

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA SANTA MADRONA
De la Fundación "La Caixa"

EL REGISTRO DEL ROL AUTÓNOMO

AUTORES:

Julia SALVADOR LODOSA

M^a José GIMENO TORIBIO

Ana GÓMEZ GARCÍA

Cristina GÓMEZ VIGO

Olga MATO MAÑAS

Trabajo presentado al curso de Administración y Gestión en Cuidados de
Enfermería para la obtención del Master

Trabajo dirigido por el profesor:

Sr. José Tejada Fernández

Comisión evaluadora:

Sra. Montserrat Teixidor Freixa	Presidenta
Sr. Esteve Pont Barceló	Secretario
Sra. Concepció Ferrer Sisteró	Vocal
Sr. José Tejada Fernández	Vocal

Presentado en fecha:

31 de julio, 2006

Aceptado en fecha:

14-IX-2006

Queda prohibida cualquier reproducción total o parcial de este trabajo sin la autorización expresa por parte de las autoras.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, expresar el más profundo agradecimiento a nuestro tutor Dr. Pepe Tejada Fernández, Sra. Montserrat Teixidor Freixa y Dr. Esteve Pont Barceló, comité científico asesor, por su paciencia, ánimo y apoyo durante todo el proceso de nuestro proyecto de investigación, y por dirigir, guiar y ser los primeros críticos en la ejecución de dicho trabajo.

Nuestra gratitud a la Sra. Sandra Estruga y Sra. Leonor Pérez por su eficiencia y ayuda.

Agradecer a la Sra. Àngels Canal y al Sr. Sergi Puyó, bibliotecarios de la E.U.I. Sta. Madrona, su disposición y ofrecimiento en la búsqueda de documentación para la elaboración de nuestro trabajo.

Un recuerdo cariñoso para la Sra. Lola Basquens y la Sra. Maria Encarnación Ascaso, que con su amabilidad desprendida han hecho las tardes de reunión más llevaderas.

Agradecemos a los Centros Sanitarios, *Hospital de la Santa Creu i Sant Pau*, *Hospital de la Vall d'Hebró*, *Hospital Universitari Sagrat Cor*, y *Hospital de Vil·lafranca* que han permitido la recopilación de material para la realización del trabajo de investigación. Nuestra mención especial para las compañeras, profesionales de enfermería de dichos hospitales, que con su colaboración desinteresada han hecho posible dicha recogida de datos.

Nuestro particular y sincero reconocimiento a las familias de cada uno de los miembros de este grupo de trabajo, por su comprensión, soporte y tolerancia, en momentos determinados, durante el transcurso del proyecto.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	8
1.1 Justificación del problema	8
1.2 Objetivos de investigación	11
2. HISTORIA DE LA ENFERMERÍA	13
2.1 Tiempos Remotos	13
2.2 Mundo Clásico: Grecia y Roma	13
2.3 Inicio del Mundo Cristiano	14
2.4 Edad Media	14
2.5.Renacimiento.....	16
2.6.Enfermería Moderna.....	16
2.7 Actualidad.....	18
3. MODELOS DE ENFERMERÍA.....	19
3.1 Orígenes de los modelos enfermeros.....	19
3.2 Objetivos de los modelos de enfermería	20
3.3 Tendencias de los modelos de enfermería.....	21
3.3.1Tendencia naturalista	21
3.3.2 Tendencia de interrelación	22
3.3.3 Tendencia de suplencia o ayuda.....	23
3.4 Modelo conceptual de Virginia Henderson	24
3.4.1 Conceptualización del modelo.....	24
3.4.2 Funciones de la enfermera en los cuidados básicos (Henderson, 1950)	25
3.5 Plan de cuidados - Estado actual de la cuestión	26
3.5.1 Etapas del plan de cuidados	27
3.5.2 Diagnósticos de Enfermería	28
4. ROL PROFESIONAL DE LA ENFERMERA	30
4.1 Rol Profesional de la Enfermería	30

4.2 Rol Autónomo	30
5. COMPETENCIAS DE ENFERMERÍA	32
5.1 Introducción a las competencias de enfermería	34
5.2 Objetivos de las competencias de enfermería	35
5.3 Definición de las competencias de enfermería	36
6. REGISTROS DE ENFERMERÍA	45
6.1 Definición de los registros.....	45
6.2 Relación rol autónomo/registros de enfermería.....	46
6.2.1 Nivel asistencial.....	46
6.2.2 Calidad de los cuidados	47
6.2.3 Investigación y docencia	48
6.2.4 Nivel legal.....	48
6.3 Tipos de registros de enfermería	49
6.4 Ítems de los registros.....	50
7. DESCRIPCIÓN DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS.....	54
7.1 Fundación de Gestión Sanitaria de la Santa Creu i Sant Pau.	54
7.1.1 Presentación.	54
7.1.2 Objetivos Institucionales.....	55
7.2 Hospital Universitario de la Vall d'Hebrón.....	56
7.2.1 Presentación	56
7.2.2 La misión y los valores	57
7.2.3 ¿Qué es el Hospital Universitario Vall d'Hebrón?.....	58
7.2.4 Qué queremos ser (la visión)	58
7.2.5 Nuestros valores	59
7.3 Hospital comarcal de l'Alt Penedès	59
7.3.1 Antecedentes históricos del hospital	59
7.3.2 Organización del Hospital	61
7.3.3 División de Enfermería	61
7.3.4 Modelo de Plan de Cuidados	62
7.3.5 Distribución hospitalaria	63
7.4 Hospital Universitario Sagrat Cor	64

7.4.1 Misión del Hospital	65
7.4.2 Valores y actividad asistencial del Hospital	65
8. DISEÑO DEL ESTUDIO	66
8.1 Metodología	66
8.2 Variables e indicadores	66
8.3 Población y muestra	67
8.4 Instrumentos de recogida de información	67
9. RESULTADOS.....	68
9.1 Introducción general	68
9.2 Caracterización de la muestra	69
9.2.1 Variables Institucionales.....	69
9.2.2 Variables Personales.....	71
9.2.3 Variables Formativas.....	72
9.2.4 .Variables Socio-laborales.....	75
9.3 Análisis de las competencias del rol autónomo en función de su realización/registro.....	77
9.4.Análisis de las competencias del rol autónomo en función de la situación laboral.....	86
9.5 Análisis de las competencias del rol autónomo en función del turno de trabajo.....	102
9.6. Análisis de las competencias del rol autónomo en el conocimiento y registro de las competencias y actividades específicas del rol autónomo...	118
9.7 Análisis de las competencias del rol autónomo en función del tipo de hospital.	134
10. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	171
10.1 Descripción de la muestra	171
10.2- Objetivos e hipótesis	172
10.3 -Fijo-Eventual.....	173
10.4 Diurno-Nocturno	174
10.5 Conocimiento y registro de las competencias	175
10.6 Tipo de hospital	176

11. PROPUESTAS Y LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURA.....	178
12. BIBLIOGRAFÍA.....	179

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Justificación del problema

Desde hace siglos existe la profesión de enfermería dedicada al cuidado de las personas. Sus orígenes se remontan históricamente a la mujer sanadora y a su evolución. En la Edad Media, con el Camino de Santiago, las órdenes religiosas -como los Benedictinos- supieron dar una dimensión humana a los hospitales. El monje cumplió un papel esencial en los primeros hospitales aportando más humanidad a la asistencia sanitaria del peregrino: "Era el encargado de hacer sonar la campana para anunciar las dos visitas médicas diarias, de aromatizar las salas antes de que se iniciasen, pequeños detalles de una atención basada en la dignidad y el amor al ser humano porque siempre tenían presente que el enfermo recostado podía ser el mismo Cristo".

Pero no fue hasta la aparición de las primeras escuelas de enfermería y de la obra de F. Nightingale, en el siglo XIX, que la profesión fue descrita como tal, y se empezó a impartir una formación con objetivo de instruir enfermeras competentes y autónomas.

Posteriormente han sido muchos los autores y escuelas que se han dedicado a estudiar y definir el rol de la enfermera, así como legislar el campo de las competencias de las profesiones sanitarias.

Según la descripción de “Ordre des infirmières et infirmiers du québec”, del ejercicio de la profesión sanitaria de las enfermeras, en los artículos 36 y 37, podemos resumir la profesión enfermera como el conjunto de acciones que tienen por objetivo:

- identificar las necesidades de salud de la persona
- contribuir en los métodos de diagnóstico
- prodigar y controlar los cuidados de enfermería que requieran:
 - promoción de la salud
 - prevención de la enfermedad

- tratamiento

- readaptación

- prodigar cuidados según órdenes médicas
- informar a la población sobre problemas de orden sanitario.

Existe mucha bibliografía que nos ayuda a definir los dos aspectos que comportan el ejercicio de la profesión de enfermería: el “rol propio que le ha sido devuelto” (Riopelle, 1993) o **rol autónomo** (que apunta hacia la responsabilidad de la enfermera) Riopelle, Teixidor 2002, y el **rol de colaboración** (acciones que realiza la enfermera en forma autónoma, pero prescritas por el médico en forma de orden médica),

La definición y conocimiento de las competencias dentro de nuestro rol autónomo, nos permite reflexionar sobre el propio trabajo en el orden de la gestión de los recursos humanos y materiales, nuestra formación, etc. ya que, este es el punto estratégico que nos proporciona la identidad como enfermeras. Para la realización de nuestro estudio de investigación sobre el rol autónomo y los registros de enfermería, tomamos como referencia el modelo conceptual de Virginia Henderson, por dos motivos:

- Por ser el modelo que los centros, objeto de nuestro estudio, tienen institucionalizado;
- Por ser el modelo en el que nosotras nos hemos formado y tenemos integrado.

Según Virginia Henderson: “La función propia de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos en la hora de su muerte), actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esta misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible” (V. Henderson, 1971). El rol de la enfermera consiste en ayudar al individuo a conservar o recuperar la independencia en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales, por lo que se trata de un rol de suplencia.

En base a nuestra experiencia profesional, bibliografía consultada y entrevistas informales a enfermeras, observamos que en la práctica diaria de nuestros hospitales son las intervenciones que se consideran prioritarias las propias del rol de colaboración. Ello se demuestra en que nuestras organizaciones y direcciones se han preocupado, tradicionalmente, en elaborar y mejorar instrumentos (registros) para poder cuantificar, justificar y evaluar estas intervenciones. Quedando muy en segundo plano todas las acciones propias del rol autónomo de enfermería que están muy lejos de poder ser cuantificadas, justificadas o evaluadas.

El registro de enfermería es considerado como un instrumento imprescindible para monitorizar el cuidado de la persona, evaluar la calidad y la continuidad de estos cuidados.

Los dos ejes principales de nuestro trabajo de investigación son, **el conocimiento del rol autónomo de nuestra profesión y los registros de enfermería.**

De todos es conocida la expresión, así como su significado “lo que no está escrito no consta”. De aquí, nuestro interés por investigar si los profesionales de enfermería tenemos plenamente identificadas cuales son nuestras acciones y actividades, del rol autónomo, y contrastar y analizar algunos registros de enfermería, y en qué medida se contemplan dentro del registro de enfermería.

1.2 Objetivos de investigación

General:

- Verificar el nivel de conocimiento de los profesionales de enfermería sobre el rol autónomo y hasta qué punto queda reflejado en los registros de enfermería.

Específicos:

- Establecer el nivel de conocimiento sobre las competencias profesionales propias del rol autónomo.
- Verificar el nivel de realización de las actividades propias del rol autónomo.
- Conocer en que grado se registran las actividades propias del rol autónomo.
- Identificar las causas que facilitan o dificultan el registro de las actividades.

Hipótesis

- Las enfermeras que conocen y tienen integrado su rol autónomo lo reflejan en los registros de enfermería.

Subhipótesis

- Los profesionales de enfermería identifican las competencias y actividades del rol autónomo como específicas de su profesión.
- Los registros de enfermería posibilitan que quede reflejado el rol autónomo.
- Las enfermeras registran las actividades propias del rol autónomo.

Primera Parte.-

MARCO TEÓRICO

2. HISTORIA DE LA ENFERMERÍA

2.1 Tiempos Remotos

Durante toda la Prehistoria, el cuidado de la salud y el mantenimiento de la vida recayeron en la mujer y en el sanador. La práctica de este tipo de cuidados se entremezclaba con actividades rituales para la protección, la promoción y la continuación de la vida. Los elementos utilizados por la cuidadora formaban parte de la propia naturaleza.

Hasta llegar al mundo clásico (Egipto Antiguo, los Pueblos Orientales Clásicos, la Cultura Precolombina, Babilonia y Palestina) la creencia de que la salud se debía a causas sobrenaturales y divinas era común.

2.2 Mundo Clásico: Grecia y Roma

Fueron los griegos quienes consideraron la enfermedad como un estado de impureza o un gran castigo por una infracción cometida. Los distintos tipos de cuidadores griegos elaboraron un concepto de enfermedad de forma racional. Despreciaron los “saberes” naturales, considerando únicamente la intelectualidad.

Los médicos técnicos eran los poseedores de todos los conocimientos relacionados con los cuidados de la salud. Contaban con la ayuda de los esclavos que realizaban la función de cuidadores. Las parteras eran mujeres que realizaban la mayor parte de los cuidados obstétricos, y los cirujanos trataban las enfermedades de forma empírica, sin ninguna formación teórica.

El pueblo romano consideraba la práctica de la medicina en una actividad indigna, y era delegada en los esclavos, libertos y extranjeros.

El hospital romano contaba con una organización perfecta y personal específico para el cuidado de los enfermos.

2.3 Inicio del Mundo Cristiano

El pensamiento del Cristianismo obstaculizó el progreso de los cuidados. La disciplina estricta se convertiría en un modo de vida. Las personas dedicadas al cuidado acabaron por ser enseñadas a ser dóciles, pasivas y humildes, con un desprecio total para consigo mismas. Debían una obediencia férrea a estamentos superiores, médicos o sacerdotes. No tenían autonomía, ni criterio para tomar decisiones en relación con la atención de los enfermos.

Se inició la construcción de numerosas instituciones dedicadas al cuidado de los enfermos y necesitados, con innovaciones significativas y la Iglesia amplió a su vez sus servicios sociales. Se organizaron congregaciones religiosas dedicadas al cuidado de los enfermos.

Con estos primeros grupos de cuidadoras cristianas, se inicia la historia de los cuidados de forma continuada y organizada, con un enfoque humanitario.

2.4 Edad Media

Durante la Alta Edad Media (hasta inicio del s.XI) el hospital medieval únicamente estaba ligado a la religión, y prestaba atención exclusivamente por motivos caritativos. Los monjes practicaron la medicina y procedimientos para el cuidado de los enfermos y la esposa del señor feudal cuidaba de los enfermos de su hacienda.

Es en la Baja Edad Media (año 1000 al 1500), cuando aparece el principio de protección, cuidado de los enfermos y ayuda a los pobres, que guió la creación de las órdenes militares como puestos de asistencia a los peregrinos enfermos y cansados.

La aportación de estas órdenes al cuidado fue importante, destacando la jerarquización de los servicios enfermeros y la importancia de los uniformes.

La más importante fue, San Juan de Jerusalén, creada con fines exclusivamente hospitalarios y de entre todas las órdenes fue la que se dedicó más al cuidado de los enfermos. Fundaron importantes hospitales, y redactaron unos estatutos que recogían con detalle las tareas a desempeñar en el cuidado

de los enfermos, sirviendo de modelo para la normativa de los hospitales de otras órdenes. Este personal de enfermería se ocupaba de la limpieza de las salas, la higiene de los enfermos y de las camas, y de prestar todos los cuidados exigidos a los enfermos, protegiendo su intimidad personal con cortinajes y dosel blanco, consiguiendo el aislamiento en cubículos independientes.

Así mismo destacamos a los Caballeros Teutónicos, Caballeros de San Lázaro y a los Caballeros de Santo Sepulcro, los cuales se ocupaban de la asistencia a los enfermos y al cuidado de los peregrinos.

Tanto la Reconquista como la necesidad de prestar protección a los peregrinos de Santiago de Compostela, contribuyeron enormemente a la creación de órdenes militares españolas. Entre las más conocidas destacan Calatrava, Santiago, Alcántara, San Jorge de Alfama y Montesa.

La enfermería de la Edad Media se fue desarrollando progresivamente dentro de la institución hospitalaria, realizando actividades bien definidas y cada vez más complejas según las necesidades del momento histórico. Los antiguos hospitales del occidente cristiano, no se conciben sin la existencia de un personal experto que atendiera permanentemente a los enfermos y sus necesidades.

En todas las etapas del desarrollo del conocimiento médico, ha estado presente la enfermería actuando como colaboradora en dicho desarrollo, y aportando sus actividades propias referidas al cuidado de los enfermos: alimentación, higiene y cuidados hospitalarios.

El personal de enfermería se hallaba estratificado en dos niveles: los que realizan actividades propias de enfermeros y los auxiliares, todos ellos bajo la supervisión de un director de enfermería

Los progresos de la enfermería en la Edad Media se producen bajo el magisterio médico. Estos enseñan a las enfermeras lo preciso respecto a nuevos cuidados, administración de preparados farmacéuticos, y formas de asistir a los enfermos.

En aquel momento, enfermería no tiene aún personalidad suficiente para aspirar a tener un cuerpo de conocimientos. No escribe su propio trabajo, no tiene una teoría sobre sus propias actividades; siendo éstas, las aplicaciones prácticas de los conocimientos médicos referidos a la atención cotidiana del enfermo.

2.5 Renacimiento

Con el Renacimiento entre los siglos XV y XVI, se produce un cambio muy importante.

Las necesidades básicas de atención a los enfermos pobres se pasan a cubrir a través de instituciones de caridad como cofradías y hermandades, las cuales recogían a través de estatutos y reglas el trabajo que realizaba enfermería. Existía un reconocimiento oficial del trabajo de la enfermería, sobretodo en su papel colaborador con el médico.

Durante los años 1550 y 1650 se rompió con las formas de practicar la enfermería en procesos anteriores. La aparición y expansión de congregaciones con el objetivo de asistir a los enfermos pobres, la redacción de manuales escritos por y para enfermería y el planteamiento de un nuevo marco de actuación con las cuatro funciones reconocidas: cuidados, administración, docencia e investigación; supone el desarrollo de su identidad propia, como oficio independiente.

Se dispone de dos manuales entre los siglos XVI y XVII, de gran importancia, que representan las primeras recogidas de información sobre el conocimiento enfermero, confirmando que la formación de cuidadores se realizaba a través de manuales.

2.6 Enfermería Moderna

En el s. XIX con la aparición de seguros de salud, y el hospital como único dispositivo asistencial se inicia una enfermería profesionalizada en la actividad del cuidar, que desemboca en la reforma estable de la enfermería.

Se considera que la enfermería moderna en Europa nace con la obra de Florence Nightingale, que creó la primera escuela de enfermería en 1860.

La enfermera pasa de cuidar centrada en la persona, a curar centrada en el órgano, unido esto a la adquisición de conocimientos técnicos, siendo escasos los conocimientos teóricos.

La práctica asistencial de enfermería, esta basada en los cuidados administrados por practicantes, matronas y personal religioso.

Hasta mediados de siglo, la figura del practicante y religiosa estaba claramente diferenciada. El practicante se encargaba de administrar los tratamientos prescritos por el médico y la religiosa proporcionaba los cuidados básicos al enfermo en el hospital.

A partir de 1904 la Instrucción General de Sanidad Pública supuso un gran avance en la definición de titulaciones sanitarias, y determinó la necesidad de un título acreditativo necesario para ejercer una profesión sanitaria. De este modo permite que se legisle la profesión de enfermera.

En 1905, con la Real Orden del Ministerio de Instrucción Pública se determinan unos conocimientos específicos para habilitar a enfermeras, religiosas o seglares, con la necesidad de superar unas pruebas de aptitud para la obtención de la acreditación profesional.

Desde entonces se reconoce la enfermería con carácter legal con personalidad propia. La creación de colegios oficiales contribuyó a elevar el nivel de la profesión enfermera en España.

Es en 1952 cuando se produjo la unificación de los estudios de enfermería, practicante y matrona, significando la unificación en un único título de las tres carreras que existían, la elevación del nivel profesional, la vinculación de la formación a las Facultades de Medicina y ampliación de la formación mediante las especialidades.

2.7 Actualidad

Actualmente las enfermeras asumen la responsabilidad de formar sus propios profesionales, organizar y dirigir los servicios de enfermería y de iniciar investigaciones encaminadas a aumentar el cuerpo de conocimientos.

La profesionalización del cuidado representa una mayor autonomía de la enfermera, la actividad del cuidar se convierte en una disciplina diferenciada de otras profesiones de salud.

Mucha importancia tuvo la creación de asociaciones profesionales, que lucharon para un aumento de la calidad profesional, el cambio de los programas formativos en el marco universitario y las normas legales que regulan la educación y el ejercicio profesional, respaldándolo.

Desde la perspectiva histórica podemos entender mejor la enfermería actual, encaminándola hacia un futuro con un objetivo constante que ha sido y será el “cuidado enfermero”.

3. MODELOS DE ENFERMERÍA

3.1 Orígenes de los modelos enfermeros

Leonardo da Vinci (1452-1519): *"Quien ama la práctica sin la teoría es como un marinero que sube a un barco y no sabe a dónde va"*.

Tal y como describe Leonardo da Vinci, el conocimiento y la teoría son necesarios para adquirir una buena práctica en toda profesión.

A lo largo de la historia, el papel social y el ejercicio de la profesión enfermera, fue creciendo y desarrollándose hasta principios del siglo XX, cuando enfermería se encargaba de ejecutar los cuidados propuestos por los médicos y realizaba tareas de vigilancia y colaboración.

Según la bibliografía consultada, diversos autores señalan los años 50 como el punto decisivo, en el que la enfermería adquiere una conciencia de grupo laboral con unas responsabilidades y un campo propio de estudio. Aparecen las denominadas enfermeras teóricas, cuya preocupación era elaborar, fruto de su reflexión, unas teorías y modelos conceptuales que nos servirán como identificadores de nuestra disciplina.

Teixidor, define **modelos** como "...una construcción que representa de una manera simplificada una realidad o un fenómeno con la finalidad de interpretarlo, de cuantificarlo y de concretarlo. El modelo intenta detectar los elementos fundamentales de un problema concreto, sus comportamientos interrelaciones o ideas que nos faciliten la comprensión y la investigación. Los modelos pueden ser entendidos como un esquema de interpretación de la realidad, actuando como mediadores entre la realidad y la teoría, y proporcionan los datos para que un paradigma, una teoría o un meta paradigma pueda evolucionar". (2000:48)

La **teoría** se define, en la línea de Riel y Sisca (1992), como un conjunto de conceptos organizados y conectados sistemática y lógicamente para explicar su relación.

El concepto **paradigma**, lo encontramos en el origen de los modelos de enfermería, y nos describe una visión de la realidad, una perspectiva general del entorno y del mundo.

Tomando como referencia la idea de Jacqueline Fawcett, todos los modelos se encuentran vinculados entre sí por los que la autora denomina **meta paradigmas**, es decir, unos conceptos comunes: persona, salud, cuidados de enfermería y entorno. Estos cuatro elementos, nos ayudan a entender la base del pensamiento enfermero y proporcionan las directrices de los cuidados de enfermería.

Así mismo, los modelos adquieren su verdadero significado cuando se aplican en la práctica. Nos permiten obtener una mayor calidad de vida en las personas a las que cuidamos contribuyendo a mejorar su nivel de salud. De esta forma, estaremos en situación de poder llegar a mostrar cuál es esa aportación específica que hacemos las enfermeras, siendo necesaria para certificar nuestra consideración como disciplina científica y como actividad profesional.

Según Marriner, los modelos nos ayudarán a “adquirir conocimientos que permitan perfeccionar las prácticas cotidianas mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos”. (1989:17)

3.2 Objetivos de los modelos de enfermería

- Proporcionar la identidad de enfermería y de sus cuidados.
- Representar teóricamente la intervención práctica de la enfermera.
- Disponer de una guía para la práctica y la administración de los cuidados de enfermería.
- Desarrollar el programa de estudios para la formación de la enfermería.
- Establecer criterios para medir la calidad de la asistencia, formación y la investigación en la enfermería.

- Disponer de una base para la docencia y la investigación.
- Nos proporciona un instrumento para poder elaborar un proceso de cuidados.

3.3 Tendencias de los modelos de enfermería

La primera teoría de enfermería surgió de Florence Nightingale, y a partir de ella nacieron nuevos modelos. Cada modelo aporta una filosofía de entender la enfermería y el cuidado, que a su vez, pueden agruparse por escuelas o por tendencias.

3.3.1 Tendencia naturalista

También denominada ecologista, se incluyen en este apartado los conceptos formulados por Florence Nightingale, que enfoca los cuidados de enfermería como facilitadores de la acción que la Naturaleza ejerce sobre los individuos enfermos.

Detallamos una breve reseña, sobre la teoría de Florence Nightingale, que nos permitirá entender los modelos de enfermería.

Nightingale define (1955):

Persona: ser humano afectado por el entorno y bajo la intervención de una enfermera, denominada por Nightingale como paciente.

Salud: bienestar mantenida. Para Nightingale la enfermedad se contempla como un proceso de reparación instaurado por la naturaleza.

Entorno: condiciones y fuerzas externas que afectan a la vida. Describe cinco componentes principales de un entorno positivo o saludable: ventilación adecuada, luz adecuada, calor suficiente, control de los efluvios y control del ruido.

Enfermería: la que colabora para proporcionar aire fresco, luz, calor, higiene, tranquilidad. La que facilita la reparación de una persona.

3.3.2 Tendencia de interrelación

En este grupo se incluyen los modelos de Hildegarde Peplau, Callista Roy, Martha Rogers y Levine. Todas estas enfermeras usan como base fundamental para la actuación de Enfermería, el concepto de relación, bien sean las relaciones interpersonales (enfermera-paciente) o las relaciones del paciente con su ambiente.

Callista Roy

El modelo de Roy, es determinado como una teoría de sistemas con un análisis significativo de las interacciones. El modelo contiene cinco elementos esenciales: paciente, meta de la enfermería, salud, entorno y dirección de las actividades enfermeras.

Callista Roy define (1960):

Persona: Ser biopsicosocial en constante interacción con un entorno cambiante que tiene cuatro modos de adaptación: modo fisiológico, modo “auto concepto”, modo “según los roles” y modo “interdependiente”.

Entorno: Roy lo define como todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas y los grupos. Consta de ambientes interno y externo que proporcionan entrada en forma de estímulos.

Salud: Estado o proceso de ser o de llegar a ser una persona integral y unificada. El estado-salud es la adaptación en cada uno de los cuatro modos. El proceso-salud es el esfuerzo constante realizado por el individuo para alcanzar su máximo potencial de adaptación.

Enfermería: Es requerida cuando la persona gasta más energía en el afrontamiento dejando muy poca energía para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

Utiliza los cuatro modos de adaptación para incrementar el nivel de adaptación de una persona en la salud y la enfermedad. Realiza actividades que promueven respuestas de adaptación efectivas en las situaciones de salud y enfermedad. Es una disciplina centrada en la práctica dirigida a las personas y

a sus respuestas ante los estímulos y la adaptación al entorno. Incluye valoración, diagnóstico, establecimiento de metas, intervención y evaluación.

3.3.3 Tendencia de suplencia o ayuda

Los modelos representativos de esta tendencia son los de Virginia Henderson y Dorotea Orem. Estas autoras conciben el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede llevar a cabo en un determinado momento de un ciclo vital (enfermedad, niñez, ancianidad), fomentando ambas, en mayor o menor grado, el autocuidado por parte del paciente y la ayuda o suplencia por parte de la enfermera.

Virginia Henderson

Virginia Henderson se graduó en la Army School of Nursing en 1921. Su interés por la enfermería surgió de la asistencia al personal militar enfermo y herido durante la I Guerra Mundial. En 1955 publicó su “*Definición de Enfermería*”, y en 1966 perfiló su definición en el libro: “*The Nature of Nursing*” donde utiliza la observación de su práctica diaria para dar forma a su teoría.

V. Henderson define (1955):

Persona: como ser bio-psico-social que tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus catorce necesidades.

Salud: Capacidad de actuar de forma independiente en relación con las catorce necesidades fundamentales. En su obra *Principles and Practice of Nursing*, Henderson (1971) describe su concepto de salud diciendo: “*la calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es la reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de una manera más efectiva y conseguir el mayor nivel potencial de satisfacción en la vida*”...

Entorno: Factores externos que actúan de forma positiva o negativa.

Cuidados: Asistencia a la persona sana o enferma en las actividades que no pueda hacer por sí misma por falta de fuerza, de voluntad o de conocimientos con el fin de conservar o de restablecer su independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales.

3.4 Modelo conceptual de Virginia Henderson

De entre todos estos modelos de enfermería, hemos tomado como referencia el modelo conceptual de Virginia Henderson para elaborar un plan de cuidados. Uno de los motivos de haber elegido este modelo, es porque lo tenemos integrado desde nuestra formación básica en enfermería. De otro lado, es el modelo elegido por nuestros centros hospitalarios objeto de estudio.

3.4.1 Conceptualización del modelo

Henderson (Henderson y Nite, 1978), postula que la persona es un todo complejo presentando catorce necesidades fundamentales; cada necesidad, tiene dimensiones de orden bio-fisiológico, psico-socio-cultural y espiritual.

Necesidad de respirar.

Necesidad de comer y beber adecuadamente.

Necesidad de eliminar.

Necesidad de moverse y mantener una correcta postura.

Necesidad de dormir.

Necesidad de vestirse y desvestirse.

Necesidad de mantener una temperatura adecuada.

Necesidad de mantenerse limpio.

Necesidad de evitar peligros.

Necesidad de comunicarse.

Necesidad de practicar sus creencias o valores.

Necesidad de realización personal.

Necesidad de recrearse.

Necesidad de aprender.

Toda persona tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales. La función de la enfermera, consiste en suplir las carencias hasta que ésta alcance la independencia. Los modos de intervención de los que dispone la enfermera son los siguientes: reemplazar, completar,

sustituir, añadir, reforzar y aumentar la fuerza, la voluntad o el conocimiento de la persona.

Entendemos como independencia, la capacidad de cada persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

En el caso de existir determinado déficit, si éste es subsanado, se considera a la persona independiente; aunque la alteración física persista.

Consideramos nivel de dependencia cuando la persona por falta de fuerza, de voluntad o de conocimiento, no es capaz por sí sola de satisfacer sus necesidades básicas.

Las manifestaciones de independencia, son las actividades o conductas que una persona realiza para satisfacer sus necesidades básicas, al tener la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios para ello.

Las manifestaciones de dependencia, son aquellas actividades o conductas, que la persona no es capaz de llevar a cabo o lo realiza de manera incompleta; impidiendo la satisfacción de sus necesidades básicas.

3.4.2 Funciones de la enfermera en los cuidados básicos (Henderson, 1950)

- *“Ayudar a la persona enferma a seguir un plan de tratamiento en la forma indicada por el médico.”*
- *“Colaborar conjuntamente con los demás miembros del equipo, en la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimiento en la hora de su muerte.”*
- *“Ayudar a la persona para que pueda conseguir lo más pronto posible, cuidarse por sí misma, buscar información sobre la salud o incluso seguir los tratamientos prescritos.”*
- *“La enfermera ha de adentrarse en el interior de cada paciente para saber no sólo lo que éste desea, sino además lo que necesita para mantenerse en vida o recobrar la salud. Por este motivo, muchas de las actividades que en*

un principio son sencillas, se hacen complicadas a tenerlas que adaptar a las necesidades particulares.”

- *“Ayudar al paciente en sus actividades de la vida diaria, o sea, en aquellas actividades que ordinariamente ejecuta sin ayuda, es decir, respirar, comer, evacuar, descansar, dormir, moverse, además de los actos relacionados con la higiene personal, el abrigo corporal y el uso de las ropas adecuadas”.*
- *“La enfermera ayuda al paciente a mantener o crear un régimen de salud que si aquél hubiera tenido suficiente vigor, conocimiento y apego a la vida, lo habría seguido sin necesidad de ayuda.”*
- *“Al estar las 24 horas al lado del paciente, es ella quien está en mejores condiciones que nadie para ayudarlo a permanecer en la “corriente de la vida”, a hacer frente a impedimentos o inhabilidades físicas o mentales y a morir con dignidad cuando la muerte es inevitable.” (Henderson, 1950)*

Para Henderson, el profesional de enfermería requiere trabajar de manera independiente con otros miembros del equipo de salud. Las funciones de la enfermera son independientes de las del médico, pero utiliza un plan de cuidados por escrito, basándose en el logro de consecución de las 14 necesidades básicas y en su registro para conseguir un cuidado individualizado para la persona.

3.5 Plan de cuidados - Estado actual de la cuestión

El plan de cuidados que nosotras utilizamos en nuestros centros de trabajo, nos permite realizar una valoración del paciente mediante la entrevista y la observación del mismo, (su actitud verbal y no verbal) sin olvidar su entorno. Ello nos aporta información para el conocimiento global de la persona, identificando las manifestaciones de dependencia e independencia. Y a partir de ellas; los diagnósticos de enfermería, que con la planificación y posterior realización de unas actividades dirigidas a sus causas, intentaremos llegar a los resultados marcados conjuntamente con el paciente. La enfermera realiza una evaluación del proceso para observar si el objetivo marcado se está

cumpliendo, o si existe la aparición de posibles complicaciones. El Plan de Cuidados es un proceso ágil, sujeto a la consecución de resultados y a la prevención de dificultades añadidas.

3.5.1 Etapas del plan de cuidados

M. Phaneuf (1993:Pág.) identificó cinco etapas que componen el plan de cuidados, basados en el modelo conceptual de Virginia Henderson.

- Recogida de Datos:

Es la primera etapa del plan de cuidados, utilizando la recogida de datos siguiendo las 14 necesidades de Henderson, nos permite conocer el estado de salud de la persona, es decir, conocer sus manifestaciones de dependencia y/o independencia.

- Análisis e interpretación de los datos:

En esta segunda fase, la enfermera se dispone a analizar toda la información, identificando los problemas que presenta la persona enferma, y las causas que lo provocan. Posteriormente, se procede a la realización del Diagnóstico Enfermero.

- Planificación:

Junto con la persona, siempre y cuando sea posible; realizamos una serie de actividades encaminadas a alcanzar el objetivo. En ocasiones, será la enfermera quién supla a la persona enferma a satisfacer sus necesidades.

Los objetivos, identifican el resultado que se quiere conseguir en la persona; y la planificación de intervenciones, determina las acciones que la enfermera ha de poner en práctica para conseguir ese resultado.

- La ejecución:

Consiste en poner en práctica junto con la persona, el plan de intervenciones ya elaborado.

- Evaluación de los cuidados:

La evaluación de los cuidados consiste en comparar si los objetivos inicialmente marcados junto con la persona, han sido conseguidos con la realización de la planificación de actividades.

El plan de curas no es una secuencia lineal de las etapas, sino cíclico; es decir, en ocasiones los objetivos no han sido alcanzados, requiriendo una nueva planificación de actividades.

3.5.2 Diagnósticos de Enfermería

Creemos conveniente desarrollar esta parte del plan de curas, por considerarlo importante para el desarrollo de nuestro rol autónomo.

La NANDA, asociación de enfermeras americanas (*North American Nursing Diagnostics Association*) formada el año 1973, nace para formular una taxonomía y desarrollar una clasificación diagnóstica propia de enfermería, que se pueda definir de la misma manera alrededor del mundo y permita a los profesionales de enfermería identificarla y trabajar de forma autónoma.

La NANDA define el “diagnóstico de enfermería como un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad en los procesos vitales, problemas de salud reales o potenciales que proporcionen la base de la terapia de la cual es responsable el profesional de enfermería”.

Los diagnósticos de enfermería se clasifican en reales, de riesgo o de salud.

Diagnóstico real: describe la respuesta actual de una persona, familia o comunidad a una situación de salud, o a un proceso vital. Su identificación se ratifica con la existencia de unas características definitorias.

El diagnóstico se ha de formular en tres partes: el problema (*etiqueta*) relacionado con la causa y manifestado por datos objetivos y subjetivos.

Diagnóstico de riesgo: describe respuestas humanas a situaciones de salud o procesos vitales que se puedan desarrollar en un futuro próximo. Su identificación se basa en la presencia de factores de riesgo. En este caso la formula son dos partes: el problema (*etiqueta*), relacionado con la causa (*presencia de factores de riesgo*)

Diagnóstico de salud: es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, la familia o la comunidad han adquirido ya un nivel aceptable de salud o bienestar. Se identifica cuando una persona desea un grado mayor de

conocimiento en un área específica. Se formula en una sola parte: etiqueta diagnóstica.

4. ROL PROFESIONAL DE LA ENFERMERA

4.1 Rol Profesional de la Enfermería

Los cuidados que puede llevar a cabo enfermería pueden ser igual de “complejos” que las necesidades de la persona. De ahí la dificultad de poder llegar a definir “que hace una enfermera” y cuales son sus competencias. Pero pese a la dificultad que ello supone, no podemos obviar, que para poder enfrentarnos al trabajo interdisciplinario y atender a la persona enferma, es necesario definir un campo de acción que nos proporcione una identidad como profesión.

En 1961, con la edición, y difusión a nivel mundial, del libro de Virginia Henderson de “*Los principios básicos de los cuidados de enfermería*”, se dio un paso importante en la identificación de la enfermera como, además de una colaboradora del médico, como “*una profesional autónoma y responsable*” (Riopelle-Teixidor, 2002).

Todo ello, conlleva a una situación en la que la profesión de enfermería, desarrolla unos cuidados propios además de los delegados; es decir, lleva a cabo un conjunto de actividades que desempeña de manera autónoma, dirigidas a cuidar a la persona sana y enferma; elabora proyectos de educación y prevención sanitaria; gestiona los cuidados, etc.

A modo de resumen, tal como detalla Teixidor (1997) dentro de la dimensión de los cuidados de enfermería, estos se diferencian, en: rol autónomo, rol de colaboración y vigilancia, el rol delegado de aplicación de las prescripciones médicas (Teixidor, 1992; Bisly-Riopelle-Teixidor, 1994) y según Riopelle, Teixidor, 2002, rol autónomo y de cooperación.

4.2 Rol Autónomo

Dentro del ejercicio de la profesión de enfermería, según las autoras consultadas anteriormente, podemos definir las competencias propias del Rol Autónomo como: el conjunto de acciones que la enfermera desarrolla por

iniciativa propia, como consecuencia de una práctica crítica y reflexiva, fruto de la integración de creencias y valores, de conocimientos, del juicio clínico y de la intuición, asumiendo toda responsabilidad en todas ellas.

“Este rol está configurado para conseguir la autonomía y la calidad de vida de las personas y sus familias en relación con su entorno. Incluye las intervenciones autónomas –en los cuidados de enfermería-, de estimulación, de apoyo, de enseñanza, counselling (asesoramiento), de acompañamiento y su suplencia, los cuales contribuyen al desarrollo, mantenimiento, readaptación, recuperación de la salud, calidad y continuidad de la vida” (Obtenido de Riopelle L, Teixidor M. La práctica enfermera: fundamentos científicos y acercamiento humanista EN Teixidor M. (dir) Proyecto de formación para la implantación del proceso de cuidados en el marco del modelo conceptual de Virginia Henderson en los Centros de Atención Primaria del Institut Català de la Salut: Barcelona: Fundació “la Caixa” / EUI Santa Madrona; 2002:47-64.

5. COMPETENCIAS DE ENFERMERÍA

Conforme a lo previsto en la Constitución Española y en la legislación sobre Colegios Profesionales, “el enfermero generalista es el profesional legalmente habilitado, responsable de sus actos, que ha adquirido los conocimientos y aptitudes suficientes acerca del ser humano, de sus órganos, de sus funciones bio-psico-sociales en estado de bienestar y de enfermedad, del método científico aplicable, sus formas de medirlo, valorarlo y evaluar los hechos científicamente probados; así como el análisis de los resultados obtenidos, auxiliándose para ello, de los medios y recursos clínicos y tecnológicos adecuados, en orden a detectar las necesidades, desequilibrios y alteraciones del ser humano, referido a la prevención de la enfermedad, recuperación de la salud y su rehabilitación, reinserción social y/o ayuda a una muerte digna.”

En esta Ley, encontramos que hacen referencia a unos cuidados propios de la competencia de la enfermería, sin quedar descritas concretamente.

“Incumbe a la profesión de enfermería la responsabilidad de proporcionar de forma individual o, en su caso, de forma coordinada dentro de un equipo de salud, los cuidados propios de su competencia, al individuo, a la familia y a la comunidad, de modo directo, continuo, integral e individualizado, mediante una formación y una práctica basada en principios de equidad, accesibilidad, cobertura y sostenibilidad de la atención”. Artículo 54

En la Ley de 31 de mayo de 1978 en Francia, se reconoce que enfermería es: “toda persona que en función de los diplomas que le habilitan; proporciona habitualmente cuidados de enfermería bajo la prescripción o el consejo médico, o bien en aplicación del rol que se le atribuye. Además, el enfermero/a participa en diversos actos, sobre todo en materia de prevención, de educación sanitaria y de formación o de organización”.

En ambas leyes constatan la función de la enfermera sin quedar descrita las competencias intrínsecas de la profesión.

Tal como dice Françoise Colliere (1993:291) *“las competencias de la enfermera, tienen como finalidad movilizar las capacidades de la persona y de su entorno para compensar los daños ocasionados por la enfermedad, y suplirlas si estas capacidades son insuficientes”*.

La competencia de la enfermería, se basa en diferenciar todo aquello que parece indispensable para mantener y movilizar la vida de alguien, buscando que medios serán los más adecuados para conseguirlo.

Como dice Le Boterf: *“La competencia resulta de un saber actuar. Pero para que se construya es necesario poder y querer actuar”* (...) *“... saber combinatorio, cada competencia es el producto de una combinación de recursos. Para construir sus competencias, el profesional utiliza un doble equipamiento: el equipamiento incorporado a su persona (“saberes”, saber hacer, cualidades, experiencia...) y el equipamiento de su experiencia (medios, red relacional, red de información). Las competencias producidas con sus recursos se encarnan en actividades y conductas profesionales adaptadas a contextos singulares”*. (1994:43)

Ello nos hace reflexionar, una vez más, sobre la complejidad de los cuidados enfermeros y su definición.

