	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
52. Utilizaron la historia clínica cuando le atendieron	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Otros \_\_\_\_\_

53. Numere del 1 al 8, donde 1 es la de menor importancia, 8 la de más importancia, según su orden de preferencia, las actitudes que para usted debería tener una buena enfermera:

Amabilidad Paciencia Ayuda Escucha Respeto Confianza Sinceridad Delicadeza

### Datos relacionados con la hospitalización

54. Motivo del ingreso: **Tratamiento médico**  **Tratamiento quirúrgico**  **Para estudios**

55. Días en el hospital: \_\_\_\_\_ 55a. N° de ingresos anteriores: \_\_\_\_\_

56. Se resolvió su problema al alta: **Sí**  **No**

57. Conoció su diagnóstico al alta: **Sí**  **No**  57ª. Diagnóstico: \_\_\_\_\_

58. Tuvo controlado el dolor mientras estuvo ingresado: **Sí**  **No**

59. Tuvo complicaciones en el periodo de hospitalización: **Sí**  **No**

60. Ha tenido un responsable médico que le haya informado: **Sí**  **No**

61. Ha tenido un responsable enfermera que le haya informado: **Sí**  **No**

62. Estuvo en una habitación: **individual**  **2 camas**  **3 camas**

63. Le han permitido estar suficientemente acompañado por la familia/cuidador: **Sí**  **No**

64. Sabe si tiene derecho a conocer la información de su historia clínica: **Sí**  **No**

65. Realizó o sintió la necesidad de hacer alguna reclamación: **Sí**  **No**

65a. **Por el trato recibido**  **Relacionado con la asistencia/tratamiento**  **Por causa organizativa**  **Otras**

66. Realizó o sintió la necesidad de hacer algún agradecimiento: **Sí**  **No**  66 a. **Verbal**  **Escrito**

67. Indique el nivel de satisfacción global sobre los cuidados recibidos:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Si desea realizar algún comentario para mejorar los cuidados, puede utilizar el reverso de esta hoja.

**Muchas gracias por su colaboración**

**Sugerencias de mejora de los cuidados:**

---

68. ¿Qué ha sido lo más importante para usted relacionado con los cuidados de enfermería?

69. ¿Qué ha sido lo que más ha echado en falta relacionado con los cuidados de enfermería?

Muchas gracias por su colaboración.



Anexo II. Cuestionario para enfermeras sobre la percepción de los cuidados realizados.



Cuestionario de investigación complementario para enfermeras sobre:  
“Demanda y percepción de cuidados en los pacientes hospitalizados”

Estimado/a compañero:

Esta encuesta pretende obtener información sobre la aplicación de los cuidados para complementar la información obtenida de los pacientes de su unidad, en relación con la percepción de los cuidados recibidos durante su hospitalización. Para ello, le pedimos que dedique unos minutos a responder este cuestionario. Sus datos son anónimos y sus respuestas serán tratadas de modo confidencial.

Agradecemos su participación.

**INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN**

**SIEMPRE SEGÚN SU CRITERIO:** Señale con una cruz, una única respuesta de SI o NO, y la puntuación con un único número del 0 al 10. Donde el 0 es considerado el mínimo valor y el 10 el máximo valor.

- Puedes añadir, utilizando el reverso de la hoja, cualquier cuestión que consideres relevante, para las sugerencias de mejora en los cuidados.

**ENTREGUE EL CUESTIONARIO CON EL SOBRE CERRADO A LA SUPERVISORA DE LA UNIDAD, O BIEN, ENVÍELO POR CORREO INTERNO A VIRGILINA ALEGRE RAMÓN.**

Estoy informado y de acuerdo en la cumplimentación del cuestionario.