Según la descripción de *“Ordre des infirmières et infirmiers du québec”*, del ejercicio de la profesión sanitaria de las enfermeras, en los artículos 36 y 37, definen la profesión enfermera como el conjunto de acciones que tienen por objetivo:

- identificar las necesidades de salud de la persona
- contribuir en los métodos de diagnóstico
- prodigar y controlar los cuidados de enfermería que requieran:
 - promoción de la salud
 - prevención de la enfermedad
 - tratamiento
 - readaptación
- prodigar cuidados según órdenes médicas
- informar a la población sobre problemas de orden sanitario.

El 8 de mayo de 2006, en las “*Jornades sobre les competències infermeres a l'àmbit hospitalari: parlem-ne*”. La Sra. E. Juvé, Coordinadora de enfermería de la división de hospital de ‘Institut Català de la Salut’, presentó el proyecto COM-VA de definición y Evaluación de competencias enfermeras. en el ámbito hospitalario.

E. Juvé, diferencia las competencias en “*ámbito de responsabilidad profesional (grupal)*”; y como un “*conjunto de habilidades, actitudes y conocimientos que permiten a la persona, la toma de decisiones que orientan a cada persona a saber actuar en cada caso.*”

E. Juvé, especifica que la profesión enfermera engloba un conjunto de competencias: dimensión cognitiva; dimensión técnica; dimensión integradora; dimensión contextual; dimensión relacional; dimensión moral y afectiva.

Ella define las competencias asistenciales de la enfermera en:

- **competencia 1:** cuidar
- **competencia 2:** valorar, diagnosticar y abordar situaciones cambiantes;
- **competencia 3:** ayudar al paciente a cumplir el tratamiento;
- **competencia 4:** contribuir a garantizar la seguridad y el proceso asistencial
- **competencia 5:** facilitar el proceso de adaptación y afrontamiento;
- **competencia 6:** trabajar en equipo y adaptarse a un entorno cambiante.

5.1 Introducción a las competencias de enfermería

Respondiendo a esta necesidad de definir las actividades que componen las competencias de la profesión de enfermería, nos hemos basado en los siguientes documentos:

Elias A et al. Competències de la professió d’Infermeria. Consell Català d’Especialitats en Ciències de la Salut/ Consell de Col.legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya. Barcelona 1997.

Teixidor M (dir). Marco de referencia profesional para la función de supervisor / a de enfermería de la demarcación piloto de Barcelona: desarrollar las competencias y la movilidad de los supervisores de enfermería para mejorar la calidad de la atención de los usuarios en el hospital. Proyecto Leonardo de

Vinci. Barcelona: EUE Santa Madrona / Hospital Universitari Germans Trías i Pujol, Generalitat de Catalunya; 2003.

Desde la conciencia de la complejidad del tema, hemos redactado las actividades implícitas en cada una de las competencias, que son propias de nuestro rol autónomo.

La finalidad, es elaborar un instrumento útil para nuestra investigación, que nos permita conocer cuáles son las actividades que realiza la enfermera por iniciativa propia y que componen su rol autónomo.

5.2 Objetivos de las competencias de enfermería

1. Proporcionar cuidados de enfermería individualizados mediante un método sistemático y organizado.
2. Llevar a cabo acciones encaminadas a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en los diferentes ámbitos de la práctica asistencial.
3. Saber dar respuestas de calidad en los diferentes ámbitos y situaciones de la práctica profesional.
4. Favorecer las condiciones para llevar a cabo una buena comunicación y cooperación dentro de la unidad, entre los profesionales, los usuarios y las familias.
5. Dar una atención integral y garantizar la continuidad de los cuidados mediante el trabajo en equipo, utilizando la comunicación formal y estructurada.
6. Incorporar en la práctica los principios éticos y legales que guían la profesión.
7. Contribuir a la formación de los estudiantes y del resto del equipo sanitario.
8. Hacer presente el compromiso profesional, institucional y personal a través de la participación y la implicación.

5.3 Definición de las competencias de enfermería

Competencias y actividades derivadas de los objetivos permanentes:

1. Proporcionar cuidados de enfermería individualizados mediante un método sistemático y organizado.
 - 1.1. Recoger y analizar los datos de cada usuario para poder describir su estado de salud.
 - Hacer la entrevista de enfermería de cada usuario que se acoge en la unidad de enfermería.
 - Observar y valorar signos objetivos y síntomas manifestados por el usuario y personas significativas.
 - Registrar de forma sistemática los datos y la información recogida.
 - 1.2. Priorizar los problemas detectados del usuario y elaborar un Plan de Cuidados.
 - Valorar los problemas detectados.
 - Formular objetivos según cada problema.
 - Planificar actividades de cuidados para resolver cada problema.
 - Seleccionar los procedimientos y protocolos más adecuados a la actividad planificada.
 - Realizar las actividades de manera individualizada.
 - Mantener la planificación de las curas actualizadas, en los registros correspondientes.
 - Planificar el alta y gestionar los cuidados para el alta de acuerdo con la fecha prevista.
 - Dejar constancia, en todo momento, por escrito, de las características de la realización de los cuidados.
 - 1.3. Llevar a cabo los cuidados con efectividad.
 - Preparar un entorno adecuado y el material necesario.
 - Explicar al usuario el procedimiento que vamos a realizar, para obtener su consentimiento.

- Realizar los cuidados de enfermería según las recomendaciones de los procedimientos.
 - Observar y valorar las respuestas del usuario antes, durante y después de la realización.
 - Hacer el seguimiento y vigilancia del procedimiento realizado.
 - Actuar de manera coordinada con el resto del equipo asistencial.
 - Colaborar y asistir en procedimientos diagnósticos y/o de tratamiento realizados por otros profesionales del equipo asistencial.
 - Mantener las medidas adecuadas para evitar peligros derivados de la realización de los procedimientos.
 - Interpretar las prescripciones médicas y realizarlas.
 - Registrar todas las acciones y las observaciones en los documentos adecuados.
- 1.4. Evaluar sistemáticamente las actividades de enfermería y el Plan de Cuidados establecido, en relación a los objetivos planteados.
- Plantear objetivos alcanzables y de acuerdo con el usuario y el resto del equipo.
 - Revisar los objetivos y las actividades según las evaluaciones.
 - Establecer criterios de resultados.
 - Hacer el informe de alta de enfermería.
- 1.5. Respetar el marco conceptual de referencia y el cumplimiento de las normas y procedimientos que permitan realizar buenas prácticas y obtener resultados identificables.
- Utilizar el modelo conceptual de enfermería de forma efectiva.
 - Colaborar en la elaboración de procedimientos, protocolos y material educativo.
 - Participar en la implantación de nuevos procedimientos y protocolos que permitan conseguir buenas prácticas.
 - Participar en la evaluación de resultados sobre la planificación y cuidados de enfermería.

2. Llevar a cabo acciones encaminadas a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, en los diferentes ámbitos de la práctica asistencial.
 - 2.1. Identificar los problemas potenciales de salud.
 - Identificar las personas con riesgo de desarrollar algún problema (cribaje).
 - Evaluar el entorno sociofamiliar de la persona.
 - Identificar las necesidades de salud de la persona y personas significativas.
 - 2.2. Realizar actividades de educación y promoción de la salud.
 - Planificar acciones educativas que conduzcan al cambio de hábitos saludables individuales y comunitarios, conjuntamente con la persona.
 - Desarrollar las acciones educativas indicadas en el Plan de Cuidados individualizado.
 - Evaluar periódicamente el cumplimiento de los objetivos establecidos y revisar las actividades planificadas.
 - Asegurarse que la persona reciba la información y educación necesarias para llevar a cabo su autocuidado.
 - 2.3. Participar en el diseño de los programas comunitarios.
 - Participar en la definición de los objetivos del programa.
 - Planificar las actividades que se han de llevar a cabo, en el Plan de Cuidados de enfermería.
 - Participar en la definición de la metodología y los contenidos del programa comunitario.
3. Saber dar respuestas de calidad en los diferentes ámbitos y situaciones de la práctica profesional.
 - 3.1. Saber hacer frente y tomar decisiones, en relación a los imprevistos e incidentes provocados por las complicaciones de enfermos complejos.
 - Detectar situaciones de riesgo con una visión holística de la persona.

- Identificar los posibles problemas potenciales, en cada momento.
 - Adoptar las medidas necesarias para disminuir los riesgos potenciales.
 - Priorizar las actuaciones ante situaciones de emergencia.
 - Proporcionar los cuidados paliativos en los enfermos terminales.
 - Aplicar las medidas terapéuticas adecuadas en las personas con dolor.
- 3.2. Participar en la definición de objetivos de la unidad para obtener resultados clínicos y de gestión de recursos eficientes.
- Elaborar, con la Supervisora de la unidad y el resto del equipo, instrumentos para la planificación y evaluación de los cuidados en la unidad.
 - Cumplir los protocolos y las recomendaciones de los procedimientos.
 - Gestionar los recursos en la prestación de cuidados de enfermería.
 - Hacer propuestas de mejora y sugerencias en los procesos de atención, dentro de su ámbito de trabajo.
- 3.3. Participar en los procesos de evaluación profesional.
- Evaluar los propios conocimientos, actitudes y habilidades.
 - Utilizar diferentes métodos de aprendizaje para identificar y corregir, si es necesario, los déficits de conocimiento, actitudes o habilidades.
 - Evaluar críticamente los métodos de trabajo.
 - Fundamentar la práctica en los resultados de la investigación.
 - Analizar críticamente los métodos y los datos de la investigación.
 - Utilizar sistemáticamente los resultados de los estudios de calidad.
 - Analizar críticamente la validez y aplicabilidad de las fuentes de información posibles.
- 3.4. Diseñar líneas de investigación y búsqueda en el ámbito propio de la profesión, para mejorar los cuidados que ofrece la unidad.
- Llevar a cabo la actividad asistencial con capacidad analítica para poder identificar líneas de investigación.

- Utilizar la experiencia profesional como herramienta de evaluación continua de la actividad diaria.
- 4. Favorecer las condiciones para llevar a cabo una buena comunicación y cooperación dentro de la unidad, entre los profesionales, los usuarios y las familias.
- 4.1. Cumplir las condiciones para una comunicación de calidad entre el resto de profesionales del equipo, los usuarios y sus acompañantes.
 - Iniciar, fomentar y mantener una relación terapéutica con el usuario.
 - Comunicarse efectivamente con los usuarios y sus personas significativas.
 - Llevar a cabo las actividades, protocolos y procedimientos con empatía y respeto.
 - Promover un entorno favorable para la comunicación.
 - Tener especial cuidado de la comunicación con los usuarios con dificultades de comunicación y/o comprensión.
 - Explicar y comentar, hasta acordar conjuntamente con el usuario, las actuaciones a seguir, así como sus recomendaciones.
 - Integrar al usuario en los planes de cuidados.
 - Verificar que los usuarios entienden la información dada para poder aceptar y/o realizar los planes de cuidados acordados.
 - Actuar de enlace y facilitar la comunicación entre el usuario y la familia, con el resto del equipo multidisciplinario.
 - Fomentar, a través de la relación interpersonal y de respeto hacia el usuario, la confianza y seguridad en relación a su proceso.
- 4.2. Crear y mantener las condiciones para trabajar cooperativamente.
 - Actuar fomentando la interrelación entre todos los profesionales del centro.
 - Participar activamente en las reuniones del equipo de la unidad y actividades del centro.

- Participar del trabajo en equipo en términos de compromiso y equidad.
 - Cooperar con los profesionales del equipo de cuidados y con los miembros del equipo multidisciplinar.
5. Dar una atención integral y garantizar la continuidad de los cuidados mediante el trabajo en equipo, utilizando la comunicación formal y estructurada.
- 5.1. Asegurar el seguimiento, la continuidad, la personalización y la participación de la persona en sus cuidados.
- Elaborar informes de enfermería escritos, claros, bien estructurados y concisos.
 - Registrar adecuadamente todas las actividades de enfermería.
 - Coordinar los cuidados de enfermería con el resto de la unidad, servicios internos y externos del centro.
 - Participar en la transmisión de los cuidados en el cambio de turno.
- 5.2. Elaborar Planes de Cuidados con la participación de todo el equipo y el usuario.
- Definir y formular los objetivos, con claridad, derivándose un plan de actuación y evaluando resultados.
 - Escuchar y recoger las opiniones de los diferentes miembros del equipo de trabajo (tanto en los aspectos verbales como no verbales).
 - Opinar con firmeza y claridad, respetando la opinión del resto del equipo.
 - Asumir y desarrollar el rol que le corresponda en cada circunstancia.
 - Hacer del equipo un lugar de intercambio y análisis de la actividad profesional realizada.
 - Consultar a tiempo y efectivamente a los otros profesionales de salud.
 - Reconocer las habilidades, competencias y los papeles del resto de profesionales sanitarios.

- Delegar las actividades de acuerdo con los conocimientos, habilidades y capacidades de quien ha de realizar el trabajo.
6. Incorporar en la práctica los principios éticos y legales que guían la profesión.
- 6.1. Desarrollar una práctica profesional fundamentada en el respeto de los derechos de la persona/usuario/cliente guiada por el Código de Ética de Enfermería.
- Desarrollar una práctica profesional ajustada a las diferentes normativas legales y judiciales que regulan la actividad asistencial.
 - Identificar las posibles vulneraciones de los derechos de la persona/usuario/cliente y tomar las medidas o acciones para preservarlos.
 - Ajustar las decisiones y comportamientos a los principios bioéticos: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.
 - Identificar los dilemas éticos y aplicar un razonamiento y juicio crítico en su análisis y resolución.
 - Participar activamente con sus aportaciones en el trabajo del Comité de ética Asistencial.
 - Adecuar las acciones de enfermería a la libre elección de la persona/usuario/cliente en las decisiones de salud, dando continuidad al proceso de cuidados.
 - Proponer y decidir razonadamente, excepciones en la aplicación de la norma y ejercicio de la objeción de conciencia.
 - Asumir la responsabilidad de las decisiones y acciones.
7. Contribuir a la formación de los estudiantes y del resto del equipo sanitario.
- 7.1. Saber actuar como agente educativo de alumnos de escuelas de enfermería y de auxiliar de enfermería.
- Acoger los alumnos dentro del equipo.

- Actuar como referente, de un alumno, durante toda su estancia de prácticas en el centro.
 - Colaborar con los monitores de prácticas de las diferentes escuelas para que los alumnos puedan llegar a conseguir los objetivos establecidos.
 - Realizar la evaluación al finalizar el periodo de prácticas.
- 7.2. Compartir los conocimientos y las habilidades con el resto de los miembros del equipo.
- Saber compartir los conocimientos y habilidades adquiridas con el resto del equipo.
 - Participar en las actividades propuestas, por el equipo de supervisión, de formación continuada.
 - Colaborar en la elaboración de procedimientos, protocolos y materiales educativos.
 - Utilizar los recursos existentes para el aprendizaje.
8. Hacer presente el compromiso profesional, institucional y personal a través de la participación y la implicación.
- 8.1. Participar e implicarse en la definición de las políticas de salud en los diferentes niveles asistenciales e institucionales.
- Participar en la implantación de innovaciones asistenciales i tecnológicas en el centro de trabajo.
 - Utilizar las nuevas metodologías asistenciales de trabajo adecuadamente.
 - Asumir los cambios organizativos sin dificultades.
 - Adaptarse a los cambios con facilidad, con resultados que favorezcan al resto del equipo.
 - Aportar sugerencias y nuevas ideas sobre mejoras en los procedimientos habituales.
- 8.2. Participar activamente en proyectos de investigación relacionados con el área de desarrollo de la profesión de enfermería.

- Colaborar activamente en los estudios y proyectos que se desarrollen en el sí del equipo de salud.
- Realizar la actividad asistencial utilizando razonamientos críticos y evaluadores.

6. REGISTROS DE ENFERMERÍA

6.1 Definición de los registros

El actual desarrollo de la profesión de Enfermería, la consolidación de sus competencias y actividades tiene que acercarse cada día más a las necesidades que la sociedad presenta en materia de salud.

Esta consolidación progresiva de la enfermera como miembro del equipo interdisciplinario de salud, con un rol específico y autónomo dentro del proceso asistencial, ha determinado la necesidad de disponer de unos registros de enfermería como parte integrante del dossier de documentación clínica.

Para llegar a un nivel profesional óptimo, tenemos que ser conscientes de la existencia de determinadas carencias, sobretodo en el área metodológica y que se debe ir superando en el desarrollo diario de las actividades que llevamos a cabo las enfermeras. De entre estas carencias, hay una que por su importancia requiere un tratamiento profundo y urgente: el Registro de Enfermería.

El dossier de Enfermería existe desde el tiempo en que Florence Nightingale lo introdujo como un instrumento utilizado por la enfermera en la atención diaria a los pacientes. Desde entonces ha ido evolucionando.

En aquella época, dicho dossier recogía principalmente la cumplimentación de las órdenes del médico. Años más tarde, Virginia Henderson, continuando la idea iniciada por Florence Nightingale, promovió la idea de redactar planes de cuidados con el objetivo de comunicar la información referente al cuidado de la persona sana o enferma.

El registro de enfermería es un instrumento imprescindible en el desarrollo del ejercicio profesional y la sistematización de los cuidados de enfermería prestados a los usuarios. Al mismo tiempo, es un documento de soporte para la elaboración de indicadores de calidad del trabajo enfermero, con la finalidad de poder *evaluar la calidad de la atención prestada*. Es un instrumento básico para

la docencia y la investigación. Otra dimensión que no se debe eludir es su trascendencia a nivel legal.

6.2 Relación rol autónomo/registros de enfermería

“La práctica de la enfermera comporta el desarrollo de las actividades de los cuidados que responden al rol autónomo de la enfermera y de aquellas actividades de colaboración interrelacionadas con las actuaciones de otros profesionales que integran el equipo interdisciplinario de salud (Consejo Asesor de Enfermería, 2001)

Es por esta razón que junto con el interés de garantizar una mejora continua de la calidad asistencial de enfermería, se ve la necesidad de disponer de unos registros propios que además de proporcionar un instrumento que facilite la práctica diaria, construya un soporte documentado donde quede constancia de nuestra aportación y de nuestro propio rol desde el punto de vista asistencial, docente e investigador.

6.2.1 Nivel asistencial

“La función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible.” (Virginia Henderson, 1956:7)

La existencia de unos buenos registros de enfermería es una necesidad sentida, expresada y desarrollada por los propios profesionales de enfermería de cara a ofrecer unos cuidados de calidad y en los que la atención integral y la continuidad se constituyen como características fundamentales.

El registro enfermero pretende ser un buen instrumento que nos permite identificar a los enfermeros los problemas de salud, planificar las acciones

destinadas a conseguir los objetivos preestablecidos y evaluar nuestro trabajo a través de la evolución de salud de los usuarios.

El registro de enfermería facilita la transmisión de la información, sirve como sistema de comunicación entre los profesionales. Favorece el trabajo en equipo y la continuidad de los cuidados de enfermería.

Es un registro sistematizado que posibilita plasmar la información que se necesita para desarrollar el proceso de atención de enfermería individualizada. Consta por escrito la observación continuada que se realiza, la valoración, la planificación de las acciones que se tienen que llevar a cabo, los recursos necesarios, la ejecución del plan de cuidados y la evaluación de todo el proceso.

6.2.2 Calidad de los cuidados

Los profesionales de enfermería desde hace mucho tiempo se han preocupado por buscar métodos que les ayuden a mejorar la calidad de las atenciones que recibe el usuario. Los primeros antecedentes documentados que se relacionan con el tema de la calidad de la atención sanitaria se remontan a la segunda mitad del siglo anterior (1860) cuando Florence Nightingale estudió las tasas de mortalidad de los hospitales militares durante la Guerra de Crimen.

Desde entonces hasta nuestros días, encontramos un abanico importante de autores que han diseñado instrumentos para evaluar la calidad de los cuidados de enfermería (Horn y Swainen en 1977, Laurin en 1979 y Chagnon en 1982). Otros estudiosos como H. Palmer, H. Vuori, R. Broke, D. Berwick y Avedis Donabedian, han realizado también aportaciones en el campo de la calidad. En España en 1982 se implanta el décimo programa de Calidad en el Hospital de Sta Creu de Barcelona y en 1985 se crea la Sociedad de Calidad Asistencial. El Hospital Marques de Valdecilla (Santander) en 1987 pone en marcha la Unidad de Control de Calidad de Enfermería, que contemplaba la cumplimentación de los registros de enfermería, como indicador de calidad.

En la actualidad los profesionales de enfermería asumen un mayor nivel de responsabilidad y compromisos, siendo ésta una de las razones por las que

deben de cuidar la calidad de los registros de enfermería, pues es la fuente de información utilizada para evaluar la calidad asistencial.

6.2.3 Investigación y docencia

Los registros ofrecen la información necesaria para obtener datos sobre la necesidad de conocimientos específicos, para así crear programas de formación, estudios científicos o actividades docentes encaminadas a incrementar el conocimiento científico y poder contribuir a reafirmar la identidad de nuestra profesión.

6.2.4 Nivel legal

La salud es un concepto dinámico y según la Organización Mundial de la Salud (OMS.) “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”

Desde la visión integral de la persona/familia/comunidad, no se debe olvidar la responsabilidad del profesional de enfermería ante los derechos del paciente, los cuáles se deben respetar, mantener y fomentar.

Estos derechos son:

- Autonomía: derecho a ser uno mismo y valorar sus propios deseos.
- Libertad: derecho a actuar según sus propósitos, sin interferencias.
- Veracidad: derecho a la información real para poder decidir (consentimiento informado).
- Privacidad: derecho a la confidencialidad.
- Beneficencia: derecho a no recibir daños.
- Fidelidad: derecho a mantener los acuerdos adquiridos.

Los conceptos de libertad, dignidad e igualdad, presentes en la definición de los derechos humanos tienen que configurar la práctica de la profesión de enfermería.

El registro de enfermería es un soporte documental de los aspectos legales y éticos de la atención prestada.

En primer lugar, los registros tiene la finalidad de cumplir con un derecho del usuario, contemplado en la “Llei General de Sanitat” en la Orden de Acreditación de los Hospitales y otras normativas reguladoras de documentos y/o procedimientos específicos (hemodonación, transfusión sanguínea, investigación, hoja de alta, etc.) que especifican el derecho del usuario de disponer de una historia clínica accesible con constancia escrita de todo su proceso asistencial. Por lo tanto, desde esta perspectiva, el hecho de registrar tiene como objetivo obedecer un mandamiento legal, el incumplimiento del cual comportará responsabilidades administrativas.

La otra finalidad, no menos importante, es la de servir como documento legal para la verificación de la asistencia prestada por parte del profesional de enfermería y de la calidad de esos cuidados prestados. El conjunto de información contenida en el registro de enfermería constituye una serie de declaraciones escritas sobre todo el Proceso de Atención de Enfermería.

La progresiva profesionalización de enfermería y la autonomía en el ejercicio de las enfermeras, junto a factores socioeconómicos y culturales, comporta una mayor exigencia en la calidad de las atenciones de enfermería. Los registros de enfermería constituyen una prueba documentada que justifica y razona las actuaciones de las enfermeras.

La correcta cumplimentación de los registros de enfermería, no sólo es un deber científico y legal, sino también, es un “derecho profesional”. El derecho de disponer de un documento que pueda acreditar y demostrar la bondad y calidad de la praxis de los profesionales de enfermería.

6.3 Tipos de registros de enfermería

Los registros de Enfermería se integran formando parte esencial en los expedientes clínicos de cualquier institución hospitalaria.

Los profesionales de enfermería deben utilizar un lenguaje común para definir y elaborar los planes de cuidados. La comunicación resulta mejorada y el

paciente se beneficia de una mayor continuidad de los cuidados entre los diferentes turnos y entre los diferentes ambientes.

Rosalinda Alfaro (presidenta del Teaching/ Learning Easy Stuart de Florida, Estados Unidos), define el proceso de enfermería como un “método sistemático y organizado para proporcionar curas de enfermería individualizadas, de acuerdo con el concepto básico que cada persona responde de forma diferente ante una situación real o potencial de salud.

El Proceso de Enfermería consta de 5 etapas:

1. Valoración: recogida de datos.
2. Diagnóstico: análisis e identificación de problemas
3. Planificación: elaboración del plan.
4. Ejecución: puesta en marcha del plan
5. Evaluación: evaluación de los resultados

Es necesaria la inclusión de protocolos de correcta utilización de los registros de enfermería, la formación continuada del personal de enfermería en esta materia, la evaluación sistemática de la cumplimentación de estos, así como la comunicación de los resultados a los profesionales de enfermería. Con ello, se optimiza el uso de los registros de enfermería, ofreciendo una mejora en la calidad de la atención prestada.

6.4 Ítems de los registros

→ Identificación del paciente

En este apartado se registra la información del paciente en cuanto al número de habitación ocupada durante su estancia hospitalaria, nombre y apellidos, edad, diagnóstico médico. Número de la seguridad social. Fecha de ingreso.

→ Valoración de enfermería

Recogida de datos mediante la observación directa e indirecta y mediante preguntas que se hacen al propio paciente i/o familia para valorar su estado de salud e identificar las manifestaciones de dependencia e independencia en la

satisfacción de las necesidades básicas. Factores biofisiológicos, psicológicos y socioculturales.

Antecedentes patológicos y medicación habitual

Todo lo referente al aparato circulatorio y respiratorio, incluido en la “necesidad de oxigenación”

El dolor, es un elemento importante que influye en la satisfacción de la mayoría de las necesidades.

Hábitos de higiene y eliminación

Hábitos alimenticios. Dieta habitual, peso, estado de la piel...

Aspectos relativos al autoconcepto y a la autoimagen. Comunicación.

Valoración de ansiedad/estrés

Aspectos de desempeño del rol y status social

Patrones de sexualidad de la persona

Familia, amigos, hábitos de ocio (lectura, dibujo...)

Constantes vitales. Glicemias capilares si es preciso

Cateterismos venosos. Sondajes (vesical, nasogástrico)

Drenajes

→ Seguimiento de enfermería

Controles de diuresis, de drenajes. Balance hídrico. Incidencias ocurridas durante la realización de procedimientos de enfermería o la administración de medicación. Conductas especialmente inadaptadas del paciente (rechazo a tratamientos, protestas...) y comentarios del paciente o familia

Medicación administrada oral / parenteral

Pruebas complementarias

Diagnósticos de Enfermería

Actividades y plan de cuidados de enfermería

Evaluación de los resultados

La planificación del Alta en Enfermería es un proceso sistemático que se inicia durante la hospitalización del paciente y finaliza con la elaboración del informe de enfermería al alta a todos los pacientes que tras abandonar el hospital precisen cuidados enfermeros y sean transferidos a otros niveles de atención.

→ Informe de Enfermería al Alta

Garantiza la continuidad de cuidados en los distintos niveles de atención, y establece una vía de comunicación que contribuye a potenciar y clarificar el papel del profesional de enfermería en la población a la que atiende.

Segunda Parte.-

MARCO APLICADO

7. DESCRIPCIÓN DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

7.1 Fundación de Gestión Sanitaria de la Santa Creu i Sant Pau

Su nombre completo es Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, fundado en 1401, y está situado en Barcelona.

Hospital de referencia, abierto a la sociedad y a su entorno sanitario, centrado en las personas.

7.1.1 Presentación

El Hospital de la Santa Creu i Sant Pau es un hospital universitario del más alto nivel que, con seis siglos de existencia, constituye la institución hospitalaria más antigua del Estado Español. Su actividad se centra principalmente en Barcelona y se extiende por toda Cataluña, además de tener una notable incidencia y proyección en toda España. *Asistencia, Investigación y Docencia* son los tres pilares fundamentales de un centro sanitario. En este sentido, junto a la actividad asistencial, el Hospital de Sant Pau presta una especial atención a los aspectos docentes y de investigación tan importantes para el perfeccionamiento de sus profesionales.

En su función asistencial destacan múltiples actividades, algunas de ellas consideradas de referencia en su ámbito de actuación. Dispone de 723 camas de hospitalización y anualmente se atiende a más de 27.000 enfermos ingresados y a más de 120.000 urgencias. En las consultas externas se visitan cada año alrededor de 300.000 pacientes, además de realizar una creciente actividad de Hospital de Día.

La docencia llevada a cabo tiene un alcance muy amplio: Unidad Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona, Escuela Universitaria de Enfermería, participación en el programa MIR de formación de especialistas, cursos de tercer ciclo, formación continuada, etc. La actividad en el ámbito de la investigación, sitúa al Hospital de Sant Pau como uno de los centros hospitalarios más importantes de España del cual dan testimonio el

número de trabajos publicados y su factor de impacto, el número y la calidad de los proyectos subvencionados, las becas obtenidas y el número de ensayos clínicos realizados.

El Hospital es una fundación privada de beneficencia, adscrita al Consorcio Sanitario de Barcelona e integrada en la Red Hospitalaria de Utilización Pública de Cataluña (XHUP), por lo que realiza una función asistencial de servicio público. El máximo órgano rector de la institución, en su función hospitalaria, es la Junta de Patronato de la Fundación Privada de Gestión Sanitaria del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, actualmente formada por representantes de la “Generalitat de Cataluña”, del Ayuntamiento de Barcelona y de la Iglesia.

Por otro lado, la arquitectura del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, obra de Lluís Domènech i Montaner, constituye una de las joyas más representativas del Modernismo catalán de principios de siglo. En el año 1978 fue declarado monumento histórico-artístico y en 1997 la UNESCO lo declaró Patrimonio de la Humanidad.

7.1.2 Objetivos Institucionales

El principal objetivo de nuestra institución es la capacidad de dar un servicio de calidad y excelencia a los ciudadanos. El Hospital se siente responsable de la salud de la población de referencia y, por tanto, asegurará todas las modalidades asistenciales con medios internos y/o externos, en colaboración con la red asistencial. Como hospital general, el ámbito de referencia es Barcelona ciudad y principalmente los distritos del su entorno. Como hospital de referencia, el Hospital desarrolla selectivamente programas de alta especialización y complejidad dirigidos a un ámbito territorial amplio. El núcleo de la actividad del Hospital son la asistencia, la docencia y la investigación en una dirección común. La organización será competitiva, abierta y dinámica, donde la orientación a las personas es el factor clave. Los valores centrales del Hospital son la excelencia en el servicio, en el trato y la accesibilidad de la población. El Hospital es un centro de conocimiento.

7.2 Hospital Universitario de la Vall d'Hebrón

7.2.1 Presentación

El Hospital Universitario Vall d'Hebron, hoy el primer complejo hospitalario de Cataluña, es el fruto de un proceso dinámico de desarrollo a partir de un núcleo hospitalario inicial proyectado en el año 1947 e inaugurado en 1952. Nació como un hospital general, con una primera definición de "residencia", que le confiere el carácter de instalación sanitaria "todo terreno" dentro de la red hospitalaria del Estado.

La evolución de la atención sanitaria en los años 60, especialmente en las áreas de diagnóstico y tratamiento, impusieron un nuevo modelo que incluía espacios de soporte y nuevos hospitales especializados. Además del Hospital General, que hoy abarca todas las especialidades de medicina interna y su actividad quirúrgica, se crearon los hospitales Maternal e Infantil (más tarde unidos en uno), el de Traumatología y Rehabilitación y, finalmente, se incorporó la Clínica Quirúrgica Adrià.

Se alzaron nuevos centros docentes, administrativos, laboratorios y otras instalaciones. Y ese primitivo ámbito en la parte alta de Barcelona, bajo la sierra de Collserola, se fue convirtiendo en una auténtica ciudad al servicio de la salud, ligada a la Universidad Autónoma de Barcelona. El Hospital Universitario Vall d'Hebron agrupa hoy un complejo de más de veinte edificios, en los que se reúnen equipos muy sofisticados, y donde trabajan y circulan miles de personas cada día.

Esta concentración de inmuebles y tecnología punta no ha de hacer olvidar que los hospitales y sus profesionales continúan siendo el corazón de la institución, y que toda la red de soporte está al servicio de un solo objetivo: la atención sanitaria en la sociedad catalana, en la búsqueda de la máxima calidad asistencial.

Gracias a la categoría profesional de las personas que trabajan en el Hospital Universitario Vall d'Hebron, éste se ha convertido en un centro de referencia de ámbito internacional, especialmente en los casos más complejos (quemados y

grandes trasplantes), y también por su función investigadora. El Hospital Universitario Vall d'Hebron se sitúa siempre en los primeros lugares del ranking español por la calidad científica.

A lo largo de esta historia, la vieja "residencia" ha ido cambiando al ritmo de la evolución de la sociedad catalana y española. Han mejorado los niveles socioeconómicos y culturales. Han desaparecido algunas enfermedades clásicas (poliomielitis, sarampión, deshidrataciones...), pero han aparecido otras nuevas (drogodependencias, sida). La gran capacidad de adaptación y de respuesta de los profesionales que han trabajado y trabajan en Vall d'Hebron ha permitido situar sus centros como líderes en su especialidades.

7.2.2 La misión y los valores

En el siglo XXI, en un escenario social que se dibuja complejo, dentro de un marco muy cambiante, la gestión de las instituciones sanitarias consistirá, cada vez más, en un proceso permanente de adaptación a las necesidades globales, sectoriales e individuales de los ciudadanos. Un auténtico río de novedades seguirá fluyendo sobre la sociedad a una velocidad de vértigo. Y las instituciones sanitarias públicas deberán aceptar estos retos o estarán condenadas a la desaparición.

Aceptar los retos significa estar preparados para responder a los mismos. La superación de los problemas que plantean las incertidumbres del futuro pide una definición explícita de lo que se debe hacer, y una visión clara y compartida sobre la mejor manera de llegar a hacerlo.

Se abre ahora una nueva etapa de la sanidad pública catalana, que conduce hacia un modelo sanitario más competitivo. El Hospital Universitario Vall d'Hebron se dispone a iniciar un proceso de transformación permanente que le permitirá adaptarse a la evolución histórica de la sociedad postindustrial y a las necesidades de los ciudadanos de Cataluña.

La misión (qué somos) y los valores (cómo queremos ser) constituyen el fundamento de la acción. Son la razón de ser. La visión es la ambición de ser. Y los grandes hospitales como Vall d'Hebron deberán demostrar que es posible

conciliar el uso eficiente de los recursos con el mantenimiento de la innovación científica y tecnológica, y con la mejora de la calidad asistencial.

7.2.3 ¿Qué es el Hospital Universitario Vall d'Hebrón?

Vall d'Hebron es una institución sanitaria del sistema público catalán, comprometida con su finalidad social y con sus objetivos esenciales.

Vall d'Hebron se ha convertido en el primer complejo sanitario de Cataluña y, por lo tanto, de los primeros de España, y uno de los que cuentan en todo el mundo.

Vall d'Hebron ha de dotarse en cada momento de la organización que mejor garantice un funcionamiento eficiente y unos servicios de alta calidad.

Vall d'Hebron concentra también conocimiento científico-técnico diferencial, basado en la experiencia acumulada y en la pericia profesional. Pero esta condición obliga a mantener la capacidad de innovar de manera continuada, a potenciar la especialización, y a concentrar tecnología y recursos cada vez más sofisticados.

Vall d'Hebron es un centro donde se atienden la totalidad de los problemas de salud que se originan en su zona de influencia directa, y también aquellos que por su complejidad o requerimientos superan la capacidad de los otros hospitales.

7.2.4 Qué queremos ser (la visión)

Un gran complejo asistencial, universitario y de investigación, organizado alrededor de la atención sanitaria especializada.

Un grupo sanitario multicéntrico, multiservicio y multiempresa, con unas prestaciones y unas instalaciones de alta calidad, que establezca relaciones de colaboración estable con otros proveedores, en el marco de una asistencia orientada a la comunidad.

Una institución sanitaria vinculada a la pericia técnico-profesional, y a la alta calidad de los servicios, que mantenga la posición de liderazgo y una proyección externa muy potente.

Un centro que participe muy activamente en la integración territorial de los recursos sanitarios catalanes de forma directa o mediante alianzas o acuerdos estables de colaboración, con el fin de convertirse en uno de los principales ejes vertebrados asistenciales en el ámbito comunitario.

Una empresa pública moderna de servicios, con una elevada flexibilidad organizativa, y una tecnología y unos sistemas de gestión avanzados, que proporcione servicios de carácter competitivo en calidad y coste, con un nivel elevado de satisfacción del cliente.

7.2.5 Nuestros valores

Expertos. La pericia denota conocimiento y práctica profesionales. La pericia ha de abarcar todos los ámbitos: asistencia, docencia, investigación, organización y sistemas, gestión, entre otros, y ha de culminar en una práctica de alta calidad.

Acogedores. Es acogedora aquella institución de fácil acceso, que está al alcance de todos, y que da un trato atento en un espacio confortable. El Hospital Universitario Vall d'Hebron ha de ser accesible a los pacientes y familiares, ha de potenciar a los equipos de profesionales abiertos, interactivos y de rostro humano. Se trata también de desarrollar una organización interna transparente.

Solidarios. El Hospital Universitario Vall d'Hebron debe basar su compromiso en la colaboración solidaria entre sus profesionales, con los otros organismos institucionales y con los ciudadanos.

7.3 Hospital comarcal de l'Alt Penedès

7.3.1 Antecedentes históricos del hospital

Los antecedentes históricos del Hospital Comarcal de l'Alt Penedès (HCAP) se deben buscar en el antiguo Hospital de Vilafranca (el llamado actualmente "hospital viejo"), situado en la calle Sant Pere nº 3. Éste fue el hospital de La

Comarca hasta el 22 de abril de 1995, fecha en que se inauguró el actual hospital.

A lo largo del tiempo, el Hospital de Vilafranca tuvo diversas denominaciones: “Hospital de Sant Pere”, “Hospital de los Pobres”, “Hospital de La Misericordia”, “Hospital General”

Las referencias escritas existentes sitúan sus orígenes en los siglos XII-XIV. En sus inicios los conceptos de beneficencia, caridad i asistencia era imposible desligarlos, así como también era imposible desvincular su historia de las órdenes religiosas.

No es hasta bien entrado el siglo XX que se convierte en Hospital Comarcal y se transforma fundamentalmente en un centro sanitario, tal y como se entiende en el día de hoy.

Su historia reciente podemos situarla en los inicios de los años 80, con la llegada de los ayuntamientos democráticos, es entonces cuándo el Hospital se jerarquiza e inicia una serie de ampliaciones y remodelaciones con el fin de dar una buena asistencia hospitalaria al conjunto de La Comarca. Este desarrollo quedó limitado por la estructura física y la imposibilidad de ampliación del antiguo hospital. Esta realidad hizo que La Generalitat de Catalunya decidiera la construcción y equipamiento del Nuevo Hospital, l' Hospital Comarcal de l'Alt Penedès (HCAP). El edificio del HCAP se alza sobre unos terrenos cedidos por el Ayuntamiento de Vilafranca. La infraestructura humana se completó con el conjunto de profesionales que trabajaban en el antiguo Hospital de Vilafranca más personal de nueva incorporación. El nuevo HCAP en calidad de hospital general básico ha sido construido y equipado para dar asistencia, tanto en régimen de ingreso como ambulatorio, a las patologías más incidentes en La Comarca de l'Alt Penedès. El antiguo hospital, como centro sanitario, mantiene la asistencia a la población para los pacientes crónicos o de larga estancia hospitalaria, en el marco de una atención integral.

Hospital Comarcal de l'Alt Penedès

- El HCAP inició su actividad el día 22 de abril de 1995

- Es una institución pública perteneciente a la Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública (XHUP)
- Dentro de la estructura del Servicio Català de la Salut (SCS) está integrado en la Región Sanitaria 5, Costa de Ponent
- Su área de influencia es la Comarca de l'Alt Penedès con una población 80.000 habitantes
- Es un Hospital General Básico de nivel I. Los centros de referencia son el Hospital de Bellvitge para los pacientes adultos y el Hospital de San Juan de Dios para pediatría
- Tiene una capacidad de 154 camas. Actualmente están en activo 126.

7.3.2 Organización del Hospital

El máximo órgano de gobierno del Consorci Sanitari de l'Alt Penedès es el Consell Rector. Este consejo lo componen nueve personas: El Presidente, cuatro personas que representan el SCS, dos representantes del Ayuntamiento de Vilafranca, uno del Consejo Comarcal y uno del Patronato del Antiguo Hospital.

El consejo Rector ha delegado la gestión del hospital a Consorci Hospitalares Comarcales, Consultoria y Gestión y a la empresa a la que pertenece el Gerente del Hospital.

El conjunto de personas que componen la estructura de recursos humanos del hospital están distribuidos jerárquicamente en tres divisiones: Administrativa, Recursos Humanos, Servicios Generales, la División Médica y la División de Enfermería.

El CSAP tiene contratados los servicios de limpieza, hostelería, mantenimiento, lavandería y seguridad.

7.3.3 División de Enfermería

Estructura y organización

- Directora de enfermería
- Adjunta de enfermería

- Equipo de supervisión de enfermería
- Equipo de enfermería asistencial

Forman parte del equipo de enfermería: Enfermeras, Auxiliares de Enfermería, Fisioterapeutas, Comadronas, Técnicos de Radiodiagnóstico, Técnicos en laboratorio y Camilleros del Hospital.

La relación entre todas las personas tiene que basarse en el respeto y la colaboración. Fomentando la responsabilidad, el autoestima y el trabajo en equipo.

La Dirección de Enfermería velará para que las personas se puedan desarrollar profesionalmente y personalmente. Se buscarán sistemas que compensen el esfuerzo para aquellas personas que demuestren interés y aptitudes en los diferentes campos de actuación.

Cada persona está adscrita a un servicio o unidad, pero este hecho no impide que en caso de necesidad sea enviada a otros servicios.

7.3.4 Modelo de Plan de Cuidados

El modelo del plan de cuidados de enfermería del Hospital Comarcal de l'Alt Penedès está basado en el de Virginia Henderson, adaptándolo a la realidad del centro.

Las características definitorias son:

- Visión del individuo desde un punto de vista holístico. La persona se entiende como un ser integral, considerando los aspectos físicos, emocionales y sociales.
- Los cuidados de enfermería están íntimamente relacionados con la satisfacción de las catorce necesidades del Modelo de Virginia Henderson.
- El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) incluye todas las etapas de valoración y diagnóstico, planificación y ejecución y evaluación
- Se da prioridad al confort del enfermo, a un trato humano y respetuoso.
- Se fomenta la independencia del paciente y la participación de la familia en el PAE

– Trabajo en equipo

Los Cuidados de Enfermería que se dan en el Hospital se pueden considerar de buena calidad y, lo que es más importante, en constante evolución. Este hecho es la consecuencia de la participación y la actitud de todos y cada uno de los miembros de la división.

El objetivo fundamental de nuestro trabajo es otorgar una atención de calidad al usuario, teniendo en cuenta los recursos existentes.