## Intervención en los cuidados

1. Unidad: \_\_\_\_\_ 2. Edad: \_\_\_\_\_ 3. Sexo: \_\_\_\_\_ 4. Años de experiencia profesional: \_\_\_\_\_

Como enfermera, explica al paciente y/o a su familia:	NO	SI	Escala de valoración										
5. Las actividades que le realiza (curas, medicación...)	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Las pruebas o estudios que le van a realizar	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Las recomendaciones sobre la alimentación/dieta	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Los ejercicios/reposo que deberá realizar	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Cómo tomar la medicación	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Le entrega el informe escrito de los cuidados al alta	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Se muestra dispuesta a aclararle sus preguntas	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Como enfermera, en que medida piensa usted que en Su trabajo diario:	NO	SI	Escala de valoración										
12. Es rápida en atender las necesidades de los pacientes	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. Acude a comprobar cómo se encuentra un paciente aunque no la hubieran llamado	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. Les dedica el tiempo adecuado	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. Les proporcionan algún gesto de cercanía (apretón de manos, sonrisa...)	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Utiliza un lenguaje comprensible para dirigirse a los pacientes	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17. Les brinda la oportunidad de manifestar sus pensamientos	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18. Favorece la participación del paciente o la de su familia en los cuidados	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19. Respeta su intimidad al proporcionarles cuidados, durante el aseo, etc.	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20. Les da ánimo cuando lo necesitan	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21. Les ayuda a disminuir la soledad en el hospital	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22. Les ayuda a sentirse seguro en el entorno hospitalario	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23. Procura que la habitación sea confortable para facilitarles comodidad y descanso	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24. Coordina las actividades del resto de los profesionales (médicos, auxiliares, celadores...) para que se les administre la atención adecuada	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25. Toma sus propias decisiones para cuidarles mejor	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26. Considera que como enfermera ocupa un lugar importante en el equipo de profesionales sanitarios	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
27. Utiliza la historia clínica en presencia de los pacientes	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**28. Numere del 1 al 8, donde 1 es la de menor importancia, 8 la de más importancia, según su orden de preferencia, las actitudes que para usted debería tener una buena enfermera:**

Amabilidad Paciencia Ayuda Escucha Respeto Confianza Sinceridad Delicadeza

**29. Indique el nivel de satisfacción global sobre su trabajo:**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**Sugerencias de mejora de los cuidados:**

**Muchas gracias por su colaboración.**



Anexo III. Valoración de Enfermería al Ingreso: NANDA I y  
Necesidades de Virginia Henderson.





SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Nº Historia	Cama
Primer Apellido	
Segundo Apellido	
Nombre	
Servicio	
Edad	Fecha de ingreso

DATOS ADMINISTRATIVOS	
Teléfono 1: _____	Centro de Salud: _____
Teléfono 2: _____	Comprobada Pulsera Identificativa <input type="checkbox"/> Documentación al Ingreso <input type="checkbox"/>
Información sobre Funcionamiento de la Unidad <input type="checkbox"/>	Efectos personales entregados a _____
INGRESO ACTUAL	
Motivo: _____	Procedencia: _____
Diagnóstico Médico: _____	Prótesis: _____
Constantes Vitales: F.C.: _____ F.R.: _____ T.A.: _____ Tª: _____	
ANTECEDENTES DE SALUD	
Enfermedades Previas: _____	
Intervenciones Quirúrgicas Previas: _____	
Caídas Previas: _____	Alergias: _____
Hábitos Tóxicos: _____	Ostomías: _____
Medicación en domicilio: _____	
_____	
_____	

## VALORACION ENFERMERA

### DOMINIO 1: Promoción de la salud

- Cumplimiento del Régimen Terapéutico:
 

Farmacológico	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Ejercicio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Dieta	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Revisiones	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Déficit de conocimientos (F <input type="checkbox"/> ; E <input type="checkbox"/> ; D <input type="checkbox"/> ; R <input type="checkbox"/> )							
<input type="checkbox"/> Complejidad del régimen terapéutico (F <input type="checkbox"/> ; E <input type="checkbox"/> ; D <input type="checkbox"/> ; R <input type="checkbox"/> )							

Observaciones: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Enfermero: Manejo inefectivo del régimen terapéutico.

### DOMINIO 2: Nutrición

- Tipo de dieta habitual: \_\_\_\_\_
- Intolerancias alimentarias  SI  NO Especificar: \_\_\_\_\_
- Talla: \_\_\_\_\_
 

<input type="checkbox"/> Bajopeso ( $\downarrow$ 20)	<input type="checkbox"/> Normopeso (20-25)	<input type="checkbox"/> Sobrepeso (25-30)	<input type="checkbox"/> Obesidad ( $\uparrow$ 30)
--	--	--	--
- Alteración del apetito  SI  NO
 

<input type="checkbox"/> Aumentado	<input type="checkbox"/> Disminuido	Desde: _____
------------------------------------	-------------------------------------	--------------

 Lo atribuye a: \_\_\_\_\_
- Dificultad para masticar  SI  NO Causa: \_\_\_\_\_
- Dieta prescrita:  Absoluta  Oral  Enteral  Parenteral
 

Tipo de sonda: _____	Fecha de colocación: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td> </tr> </table>	D	D	M	M	Desde: _____
D	D	M	M			
- Dificultad para deglutir  SI  NO  Sólidos  Líquidos
- Vómitos/Náuseas  SI  NO Desde: \_\_\_\_\_
- Piel y mucosas:  Hidratadas  Secas  Edemas

Observaciones: \_\_\_\_\_

Diagnósticos Enfermeros: Desequilibrio nutricional por exceso. Desequilibrio nutricional por defecto. Riesgo de desequilibrio nutricional por exceso. Deterioro de la deglución. Exceso de volumen de líquidos. Déficit de volumen de líquidos. Riesgo de déficit de volumen de líquidos.