La relación con el usuario está basada en el respeto, la capacidad de escuchar, la empatía, junto con una buena preparación técnica. Todo ello debe garantizar un buen nivel de la calidad de los cuidados.

7.3.5 Distribución hospitalaria

Área de Hospitalización

Unidad de hospitalización 1

Con una capacidad de 28 camas. Destinada a los servicios de C.O.T y Toco-Ginecología. Se ubica también la Nursery.

Unidad de Hospitalización 2

Con una capacidad de 36 camas. Destinada al servicio de Medicina Interna y especialidades médicas.

Unidad de Hospitalización 3

Con una capacidad de 30 camas. Destinada al servicio de Cirugía General i especialidades quirúrgicas.

Unidad Polivalente de Larga Estancia 4

Con una capacidad de 18 camas. Destinada a pacientes de convalecencia o de larga estancia.

Unidad de Hospitalización 5

Con una capacidad de 34 camas. Destinada básicamente a pacientes Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), Cirugía Menor Ambulatoria (CmA), Pacientes Quirúrgicos de Corta Estancia (PEC) y Pacientes No Quirúrgicos de Estancia Corta (UEC).

Hospital de día

Con una capacidad de 6 sillones para pacientes con tratamiento oncológico, transfusiones y tratamientos específicos ambulatorios.

7.4 Hospital Universitari Sagrat Cor

El Hospital Universitari Sagrat Cor es el hospital de titularidad privada de mayor tamaño de Barcelona ciudad, con una capacidad de 350 camas.

Se trata de un moderno centro que cuenta con la tecnología médica más avanzada y los servicios más confrontables.

El hospital ofrece todas las especialidades medicoquirúrgicas, y actualmente, tiene una plantilla de trabajadores formada por cerca de 1100 personas.

Por la calidad de su equipo médico y de enfermería, el centro está acreditado como hospital docente por la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona y para la preparación de médicos especialistas (MIR) por el Ministerio de Sanidad y Consumo. También tiene acuerdos con la Universidad Ramón Llull y otras universidades y escuelas catalanas y extranjeras, para la formación de pre y post grado de profesionales de enfermería y técnicos sanitarios.

El Hospital ocupa un conjunto de edificios situados en el Eixample de Barcelona, construidos entre los años 60 y 70. Actualmente está parcialmente en obras de remodelación para modernizar los espacios e incorporar nuevos avances técnicos que permitan la mejora de la atención a la persona que haga uso de los servicios.

El Hospital Universitario Sagrat Cor es el centro hospitalario de referencia del Grupo Clínicas de Cataluña y atiende socios de entidades aseguradoras y pacientes privados. También lleva a cabo una importante labor para el Servei Català de la Salut (CatSalut) orientada, sobretudo, a la reducción de listas de espera quirúrgicas, y forma parte de la Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública (XHUP). Por razones históricas, también ha sido centro de referencia de la Quinta Salut de l'Aliança.

7.4.1 Misión del Hospital

La **misión** del Hospital Universitario Sagrat Cor, al igual que la de todos los centros hospitalarios que pertenecen a CARSA, es doble:

Formar parte de la red hospitalaria centrada en la hospitalización de agudos.

Ser referencia en el mercado privado sin dejar de ofrecer servicios de complementariedad al sistema público.

La **misión específica** es la de ofrecer un producto sanitario de calidad y individualizado para todos sus clientes.

7.4.2 Valores y actividad asistencial del Hospital

Los **valores esenciales** del Hospital son el humanismo y la proximidad, y todo ello queda reflejado en la atención prestada, en la calidad de servicio ofrecido a los clientes y a la sociedad catalana en su conjunto.

El Hospital Universitario Sagrat Cor, con el objetivo de transmitir su filosofía e incorporar los valores humanistas de la organización a sus profesionales, está inmerso en un proyecto de mejora de calidad asistencial, en general, y de los cuidados de enfermería, en particular.

La metodología enfermera se fundamenta básicamente, en el modelo conceptual de Virginia Henderson, y se sustenta especialmente en la creencia firme en el trabajo en equipo multidisciplinario, siempre apoyada en una metodología asistencial que nos permita gestionar por resultados y, por tanto, poder hacer una evaluación continua que nos posibilite continuar mejorando nuestro nivel de calidad.

La actividad asistencial supera los 300.000 pacientes atendidos en la Consulta externa y más de 15.000 atendidos por procesos de hospitalización. El servicio de Urgencias atiende más de 40.000 casos al año.

8. DISEÑO DEL ESTUDIO

8.1 Metodología

Realizamos un estudio descriptivo transversal.

Obtenemos la información, mediante cuestionarios, sobre el nivel de conocimiento de las competencias del rol autónomo, si se realizan y si se registran.

8.2 Variables e indicadores

- Variable independiente:
Conocimiento e integración del rol autónomo
- Variable dependiente:
Registros de enfermería
- Variables intervinientes:
 - Personales
 - Edad
 - Sexo
 - Formativas
 - Formación en fundamentos de enfermería
 - Incentivos por carrera profesional
 - Socio- Laborales
 - Turno de trabajo: Horario y turno
 - Tipo de contratación (fijo o eventual)
 - Experiencia profesional
 - Institucionales
 - Modelo de registro (manual, informático, entrevista estructurada...)
 - Tamaño del centro
 - Titularidad del centro (publico, privado, concertado...)

8.3 Población y muestra

Profesionales de enfermería del área asistencial del ámbito hospitalario de cuatro centros:

- Centro comarcal, concertado de nivel I
- Centro urbano, privado-concertado, de nivel II
- Centro urbano, privado-concertado, de nivel III
- Centro urbano, público, de nivel III

8.4 Instrumentos de recogida de información

Cuestionarios directos, estandarizados y dirigidos a diplomados de enfermería, de forma anónima sobre acciones y actividades de enfermería que identifique si sus registro de trabajo consta aquellas actividades identificadas como propias del rol autónomo , o no; si es así como lo registra.

9. RESULTADOS

9.1 Introducción general

Para nuestro trabajo de investigación sobre el **registro del rol autónomo de enfermería** hemos utilizado la encuesta como medio de recogida de información, previamente validada por un Grupo de Expertos.

El cuestionario ha sido dirigido a un grupo de profesionales de enfermería del área de hospitalización, distribuidos en 4 hospitales del ámbito geográfico de Barcelona (3 del casco urbano y un hospital comarcal).

La distribución de las encuestas se realizó en cada uno de los centros de la muestra en unidades de hospitalización, de forma aleatoria, independientemente del tipo de contrato o turno de trabajo y respetando el anonimato del encuestado.

El total de los cuestionarios recogidos para el análisis ha sido de 200, entre los cuatro hospitales que participan en el estudio. El proceso de recogida ha sido arduo y laborioso, ya que el cuestionario exigía un esfuerzo extra para su correcta cumplimentación.

Para el análisis de toda la información recogida se ha utilizado el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences), implicando tanto estrategias de análisis descriptivo como inferencia.

La presentación de los resultados se establece inicialmente en la caracterización de la muestra, siguiendo el orden de la encuesta. De este modo, la identificación de los datos será más clarificadora. Posteriormente, mostramos los resultados de los cruces de las variables más importantes que son de mayor interés en nuestro estudio: situación laboral, turno de trabajo, conocimiento de las competencias del rol autónomo y tipo de hospital.

A partir de nuestro trabajo debemos considerar la posibilidad de retomar algunos de los datos obtenidos para elaborar nuevas líneas de investigación, y

nuevas aportaciones para nuestra profesión, valorando otras necesidades propias para la enfermería y su desarrollo en el futuro.

9.2 Caracterización de la muestra

9.2.1 Variables Institucionales

La **muestra** se distribuye de manera homogénea según el **tipo de hospital**.

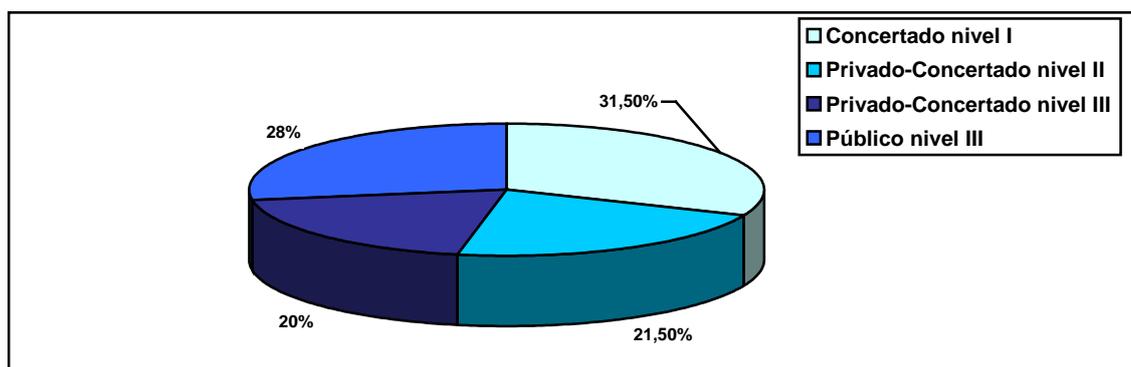


Gráfico 1- Tipo de hospital

El 68,5% de la muestra es de **origen urbano** y, el 31,5% de **origen comarcal**.

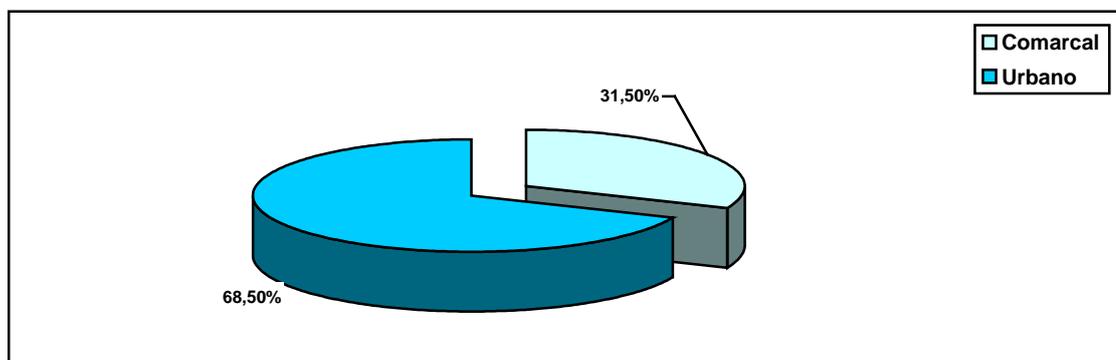


Gráfico 2- Ubicación del centro

El porcentaje de los registros de toda la muestra que alternan **métodos informáticos** con manuales es inferior respecto a los únicamente son manuales. Destacando que no hay ningún centro que utilice únicamente registros informatizados.

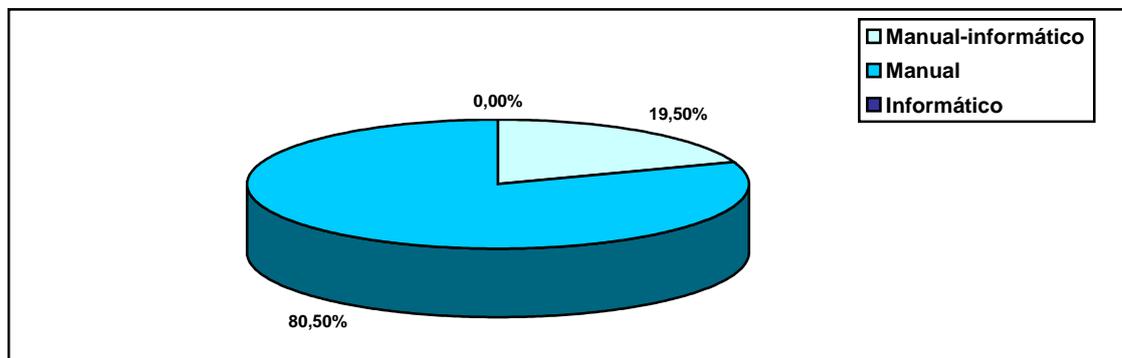


Gráfico 3- Tipo de registros

Pese a que en los cuatro centros objetos de estudio, utilizan el **modelo conceptual** de enfermería de Virginia Henderson, sólo un 87,5% de la muestra lo identifica como tal.

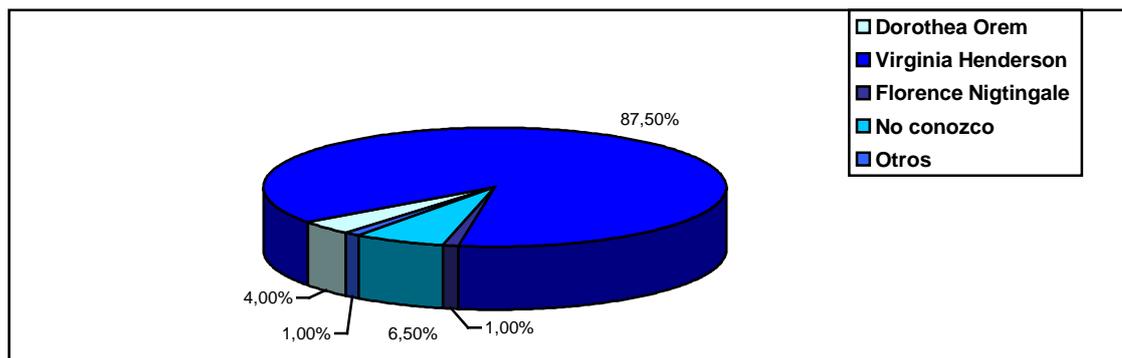


Gráfico 4- Modelo Conceptual

En cuanto a la **capacidad de los registros para reflejar diferentes fases de los planes de curas de enfermería** que se disponen en los centros objeto de estudio, cabe destacar, que, de manera homogénea y por encima del 60%, todos permiten formular diagnósticos, objetivos, actividades y evaluar los objetivos en enfermería.

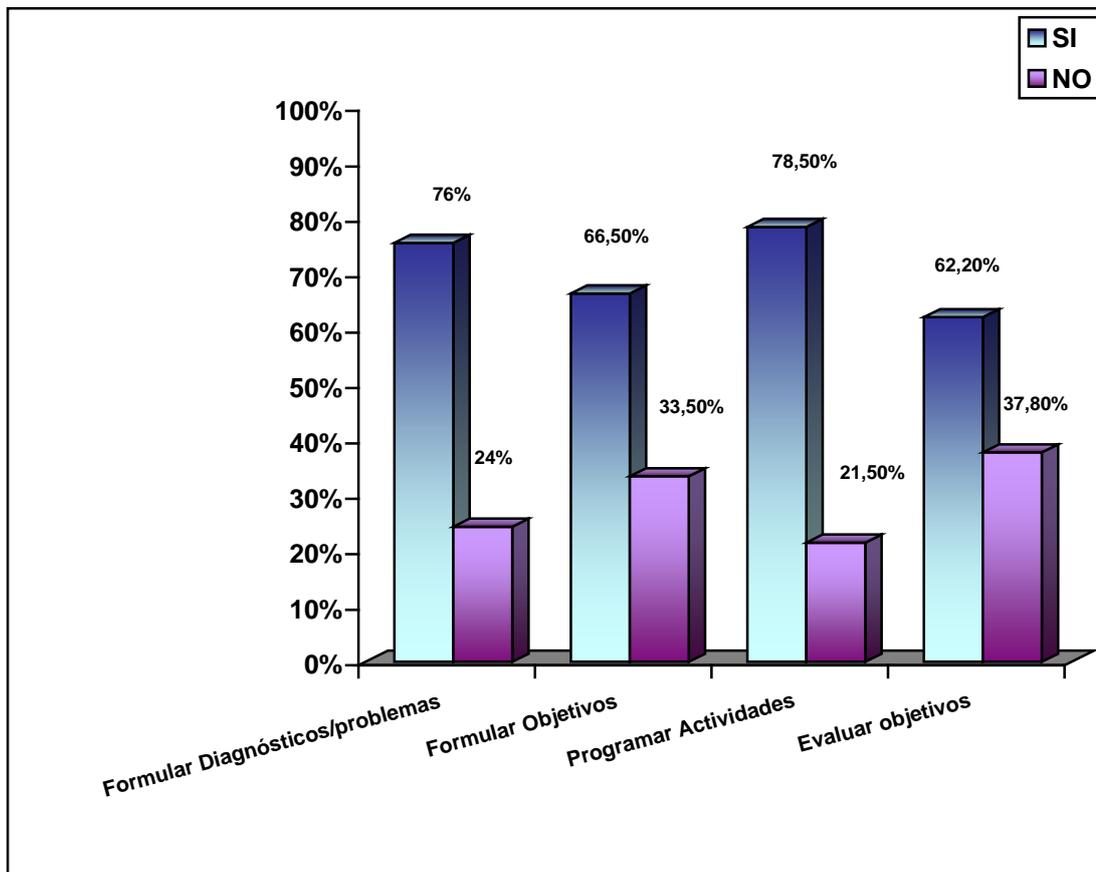


Gráfico 5 - Capacidades que permiten los registros

9.2.2 Variables Personales

La **edad** media del grupo de análisis es de 38,17 años, con un valor mínimo de 21 y un máximo de 60, y una desviación de 9,893 años.

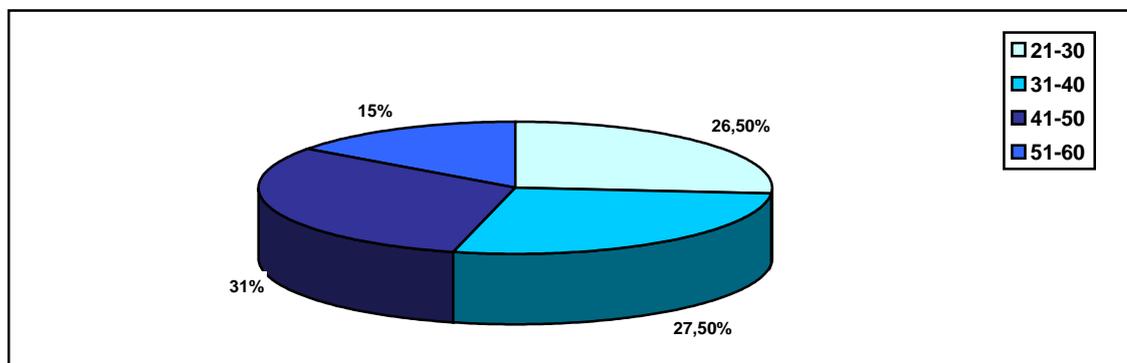


Gráfico 6-Distribución de la Edad

El **género** se distribuye mayoritariamente en femenino (86,4%) frente a un 13,6% del masculino.

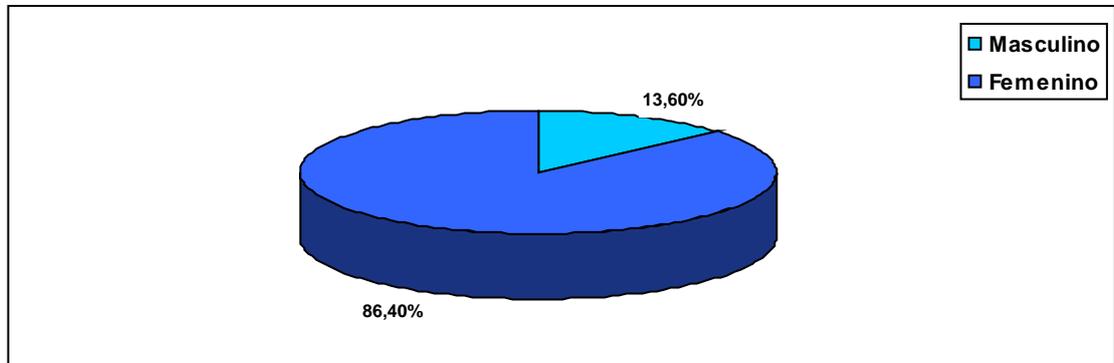


Gráfico 7- Distribución del Sexo

9.2.3 Variables Formativas

La **titulación** de los encuestados es mayoritariamente de diplomado en enfermería (98,5%).

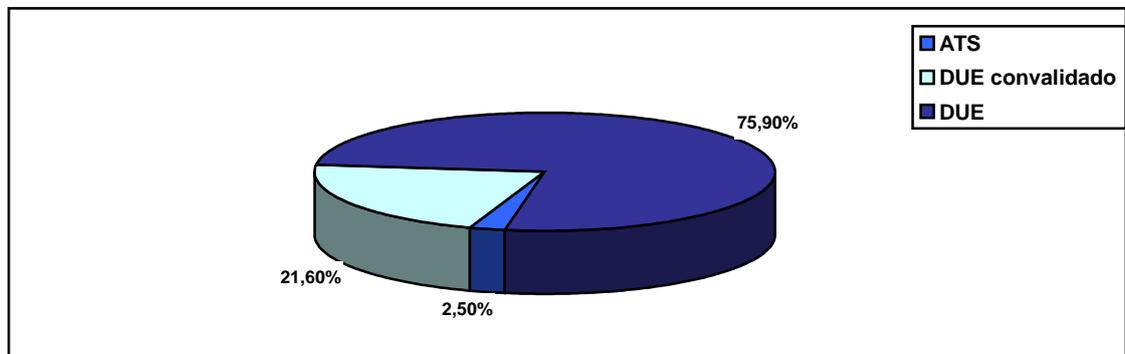


Gráfico 8 -Titulación de la muestra

Hay un acceso a **Carrera Profesional** de un 76,4% frente a un 23,6% que no pueden acceder.

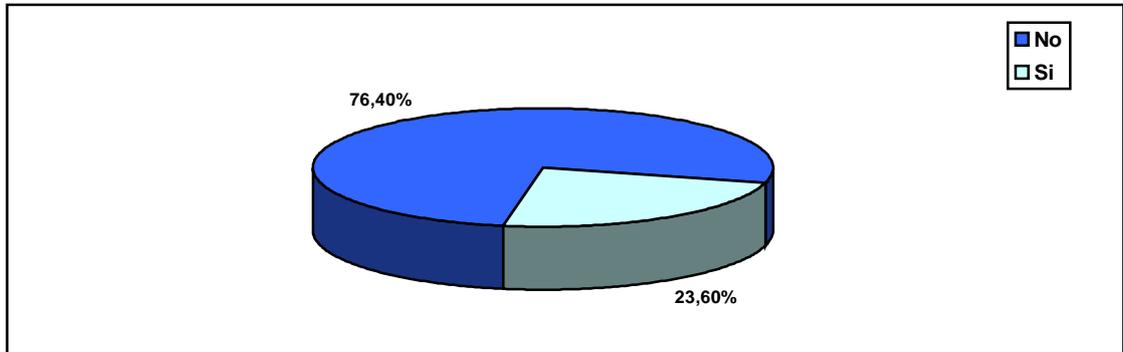


Gráfico 9.-Acceso a Carrera Profesional

El 70,1% de la muestra cree que la **Carrera Profesional** no incentiva el rol autónomo.

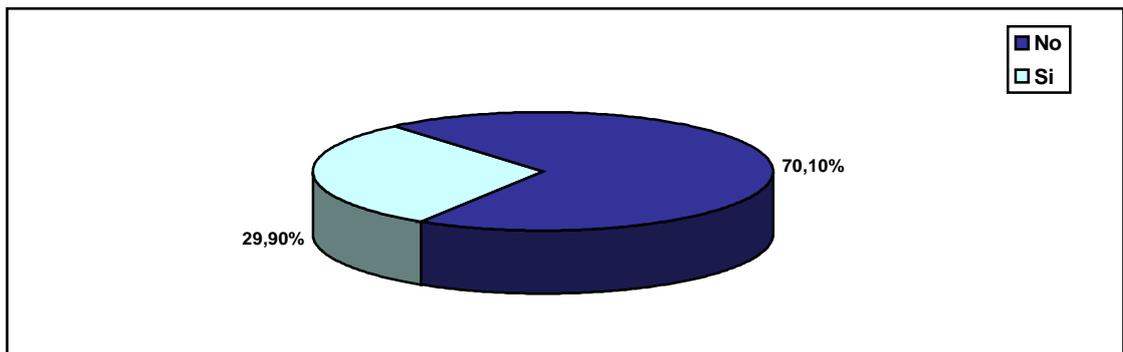


Gráfico 10 -Carrera Profesional como incentivo del rol autónomo

El 83% de la muestra ha realizado **formación** en **procesos de cuidados de enfermería**. Un 75,6% ha sido dirigida a registros y diagnósticos de enfermería.

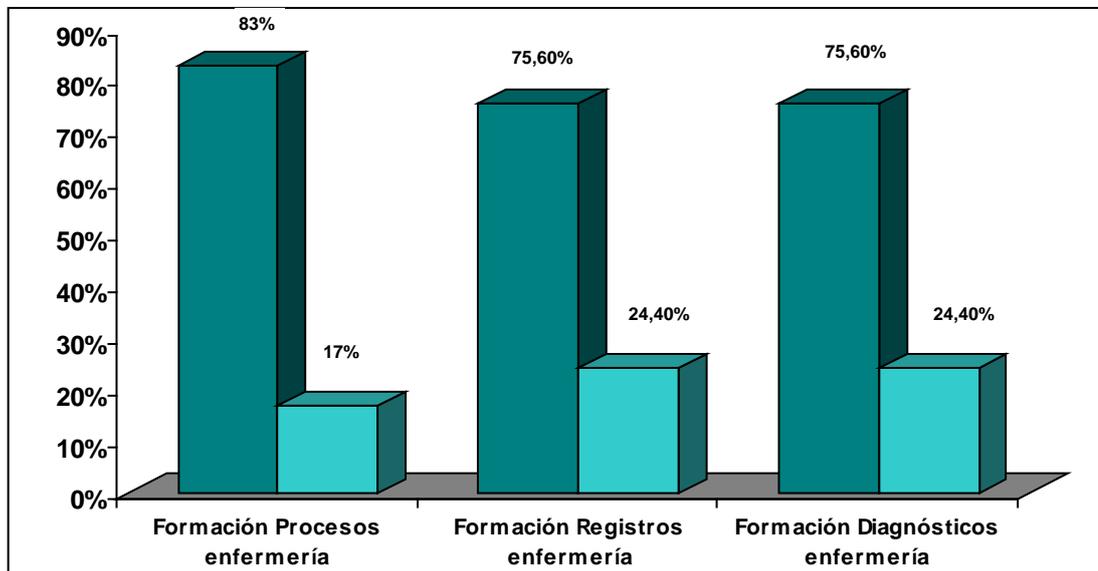


Gráfico 11 - **Formación en metodología de enfermería**

El 80,4% manifiesta conocer **las competencias y actividades** específicas del rol autónomo respecto al 19,6%.

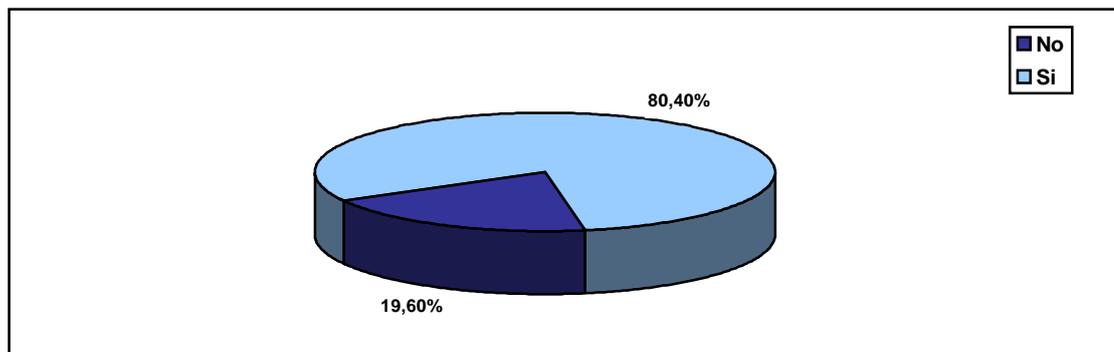


Gráfico 12 - **Conocer competencias y actividades específicas del rol autónomo**

9.2.4 .Variables Socio-laborales

La **situación laboral** se distribuye para los que están en una situación laboral fija en un 77,5% y en un 22,60% para los eventuales.

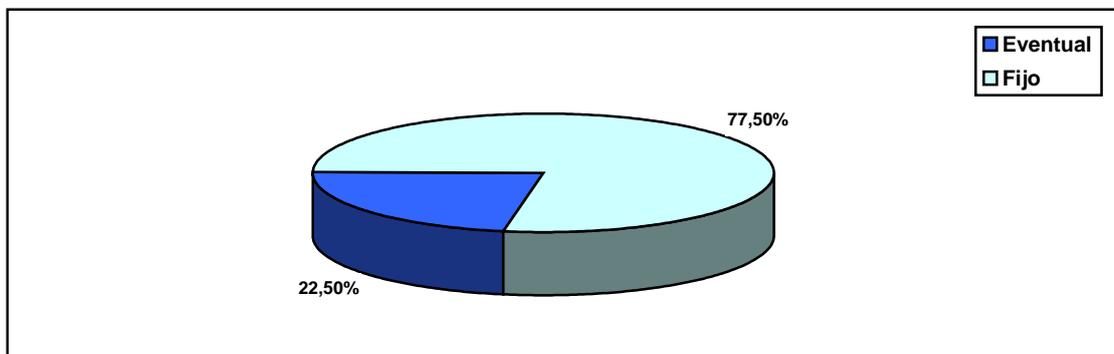


Gráfico13 -Situación laboral

EL 70% de la muestra desarrolla su **jornada laboral** en **horario** diurno respecto al 30% de horario nocturno.

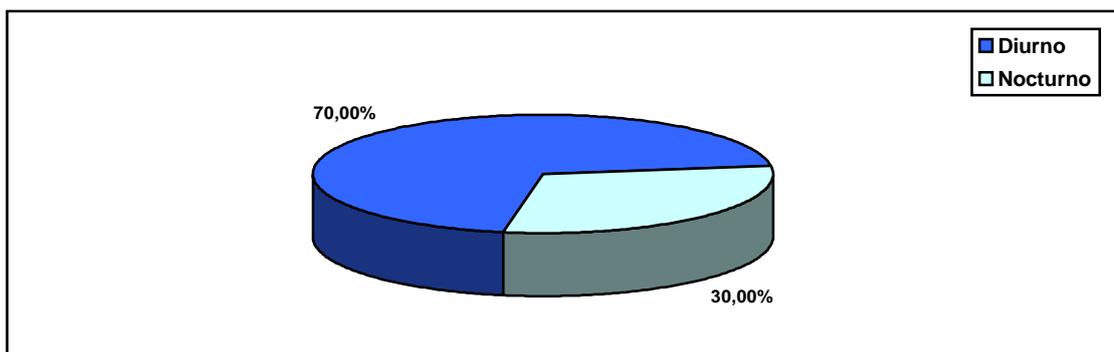


Gráfico 14 - Turno de trabajo

Para el estudio de las siguientes variables cuantitativas, hemos utilizado una escala de puntuación del 1 al 5 cuyo valor asignado correlativamente es de: nunca, casi nunca, a veces, habitualmente, siempre.

En relación a **la capacidad de realizar y planificar actividades propias de nuestro rol** y su registro no se observan diferencias significativas entre ellas. La media se sitúa entre 3 y 4, es decir a veces y/o habitualmente.

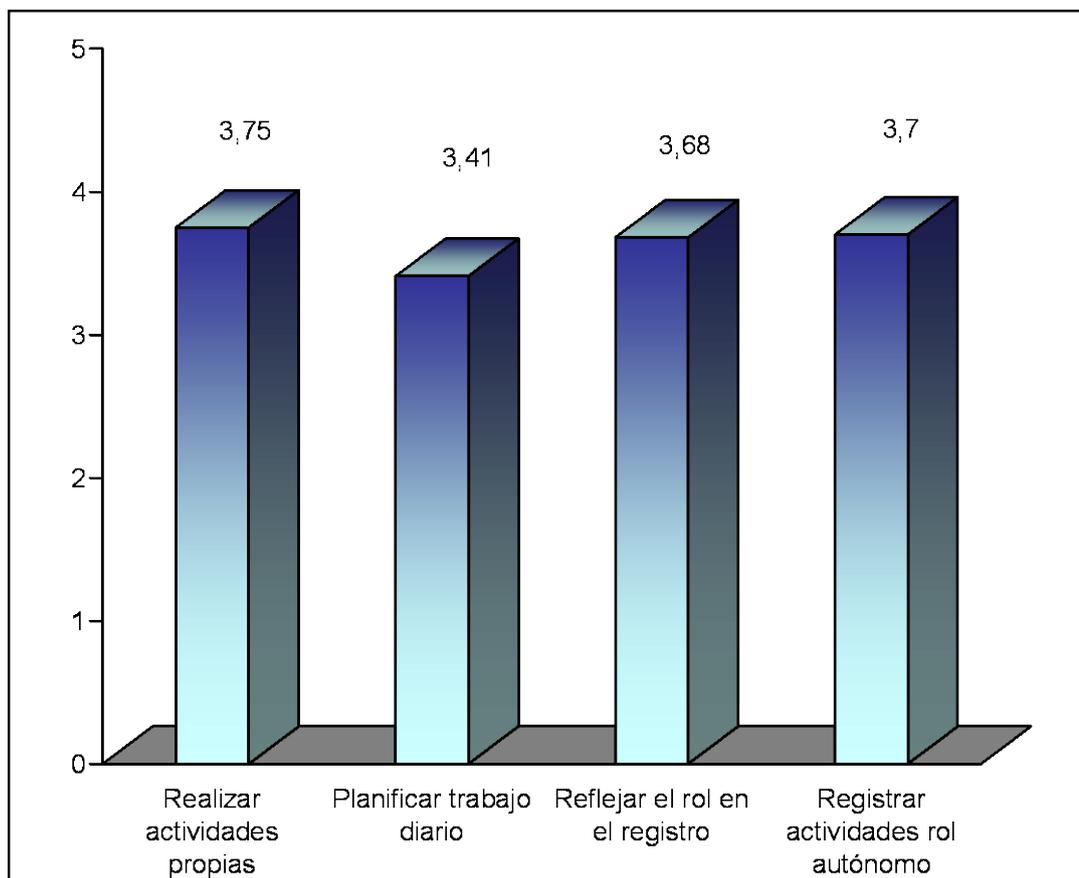


Gráfico 15 - Situación profesional para la realización, planificación autónoma, capacidad de registrarlo y el registro del rol autónomo.

9.3 Análisis de las competencias del rol autónomo en función de su realización/registro.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración de la **metodología del proceso de cuidados de enfermería** relacionado con su realización y registro.

METODOLOGÍA DEL PROCESO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA	Realizar (1)	Registra (2)
1. Hacer la entrevista de enfermería de cada usuario, al ingreso	4,24	4,19
2. Establecer Diagnóstico de Enfermería	3,39	3,25
3. Formular resultados en relación a los problemas identificados.	3,29	3,14
4. Planificar actividades y su evaluación	3,46	3,31
5. Mantener la planificación de los cuidados	3,70	3,58

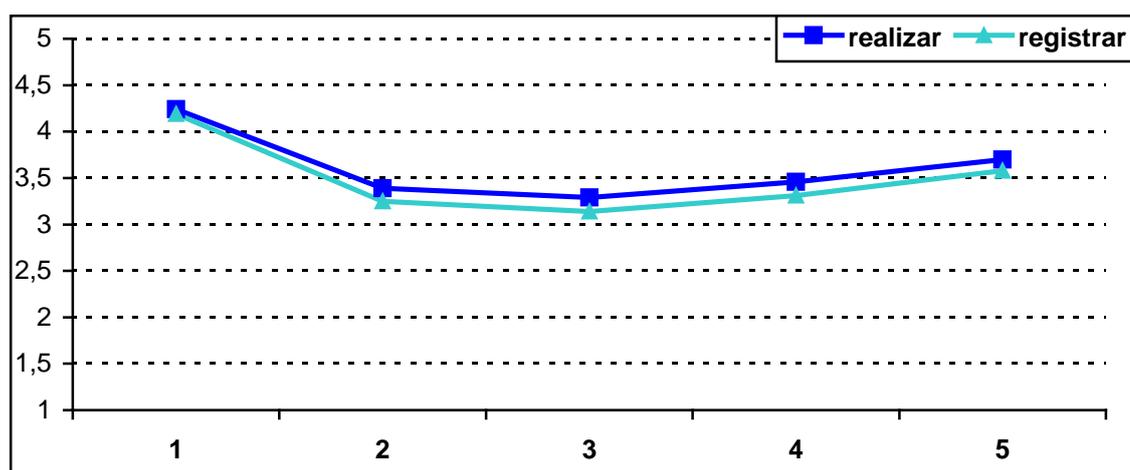


Gráfico 16 - Metodología del proceso de cuidados de enfermería.

Como puede apreciarse, no hay diferencias significativas en cuanto a la realización y registro en la metodología del proceso. La actividad que tiene

mayor representatividad dentro del proceso, es la de realizar la entrevista al usuario al ingreso.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración de las actividades que integran la competencia de **promoción y prevención para la salud** en relación a su realización /registro.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA LA SALUD	Realizar (1)	Registra (2)
1. Identificar las personas con riesgo de desarrollar algún problema	3,92	3,66
2. Priorizar las necesidades de salud	4,04	3,66
3. Planificar acciones educativas con la persona	3,59	3,31
4. Realizar acciones educativas con la persona	3,65	3,32
5. Evaluar acciones educativas con la persona	3,40	3,14

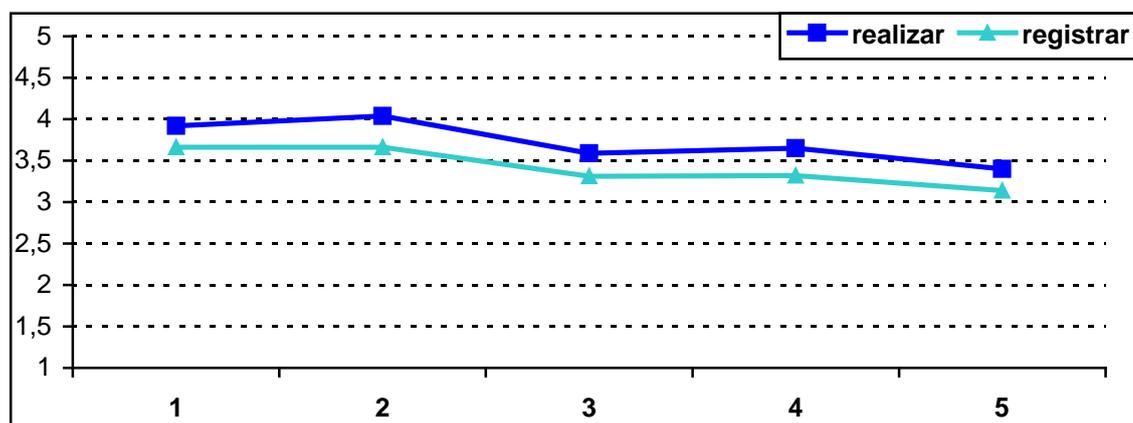


Gráfico 17.- Promoción y prevención para la salud.

Mantienen la misma diferencia en cuanto a la realización y registro en la promoción y prevención para la salud. Destacar que las actividades que más se realizan y registran corresponden a la identificación de las personas con riesgo de desarrollar algún problema y la priorización de las necesidades de salud.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración de la **calidad de cuidados** relacionadas con su realización /registro.

CALIDAD DE CUIDADOS	Realizar (1)	Registra (2)
1. Detectar situaciones de riesgo	4,10	3,78
2. Priorizar las actuaciones ante situaciones de emergencia	4,27	3,89
3. Cumplir los protocolos y recomendaciones de los procedimientos	4,06	3,81
4. Analizar críticamente los cuidados	3,80	3,43

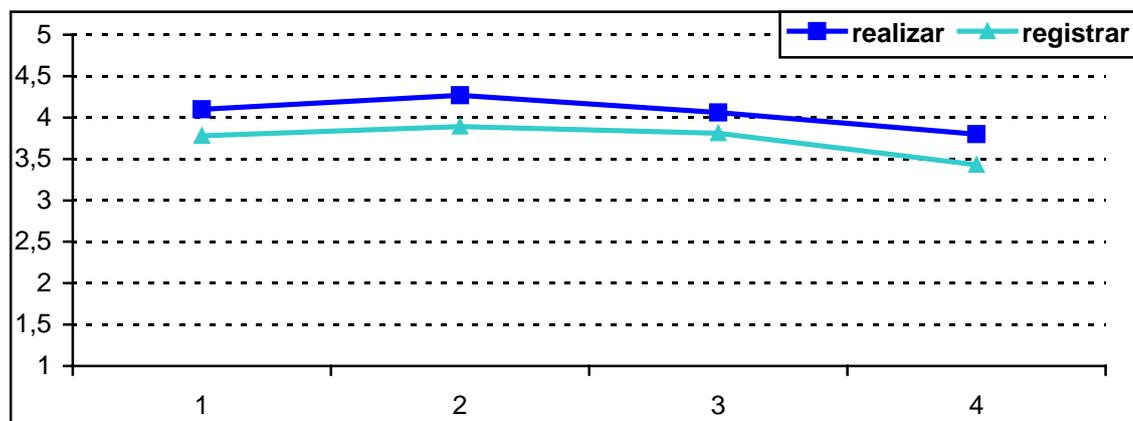


Gráfico 18.- **Calidad de cuidados.**

Manifiestan la misma apreciación de las actividades en la calidad de cuidados, tanto a lo que se refiere a su realización y registro. Destacar que se valora más alto la actividad de priorizar las actuaciones ante situaciones de emergencia.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración de la **comunicación y cooperación** relacionado con su realización /registro.

COMUNICACIÓN Y COOPERACIÓN	Realizar (1)	registrar (2)
1. Promover un entorno favorable para la comunicación con la persona	4,04	3,35
2. Integrar a la persona en los planes de cuidados	3,81	3,25
3. Valorar dificultades de comunicación y/o comprensión	3,98	3,46
4. Verificar que la información es comprendida	3,96	3,36
5. Actuar de enlace y facilitar la comunicación entre la persona y su familia	3,72	3,16

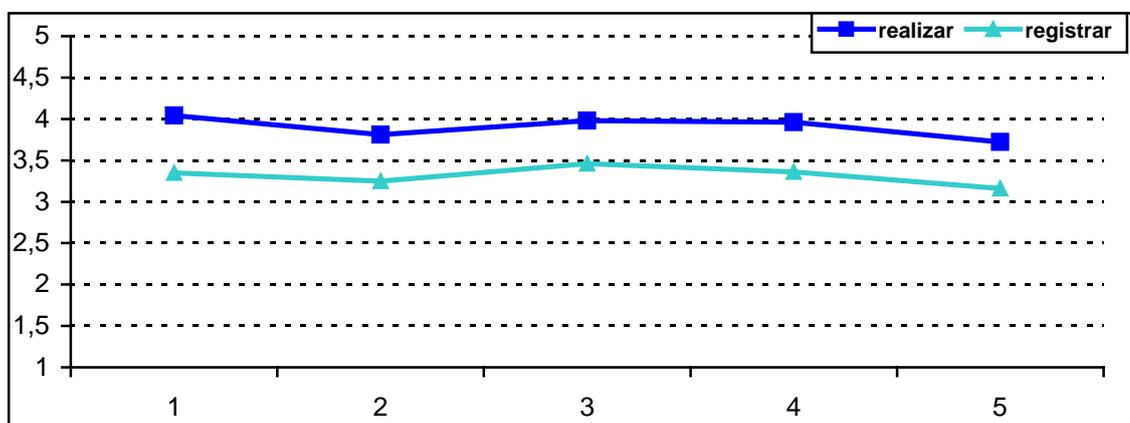


Gráfico 19 - **Comunicación y cooperación**

Cabe destacar que su registro de la competencia de comunicación y cooperación es inferior a la realización.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración de la **continuidad de cuidados** relacionado con su realización /registro.

CONTINUIDAD DE CUIDADOS	Realizar (1)	Registrar (2)
1. Registrar todas las actividades de enfermería	4,02	3,95
2. Asegurar la continuidad de los cuidados en el cambio de turno	4,15	3,90
3. Elaborar el informe de Alta de enfermería	3,60	3,52
4. Coordinar los cuidados de enfermería con el resto de especialistas	3,44	3,24
5. Delegar actividades según competencias	3,70	3,18

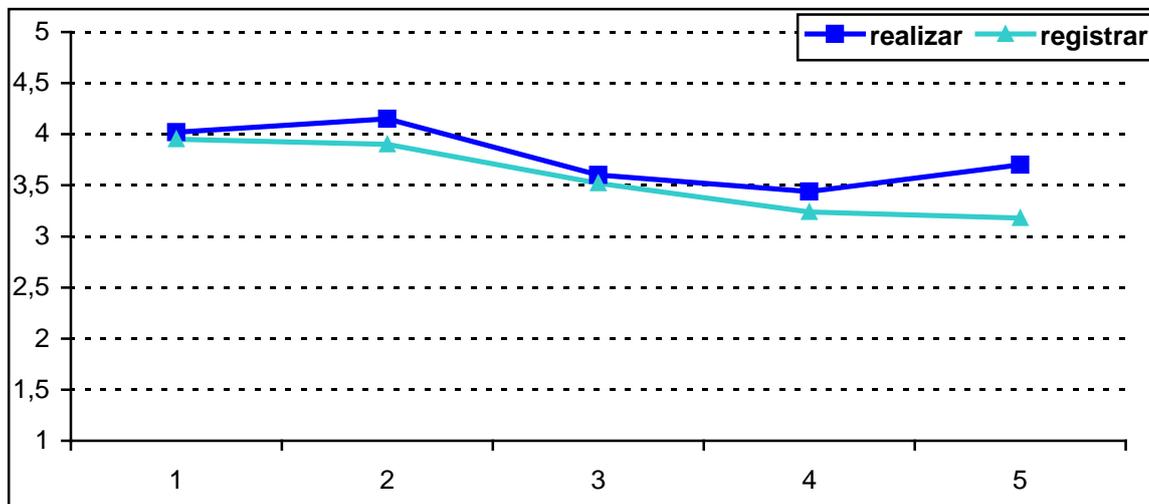


Gráfico 20 - **Continuidad de los cuidados**

No hay diferencias en cuanto a la realización y registro en este ámbito, excepto en la *delegación de actividades según competencias*. La actividad más integrada y destacable es la de *asegurar la continuidad de cuidados en el cambio de turno, propia de la esencia de una profesión cuyo valor principal es el cuidar*.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración de la **ética y aspectos legales** relacionado con su realización /registro.

ÉTICA Y ASPECTOS LEGALES	Realizar (1)	Registrar (2)
1. Desarrollar una práctica profesional según normativas legales y jurídicas	4,17	3,57
2. Identificar situaciones que provoquen un dilema ético	3,76	3,24
3. Comunicar un dilema ético	3,63	3,27
4. Asumir la responsabilidad de las decisiones y acciones	4,22	3,69
5. Actuar según el Código Ético de Enfermería	4,21	3,65

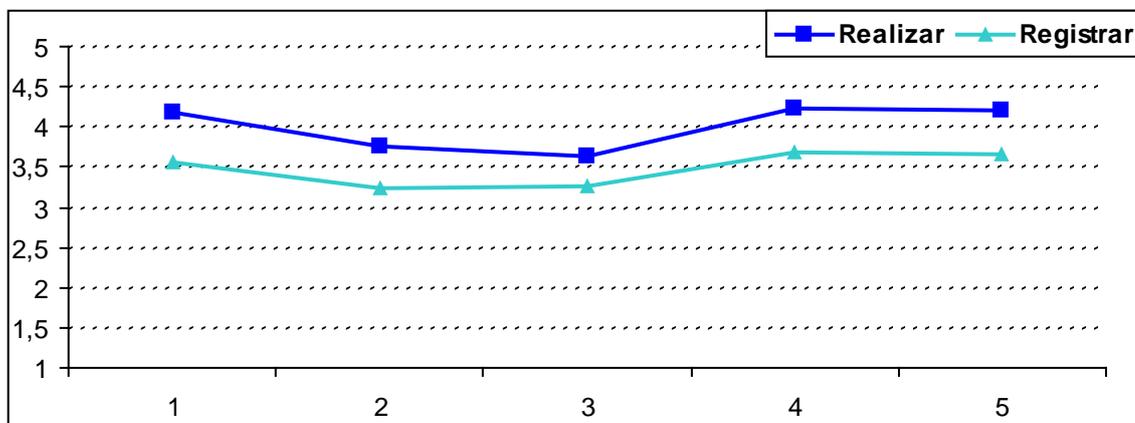


Gráfico 21- Ética y aspectos legales

La valoración es similar aunque se apunta una tendencia superior al desarrollo de una *práctica profesional según normativas legales y jurídicas*, el de *asumir la responsabilidad de las decisiones y acciones* y *actuar según el Código Ético de Enfermería*. Resulta normal que se realice más que se registre, se tratan de actividades intrínsecas a la actividad profesional diaria y que deben estar integradas en la práctica.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración de la **formación** relacionado con su realización /registro.

FORMACIÓN	Realizar (1)	Registrar (2)
1. Actuar como referente de un alumno, durante el período de prácticas	3,23	2,78
2. Colaborar con los tutores de prácticas para definir objetivos	2,94	2,62
3. Realizar evaluación conjunta con el alumno al finalizar las prácticas	3,14	2,78
4. Participar en sesiones clínicas con el equipo	2,85	2,68
5. Realizar autoformación para conservar las Competencias	3,61	2,97

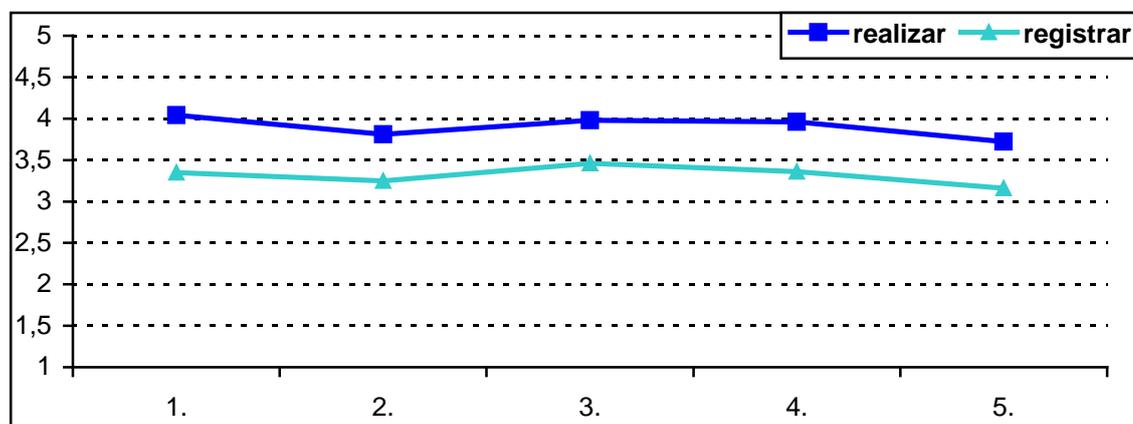


Gráfico 22.- Formación

Reflejan una valoración similar tanto en las actividades que se derivan de la formación conjunta del equipo de trabajo (sesiones clínicas), como en el seguimiento de la formación de pre-grado.

Su registro es inferior, por no considerarse una actividad diaria y que tiene más formato de desarrollo profesional, y es cuando se registra para que conste.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración del **compromiso profesional, institucional y personal** relacionado con su realización /registro.

COMPROMISO PROFESIONAL, INSTITUCIONAL Y PERSONAL	Realizar (1)	Registrar (2)
1. Utilizar las nuevas tecnologías asistenciales de trabajo adecuadamente	3,96	3,45
2. Realizar la actividad asistencial utilizando razonamientos críticos	3,99	3,45
3. Aportar sugerencias y nuevas ideas sobre mejoras en los procedimientos	3,74	3,22
4. Utilizar los recursos existentes para el aprendizaje	3,91	3,26
5. Evaluar la actividad realizada	3,83	3,31

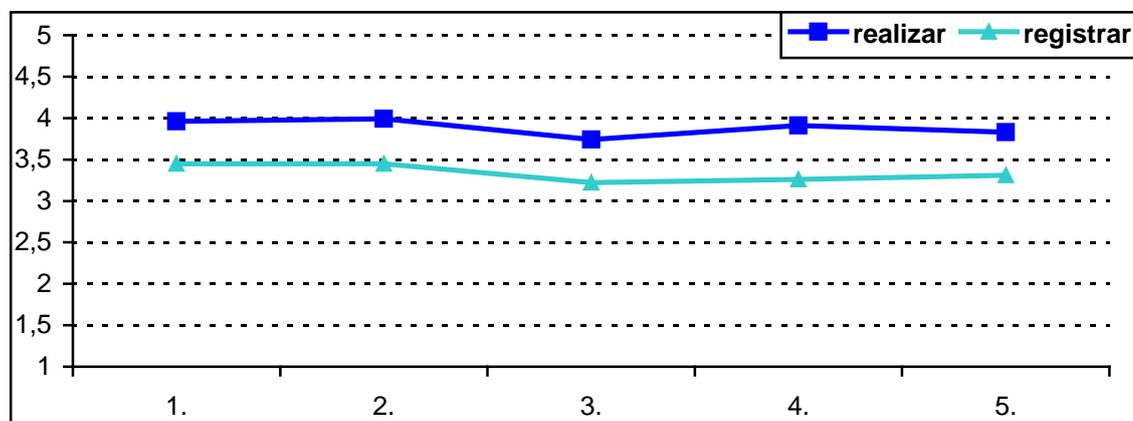
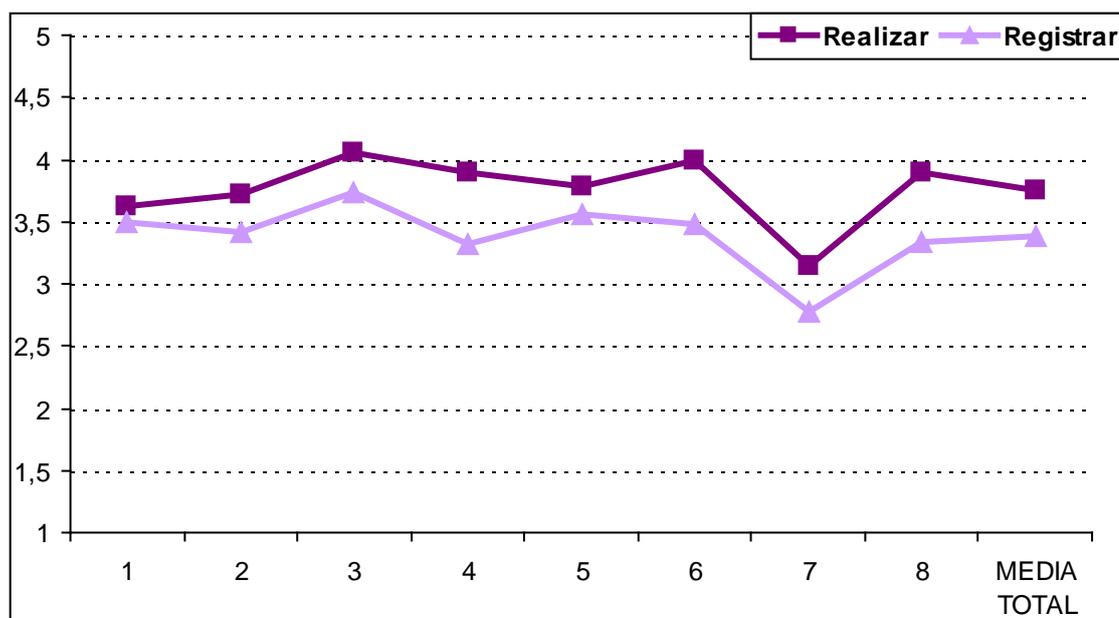


Gráfico 23.- Compromiso profesional, institucional y personal

La grafica nos muestra que dicha competencia, existe, pero se registra en menor proporción.

MEDIA DE LAS ACTIVIDADES DE CADA COMPETENCIA	Realizar (1)	Registrar (2)
1. Metodología del proceso de cuidados de enfermería	3,62	3,49
2. Promoción y prevención para la salud	3,72	3,42
3. Calidad de cuidados	4,06	3,73
4. Comunicación y cooperación	3,90	3,32
5. Continuidad de cuidados	3,78	3,56
6. Ética y aspectos legales	3,99	3,48
7. Formación	3,15	2,77
8. Compromiso profesional, institucional y personal	3,89	3,34
MEDIA TOTAL	3,76	3,39



9.4. Análisis de las competencias del rol autónomo en función de la situación laboral.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la **realización** de la competencia de la **metodología del proceso de cuidados de enfermería** relacionado con la situación laboral.

REALIZACIÓN de la metodología del proceso de cuidados de enfermería	Eventual (1)	Fijo (2)	Signif.	Diferencia
1. Realizar la entrevista al ingreso	4,33	4,21	-	-
2. Identificar Diagnóstico de Enfermería	3,78	3,27	,003	1>2
3. Formular resultados	3,56	3,21	,047	1>2
4. Planificar actividades y su evaluación	3,58	3,42	-	-
5. Mantener su planificación	3,76	3,86	-	-

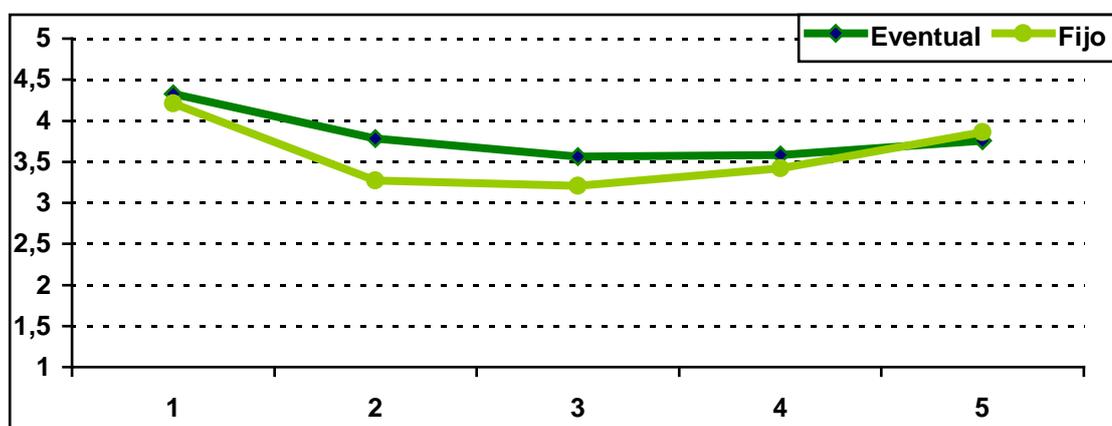


Gráfico 24.- Realizar metodología del proceso

Observamos los mismos valores en las actividades que engloban el proceso de cuidados en enfermería, independientemente de la situación laboral en que se encuentre el profesional.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica el **registro** de la competencia de la **metodología del proceso de cuidados de enfermería** relacionado con la situación laboral.

REGISTRO de la metodología del proceso de cuidados de enfermería	Eventual (1)	Fijo (2)	Signif.	Diferencia
1. Realizar la entrevista al ingreso	4,20	4,19	-	-
2. Identificar Diagnóstico de Enfermería	3,60	3,15	,033	1>2
3. Formular resultados	3,29	3,10	-	-
4. Planificar actividades y su evaluación	3,38	3,29	-	-
5. Mantener su planificación	3,69	3,55	-	-

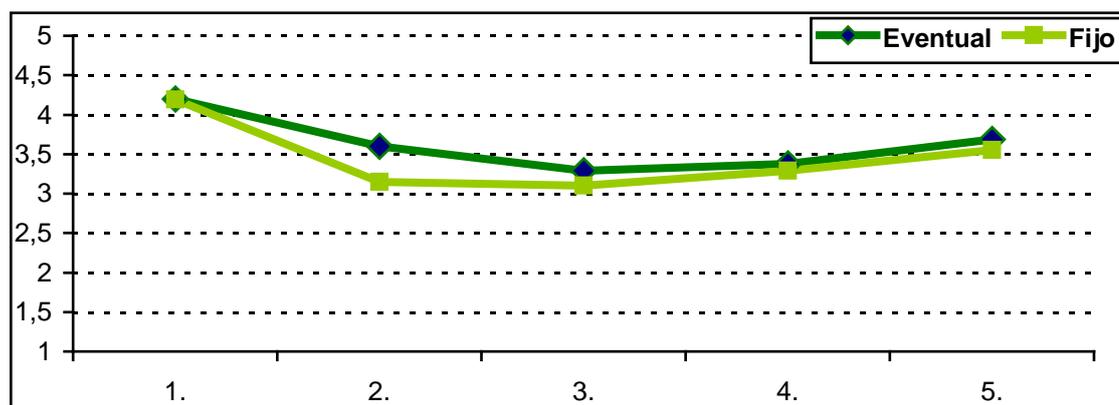


Gráfico 25.- Registro de la metodología del proceso

Mantienen la misma valoración en cuanto al registro de la metodología del proceso de cuidados de enfermería indiferentemente de la situación laboral, salvo en el registro de los diagnósticos de enfermería donde los profesionales en situación eventual la valoran más alta.

En la tabla y gráfica siguientes, se especifica la **realización** de la competencia en **promoción y prevención para la salud** relacionado con la situación laboral.

REALIZAR promoción y prevención para la salud	Eventual (1)	Fijo (2)	Signif.	Diferencia
1. Identificar las personas con riesgo de desarrollar algún problema	3,98	3,91	-	-
2. Priorizar las necesidades de salud	4,11	4,01	-	-
3. Planificar acciones educativas con la persona	3,76	3,55	-	-
4. Realizar acciones educativas con la persona	3,76	3,62	-	-
5. Evaluar acciones educativas con la persona	3,50	3,37	-	-

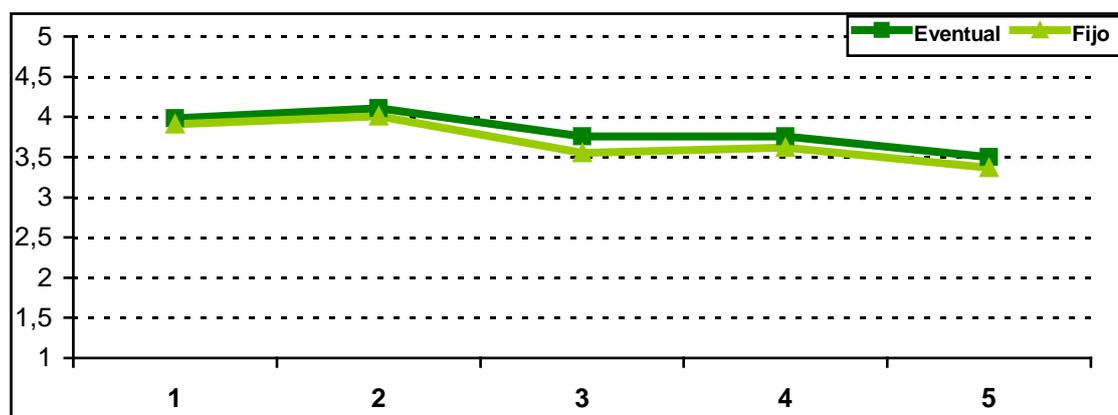


Gráfico .26- Realizar promoción y prevención para la salud.

Ambos colectivos valoran por igual la realización de las actividades en cuanto a la promoción y prevención para la salud.

En la tabla y gráfica siguientes, se especifica el **registro** de la competencia en **promoción y prevención para la salud** relacionado con la situación laboral.

REGISTRO de la promoción y prevención para la salud	Eventual (1)	Fijo (2)	Signif.	Diferencia
1. Identificar las personas con riesgo de desarrollar algún problema	3,73	3,63	-	-
2. Priorizar las necesidades de salud	3,67	3,66	-	-
3. Planificar acciones educativas con la persona	3,49	3,25	-	-
4. Realizar acciones educativas con la persona	3,42	3,30	-	-
5. Evaluar acciones educativas con la persona	3,31	3,09	-	-

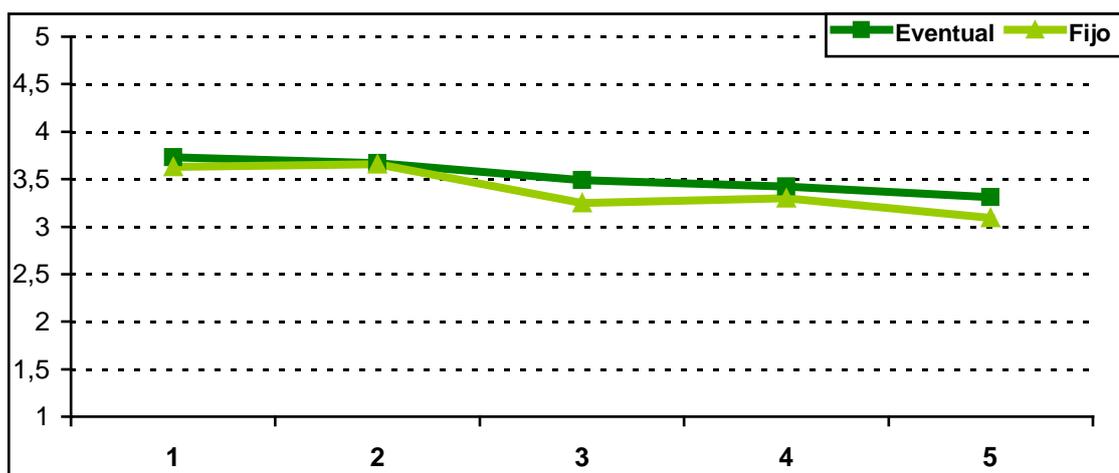


Gráfico 27.- Registro de la promoción y prevención para la salud.

No se identifican como un factor de influencia, la situación laboral respecto al registro de la promoción y prevención para la salud.

En la tabla y gráfica siguientes, se especifica la **realización** de la competencia en la **calidad de cuidados** relacionado con la situación laboral.

REALIZAR la competencia en la calidad de cuidados	Eventual (1)	Fijo (2)	Signif.	Diferencia
1. Detectar situaciones de riesgo	4,07	4,11	-	-
2. Priorizar las actuaciones ante situaciones de emergencia	4,18	4,30	-	-
3. Cumplir los protocolos y recomendaciones de los procedimientos	4,09	4,05	-	-
4. Analizar críticamente los cuidados	3,80	3,80	-	-

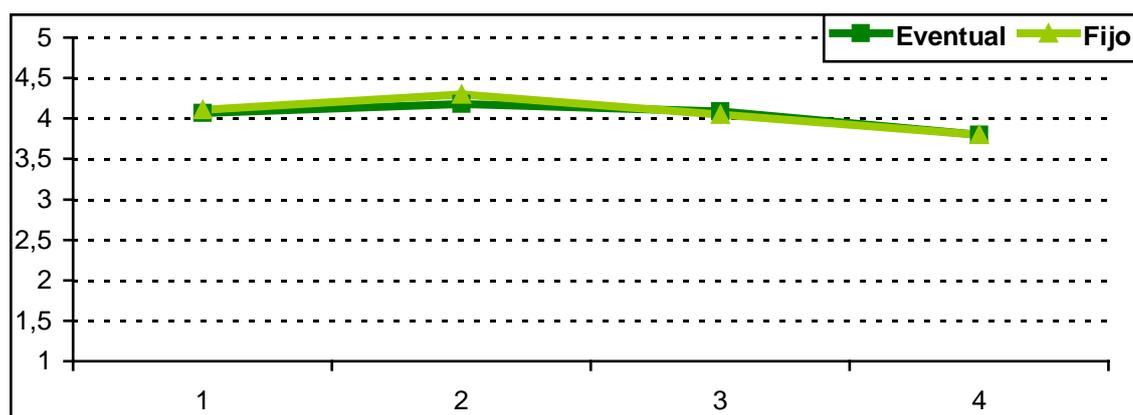


Gráfico 28.- Realizar la competencia en la calidad de cuidados.

En la tabla y gráfica siguientes, se especifica el **registro** de la competencia en la **calidad de cuidados** relacionado con la situación laboral.

REGISTRO de la competencia en la calidad de cuidados	Eventual (1)	Fijo (2)	Signif.	Diferencia
1. Detectar situaciones de riesgo	3,69	3,81	-	-
2. Priorizar las actuaciones ante situaciones de emergencia	3,84	3,91	-	-
3. Cumplir los protocolos y recomendaciones de los procedimientos	3,93	3,77	-	-
5. Analizar críticamente los cuidados	3,51	3,41	-	-

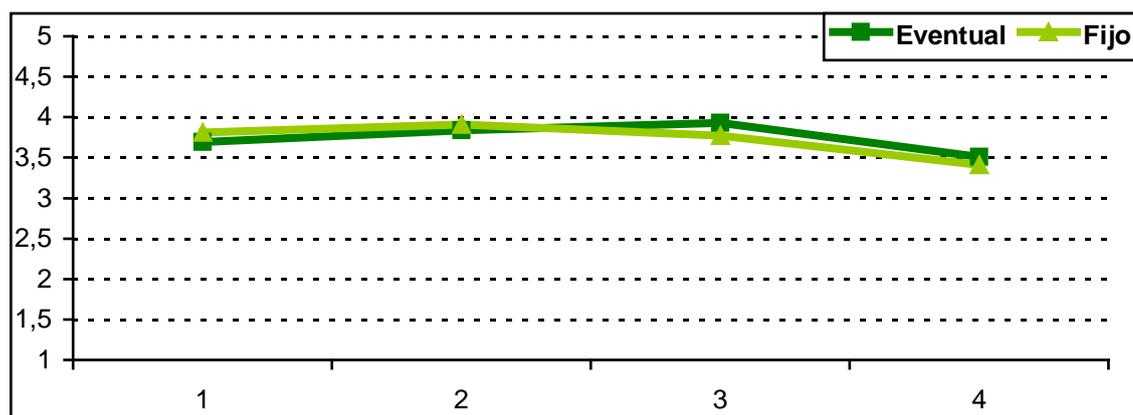


Gráfico 29.- Registro de la competencia en la calidad de cuidados.

No se observan diferencias significativas, respecto al personal eventual y fijo, en el cumplimiento y registro en relación a esta competencia.

En la tabla y gráfica siguientes, se especifica la **realización** de la competencia en **comunicación y cooperación** relacionado con la situación laboral.

REALIZACIÓN de la competencia: comunicación y cooperación	Eventual (1)	Fijo (2)	Signif.	Diferencia
1. Promover un entorno favorable para la comunicación con la persona	3,96	4,06	-	-
2. Integrar a la persona en los planes de cuidados	3,95	3,77	-	-
3. Valorar dificultades de comunicación y/o comprensión	3,98	3,99	-	-
4. Verificar que la información es comprendida	4,02	3,94	-	-
5. Actuar de enlace y facilitar la comunicación entre la persona y su familia	3,80	3,69	-	-

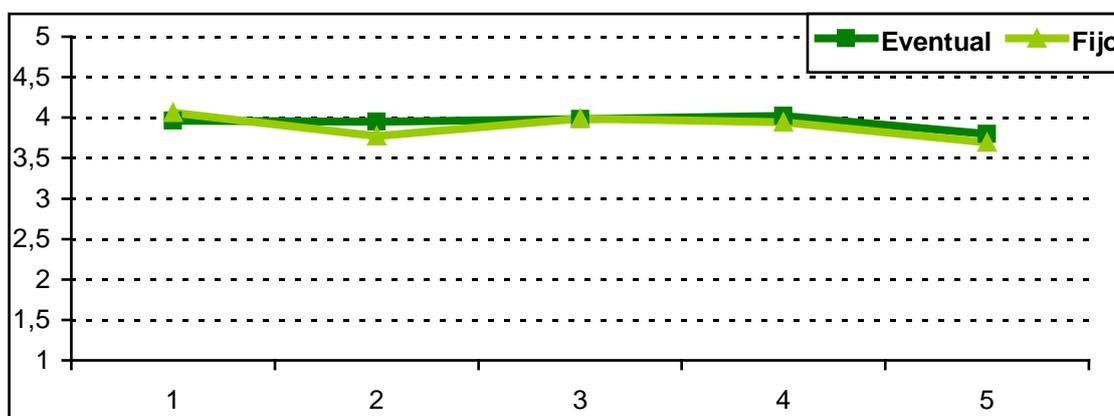


Gráfico 30.- Realizar la competencia de comunicación y cooperación.

En la tabla y gráfica siguientes, se especifica el **registro** de la competencia en **comunicación y cooperación** relacionado con la situación laboral.

REGISTRO de la competencia : comunicación y cooperación	Eventual (1)	Fijo (2)	Signif.	Diferencia
1. Promover un entorno favorable para la comunicación con la persona	3,22	3,39	-	-
2. Integrar a la persona en los planes de cuidados	3,44	3,19	-	-
3. Valorar dificultades de comunicación y/o comprensión	3,67	3,39	-	-
4. Verificar que la información es comprendida	3,47	3,32	-	-
5. Actuar de enlace y facilitar la comunicación entre la persona y su familia	3,27	3,12	-	-

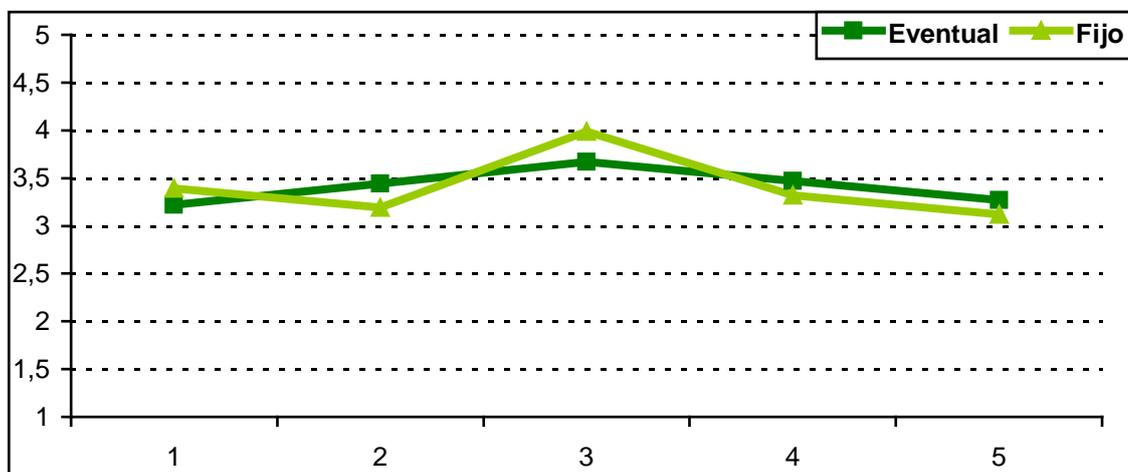


Gráfico 31.- Registro de la competencia de comunicación y cooperación

En el resultado sobre la comunicación y cooperación, no se han observado diferencias significativas entre el personal eventual y fijo.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la **realización** de la competencia de la **continuidad de cuidados** relacionado con la situación laboral.

REALIZAR la competencia: de la continuidad de cuidados	Eventual (1)	Fijo (2)	Signif.	Diferencia
1. Registrar todas las actividades de enfermería	4,07	4,01	-	-
2. Asegurar la continuidad de los cuidados en el cambio de turno	4,27	4,12	-	-
3. Elaborar el informe de Alta de enfermería	3,91	3,51	,018	1>2
4. Coordinar los cuidados de enfermería con el resto de especialistas	3,64	3,38	-	-
5. Delegar actividades según competencias	3,73	3,69	-	-

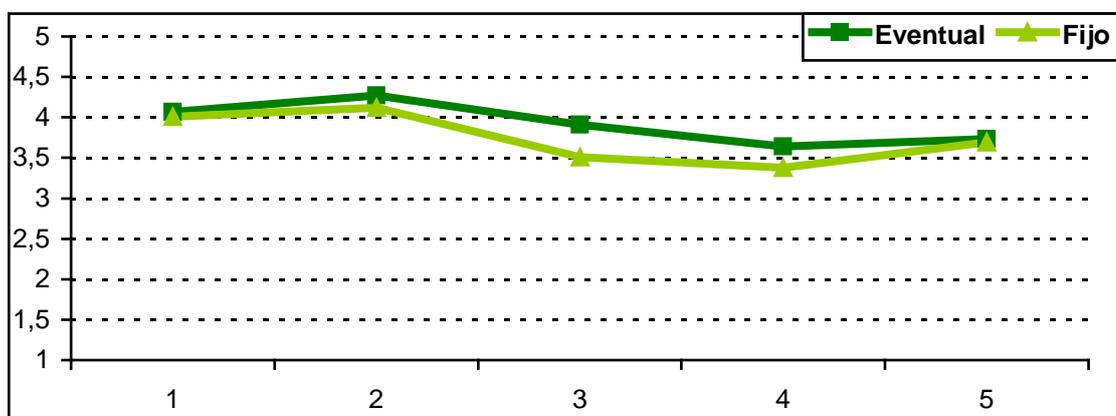


Gráfico 32.- Realizar la competencia de la continuidad de cuidados

En la tabla y gráfica siguientes se especifica el registro de la competencia de la **continuidad de cuidados** relacionado con la situación laboral.

REGISTRAR la competencia: de la continuidad de cuidados	Eventual (1)	Fijo (2)	Signif.	Diferencia
1. Registrar todas las actividades de enfermería	4,00	3,93	-	-
2. Asegurar la continuidad de los cuidados en el cambio de turno	3,96	3,98	-	-
3. Elaborar el informe de Alta de enfermería	3,93	3,39	,005	1>2
4. Coordinar los cuidados de enfermería con el resto de especialistas	3,60	3,13	,020	1>2
5. Delegar actividades según competencias	3,33	3,14	-	-

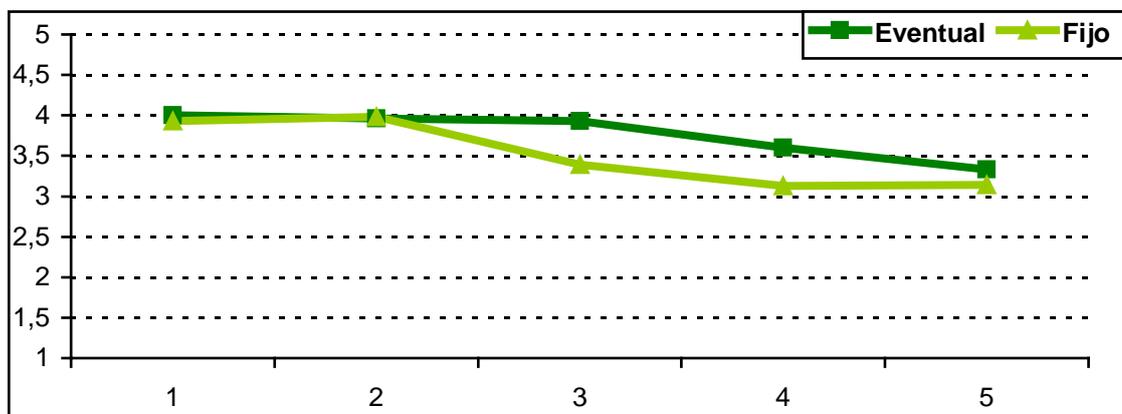


Gráfico 33.- Registro de la competencia de la continuidad de cuidados

Las diferencias son más significativas en el personal eventual, al realizar y registrar la elaboración del informe de alta y la coordinación de los cuidados con el resto de especialistas.

En la tabla y gráfica siguientes, se especifica la **realización** de la competencia en **ética y aspectos legales** relacionados con la situación laboral.

REALIZAR la competencia en: ética y aspectos legales	Eventual (1)	Fijo (2)	Signif.	Diferencia
1. Desarrollar una práctica profesional según normativas legales y jurídicas	4,31	4,13	-	-
2. Identificar situaciones que provoquen un dilema ético	3,91	3,72	-	-
3. Comunicar un dilema ético	3,80	3,58	-	-
4. Asumir la responsabilidad de las decisiones y acciones	4,27	4,20	-	-
5. Actuar según el Código Ético de Enfermería	4,29	4,19	-	-

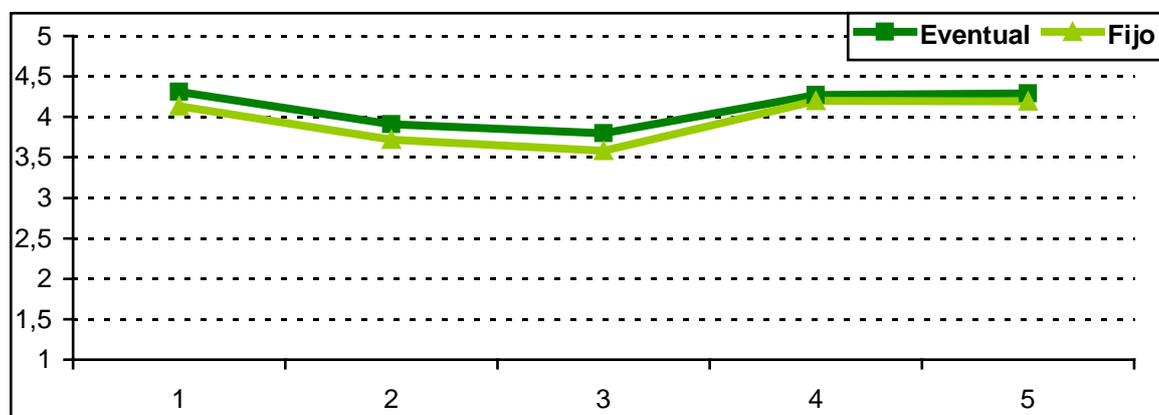


Gráfico 34.- Realizar la competencia en ética y aspectos legales

En la tabla y gráfica siguientes se especifica el **registro** de la competencia en **ética y aspectos legales** relacionado con la situación laboral.

REGISTRAR la competencia en: ética y aspectos legales	Eventual (1)	Fijo (2)	Signif.	Diferencia
1. Desarrollar una práctica profesional según normativas legales y jurídicas	3,76	3,51	-	-
2. Identificar situaciones que provoquen un dilema ético	3,41	3,19	-	-
3. Comunicar un dilema ético	3,44	3,22	-	-
4. Asumir la responsabilidad de las decisiones y acciones	3,80	3,66	-	-
5. Actuar según el Código Ético de Enfermería	3,69	3,64	-	-

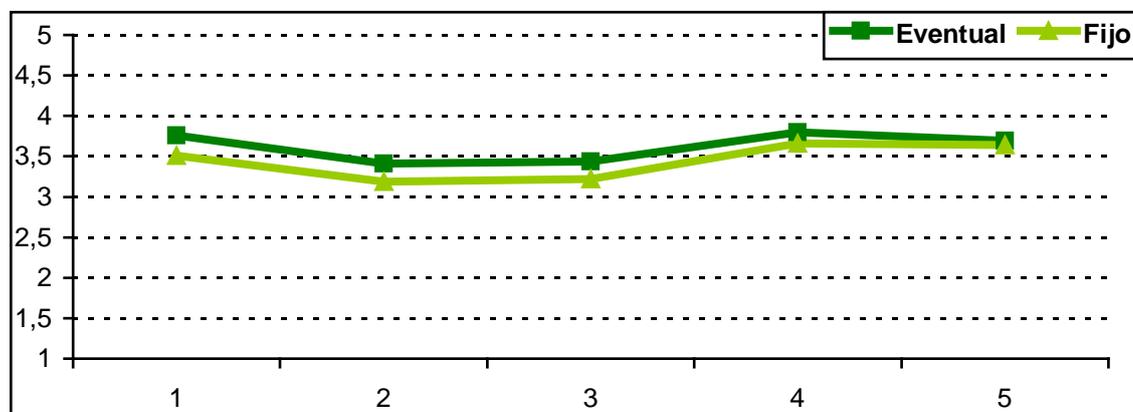


Gráfico 35.- Registrar la competencia en ética y aspectos legales

No se observan diferencias significativas, respecto al personal eventual y fijo, en la competencia en ética y aspectos legales.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la **realización** de la competencia en **formación** relacionado con la situación laboral.