### DOMINIO 3: Eliminación

- Problemas al orinar  SI  NO
  - Sensación de urgencia
  - Disuria
  - Polaquiuria
  - Nicturia
- Incontinencia urinaria  SI  NO
  - Total
  - Nocturna
- Incontinencia fecal  SI  NO
- Hábito intestinal: \_\_\_\_\_ Cada  días Utiliza laxantes  SI  NO Especificar: \_\_\_\_\_

Observaciones:

Diagnósticos Enfermeros: Retención urinaria. Riesgo de retención urinaria. Incontinencia urinaria de urgencia. Diarrea. Estreñimiento.

### DOMINIO 4: Actividad-reposo

- Se levanta descansado  SI  NO  Utiliza ayuda para dormir Especificar: \_\_\_\_\_

Autonomía para la vida diaria:	AUTONOMO	AYUDA PARCIAL	AYUDA TOTAL
Baño/higiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso del WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Movilidad/deambulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Paresias/plejias  Amputaciones  Prótesis  Reposo/inmovilidad  Pérdida funcional
- Dificultad respiratoria  SI  NO
  - Disnea de esfuerzo
  - Disnea de reposo
  - Cianosis
  - Precisa O<sub>2</sub> habitualmente

Observaciones:

Diagnósticos Enfermeros: Insomnio. Déficit de autocuidado (baño, vestido, uso del WC, alimentación). Deterioro de la movilidad física. Intolerancia a la actividad.

### DOMINIO 5: Percepción-cognición

- Nivel de conciencia:
  - Alerta (hipervigilante)
  - Consciente
  - Estuporoso/a
  - Coma
- Orientado/a  SI  NO
  - Persona
  - Tiempo
  - Espacio
- Contenido del pensamiento distorsionado (ideas delirantes)  SI  NO
- Alteraciones de la memoria  SI  NO
  - Corto plazo
  - Largo plazo
- Dificultad para comunicarse  SI  NO
  - Hablar  SI  NO  Afasia  Disartria  Traqueostomía  Otro idioma
  - Ver  SI  NO
  - Oír  SI  NO

Prótesis sensoriales (especificar tipo): \_\_\_\_\_

Dificultades para el aprendizaje (especificar): \_\_\_\_\_

Valorar el 4º día de estancia, en el turno de Mañana

Observaciones:

Diagnósticos Enfermeros: Riesgo de confusión aguda. Conocimientos deficientes. Deterioro de la comunicación verbal. Desatención unilateral. Trastornos de la percepción sensorial.

### DOMINIO 6: Auto percepción

- Estado de ánimo/emocional al ingreso:
  - Tranquilo
  - Preocupado
  - Ansioso
  - Triste
  - Apático
  - Irritable
- Normalmente logra lo que se propone  SI  NO
  - Se infravalora
  - Normal
  - Se supervalora

- Ha habido y/o se prevén cambios en su cuerpo  SI  NO Especificar: \_\_\_\_\_

Valorar el 4º día de estancia, en el turno de Mañana

Observaciones:

Diagnósticos Enfermeros: Riesgo de baja autoestima situacional. Baja autoestima situacional. Trastorno de la imagen corporal.

### DOMINIO 7: Rol-relaciones

- Con quién vive: \_\_\_\_\_
- Personas a su cargo: \_\_\_\_\_
- Situación laboral: \_\_\_\_\_
- Cuidador principal: \_\_\_\_\_

- Apoyo familiar
  - Bueno
  - Relativo
  - Rechazo
  - No hay familia
- Conflicto en el funcionamiento y/o relaciones de la familia  SI  NO
  - Cambio de roles familiares
  - No aceptación de la enfermedad del paciente

#### Valoración del cuidador principal

- Dificultad para el cuidado de la persona enferma  SI  NO
- Complejidad de los cuidados  SI  NO
- Problemas de salud del cuidador  SI  NO
  - Física
  - Emocional

#### Valorar el 4º día de estancia, en el turno de Mañana

#### Observaciones:

Diagnósticos Enfermeros: Riesgo de cansancio en el rol de cuidador. Cansancio en el rol de cuidador. Interrupción de los procesos familiares. CP.: Riesgo social (derivar al trabajador social).