REALIZAR la competencia en: formación	Eventual (1)	Fijo (2)	Signif.	Diferencia
1. Actuar como referente de un alumno, durante el período de prácticas	2,82	3,36	,041	1<2
2. Elaborar con los tutores de prácticas para definir objetivos	2,60	3,94	-	-
3. Realizar evaluación conjunta con el alumno al finalizar las prácticas	2,67	3,29	,021	1<2
4. Participar en sesiones clínicas con el equipo	2,91	2,84	-	-
5. Realizar autoformación para conservar las Competencias	3,69	3,58	-	-

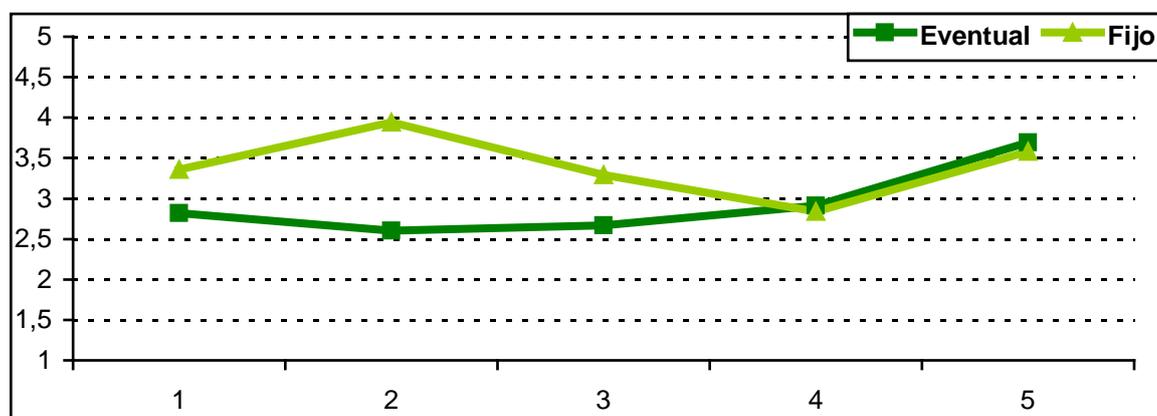


Gráfico 36.- Realizar la competencia en ética y aspectos legales

No se aprecian diferencias en cuanto a la participación en sesiones clínicas con el equipo y la realización autoformativa para conservar las competencias. A excepción de actuar como referente de un alumno, durante el período de prácticas; en la elaboración con los tutores de prácticas para definir objetivos y;

en la realización de la evaluación conjunta con el alumno al finalizar las practicas, donde el colectivo fijo la realiza con mayor intensidad.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica el **registro** de la competencia en **formación** relacionado con la situación laboral.

REGISTRO de la competencia en: formación	Eventual (1)	Fijo (2)	Signif.	Diferencia
1. Actuar como referente de un alumno, durante el período de prácticas	2,39	2,91	,051	1<2
2. Elaborar con los tutores de prácticas para definir objetivos	2,21	2,75	,041	1<2
3. Realizar evaluación conjunta con el alumno al finalizar las prácticas	2,25	2,94	.010	1<2
4. Participar en sesiones clínicas con el equipo	2,49	2,73	-	-
5. Realizar autoformación para conservar las Competencias	2,88	2,99	-	-

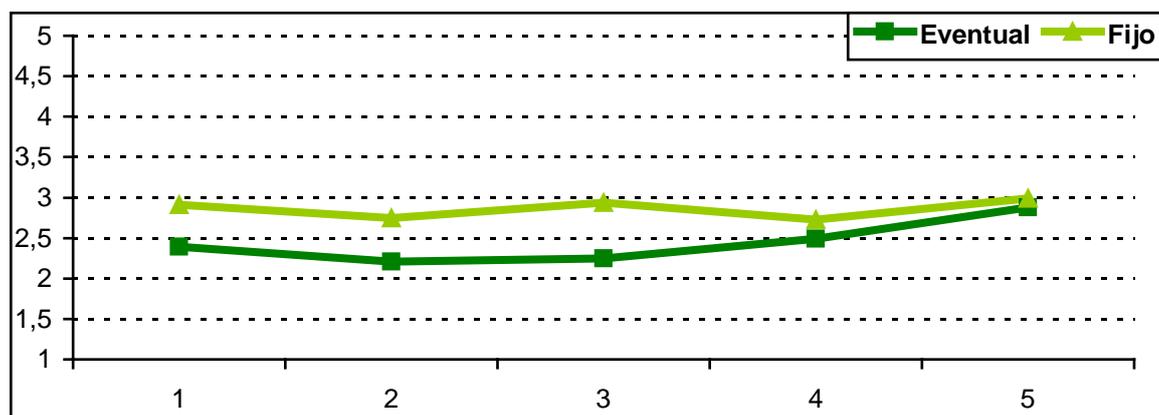


Gráfico 37.- Registro de la competencia en ética y aspectos legales

En esta competencia, se observan diferencias significativas donde el personal fijo actúa como referente docente y registra la evaluación conjunta.

En la tabla y gráfica siguientes, se especifica la **realización** de la competencia en relación al **compromiso profesional, institucional y personal** relacionado con la situación laboral.

REALIZAR la competencia en: relación al compromiso profesional, institucional y personal	Eventual (1)	Fijo (2)	Signif.	Diferencia
1. Utilizar las nuevas tecnologías asistenciales de trabajo adecuadamente	4,00	3,95	-	-
2. Realizar la actividad asistencial utilizando razonamientos críticos	4,02	3,99	-	-
3. Aportar sugerencias y nuevas ideas sobre mejoras en los procedimientos	3,69	3,76	-	-
4. Utilizar los recursos existentes para el aprendizaje	3,93	3,91	-	-
5. Evaluar la actividad realizada	3,93	3,81	-	-

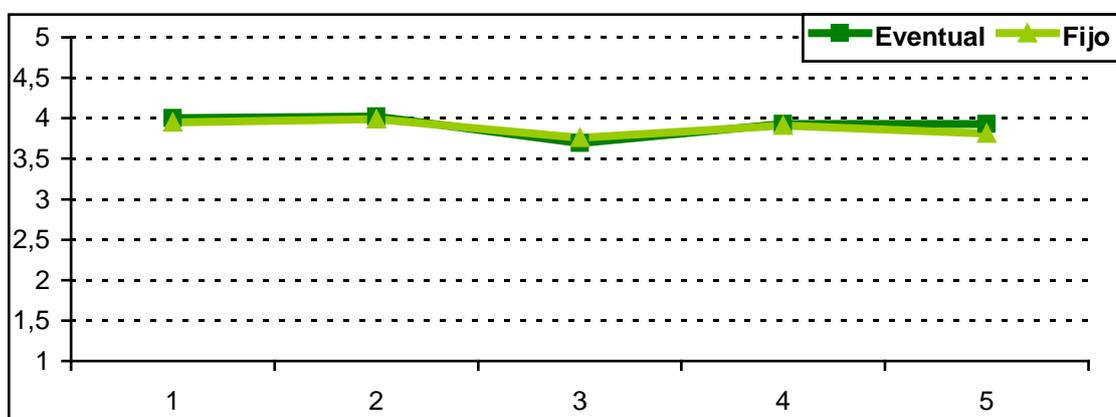


Gráfico 38- Realizar la competencia en relación al compromiso profesional, institucional y personal

En la tabla y gráfica siguientes se especifica el **registro** de la competencia en relación al **compromiso profesional, institucional y personal** relacionado con la situación laboral.

REGISTRAR la competencia en: relación al compromiso profesional, institucional y personal	Eventual (1)	Fijo (2)	Signif.	Diferencia
1. Utilizar las nuevas tecnologías asistenciales de trabajo adecuadamente	3,39	3,46	-	-
2. Realizar la actividad asistencial utilizando razonamientos críticos	3,49	3,44	-	-
3. Aportar sugerencias y nuevas ideas sobre mejoras en los procedimientos	3,27	3,20	-	-
4. Utilizar los recursos existentes para el aprendizaje	3,12	3,30	-	-
5. Evaluar la actividad realizada	3,38	3,29	-	-

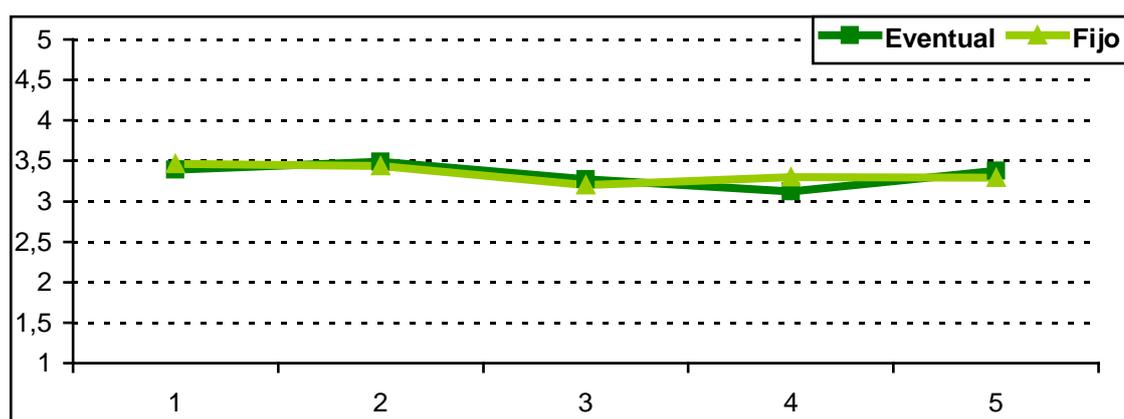


Gráfico 39 - Registrar competencia en relación al compromiso profesional, institucional y personal

No se observan diferencias significativas en esta competencia, entre el personal fijo y eventual.

9.5 Análisis de las competencias del rol autónomo en función del turno de trabajo.

En la tabla y gráfica siguientes, se especifica la realización de la competencia en relación a metodología del proceso de cuidados de enfermería relacionado con el turno de trabajo.

REALIZACIÓN de la metodología del proceso de cuidados de enfermería	Diurno (1)	Nocturno (2)	Signif.	Diferencia
1. Realizar la entrevista al ingreso	4,33	4,02	,024	1>2
2. Identificar Diagnóstico de Enfermería	3,48	3,17	-	-
3. Formular resultados	3,42	2,97	,010	1>2
4. Planificar actividades y su evaluación	3,57	3,19	,019	1>2
5. Mantener su planificación	3,79	3,47	,029	1>2

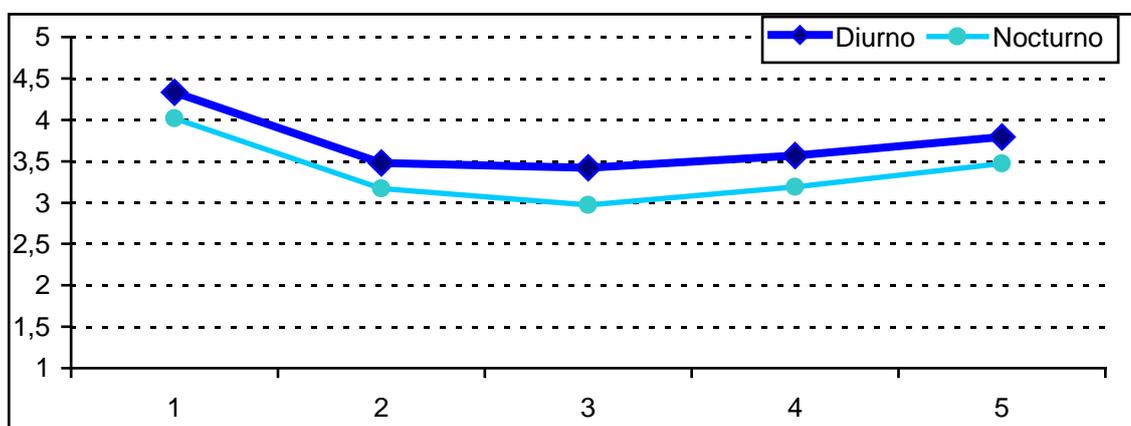
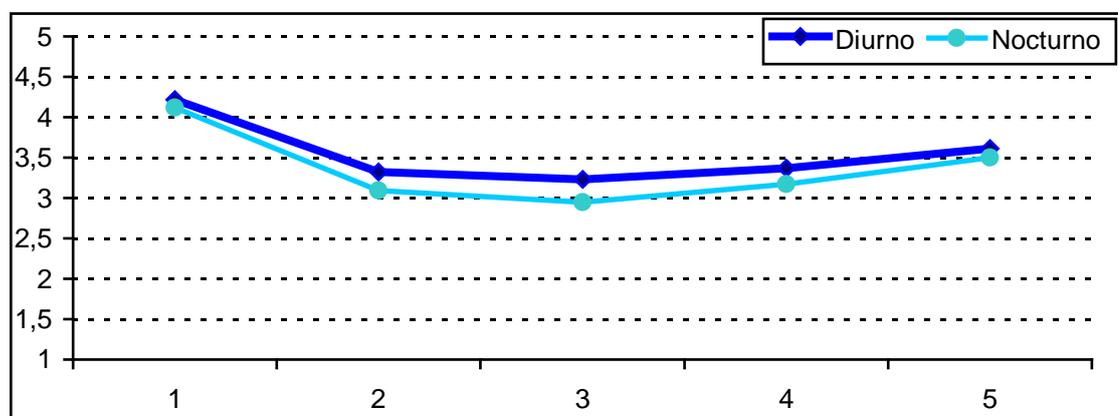


Gráfico 40- Realizar metodología del proceso

En la tabla y gráfica siguientes se especifica el **registro de la competencia** en relación a **metodología del proceso de cuidados de enfermería** relacionado con el turno de trabajo.

REGISTRO de la metodología del proceso de cuidados de enfermería	Diurno (1)	Nocturno (2)	Signif.	Diferencia
1. Realizar la entrevista al ingreso	4,22	4,12	-	-
2. Identificar Diagnóstico de Enfermería	3,32	3,09	-	-
3. Formular resultados	3,23	2,95	-	-
4. Planificar actividades y su evaluación	3,37	3,17	-	-
5. Mantener su planificación	3,61	3,50	-	-

Gráfico 41.- Registro de la metodología del proceso



A partir de estos gráficos, podemos analizar que dentro de dicha competencia, existen diferencias significativas referente a la realización de entrevista en el ingreso; formulación de resultados de los problemas; planificación y evaluación de actividades; y en el mantenimiento de la planificación de cuidados; donde el personal nocturno lo realiza en menor porcentaje.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la **realización** de la competencia de **promoción y prevención para la salud** relacionado con el turno de trabajo.

REALIZAR promoción y prevención para la salud	Diurno (1)	Nocturno (2)	Signif.	Diferencia
1. Identificar las personas con riesgo de desarrollar algún problema	3,91	3,97	-	-
2. Priorizar las necesidades de salud	4,01	4,08	-	-
3. Planificar acciones educativas con la persona	3,71	3,32	,003	1>2
4. Realizar acciones educativas con la persona	3,76	3,41	,009	1>2
5. Evaluar acciones educativas con la persona	3,97	3,24	-	-

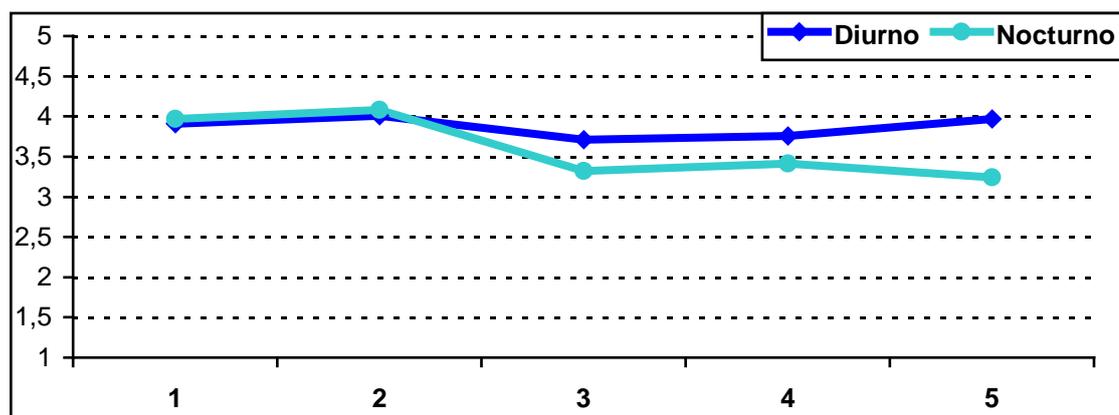


Gráfico 42.- Realizar promoción y prevención para la salud.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica el **registro** de la competencia de **promoción y prevención para la salud** relacionado con el turno de trabajo.

REGISTRO de la promoción y prevención para la salud	Diurno (1)	Nocturno (2)	Signif.	Diferencia
1. Identificar las personas con riesgo de desarrollar algún problema	3,62	3,75	-	-
2. Priorizar las necesidades de salud	3,63	3,72	-	-
3. Planificar acciones educativas con la persona	3,40	3,10	,054	1<2
4. Realizar acciones educativas con la persona	3,42	3,12	,064	1<2
5. Evaluar acciones educativas con la persona	3,20	3,02	-	-

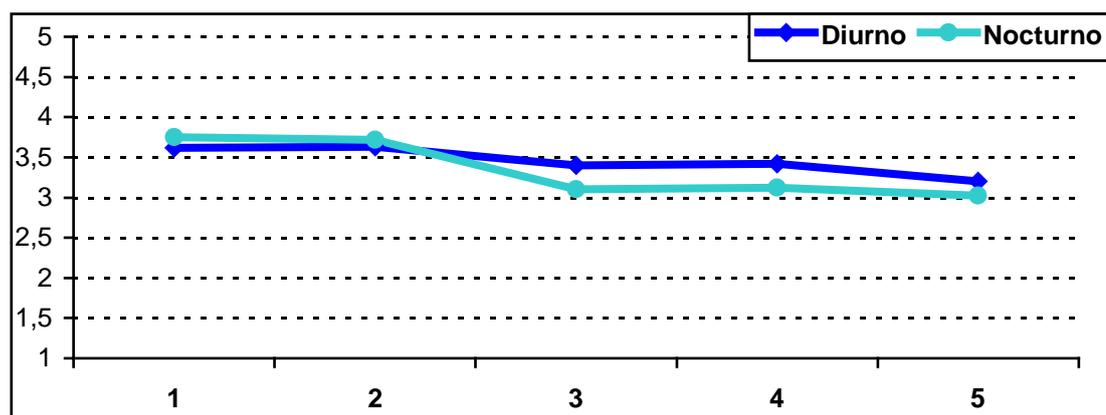


Gráfico 43.- Realizar promoción y prevención para la salud.

En esta competencia, se observan diferencias significativas en el personal diurno, donde realizan y registran en mayor proporción, la planificación y el registro de las acciones educativas.

En la tabla y gráfica siguientes, se especifica la **realización** de la competencia en la **calidad de cuidados** relacionado con el turno de trabajo.

REALIZAR la competencia en la calidad de cuidados	Diurno (1)	Nocturno (2)	Signif.	Diferencia
1. Detectar situaciones de riesgo	4,04	4,24	,035	1<2
2. Priorizar las actuaciones ante situaciones de emergencia	4,22	4,39	,083	1<2
3. Cumplir los protocolos y recomendaciones de los procedimientos	4,06	4,05	-	-
4. Analizar críticamente los cuidados	3,76	3,88	-	-

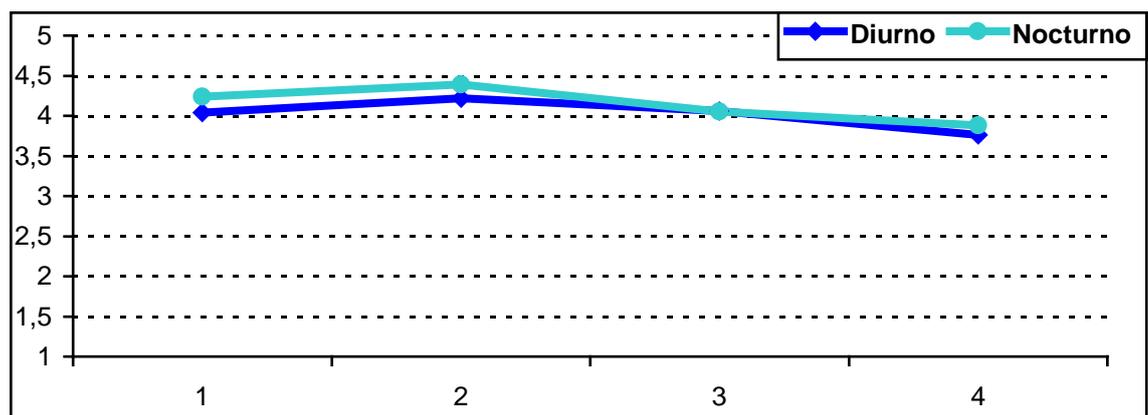


Gráfico 44.- Realizar la competencia en la calidad de cuidados.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica el **registro** de la competencia en la **calidad de cuidados** relacionado con el turno de trabajo.

REGISTRO de la competencia en la calidad de cuidados	Diurno (1)	Nocturno (2)	Signif.	Diferencia
1. Detectar situaciones de riesgo	3,76	3,83	-	-
2. Priorizar las actuaciones ante situaciones de emergencia	3,81	4,08	,056	1<2
3. Cumplir los protocolos y recomendaciones de los procedimientos	3,79	3,86	-	-
4. Analizar críticamente los cuidados	3,39	3,53	-	-

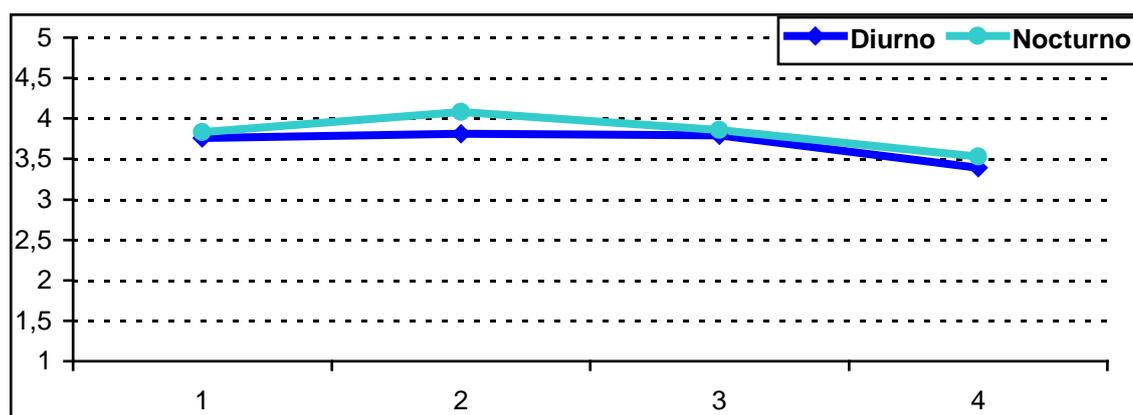


Gráfico 45.- Registro de la competencia en la calidad de cuidados.

En esta competencia, se observan diferencias significativas entre ambos turnos, puesto que el personal nocturno detecta las situaciones de riesgo y prioriza en las actuaciones de emergencia.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la **realización** de la competencia en **comunicación y cooperación** relacionado con el turno de trabajo.

REALIZACIÓN de la competencia: comunicación y cooperación	Diurno (1)	Nocturno (2)	Signif.	Diferencia
1. Promover un entorno favorable para la comunicación con la persona	4,06	3,97	-	-
2. Integrar a la persona en los planes de cuidados	3,88	3,64	,059	1<2
3. Valorar dificultades de comunicación y/o comprensión	4,03	3,88	-	-
4. Verificar que la información es comprendida	4,01	3,85	-	-
5. Actuar de enlace y facilitar la comunicación entre la persona y su familia	3,81	3,49	,026	1>2

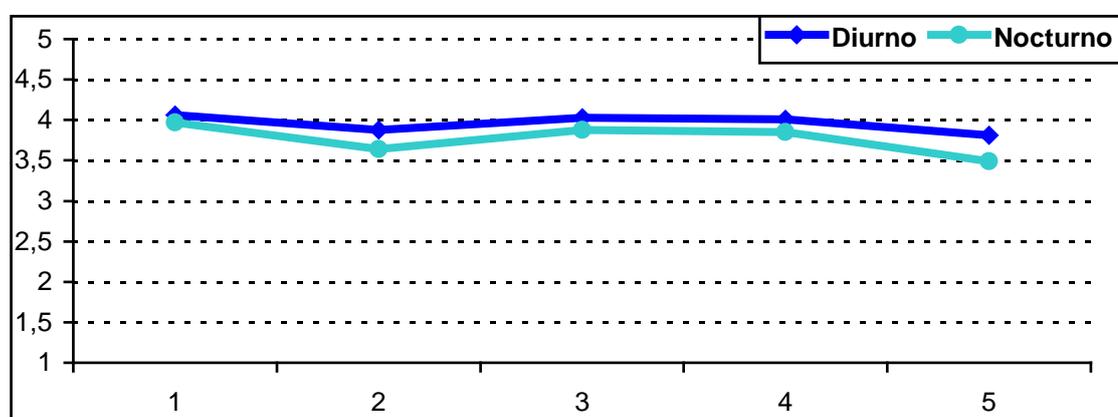


Gráfico 46.- Realizar la competencia de comunicación y cooperación.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica el **registro** de la competencia en **comunicación y cooperación** relacionado con el turno de trabajo.

REGISTRO de la competencia : comunicación y cooperación	Diurno (1)	Nocturno (2)	Signif.	Diferencia
1. Promover un entorno favorable para la comunicación con la persona	3,35	3,37	-	-
2. Integrar a la persona en los planes de cuidados	3,31	3,12	-	-
3. Valorar dificultades de comunicación y/o comprensión	3,48	3,40	-	-
4. Verificar que la información es comprendida	3,40	3,25	-	-
5. Actuar de enlace y facilitar la comunicación entre la persona y su familia	3,26	3,90	,044	1<2

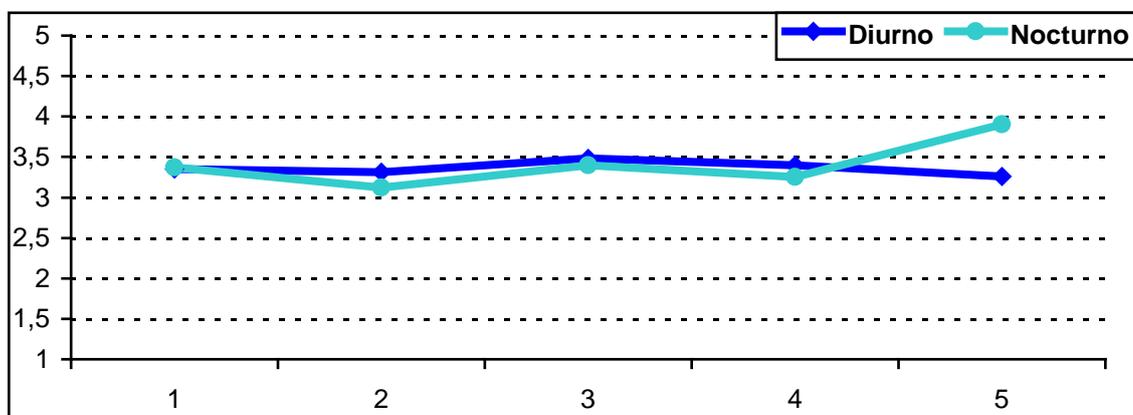


Gráfico 47- Registro de la competencia de comunicación y cooperación

Respecto a esta competencia, el personal diurno integra más a la persona en los planes de cuidados, así como, registra en mayor proporción su actuación como enlace entre la persona y su familia.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la **realización** de la competencia en la **continuidad de cuidados** relacionado con el turno de trabajo.

REALIZAR la competencia de la continuidad de cuidados	Diurno (1)	Nocturno (2)	Signif.	Diferencia
1. Registrar todas las actividades de enfermería	4,00	4,07	-	-
2. Asegurar la continuidad de los cuidados en el cambio de turno	4,14	4,19	-	-
3. Elaborar el informe de Alta de enfermería	3,88	2,93	,000	1>2
4. Coordinar los cuidados de enfermería con el resto de especialistas	3,64	2,88	,000	1>2
5. Delegar actividades según competencias	3,72	3,66	-	-

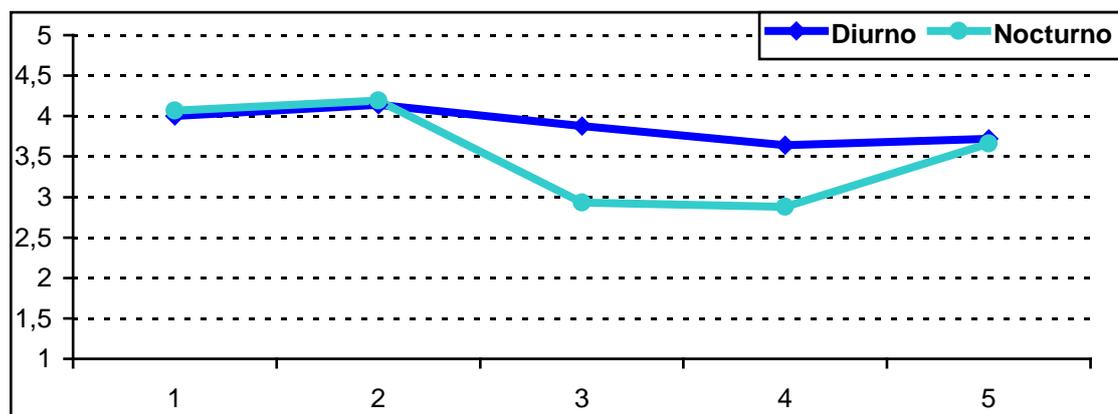


Gráfico 48- Realizar la competencia de la continuidad de cuidados

En la tabla y gráfica siguientes se especifica el **registro** de la competencia en la **continuidad de cuidados** relacionado con el turno de trabajo.

REGISTRAR la competencia de la continuidad de cuidados	Diurno (1)	Nocturno (2)	Signif.	Diferencia
1. Registrar todas las actividades de enfermería	3,94	3,97	-	-
2. Asegurar la continuidad de los cuidados en el cambio de turno	3,89	3,93	-	-
3. Elaborar el informe de Alta de enfermería	3,82	2,81	,000	1>2
4. Coordinar los cuidados de enfermería con el resto de especialistas	3,42	2,82	,001	1>2
5. Delegar actividades según competencias	3,20	3,13	-	-

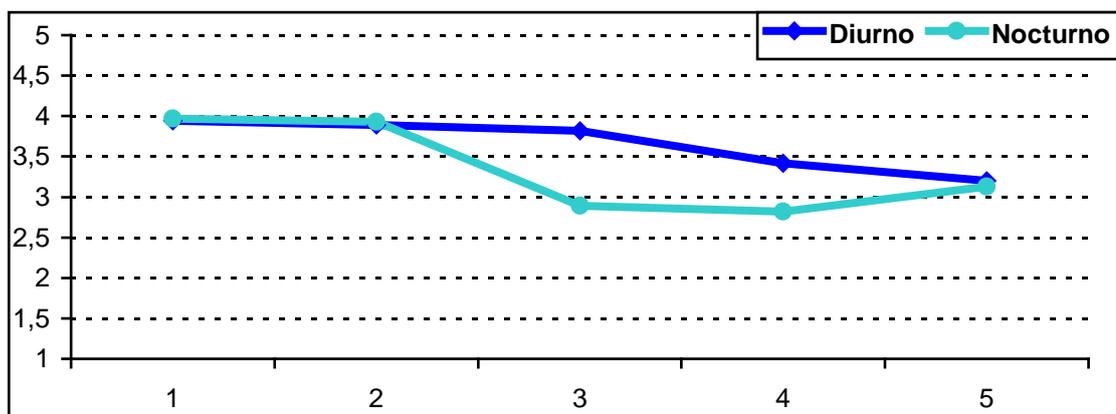


Gráfico 49.- Registro de la competencia de la continuidad de cuidados

En relación a dicha competencia existe una diferencia significativa entre el turno diurno y nocturno, en lo que se refiere a la elaboración del informe de alta de enfermería y la coordinación de los cuidados propios con el resto de especialistas. El turno diurno lo realiza y registra en mayor proporción.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la **realización** de la competencia en **ética y aspectos legales** relacionados con el turno de trabajo.

REALIZAR la competencia en ética y aspectos legales	Diurno (1)	Nocturno (2)	Signif.	Diferencia
1. Desarrollar una práctica profesional según normativas legales y jurídicas	4,20	4,10	-	-
2. Identificar situaciones que provoquen un dilema ético	3,83	3,60	-	-
3. Comunicar un dilema ético	3,74	3,37	,020	1>2
4. Asumir la responsabilidad de las decisiones y acciones	3,24	4,16	-	-
5. Actuar según el Código Ético de Enfermería	4,22	4,19	-	-

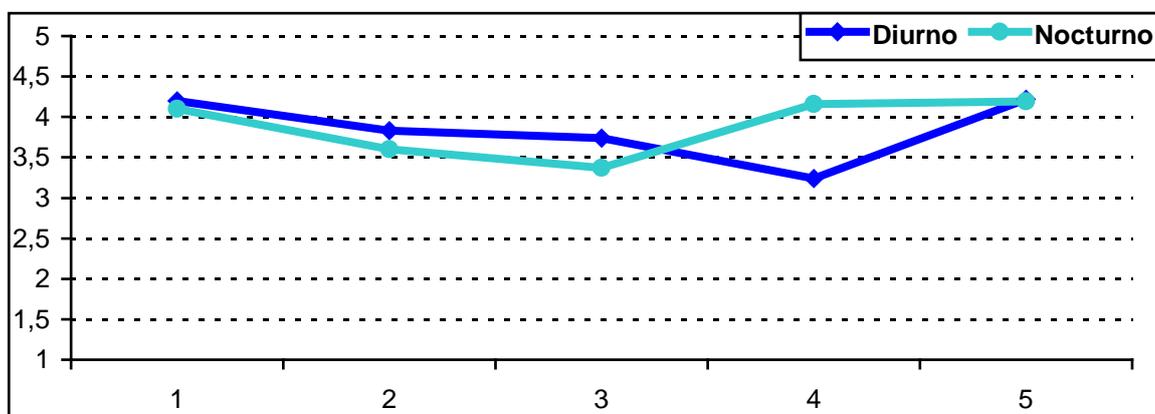


Gráfico 50.- Realizar la competencia en ética y aspectos legales

En relación a la realización de la competencia en ética y aspectos legales, no se aprecian diferencias significativas entre ambos turnos exceptuando en el de asumir la responsabilidad de las decisiones y acciones. El turno nocturno manifiestan realizarlo en mayor número que los profesionales de día.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica el **registro** de la competencia en **ética y aspectos legales** relacionado con el turno de trabajo.

REGISTRAR la competencia en ética y aspectos legales	Diurno (1)	Nocturno (2)	Signif.	Diferencia
1. Desarrollar una práctica profesional según normativas legales y jurídicas	3,63	3,43	-	-
2. Identificar situaciones que provoquen un dilema ético	3,37	2,93	,009	1>2
3. Comunicar un dilema ético	3,42	2,93	,012	1>2
4. Asumir la responsabilidad de las decisiones y acciones	3,76	3,53	-	-
5. Actuar según el Código Ético de Enfermería	3,71	3,50	-	-

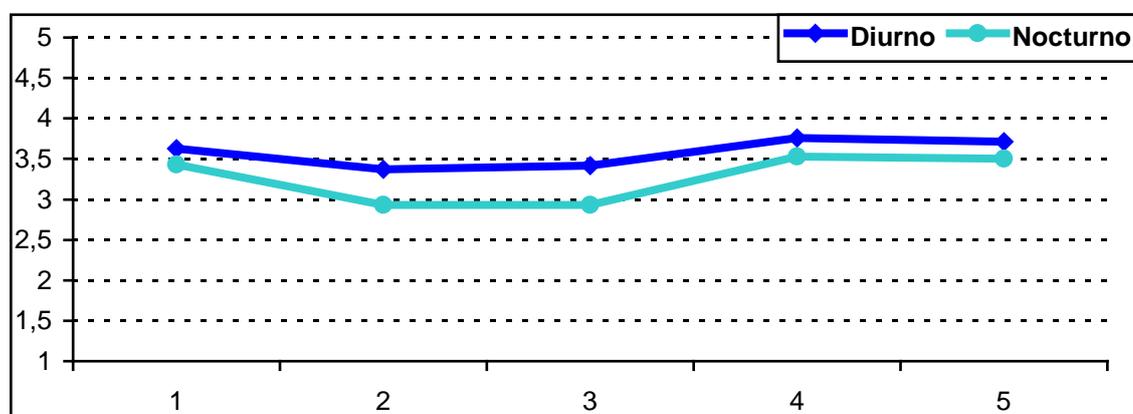


Gráfico 51.- Registrar la competencia en ética y aspectos legales

En dicha competencia se observa que el personal diurno registra en mayor proporción la *identificación de situaciones que provocan dilema ético*, así como la *comunicación* del mismo.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la **realización** de la competencia en **formación** relacionado con el turno de trabajo.

REALIZAR la competencia en formación	Diurno (1)	Nocturno (2)	Signif.	Diferencia
1. Actuar como referente de un alumno, durante el período de prácticas	3,71	2,09	,000	1>2
2. Elaborar con los tutores de prácticas para definir objetivos	3,33	2,00	,000	1>2
3. Realizar evaluación conjunta con el alumno al finalizar las prácticas	3,54	2,19	,000	1>2
4. Participar en sesiones clínicas con el equipo	3,07	2,35	,000	1>2
5. Realizar autoformación para conservar las Competencias	3,71	3,36	,039	1>2

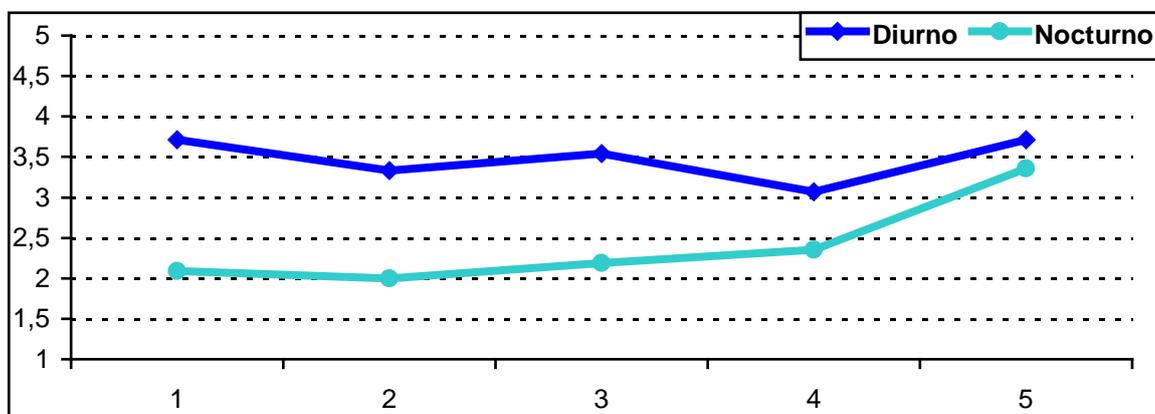


Gráfico 52.- Realizar la competencia en ética y aspectos legales

En la tabla y gráfica siguientes se especifica el **registro** de la competencia en **formación** relacionado con el turno de trabajo.

REGISTRO de la competencia en formación	Diurno (1)	Nocturno (2)	Signif.	Diferencia
1. Actuar como referente de un alumno, durante el período de prácticas	3,14	1,89	,000	1>2
2. Elaborar con los tutores de prácticas para definir objetivos	2,92	1,87	,000	1>2
3. Realizar evaluación conjunta con el alumno al finalizar las prácticas	3,08	2,02	,000	1>2
4. Participar en sesiones clínicas con el equipo	2,89	2,14	,000	1>2
5. Realizar autoformación para conservar las Competencias	3,16	2,51	,003	1>2

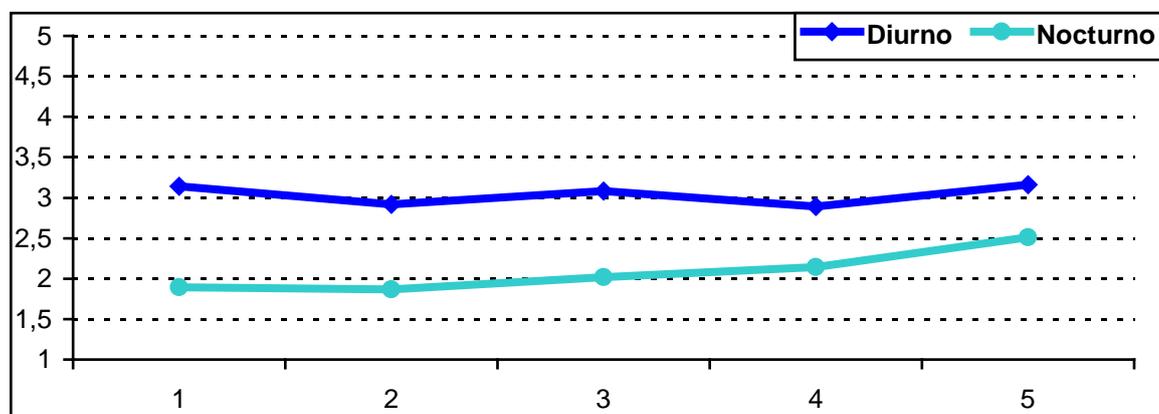


Gráfico 53.- Registro de la competencia en ética y aspectos legales

En lo que se refiere tanto a la realización como al registro de dicha competencia, se distribuye de manera desigual en el turno diurno y nocturno, siendo el diurno quien más lo realiza y registra.

En la tabla y gráfica siguientes, se especifica la **realización** de la competencia en relación al **compromiso profesional, institucional y personal** relacionado con el turno de trabajo.

REALIZAR la competencia en relación al compromiso profesional, institucional y personal	Diurno (1)	Nocturno (2)	Signif.	Diferencia
1. Utilizar las nuevas tecnologías asistenciales de trabajo adecuadamente	4,00	3,88	-	-
2. Realizar la actividad asistencial utilizando razonamientos críticos	4,02	3,93	-	-
3. Aportar sugerencias y nuevas ideas sobre mejoras en los procedimientos	3,81	3,58	-	-
4. Utilizar los recursos existentes para el aprendizaje	3,98	3,75	-	-
5. Evaluar la actividad realizada	3,95	3,56	,006	1>2

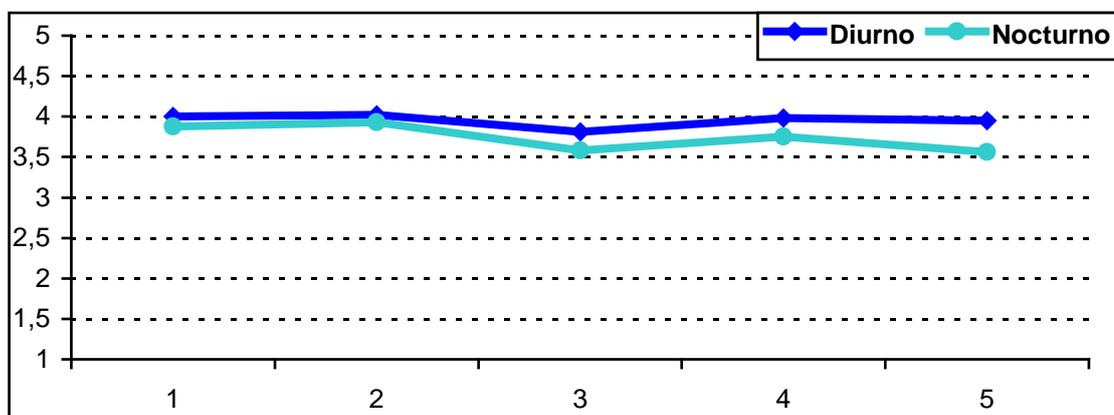


Gráfico 54.- Realizar la competencia en relación al compromiso profesional, institucional y personal

En la tabla y gráfica siguientes se especifica el **registro** de la competencia en relación al **compromiso profesional, institucional y personal** relacionado con el turno de trabajo.

REGISTRAR la competencia en relación al compromiso profesional, institucional y personal	Diurno (1)	Nocturno (2)	Signif.	Diferencia
1. Utilizar las nuevas tecnologías asistenciales de trabajo adecuadamente	3,49	3,34	-	-
2. Realizar la actividad asistencial utilizando razonamientos críticos	3,51	3,31	-	-
3. Aportar sugerencias y nuevas ideas sobre mejoras en los procedimientos	3,27	3,10	-	-
4. Utilizar los recursos existentes para el aprendizaje	3,36	3,02	-	-
5. Evaluar la actividad realizada	3,44	3,02	,022	1>2

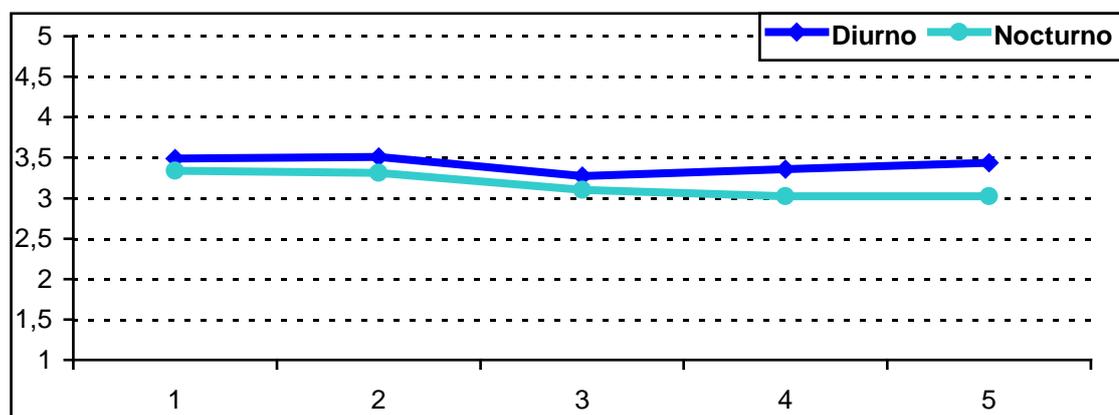


Gráfico 55.- Registrar competencia en relación al compromiso profesional, institucional y personal

En esta competencia, se observa que el personal diurno realiza y registra en mayor número de veces la evaluación de sus actividades.

9.6. Análisis de las competencias del rol autónomo en el conocimiento y registro de las competencias y actividades específicas del rol autónomo.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la **realización o no** de la competencia en la **metodología del proceso de cuidados de enfermería**.

REALIZACIÓN de la metodología del proceso de cuidados de enfermería	SI (1)	No (2)	Signif.	Diferencia
1. Realizar la entrevista al ingreso	4,19	4,41	-	-
2. Identificar Diagnóstico de Enfermería	3,59	2,61	,000	1>2
3. Formular resultados	3,52	2,36	,000	1>2
4. Planificar actividades y su evaluación	3,66	2,63	,000	1>2
5. Mantener su planificación	3,79	3,33	,006	1>2

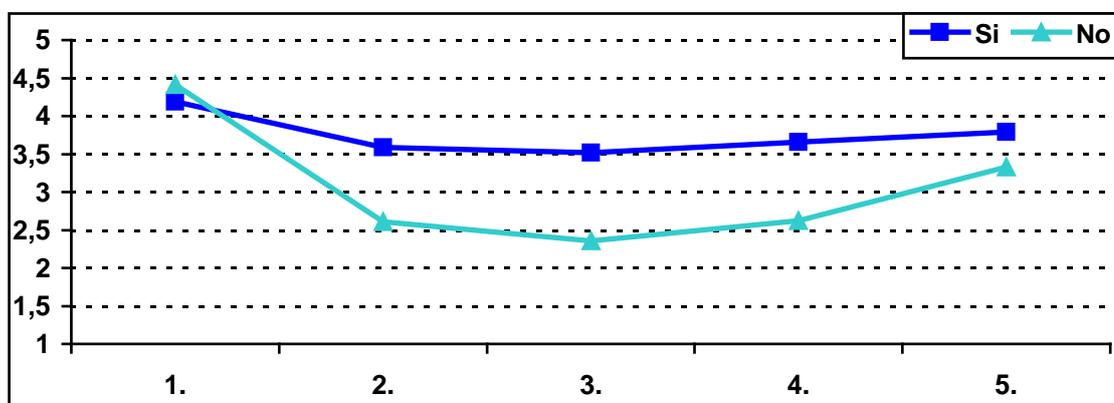


Gráfico 56.- Realizar metodología del proceso

En la tabla y gráfica siguientes se especifica el **registro o no** en la competencia en la **metodología del proceso de cuidados de enfermería**.

REGISTRO de la metodología del proceso de cuidados de enfermería	Si (1)	No (2)	Signif.	Diferencia
1. Realizar la entrevista al ingreso	4,17	4,26	-	-
2. Identificar Diagnóstico de Enfermería	3,45	2,44	,000	1>2
3. Formular resultados	3,34	2,31	,000	1>2
4. Planificar actividades y su evaluación	3,46	2,65	,000	1>2
5. Mantener su planificación	3,66	3,29	-	-

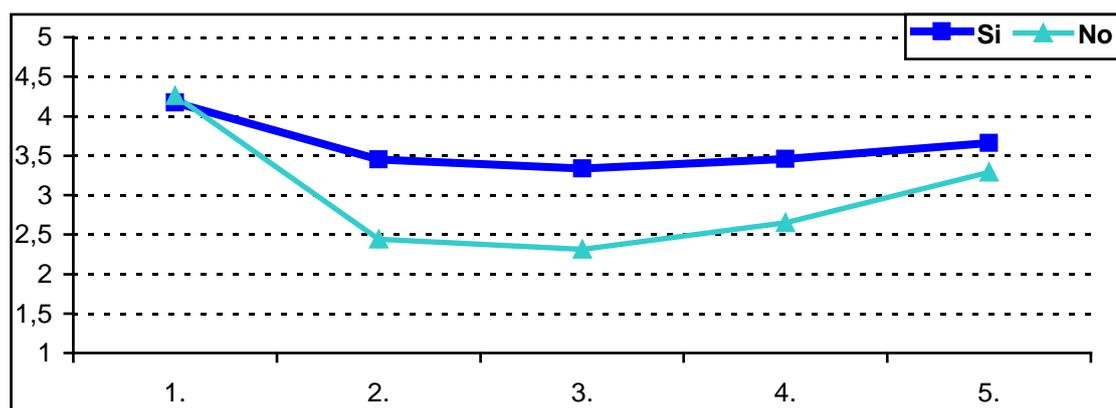


Gráfico .57- Registro de la metodología del proceso

Destacamos que el conocimiento de las competencias no influye en la realización y registro de la entrevista al ingreso, mientras que si, en el resto de las actividades que engloban dicha competencia.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la **realización o no** en la competencia en la **promoción y prevención para la salud**.

REALIZAR promoción y prevención para la salud	SI (1)	No (2)	Signif.	Diferencia
1. Identificar las personas con riesgo de desarrollar algún problema	3,98	3,72	,036	1>2
2. Priorizar las necesidades de salud	4,10	3,85	-	-
3. Planificar acciones educativas con la persona	3,71	3,15	,000	1>2
4. Realizar acciones educativas con la persona	3,78	3,21	,000	1>2
5. Evaluar acciones educativas con la persona	3,55	3,84	,000	1<2

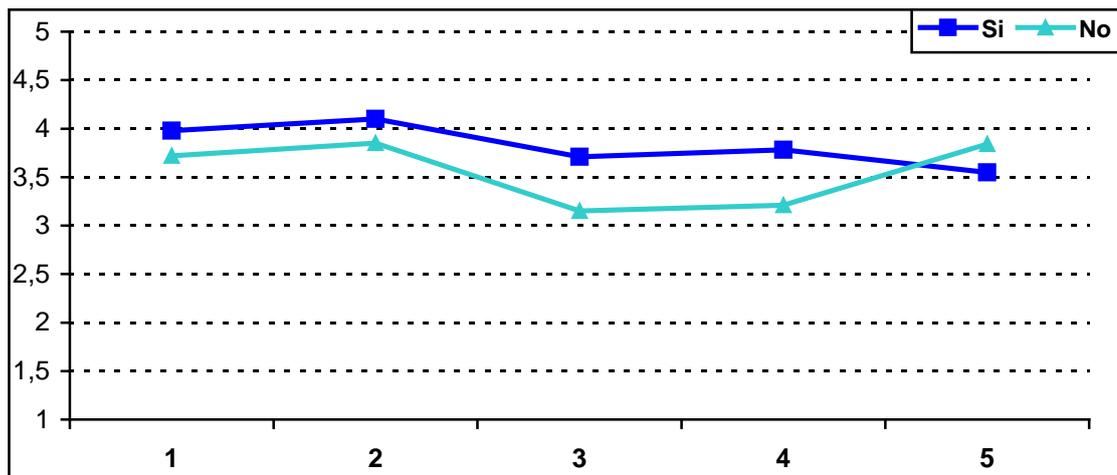


Gráfico 58.- Realizar promoción y prevención para la salud.

Observamos como en esta competencia, el conocimiento del rol autónomo, no influye en cuanto a *la priorización de las necesidades de salud ni en la evaluación de acciones educativas con la persona*.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica el **registro o no** en la competencia en la **promoción y prevención para la salud**.

REGISTRO de la promoción y prevención para la salud	SI (1)	No (2)	Signif.	Diferencia
1. Identificar las personas con riesgo de desarrollar algún problema	3,70	3,55	-	-
2. Priorizar las necesidades de salud	3,70	3,53	-	-
3. Planificar acciones educativas con la persona	3,44	2,82	,001	1>2
4. Realizar acciones educativas con la persona	3,41	3,00	,022	1>2
5. Evaluar acciones educativas con la persona	3,26	2,69	,006	1>2

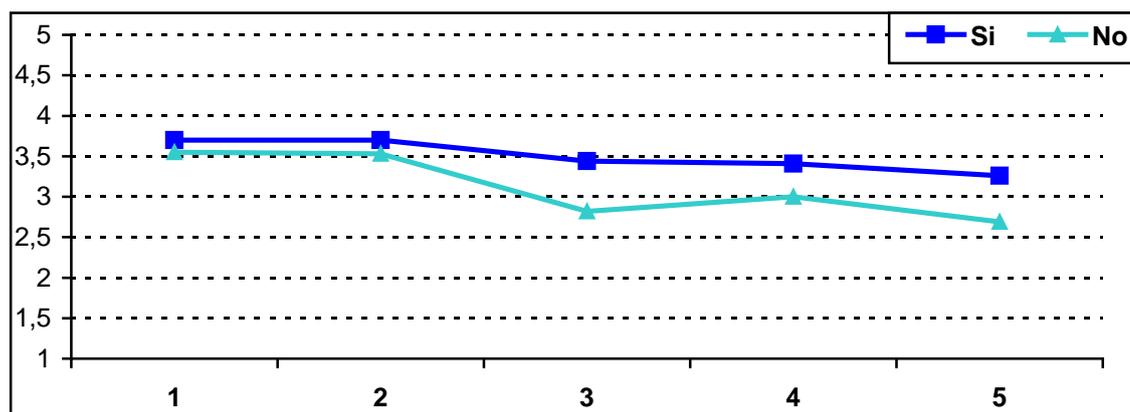


Gráfico 59.- Registro de la promoción y prevención para la salud.

En la identificación de las personas con riesgo y priorización de las necesidades de salud, observamos que no existe diferencias significativas para su registro, mientras que en el resto de las actividades sí.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la **realización o no** en la competencia en la **calidad de cuidados**.

REALIZAR la competencia en la calidad de cuidados	SI (1)	NO (2)	Signif.	Diferencia
1. Detectar situaciones de riesgo	4,11	4,08	-	-
2. Priorizar las actuaciones ante situaciones de emergencia	4,28	4,28	-	-
3. Cumplir los protocolos y recomendaciones de los procedimientos	4,10	3,92	-	-
4. Analizar críticamente los cuidados	3,91	3,36	,000	1>2

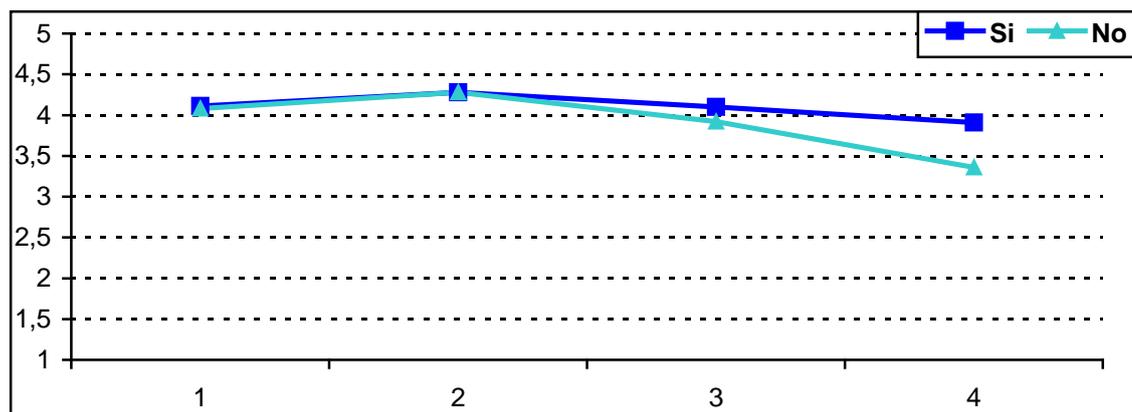


Gráfico 60.- Realizar la competencia en la calidad de cuidados.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica el **registro o no** en la **calidad de cuidados**.

REGISTRO de la competencia en la calidad de cuidados	Si (1)	No (2)	Signif.	Diferencia
1. Detectar situaciones de riesgo	3,82	3,71	-	-
2. Priorizar las actuaciones ante situaciones de emergencia	3,89	3,95	-	-
3. Cumplir los protocolos y recomendaciones de los procedimientos	3,84	3,74	-	-
4. Analizar críticamente los cuidados	3,54	3,00	,002	1<2

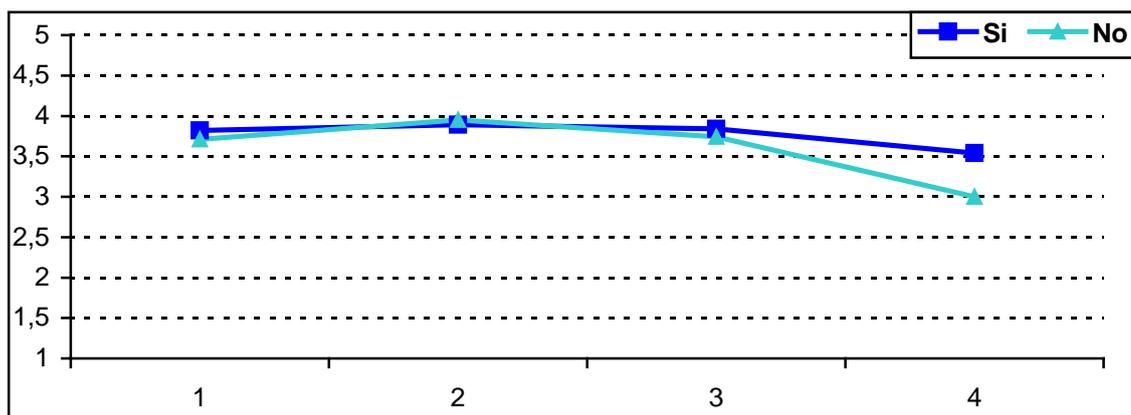


Gráfico 61.- Registro de la competencia en la calidad de cuidados.

En esta competencia, solo se observan diferencias significativas a la hora de *analizar críticamente los cuidados*.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la **realización o no** en la **comunicación y cooperación**.

REALIZACIÓN de la competencia : comunicación y cooperación	Si (1)	No (2)	Signif.	Diferencia
1. Promover un entorno favorable para la comunicación con la persona	4,06	3,95	-	-
2. Integrar a la persona en los planes de cuidados	3,87	3,56	,030	1>2
3. Valorar dificultades de comunicación y/o comprensión	4,05	3,74	,017	1>2
4. Verificar que la información es comprendida	4,04	3,67	,009	1>2
5. Actuar de enlace y facilitar la comunicación entre la persona y su familia	3,82	3,33	,003	1>2

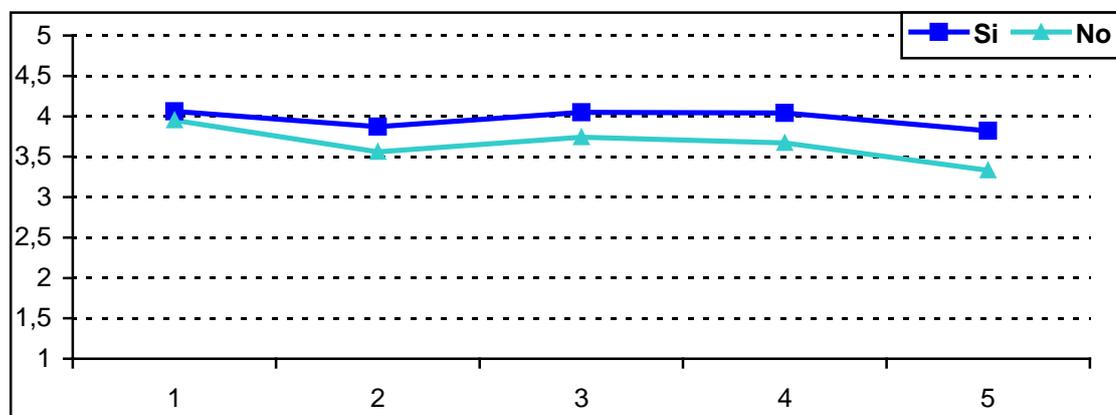


Gráfico 62.- Realizar la competencia de comunicación y cooperación.

La grafica nos destaca que el conocimiento del rol autónomo influye directamente en todas las actividades que engloban dicha competencia, excepto en promover un entorno favorable para la comunicación de la persona.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica el **registro o no** en la **comunicación y cooperación**.

REGISTRO de la competencia: comunicación y cooperación	Si(1)	No (2)	Signif.	Diferencia
1. Promover un entorno favorable para la comunicación con la persona	3,43	3,03	,043	1>2
2. Integrar a la persona en los planes de cuidados	3,33	2,90	,009	1>2
3. Valorar dificultades de comunicación y/o comprensión	3,53	3,13	,026	1>2
4. Verificar que la información es comprendida	3,46	2,92	,005	1>2
5. Actuar de enlace y facilitar la comunicación entre la persona y su familia	3,27	2,68	,005	1>2

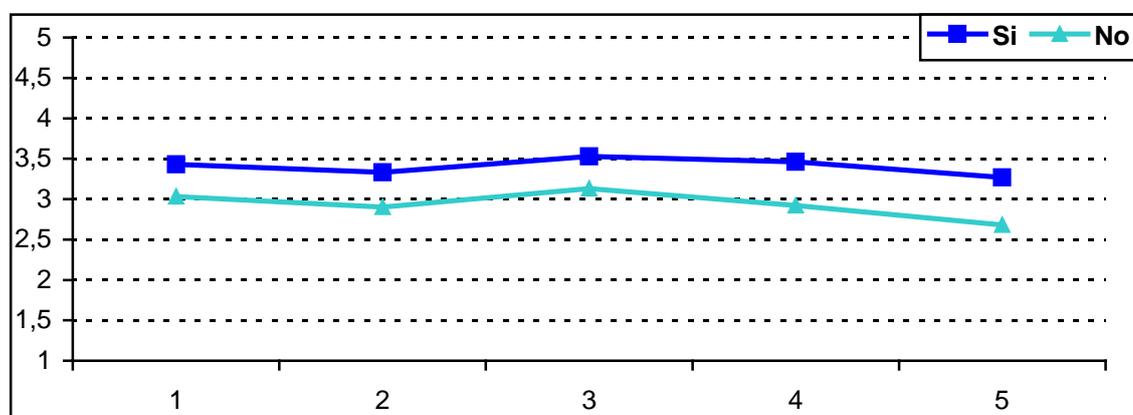


Gráfico 63.- Registro de la competencia de comunicación y cooperación.

Para el registro de esta competencia si que influye el conocimiento del rol autónomo.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la **realización o no** en la **continuidad de cuidados**.

REALIZAR la competencia de la continuidad de cuidados	Si (1)	No (2)	Signif.	Diferencia
1. Registrar todas las actividades de enfermería	4,05	3,90	-	-
2. Asegurar la continuidad de los cuidados en el cambio de turno	4,15	4,18	-	-
3. Elaborar el informe de Alta de enfermería	3,76	3,00	,001	1>2
4. Coordinar los cuidados de enfermería con el resto de especialistas	3,60	2,82	-	-
5. Delegar actividades según competencias	3,80	3,33	,002	1>2

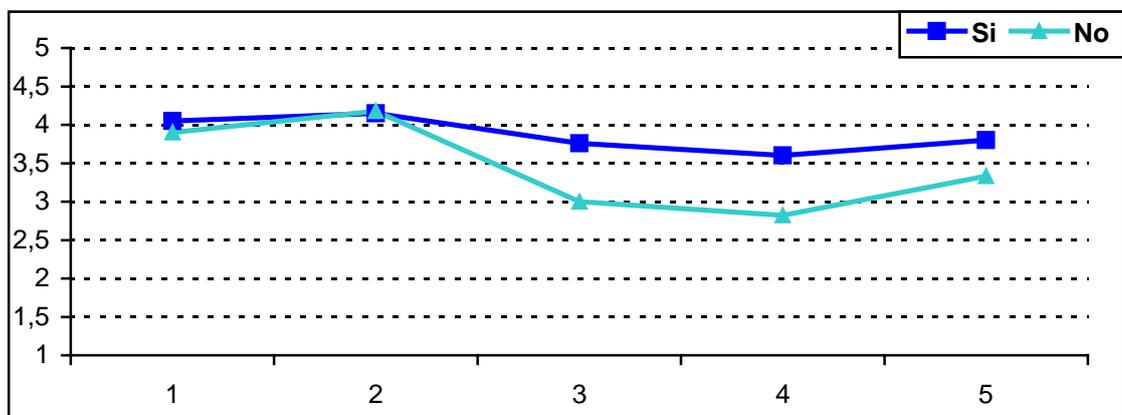


Gráfico 64.- Realizar la competencia de la continuidad de cuidados

En la tabla y gráfica siguientes se especifica el **registro o no** en la **continuidad de cuidados**.

REGISTRAR la competencia de la continuidad de cuidados	Si (1)	No (2)	Signif.	Diferencia
1. Registrar todas las actividades de enfermería	3,96	3,92	-	-
2. Asegurar la continuidad de los cuidados en el cambio de turno	3,89	4,00	-	-
3. Elaborar el informe de Alta de enfermería	3,68	2,92	,001	1>2
4. Coordinar los cuidados de enfermería con el resto de especialistas	3,37	2,68	,001	1>2
5. Delegar actividades según competencias	3,28	2,79	,015	1>2

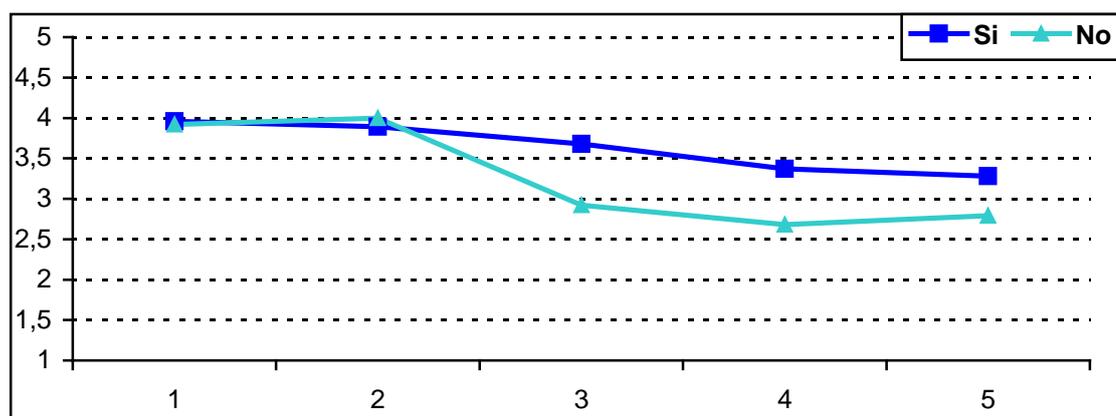


Gráfico 65.- Registro de la competencia de la continuidad de cuidados

Observamos diferencias significativas, en la elaboración y registro *del informe de Alta; en la coordinación de los cuidados y en la delegación de actividades, según competencias.*, con tendencia a disminuir tanto en su realización como registro, según conocimiento rol autónomo.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la **realización o no** en **ética y aspectos legales**.

REALIZAR la competencia en ética y aspectos legales	Si (1)	No (2)	Signif.	Diferencia
1. Desarrollar una práctica profesional según normativas legales y jurídicas.	4,21	4,05	-	-
2. Identificar situaciones que provoquen un dilema ético	3,84	3,46	,012	1>2
3. Comunicar un dilema ético	3,72	3,28	,013	1>2
4. Asumir la responsabilidad de las decisiones y acciones	4,26	4,08	-	-
5. Actuar según el Código Ético de Enfermería	4,26	4,05	-	-

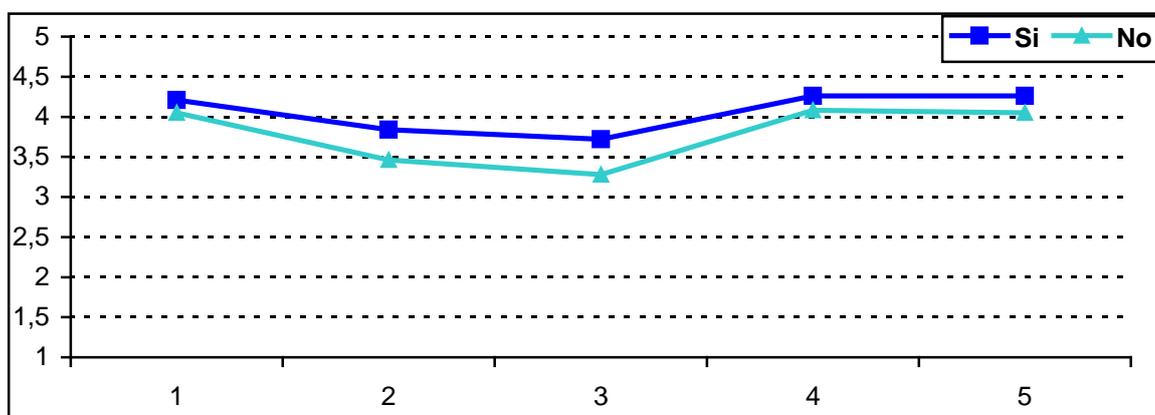


Gráfico 66.- Realizar la competencia en ética y aspectos legales

Observamos alguna diferencia significativa en la realización de identificación de situaciones que provoquen un dilema y en la comunicación del mismo.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica el **registro o no** en **ética y aspectos legales**.

REGISTRAR la competencia en ética y aspectos legales	Si (1)	No (2)	Signif.	Diferencia
1. Desarrollar una práctica profesional según normativas legales y jurídicas	3,59	3,50	-	-
2. Identificar situaciones que provoquen un dilema ético	3,36	2,79	,006	1>2
3. Comunicar un dilema ético	3,34	3,03	-	-
4. Asumir la responsabilidad de las decisiones y acciones	3,73	3,56	-	-
5. Actuar según el Código Ético de Enfermería	3,64	3,66	-	-

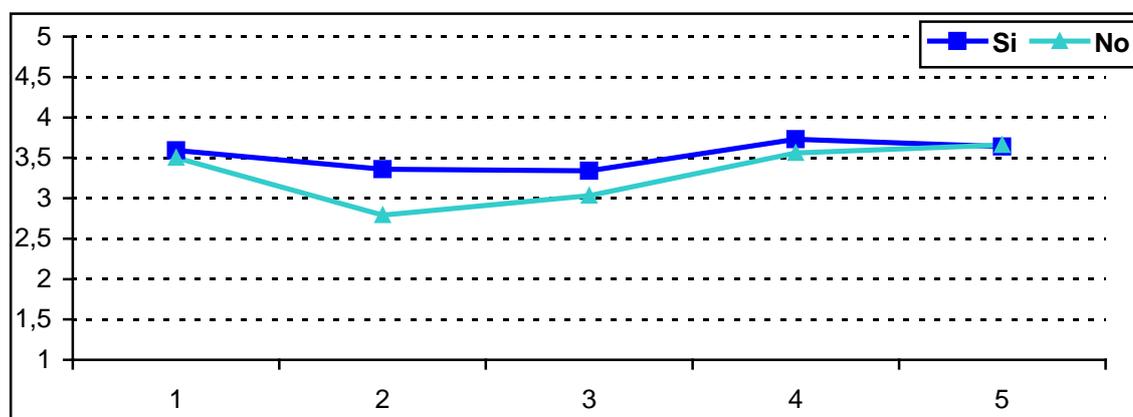


Gráfico 67.- Registrar la competencia en ética y aspectos legales

La gráfica nos muestra como el conocimiento en el rol autónomo si tiene una influencia directa a la hora de la realización y registro de las *situaciones que provoquen un dilema ético*.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la **realización o no en formación**.

REALIZAR la competencia en formación	Si (1)	No (2)	Signif.	Diferencia
1. Actuar como referente de un alumno, durante el período de prácticas	3,24	3,24	-	-
2. Elaborar con los tutores de prácticas para definir objetivos	3,01	2,65	-	-
3. Realizar evaluación conjunta con el alumno al finalizar las prácticas	3,15	3,19	-	-
4. Participar en sesiones clínicas con el equipo	3,07	1,95	000	1>2
5. Realizar autoformación para conservar las Competencias	3,74	3,08	,001	1>2

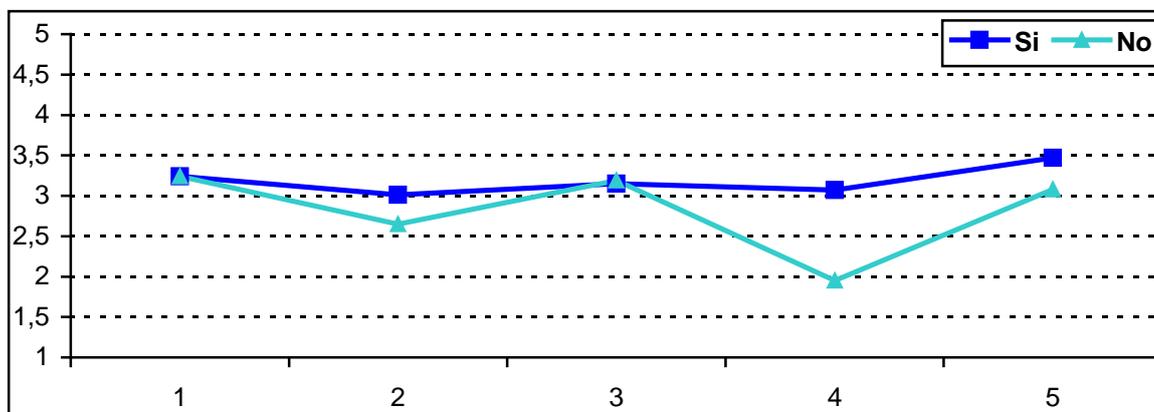


Gráfico 68.- Realizar la competencia en ética y aspectos legales

En la tabla y gráfica siguientes se especifica el **registro o no** en **formación**.

REGISTRO de la competencia en formación	Si (1)	No (2)	Signif.	Diferencia
1. Actuar como referente de un alumno, durante el período de prácticas	2,76	2,86	-	-
2. Elaborar con los tutores de prácticas para definir objetivos	2,68	2,37	-	-
3. Realizar evaluación conjunta con el alumno al finalizar las prácticas	2,77	2,80	-	-
4. Participar en sesiones clínicas con el equipo	2,85	1,91	,000	1>2
5. Realizar autoformación para conservar las Competencias	3,18	2,12	,000	1>2

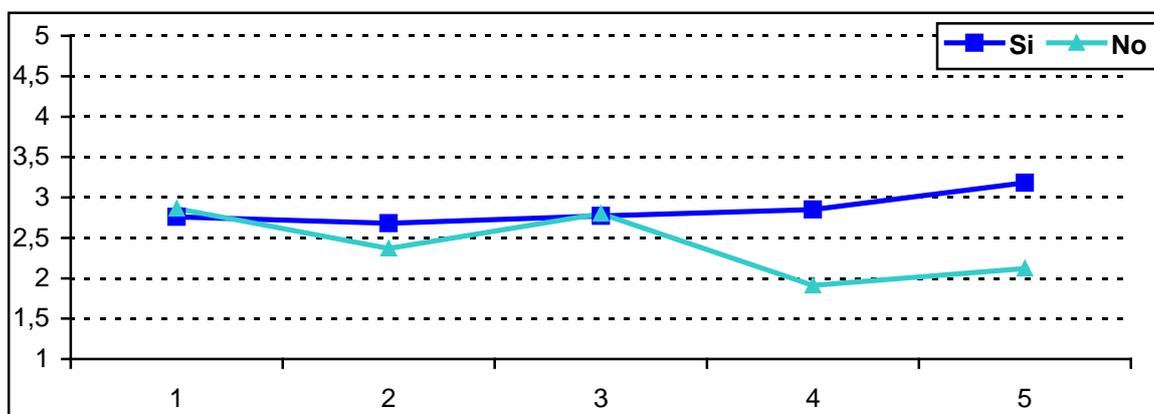


Gráfico 69.- Registro de la competencia en ética y aspectos legales

Se observan diferencias significativas en lo que se refiere a la *participación en sesiones clínicas*, respecto a la realización y registro. A su vez también tiene una influencia directa el conocimiento del rol autónomo a la hora del registro de la *autoformación*.

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la **realización o no** en la competencia en relación al **compromiso profesional, institucional y personal**.

REALIZAR la competencia en relación al compromiso profesional, institucional y personal	Si (1)	No (2)	Signif.	Diferencia
1. Utilizar las nuevas tecnologías asistenciales de trabajo adecuadamente	4,00	3,87	-	-
2. Realizar la actividad asistencial utilizando razonamientos críticos	4,00	4,03	-	-
3. Aportar sugerencias y nuevas ideas sobre mejoras en los procedimientos	3,83	3,44	,014	1>2
4. Utilizar los recursos existentes para el aprendizaje	3,99	3,65	,028	1>2
5. Evaluar la actividad realizada	3,94	3,49	,005	1>2

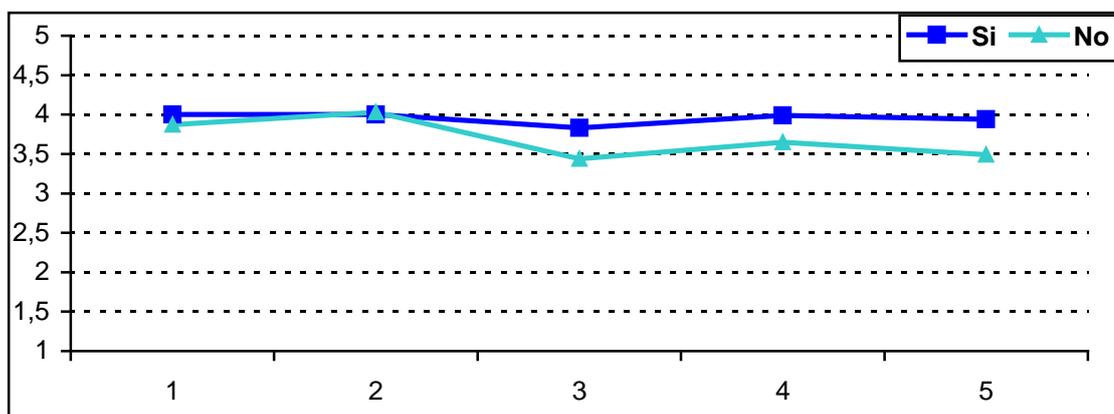


Gráfico 70.- Realizar la competencia en relación al compromiso profesional, institucional y personal

Mantienen prácticamente la misma valoración en dicha competencia, con la excepción de la *aportación de sugerencias y nuevas ideas sobre mejoras en los procedimientos, el uso de los recursos existentes para el aprendizaje y la evaluación de la actividad realizada.*

En la tabla y gráfica siguientes se especifica el **registro o no** en la competencia en relación al **compromiso profesional, institucional y personal**.

REGISTRAR la competencia en relación al compromiso profesional, institucional y personal	Si (1)	No (2)	Signif.	Diferencia
1. Utilizar las nuevas tecnologías asistenciales de trabajo adecuadamente	3,51	3,24	-	-
2. Realizar la actividad asistencial utilizando razonamientos críticos	3,50	3,29	-	-
3. Aportar sugerencias y nuevas ideas sobre mejoras en los procedimientos	3,30	2,92	-	-
4. Utilizar los recursos existentes para el aprendizaje	3,34	2,91	-	-
5. Evaluar la actividad realizada	3,41	2,95	,020	1>2

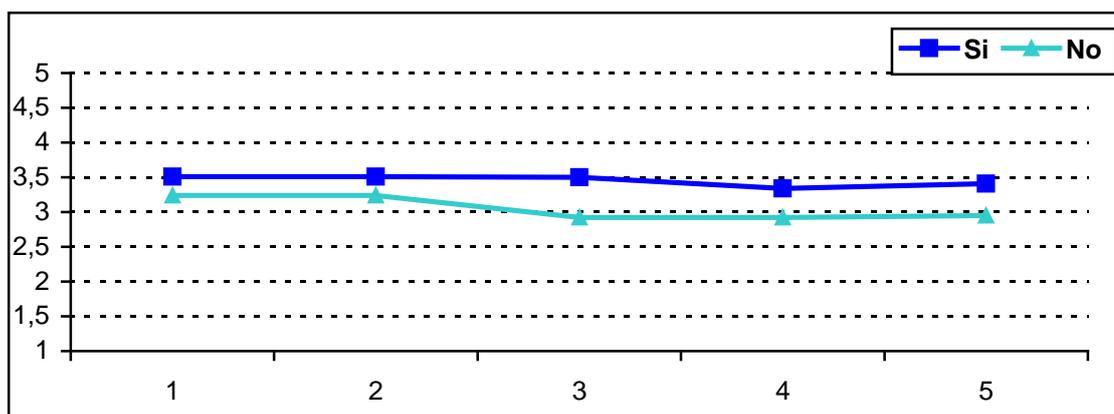


Gráfico 71.- Registrar competencia en relación al compromiso profesional, institucional y personal

Es destacable la diferencia en el registro en la *evaluación de la actividad realizada* si existe o no conocimiento del rol autónomo.

9.7 Análisis de las competencias del rol autónomo en función del tipo de hospital.

En esta competencia, las diferencias significativas hacen referencia al hecho de conocer las competencias, provoca que el personal aporte nuevas sugerencias para mejorar los procedimientos, utiliza los recursos existentes y, evalúa la actividad realizada, así como el registro de ésta.

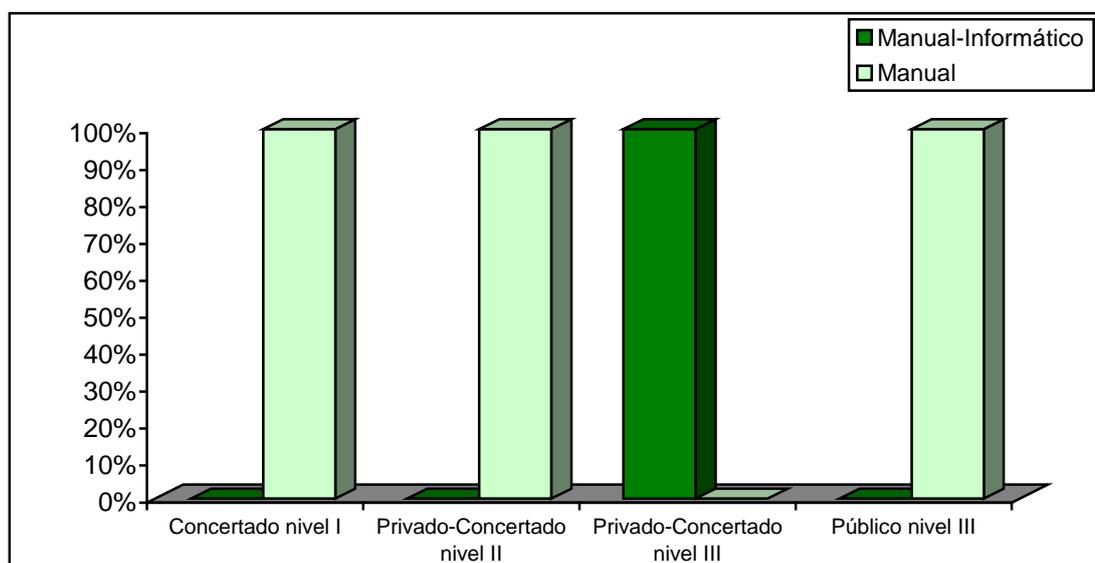


Gráfico 72- Tipo de Hospital-Registro

Observamos que en la mayoría de los centros hospitalarios a estudio, el tipo de registro es manual, y solamente en uno de ellos el tipo de registro utilizado es mixto.