### DOMINIO 8: Sexualidad

- Toma anticonceptivos  SI  NO Especificar: \_\_\_\_\_

- ¿Su enfermedad ha influido de alguna manera en su sexualidad?  SI  NO

- ¿Quiere recibir ayuda o información?  SI  NO

#### Valorar el 4º día de estancia, en el turno de Mañana

#### Observaciones:

Diagnóstico Enfermero: Patrón sexual inefectivo.

### DOMINIO 9: Afrontamiento-tolerancia al estrés

- Expresa sentimientos y/o se observan signos de preocupación por su situación  SI  NO
  - Ansiedad (causa inespecífica)
  - Temor (causa específica)Lo atribuye a: \_\_\_\_\_

- Se observan signos de preocupación en relación a pérdidas de salud  SI  NO
  - Física
  - Funcional
  - Social

- Duelo  SI  NO
  - Expresa sentimientos de:
    - Negación
    - Ira
    - Depresión
    - Pacto
    - AceptaciónLo atribuye a: \_\_\_\_\_

- Expresa y/o se observa falta de conductas adecuadas o recursos para afrontar su situación o sus consecuencias  SI  NO  
Lo atribuye a: \_\_\_\_\_

#### Valorar el 4º día de estancia, en el turno de Mañana

#### Observaciones:

Diagnósticos Enfermeros: Ansiedad. Temor. Duelo anticipado. Afrontamiento ineficaz. Afrontamiento familiar comprometido.

### DOMINIO 10: Principios vitales

- ¿Tiene alguna creencia religiosa o cultural que le gustaría que tuviéramos en cuenta durante su hospitalización?  SI  NO  
Especificar: \_\_\_\_\_

#### Observaciones:

Diagnósticos Enfermeros: Sufrimiento espiritual. Conflicto en la toma de decisiones.



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

N.º Historia \_\_\_\_\_ Cama \_\_\_\_\_  
Primer apellido \_\_\_\_\_  
Segundo apellido \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_  
Servicio \_\_\_\_\_  
Edad \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso \_\_\_\_\_

Enfermedades transmisibles: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_ Puntuación Escala de Braden \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Motivo y valoración al ingreso

Motivo del ingreso: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico de entrada: \_\_\_\_\_ Hospitalización anterior No  Si   
Forma de entrada: Cama  Silla  Caminando  Procede de: \_\_\_\_\_  
Enfermedades anteriores: No  Si  Tipo \_\_\_\_\_  
Toma medicamentos: No  Si  Tipo \_\_\_\_\_  
Dolor: No  Si  Tipo \_\_\_\_\_  
Localización \_\_\_\_\_  
Observaciones: \_\_\_\_\_

Respiración circulación

PA: \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ R \_\_\_\_\_ T<sup>a</sup> \_\_\_\_\_  
Oxigenoterapia: No  Si  Tipo: \_\_\_\_\_ Litros \_\_\_\_\_  
Respiración: Normal  Disnea  Taquipnea  Otros: \_\_\_\_\_  
Tos: No  Si  Expectoración No  Si  Cianosis No  Si   
Edemas: No  Si  Localización \_\_\_\_\_  
Observaciones: \_\_\_\_\_

Hábitos alimentarios

Peso: Normal  Delgado  Obeso  Prótesis No  Si   
Apetito: No  Si  Fecha alteración apetito \_\_\_\_\_  
Dificultad masticación No  Si  Dificultad deglución No  Si  Dificultad digestión No  Si   
Necesidad de ayuda No  Si  Parcial  Total   
Observaciones: \_\_\_\_\_

Reposo sueño

Duerme: Bien  Mal  Fecha alteración sueño \_\_\_\_\_  
Uso somníferos: No  Si  Tipo \_\_\_\_\_  
Otras ayudas: No  Si  Tipo \_\_\_\_\_  
Observaciones: \_\_\_\_\_

Eliminación

Evacuación vesical: Normal  Alteración  Tipo: \_\_\_\_\_  
Molestias: No  Si  Incontinencia: No  Si  Fecha: \_\_\_\_\_  
Evacuación intestinal: Frecuencia \_\_\_\_\_ Estreñimiento  Diarrea   
Incontinencia: No  Si  Uso laxante No  Si  Tipo: \_\_\_\_\_  
Vómitos: No  Si  Aspecto: \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_  
Sudoración: Normal  Moderada  Profusa   
Otros drenajes: No  Si  Tipo \_\_\_\_\_ Aspecto \_\_\_\_\_  
Observaciones: \_\_\_\_\_