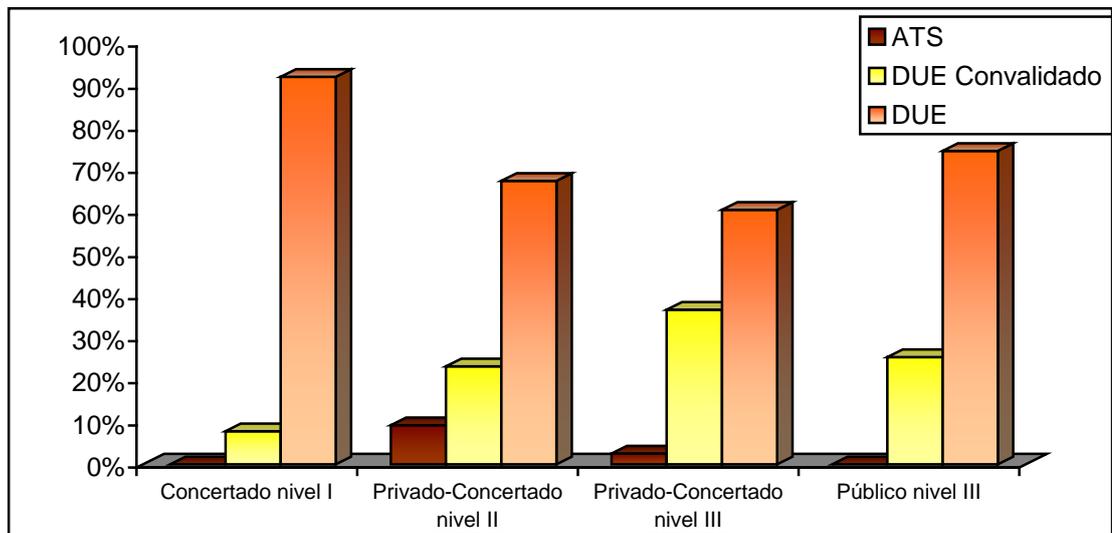


Gráfico 73- Tipo de Hospital- Titulación

En la actualidad el mayor porcentaje de los profesionales de enfermería tienen la titulación de diplomado de enfermería.

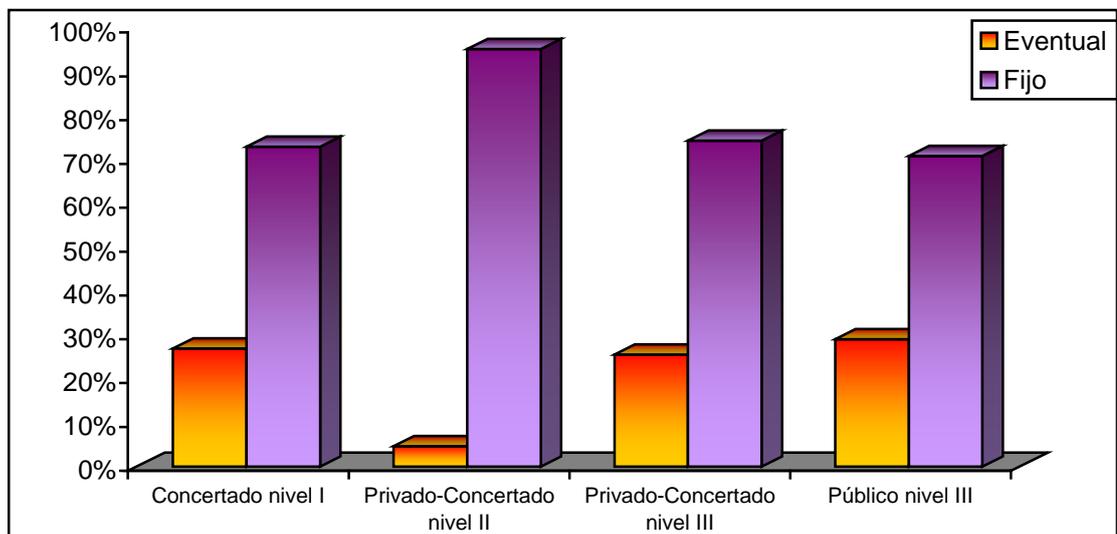


Gráfico 74- Situación Laboral.

En todos los hospitales de la muestra predomina el personal con contrato fijo.

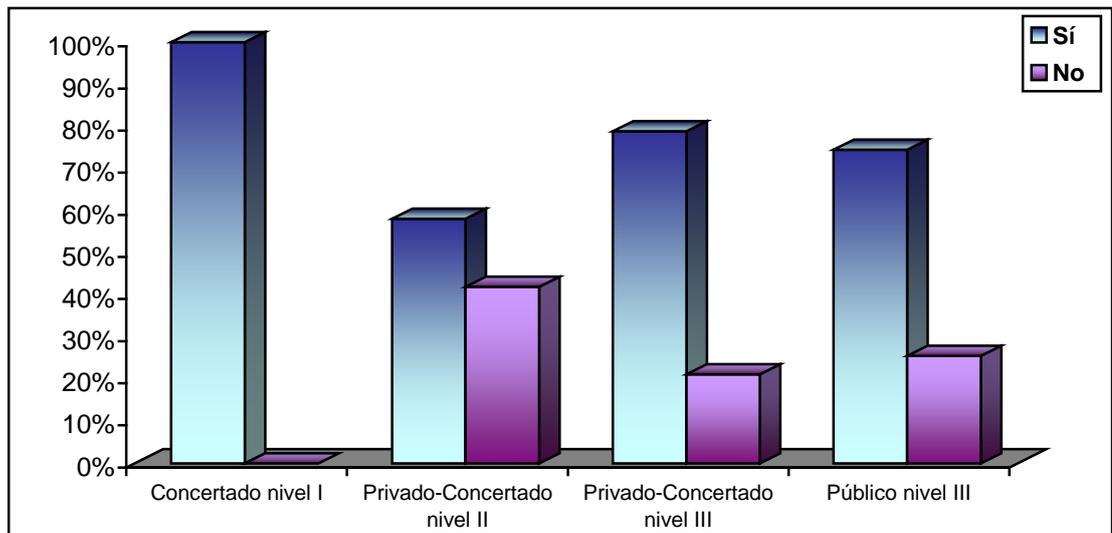


Gráfico 75- Acceso Carrera Profesional.

Existe una diferencia significativa entre el hospital comarcal y el resto de los hospitales introducidos en el estudio. En este primero, todos los profesionales encuestados han respondido tener acceso a la carrera profesional, sin distinción de turno de trabajo o tipo de contrato. En los otros hospitales algunos de los encuestados han manifestado no poder acceder a la carrera profesional.

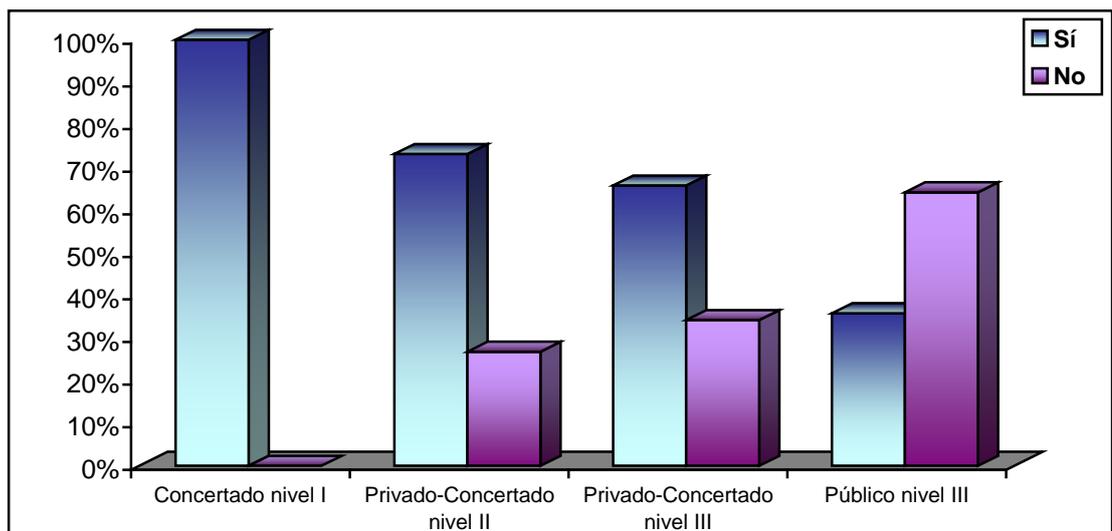


Gráfico 76- Carrera Profesional incentiva rol autónomo.

También el hospital comarcal destaca de los otros hospitales en que absolutamente todos los encuestados han respondido que la carrera profesional incentiva el rol autónomo de la enfermería, diferenciándose del resto de hospitales en los que en mayor o menor grado responden que no.

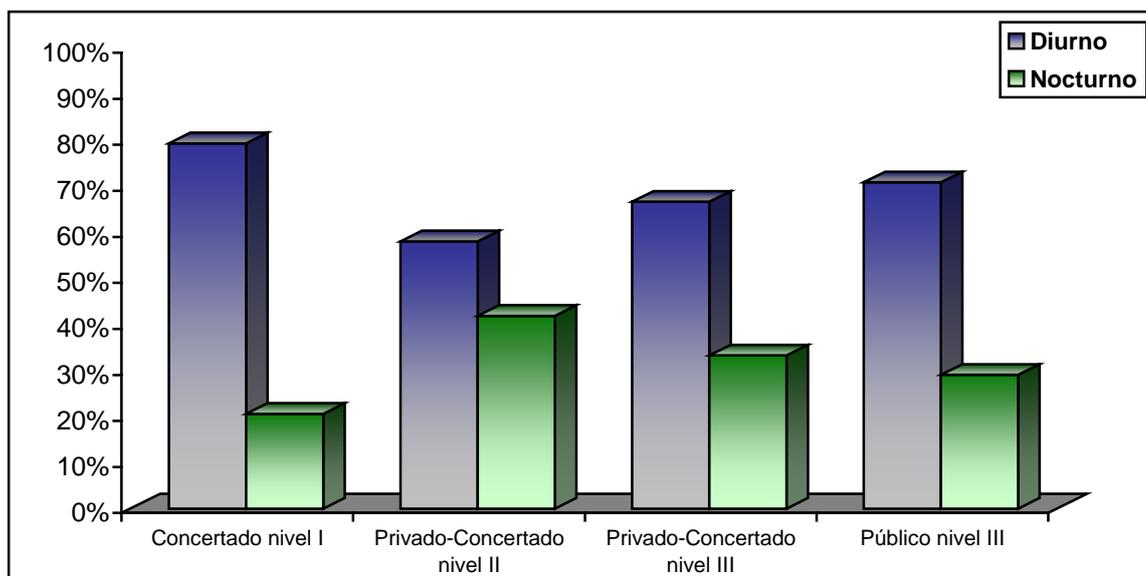


Gráfico 77- Turno de Trabajo

Existen diferencias significativas entre los turnos de los encuestados. El turno es mayoritariamente diurno en todos los hospitales a estudio.

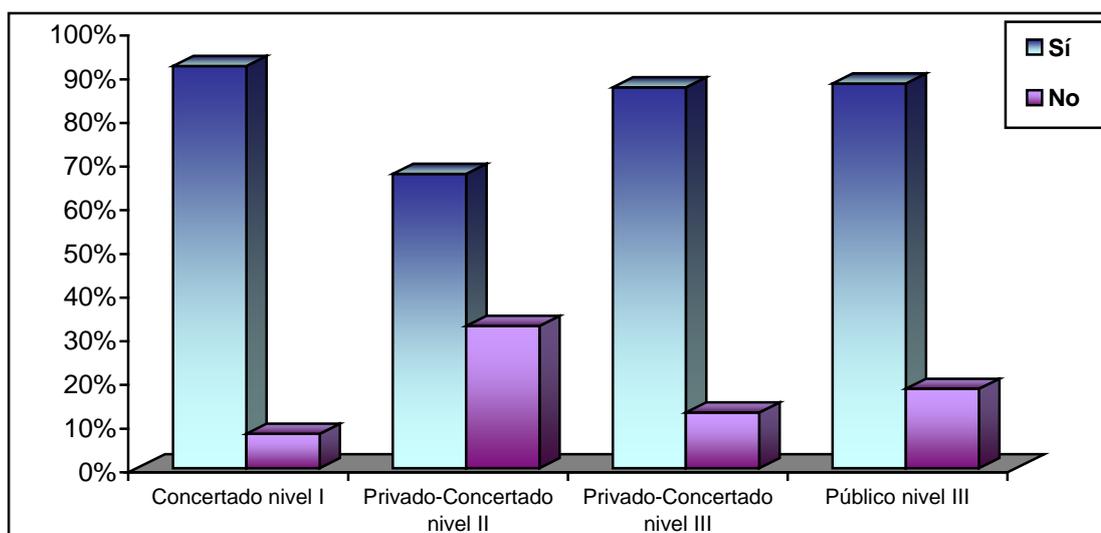


Gráfico 78- Formación en proceso de cuidados

Todos los hospitales han recibido formación en proceso de cuidados, en mayor o menor proporción, aunque en el hospital privado-concertado nivel II destaca la menor desigualdad entre el personal que ha recibido dicha formación o no.

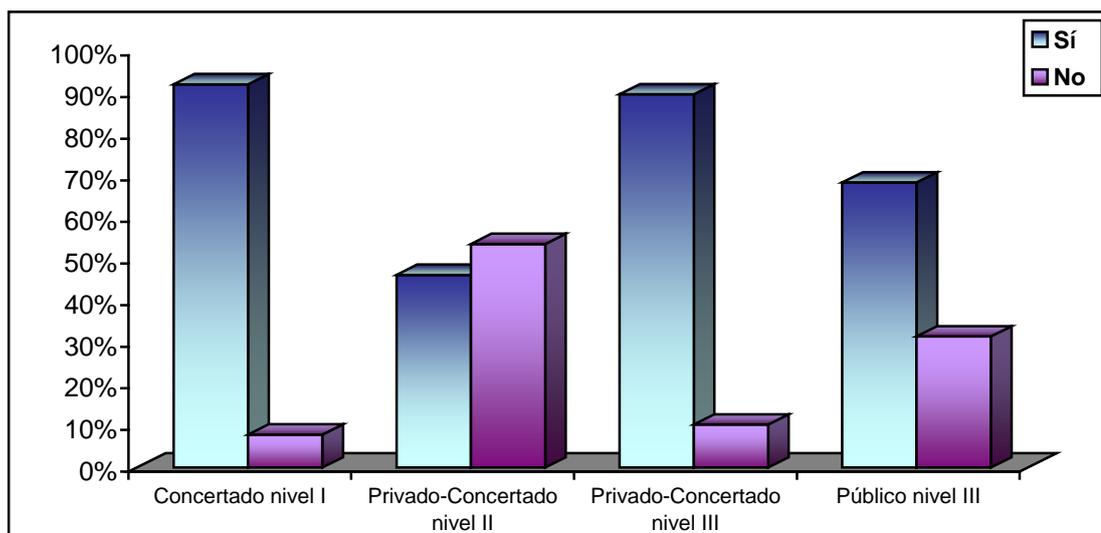


Gráfico 79- Formación en registro de enfermería.

Destaca el hospital privado-concertado nivel II, debido a que existe una proporción mayor de profesionales que no han recibido Formación en registros de enfermería, a diferencia con los otros Centros hospitalarios.

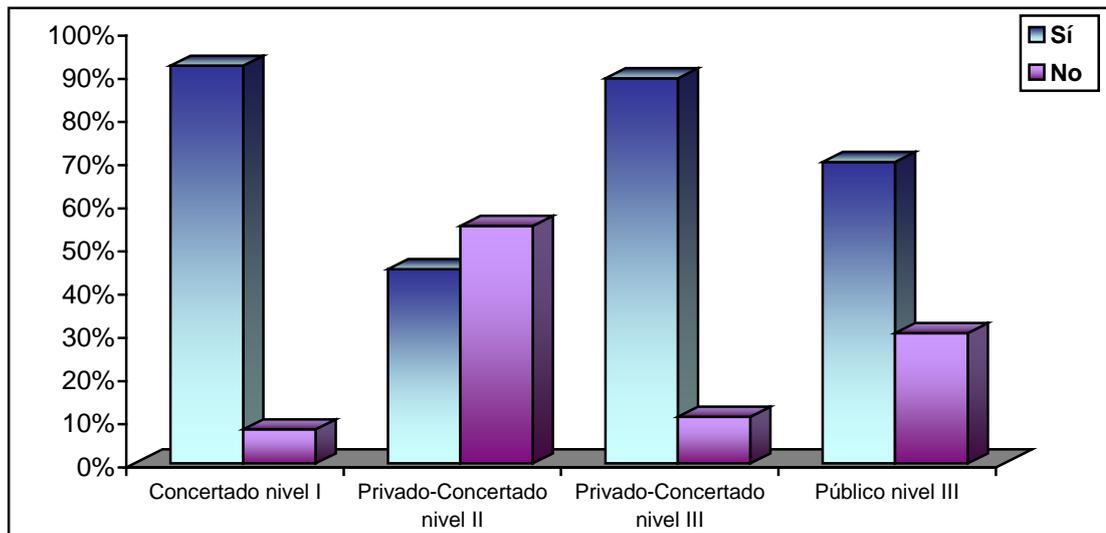


Gráfico 80- Formación en Diagnósticos de Enfermería

En el hospital privado-concertado nivel II destaca nuevamente el hecho de que predomina el personal que no ha recibido Formación en Diagnósticos de Enfermería. En el resto de hospitales, la mayor parte de profesionales ha recibido dicha formación.

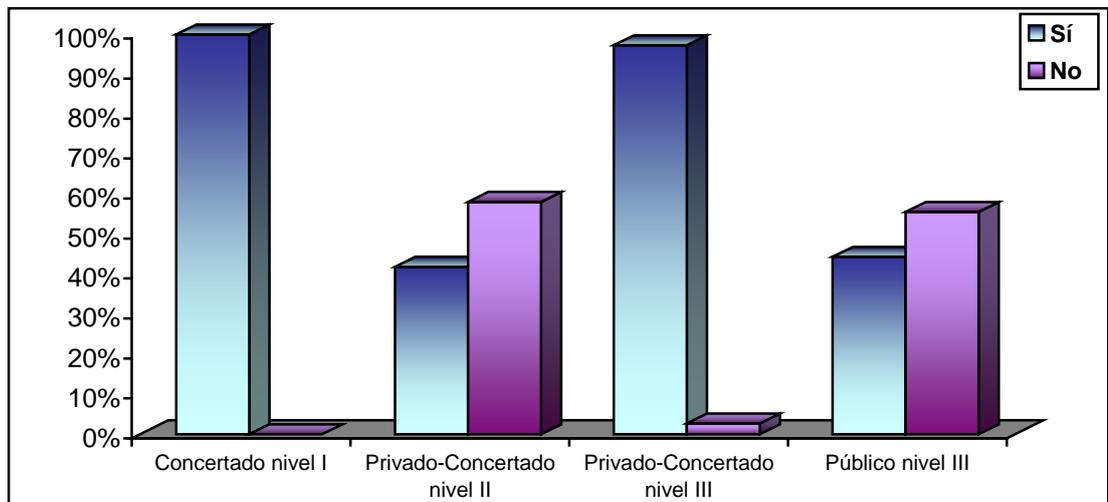


Gráfico 81- Existencia de registros para formular Diagnósticos o Problemas

Los hospitales concertado-nivel I y privado-concertado nivel III disponen, en un 100% de registros que les permiten reflejar el proceso de cuidados de enfermería. A diferencia de los hospitales privado-concertado nivel II y público nivel III, donde no disponen de registros para ello.

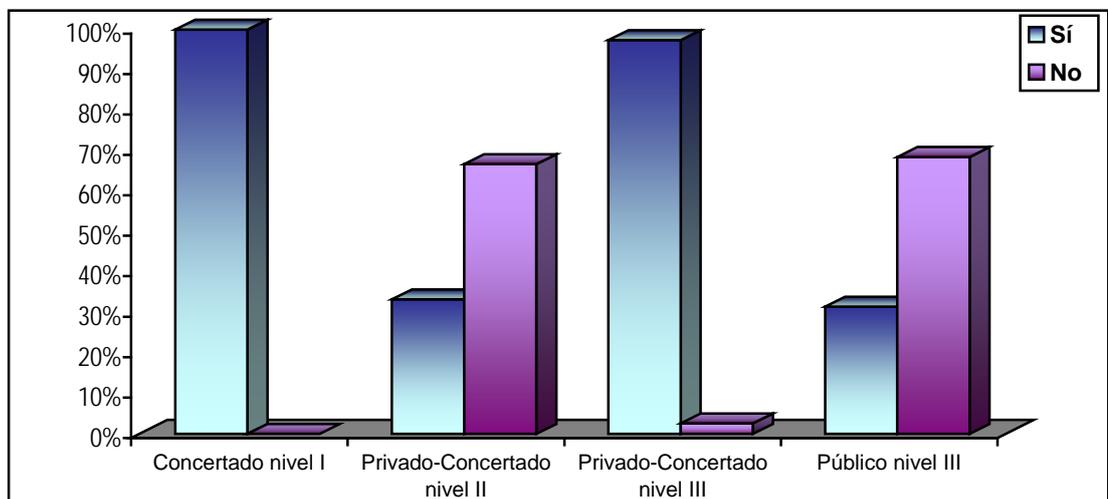


Gráfico 82- Existencia de registros para formular Objetivos de Enfermería

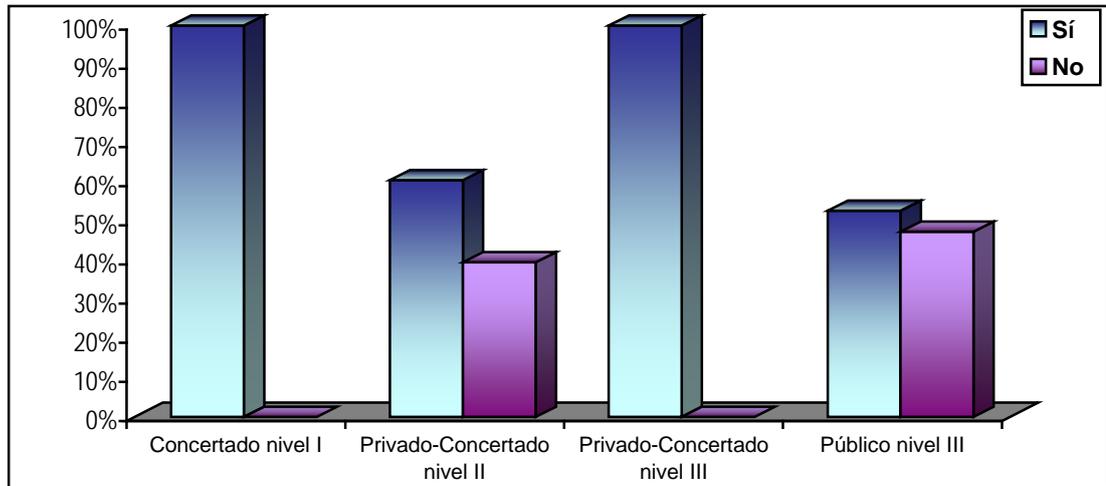


Gráfico 83- Existencia de registros de Actividades de Enfermería

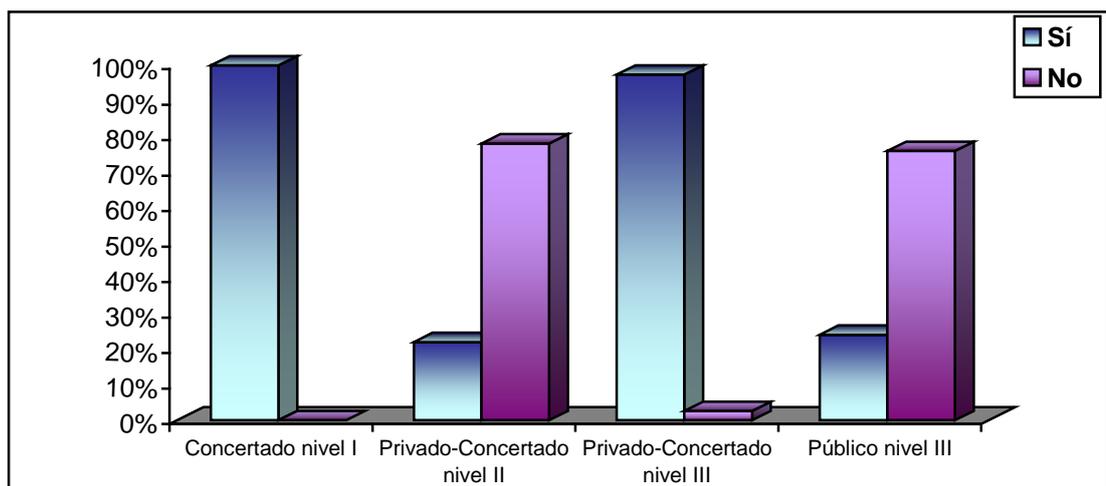


Gráfico 84- Existencia de registros de Evaluación de Objetivos

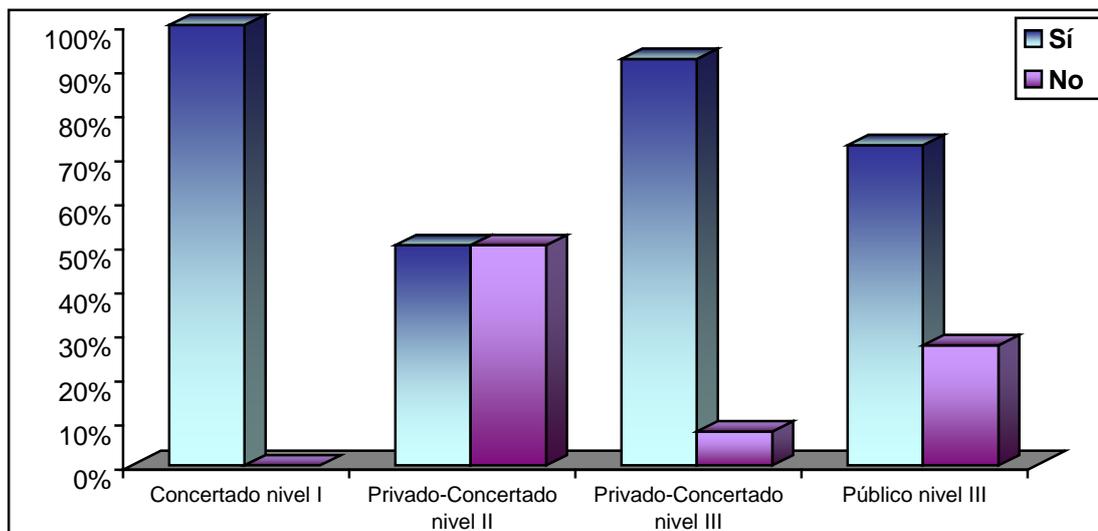


Gráfico 85- Conocimiento de las competencias

En el hospital privado-concertado nivel II los profesionales manifiestan de forma igualitaria conocer y no conocer sus competencias, a diferencia del resto de hospitales, en los que la distribución del conocimiento de las competencias es mayoritaria en el caso afirmativo.

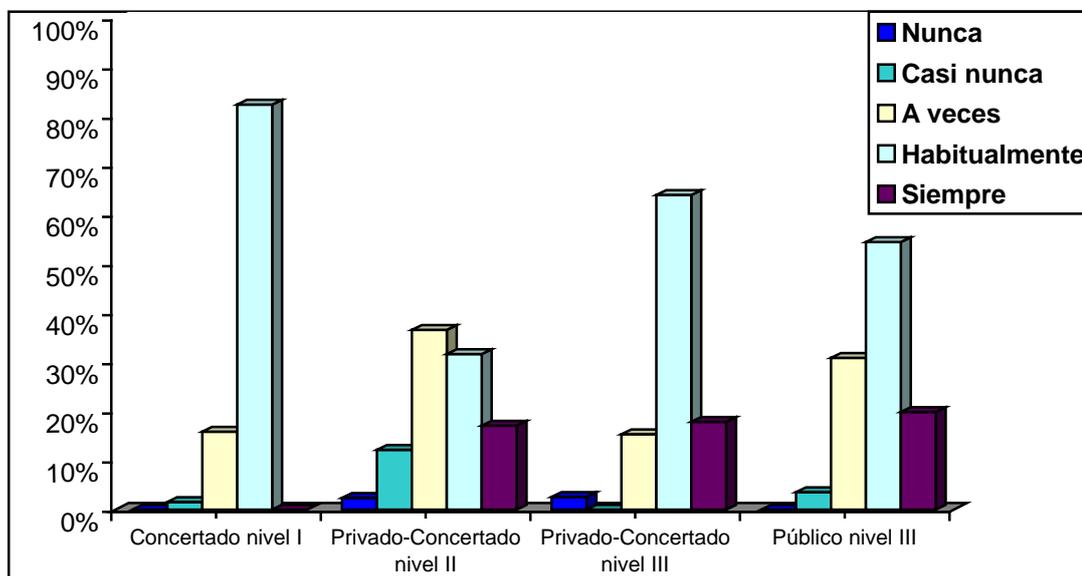


Gráfico 86- Realizar actividades propias del Rol Autónomo

La realización de actividades del Rol Autónomo se refleja de manera muy heterogénea entre los cuatro hospitales a estudio y dentro del mismo centro.

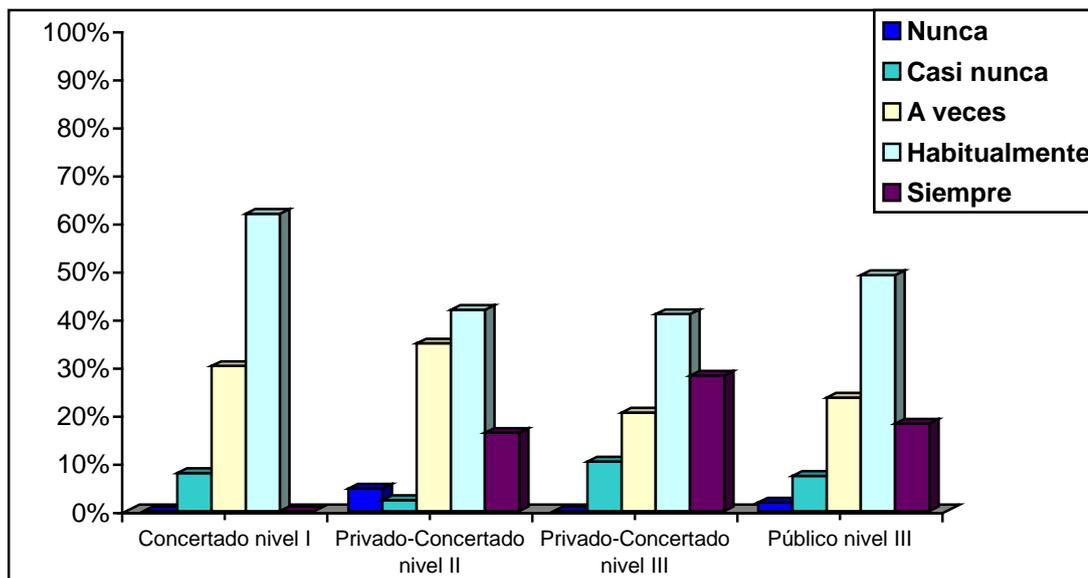


Gráfico 87- Posibilidad del registro para Reflejar el Rol Autónomo

La posibilidad de reflejar el Rol Autónomo se refleja de manera muy diferente entre los diversos hospitales y en cada uno de los centros.

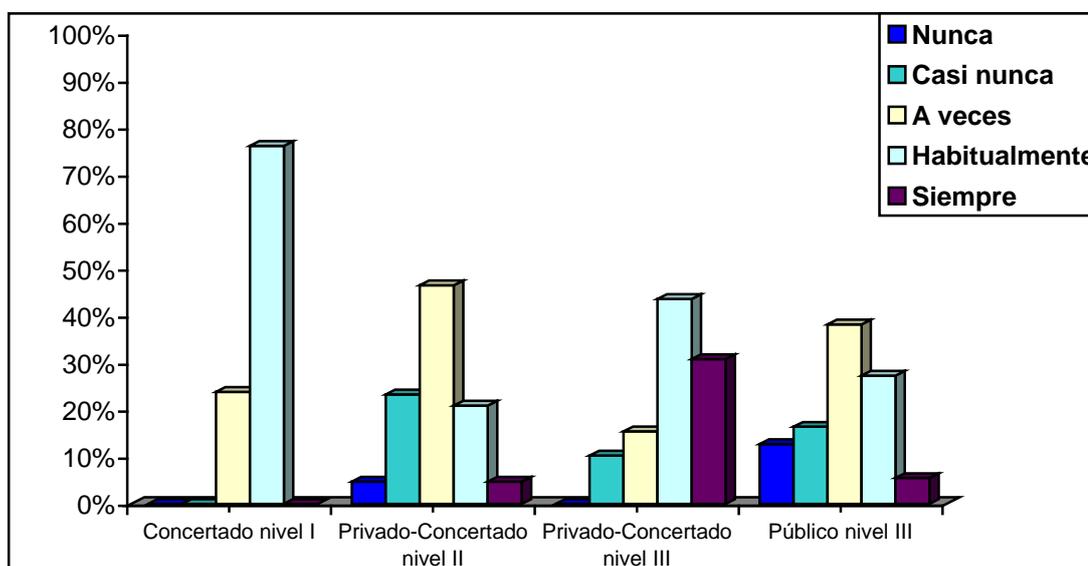


Gráfico 88 -Planificación trabajo diario forma autónoma

Existen muchas diferencias entre los profesionales de enfermería al planificar el trabajo diario de forma autónoma, dentro del mismo centro hospitalario y comparativamente con los otros.

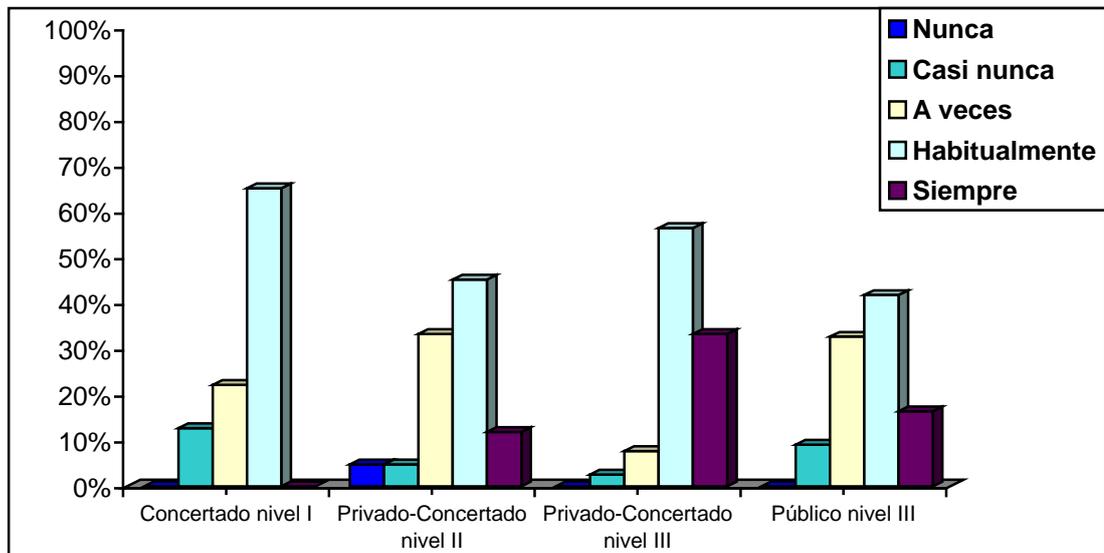


Gráfico 89 - Registro del rol autónomo

En los cuatro centros del estudio, predominan los profesionales que habitualmente realizan el registro de su Rol Autónomo.

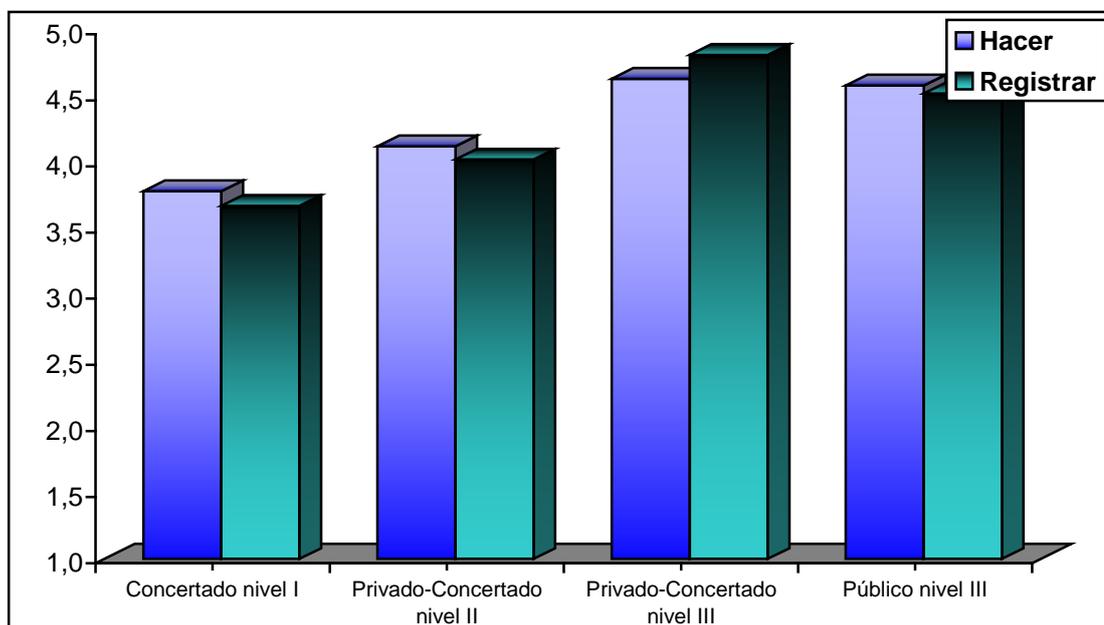


Gráfico 90.- Entrevista al ingreso

El grupo muestra destaca que indistintamente del hospital de referencia de estudio, **la entrevista al ingreso** del paciente es realizada de forma mayoritaria

siendo en el hospital privado concertado de nivel III en el que se lleva a cabo al 100%.

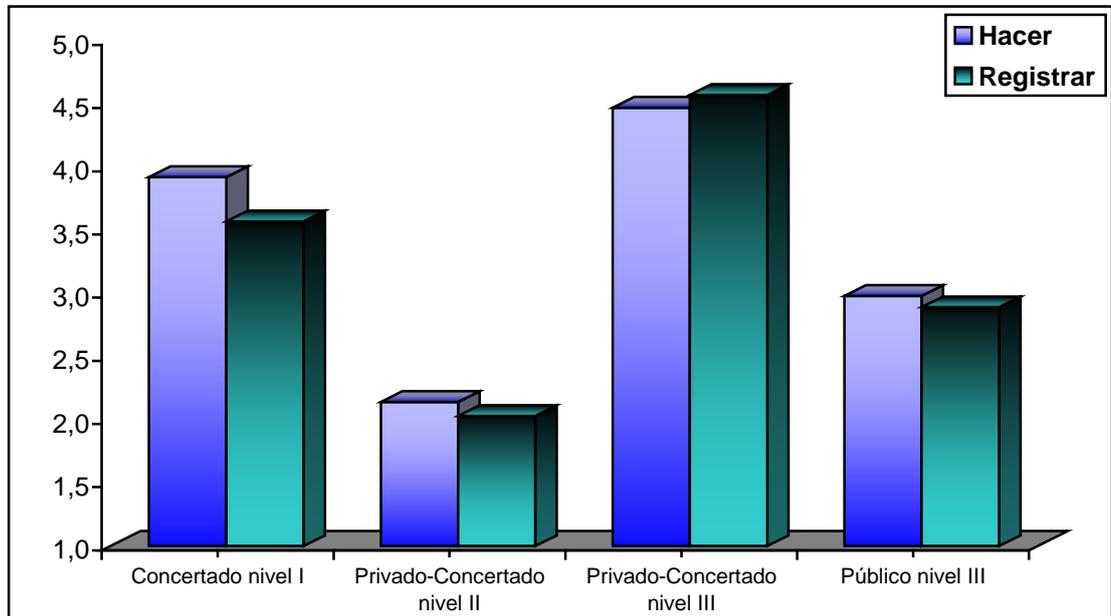


Gráfico 91.- Identificar Diagnóstico de Enfermería.

La **identificación del diagnóstico de enfermería** se distribuye de manera desigual, siendo el hospital privado concertado de nivel III referencia de nivel III, la que identifica y registra prácticamente en un 100% que lo realiza, frente a un hospital de nivel II que no llega a la media ni por lo que hace a la identificación y su registro.

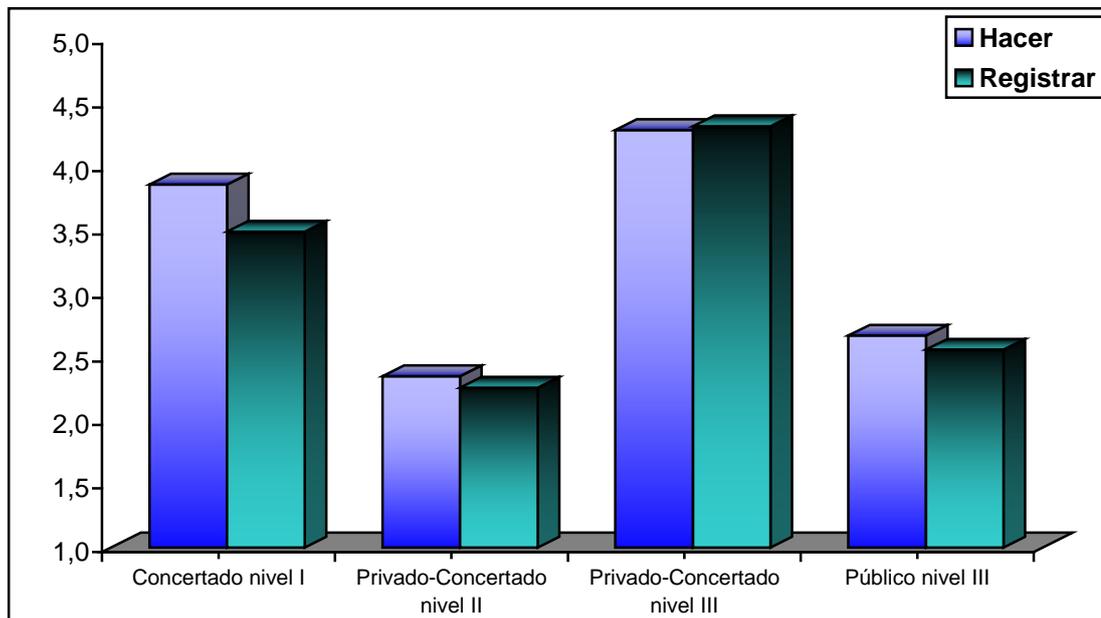


Gráfico 92.- Formular resultados.