ENFERMERIA. VALORACION DEL PACIENTE AL INGRESO 15 - 1

<b>Hábitos higiénicos</b>	Normal <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Ducha <input type="checkbox"/> Baño <input type="checkbox"/> Frecuencia: _____ Necesidad de ayuda: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Higiene bucal No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Observaciones: _____
<b>Actividad física</b>	Dificultad para moverse No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Se cansa fácilmente: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Parálisis: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Paresia: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Prótesis: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Localización: _____ Necesidad ayuda: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Observaciones: _____
<b>Seguridad física</b>	Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Organos de los sentidos Audición: Normal <input type="checkbox"/> Confusa <input type="checkbox"/> Sordera <input type="checkbox"/> Prótesis <input type="checkbox"/> Habla: Clara <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Incapaz de hablar <input type="checkbox"/> Visión: Normal <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Prótesis <input type="checkbox"/> Observaciones: _____
<b>Estado emocional</b>	Confuso <input type="checkbox"/> Incoordinación <input type="checkbox"/> Pregunta reiteradamente No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Miedo <input type="checkbox"/> Desconfianza <input type="checkbox"/> Se queja reiteradamente No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Tristeza <input type="checkbox"/> Se abandona: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Observaciones: _____
<b>Estado de la piel</b>	Hidratada <input type="checkbox"/> Húmeda <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Deshidratada <input type="checkbox"/> Con pliegue <input type="checkbox"/> Enrojecida <input type="checkbox"/> Heridas: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Localización: _____ Ulceras: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Localización: _____ Estado: _____ Hematomas: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Localización: _____ Prurito: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Localización: _____ Observaciones: _____
<b>Hábitos tóxicos</b>	Tabaco: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cantidad: _____ Ex-fumador No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Alcohol: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Tipo/cantidad: _____ Drogas: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Tipo/cantidad: _____ Ex-drogadicto No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Observaciones: _____
<b>Información sanitaria</b>	Tiene información del funcionamiento de la unidad: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Tiene información del proceso actual: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Observaciones: _____

Firma Enfermera: \_\_\_\_\_

Datos recogidos de: \_\_\_\_\_

## ENFERMERIA. VALORACION DEL PACIENTE AL INGRESO



Anexo IV. Carta de autorización del Comité Ético de  
Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias y de la  
Dirección de Enfermería del HUCA.





SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

Comité Ético de Investigación Clínica  
Regional del Principado de Asturias  
C/ Celestino Villamil s/n  
33006.-Oviedo  
Tfno: 985.10.79.27/985.10.80.28  
Fax: 985.10.87.11  
e-mail: [celcr\\_asturias@hca.es](mailto:celcr_asturias@hca.es)

Área Sanitaria

Oviedo, 11 de Marzo de 2013

El Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias, ha revisado el Proyecto de Investigación nº 41/2013, titulado: "DEMANDA Y PERCEPCIÓN DE CUIDADOS EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS". Investigadora Principal D<sup>a</sup> Virgilia Alegre Ramón Supervisora de Formación de Enfermería del HUCA.

El Comité ha tomado el acuerdo de considerar que el citado proyecto reúne las condiciones éticas necesarias para poder realizarse y en consecuencia emite su autorización.

Le recuerdo que deberá guardarse la máxima confidencialidad de los datos utilizados en este proyecto.

Fdo: Eduardo Arnáez Moral  
Secretario del Comité Ético de Investigación  
Clínica Regional del Principado de Asturias





Oviedo, 18 de marzo de 2013

**Asunto:** Respuesta a solicitud para realización trabajo de investigación.

D. Ramón Corral Santoveña, Director de Enfermería del Área Sanitaria IV, autoriza a la Enfermera, Supervisora de Formación de Enfermería del HUCA, **D<sup>a</sup> Virgilina Alegre Ramón**, a la recogida de datos para la realización de un estudio que lleva por título "**Demanda y percepción de cuidados en los pacientes hospitalizados**", recordando a la solicitante que en la utilización de estos datos debe mantenerse en todo momento la confidencialidad y privacidad de los mismos.

Un saludo.



Fdo.: Ramón Corral Santoveña  
Director de Enfermería del Área IV