El grupo muestra destaca que en relación a la **formulación de resultados** es superior en todos los hospitales de estudio su realización que su registro, siendo más significativo es el hospital privado-concertado de nivel III.

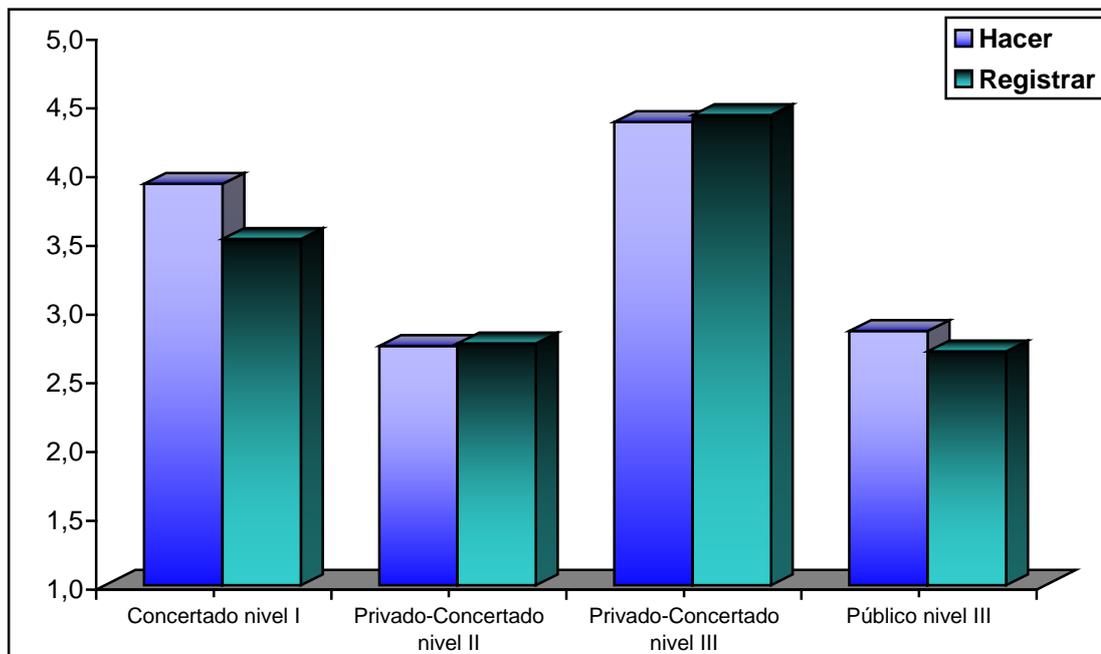


Gráfico 93.- Planificación de Actividades y su evaluación.

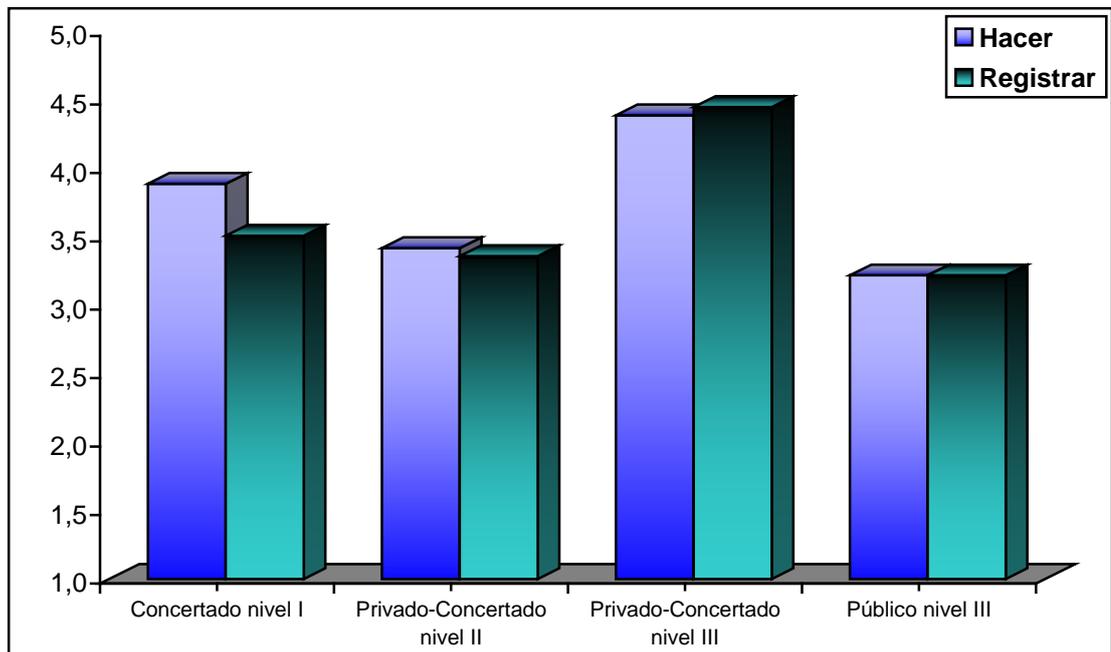


Gráfico 94.- Mantener Planificación de Actividades.

Respecto a **la planificación de actividades, y mantenimiento**, las diferentes muestras identifican de forma homogénea su realización y su registro, excepto en el hospital concertado de nivel II, donde su registro es inferior. Destacar que de toda la muestra el que mas realiza y registra la planificación de actividades es el hospital Privado concertado de nivel III.

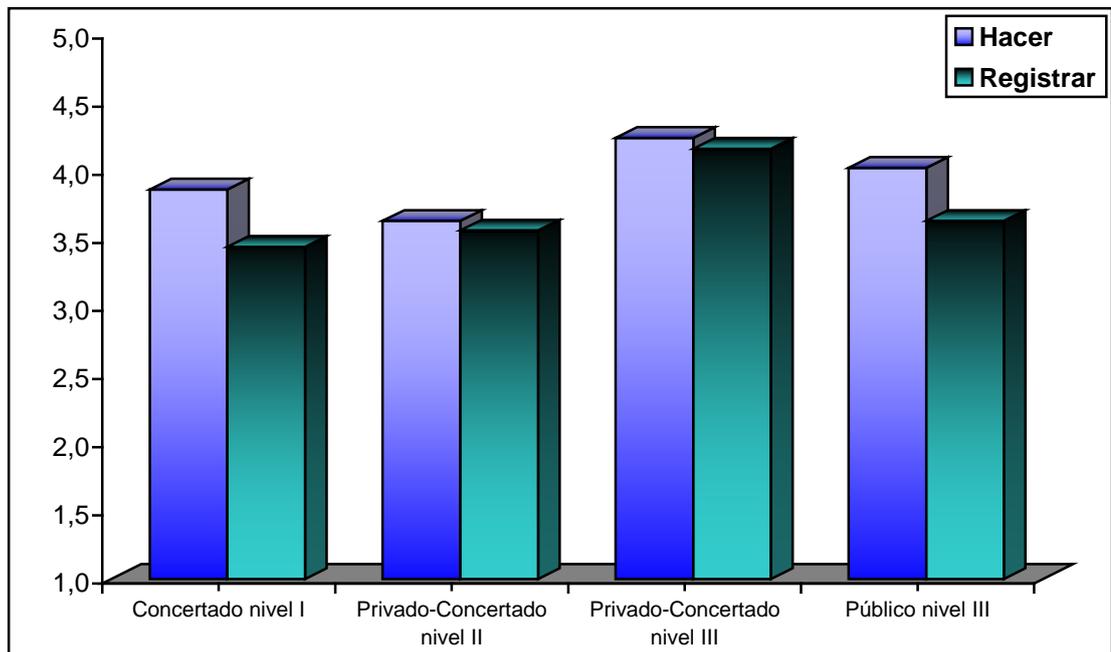


Gráfico 95.- **Identificación de personas con riesgo.**

En este caso, todos los grupos evidencian una media alta en cuanto a la realización y registro en la **identificación de personas con riesgo**, tal y como muestra la grafica. Tiene su lógica al ser una actividad y competencia intrínseca al rol profesional.

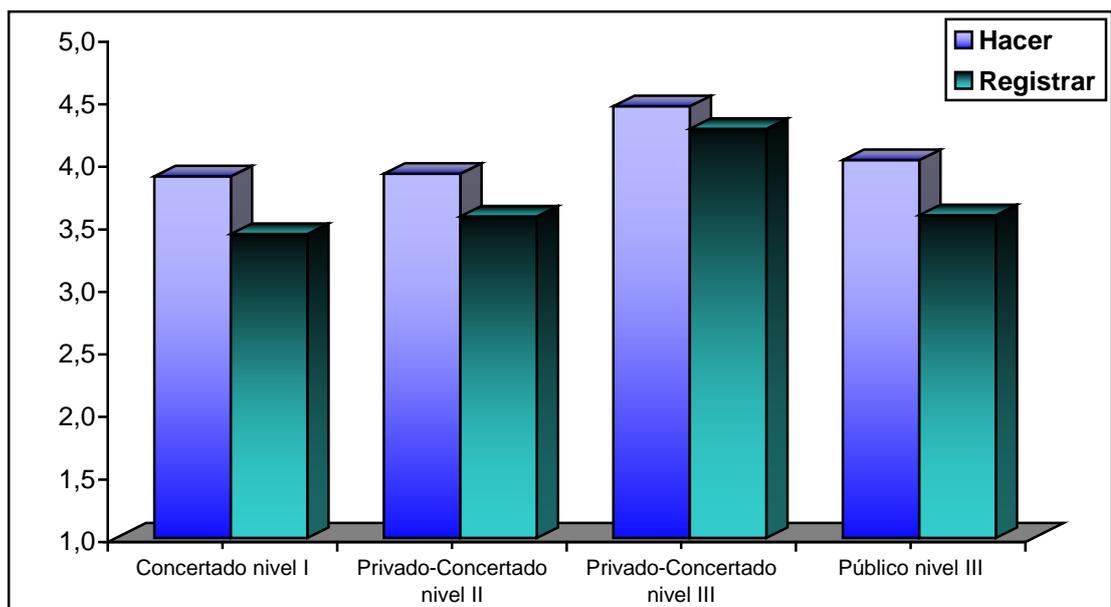


Gráfico 96.- **Priorizar necesidades.**

Cabe destacar que respecto a la **priorización de necesidades**, la muestra identifica su realización de forma elevada, respecto a su registro que es inferior.

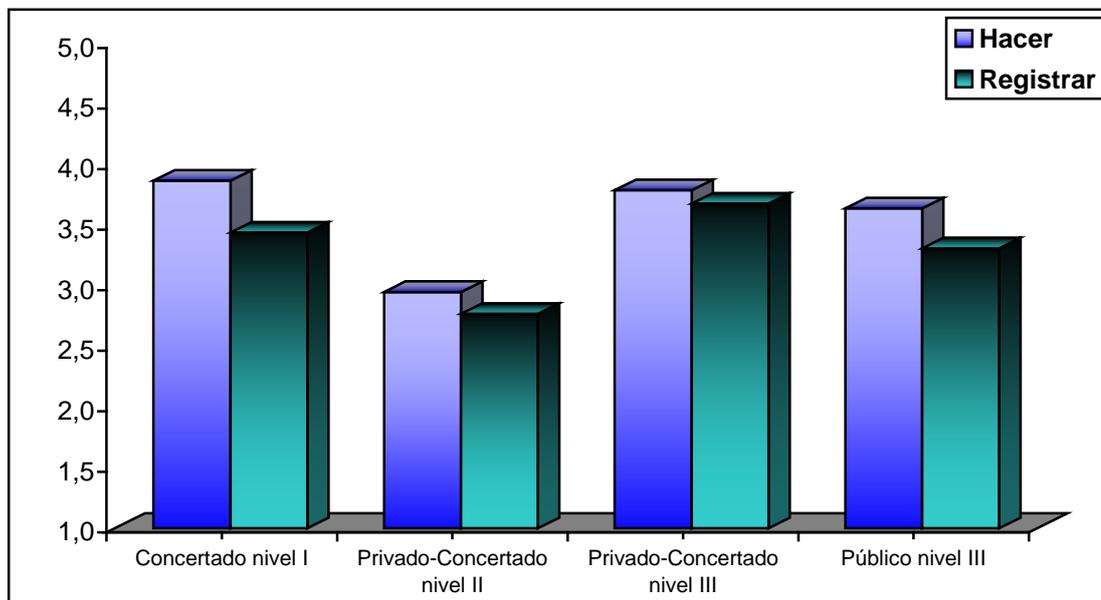


Gráfico 97.- Planificar acciones educativas.

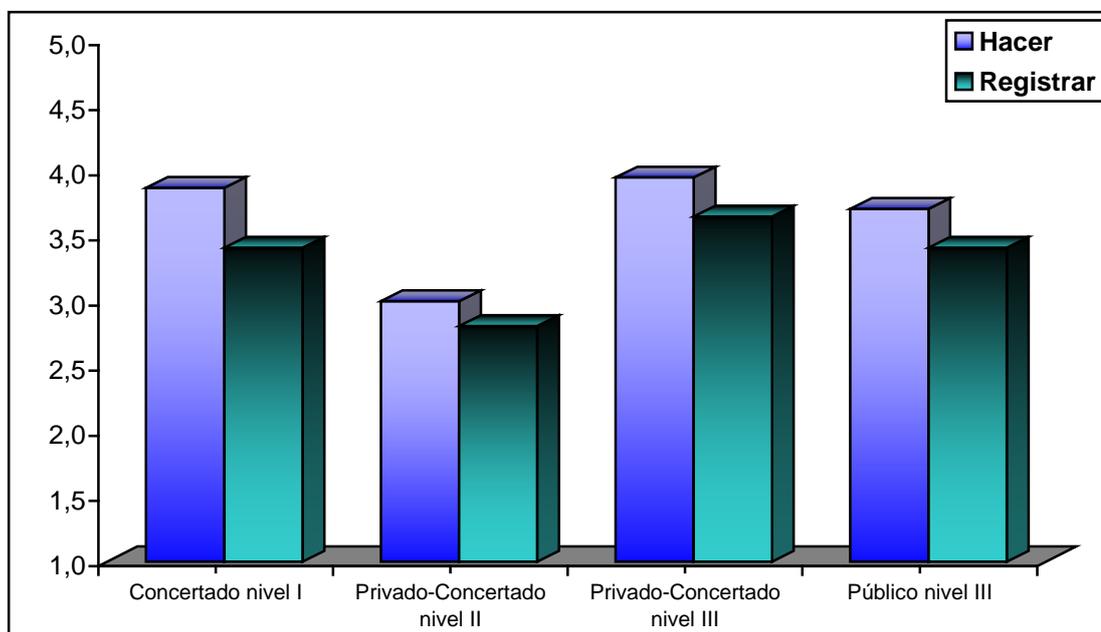


Gráfico 98.- Realización de acciones educativas.

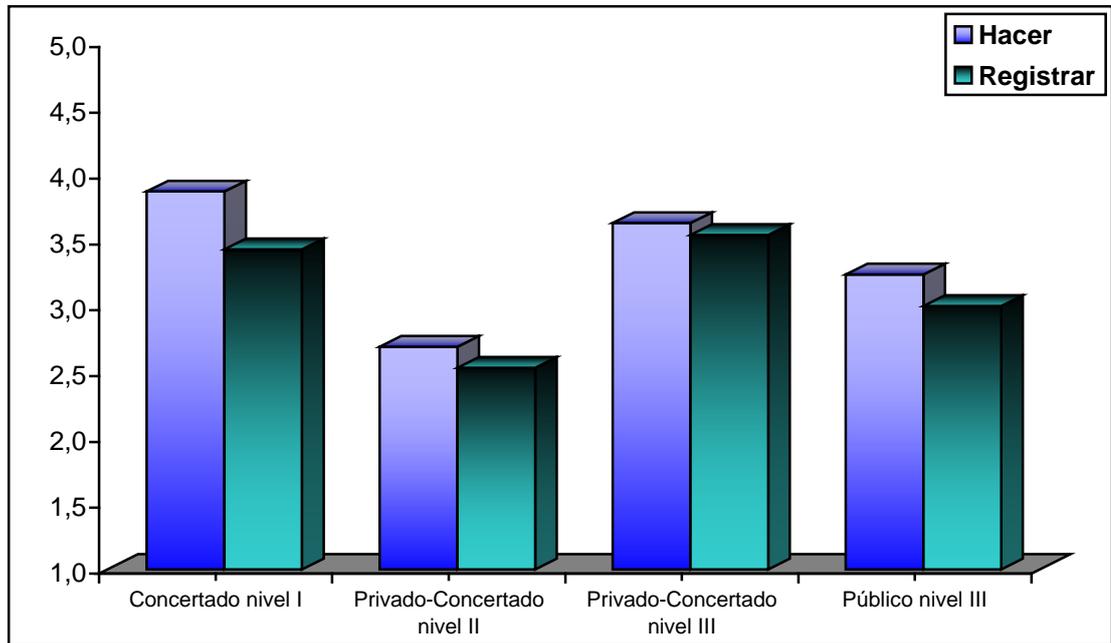


Gráfico 99.- Evaluación de acciones educativas.

Si bien la **planificación, realización y evaluación de acciones educativas** es alta, no deja de llamar la atención que siendo una competencia propia del rol autónomo, su registro sea inferior respecto a su realización. Y que esta no sea identificada por su importante relevancia del rol de enfermería, en una proporción mayor, según se observa en los siguientes gráficos:

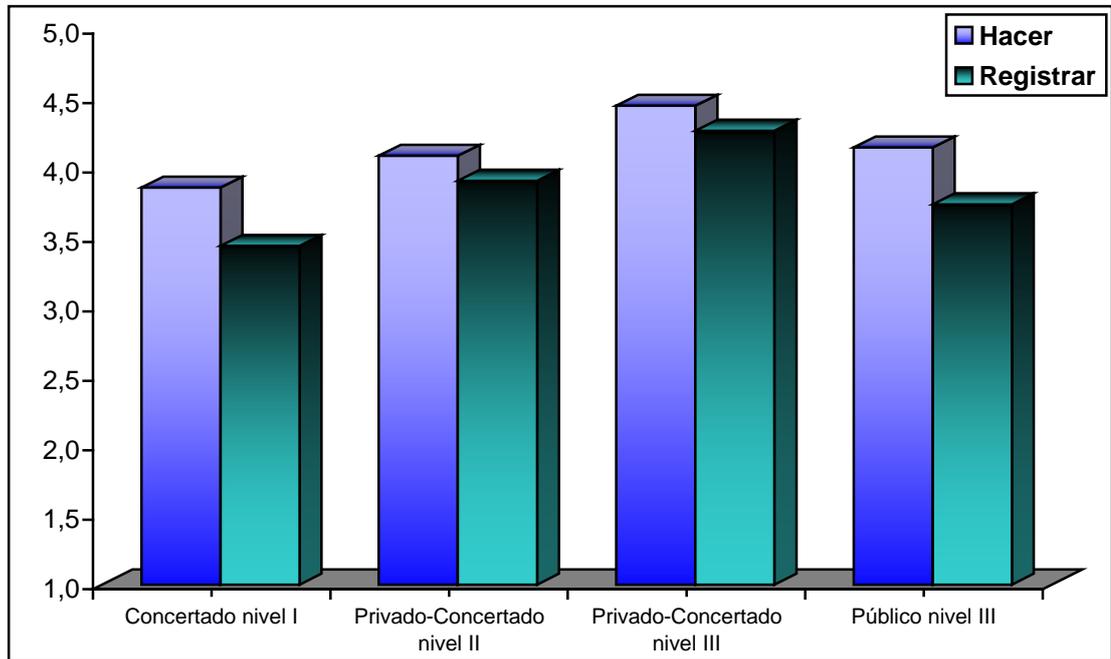


Gráfico. 100- **Detectar situación de riesgo.**

Tal y como aparece en la gráfica, la **detección de situaciones de riesgo** es significativa en cuanto a su realización por observarse una media elevada pero donde su registro no es similar. Resulta significativo dado la importancia y repercusión de la actividad, donde su registro da un valor cualitativo al rol profesional.

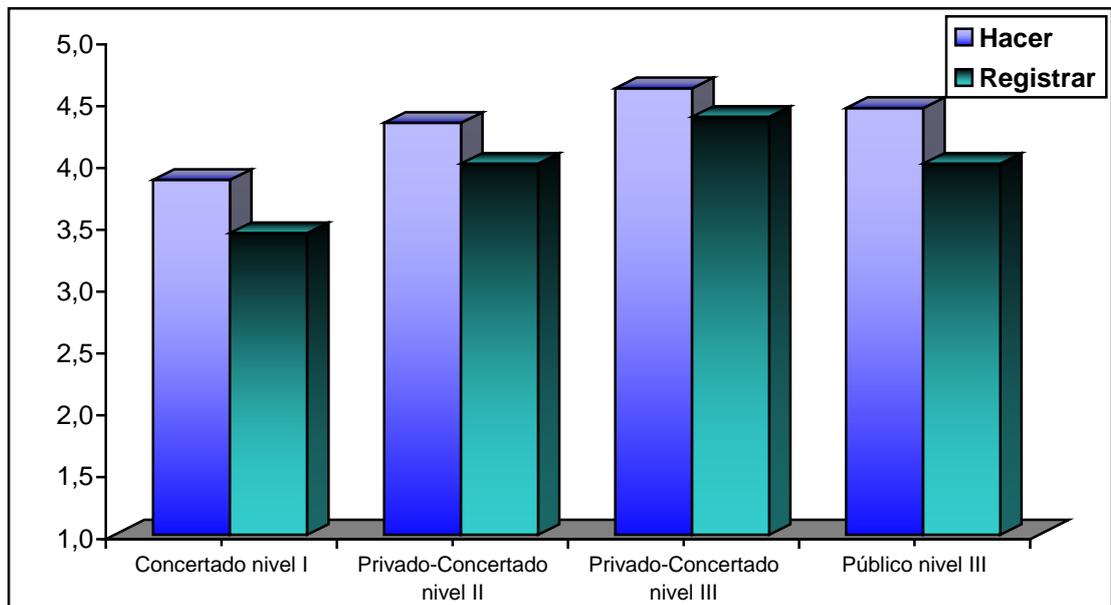


Gráfico. 101- **Prioridad de actuación ante situaciones de emergencia.**

Destaca en el grupo muestra que en **la priorización de actuación ante situaciones de emergencia**, su realización es superior frente a su registro.

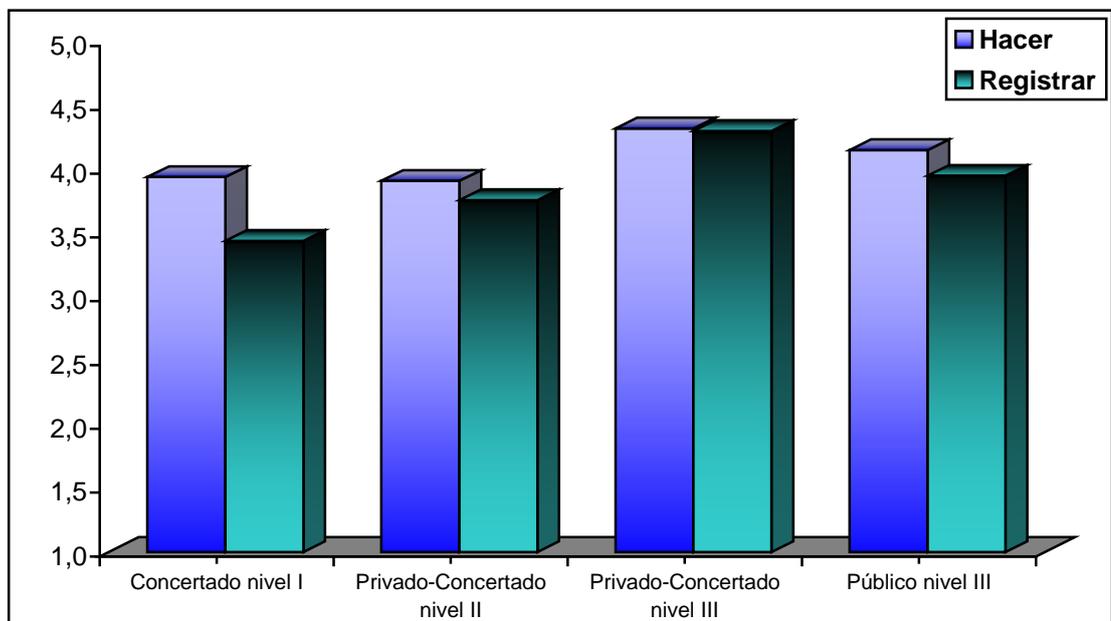


Gráfico. 102 - **Cumplimiento de protocolos y procedimientos.**

El **cumplimiento de protocolos y procedimientos** es alto a la vez que su registro, especialmente en el hospital privado-concertado nivel III, podemos pensar que la cultura de trabajo en cada centro puede ser un elemento de influencia en la práctica protocolizada.

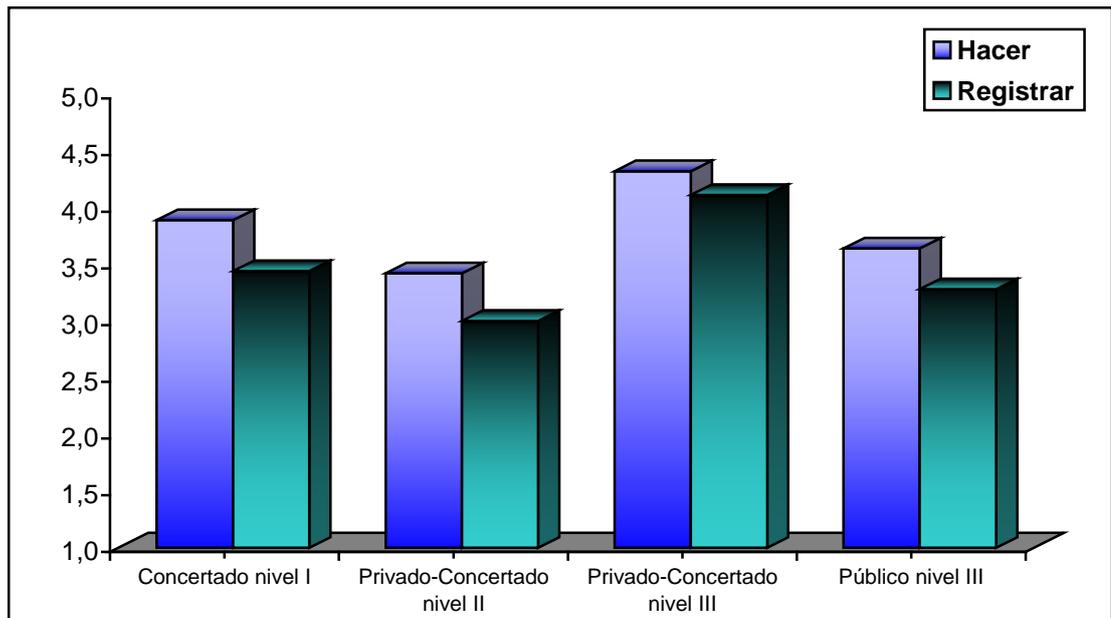


Gráfico 103.- Análisis crítico de los cuidados.

La practica **reflexiva de los cuidados** que aplicamos, supone una actividad importante en el rol profesional. Destacar que si bien su valoración esta por encima de la media, esta es irregular, y mas baja en lo que se refiere a su registro.

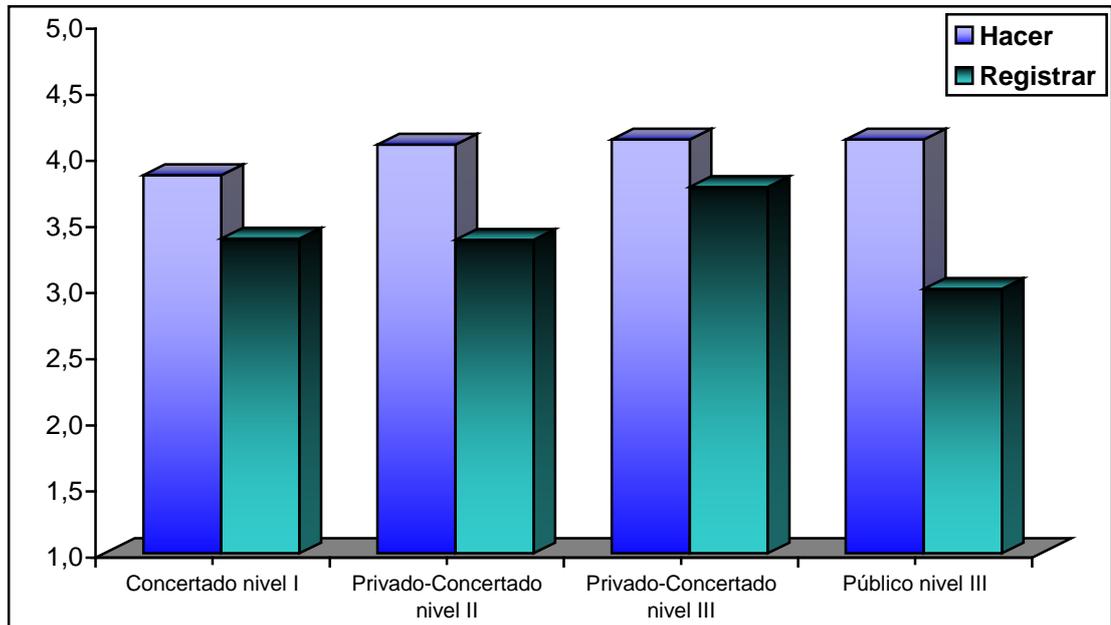


Gráfico 104.- Promover un entorno favorable para la comunicación.

Tal y como aparece en la gráfica anterior, **promover un entorno favorable para la comunicación**, es valorado de forma importante en su realización, respecto a su registro. Resulta lógico, dado que es un aspecto más intrínseco y necesario para llevar a cabo la práctica profesional y donde su registro suele quedar como observaciones en el caso de elementos que distorsionan esa comunicación, sino es así queda intrínseco en el registro de la buena realización de las actividades.

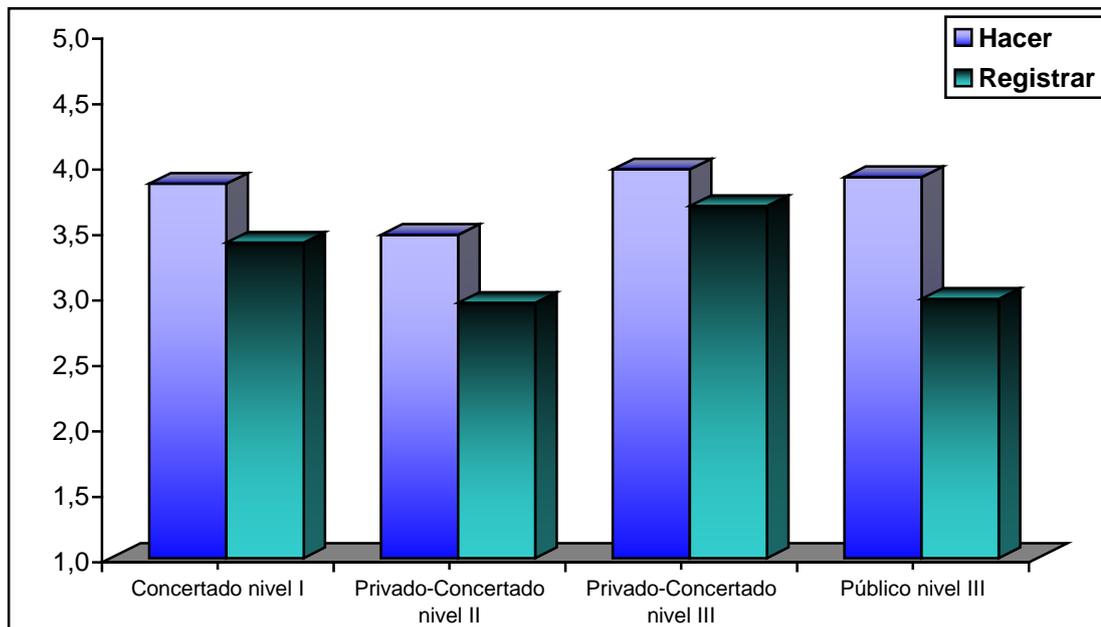


Gráfico 105.- Integrar a la persona en los planes de cuidados.

Integrar a la persona en los planes de cuidados, se distribuye de manera desigual, en cuanto a su realización y registro.

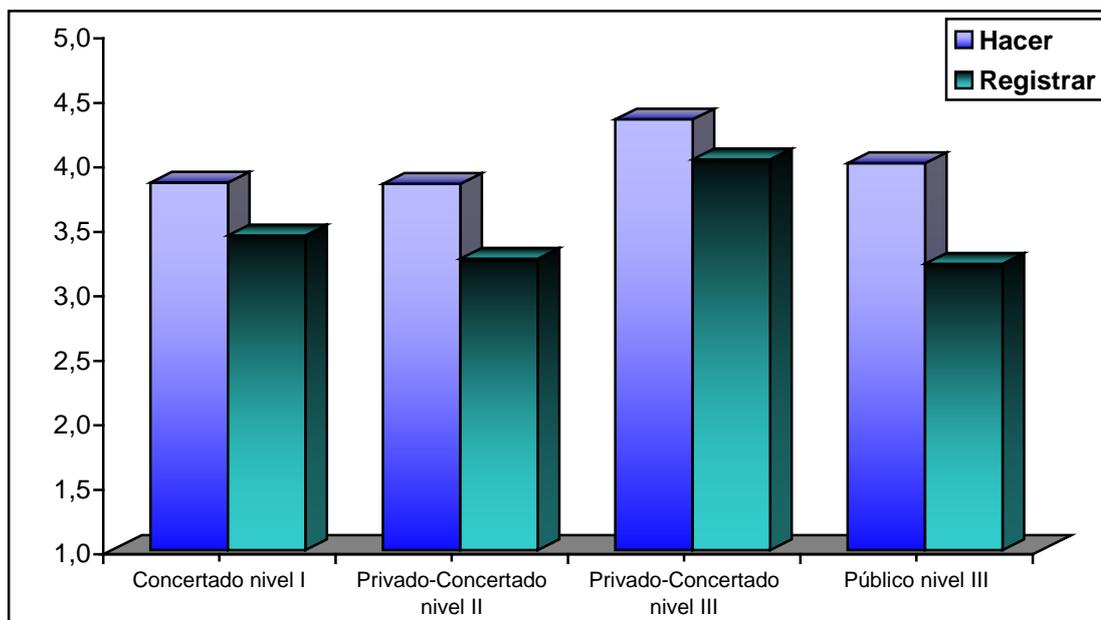


Gráfico 106.- Valorar las dificultades en la comunicación y comprensión.

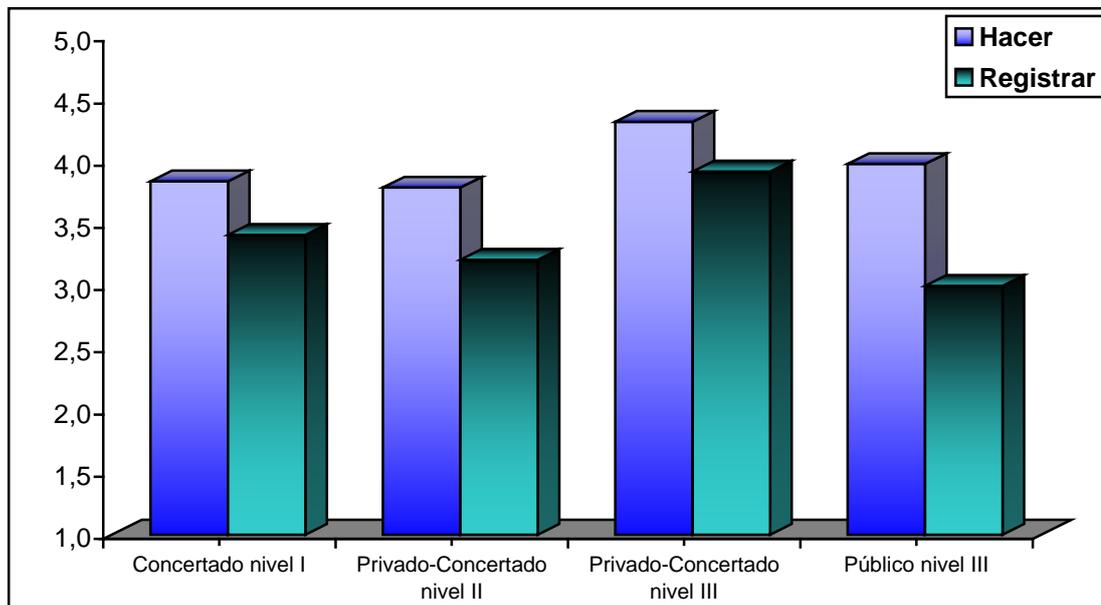


Gráfico 107.- Verificar la comprensión de la información.

Observamos globalmente, que en la **valoración de las dificultades en la comunicación y comprensión de la información**, así como la **verificación de la información**, se realiza con tendencia superior en relación a su registro., que es significativamente inferior en todos los hospitales de estudio.

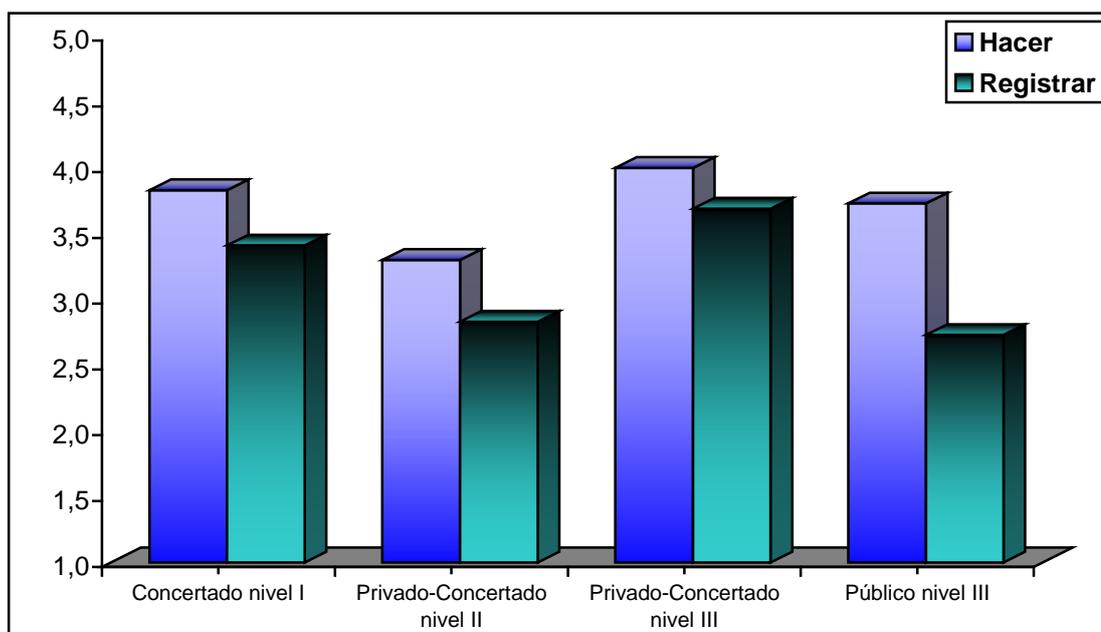


Gráfico 108.- Actuar de enlace entre persona y familia.

El interés por actuar de **enlace entre persona y familia**, es integrada por los grupos de muestra de forma significativa, considerando su actuación mayor a su registro.

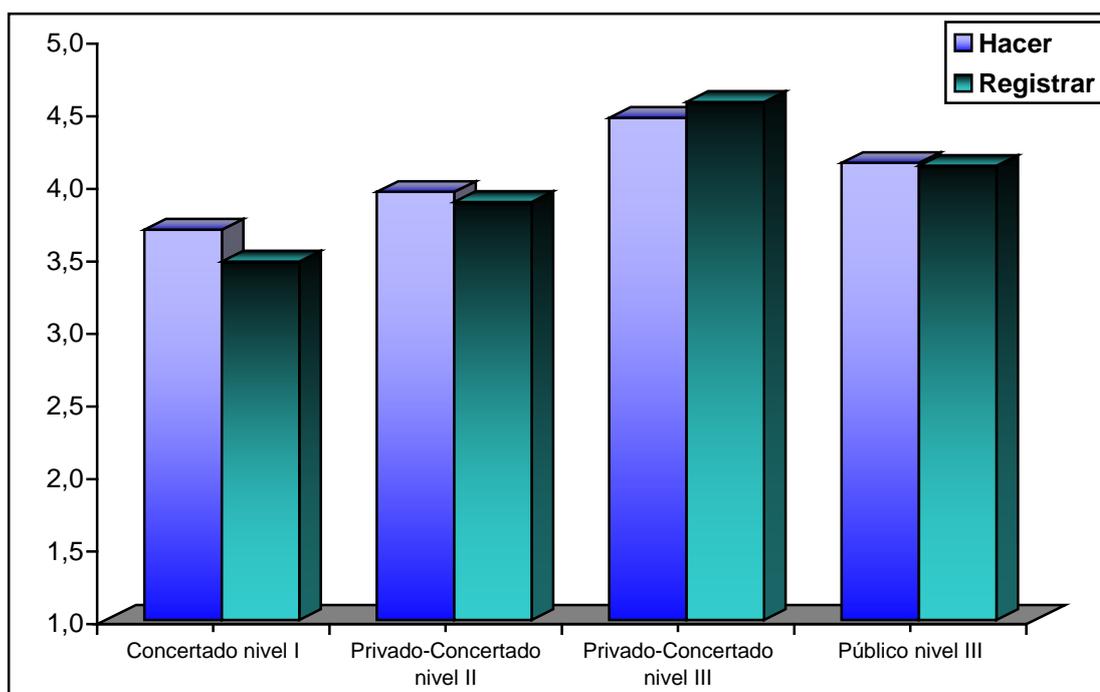


Gráfico 109.- **Actividades de enfermería.**

En todos los centros de estudio, la realización y registro de las **actividades de enfermería** es elevado. Destacar el hospital privado-concertado de nivel III, donde resulta mayor su registro que la propia realización.

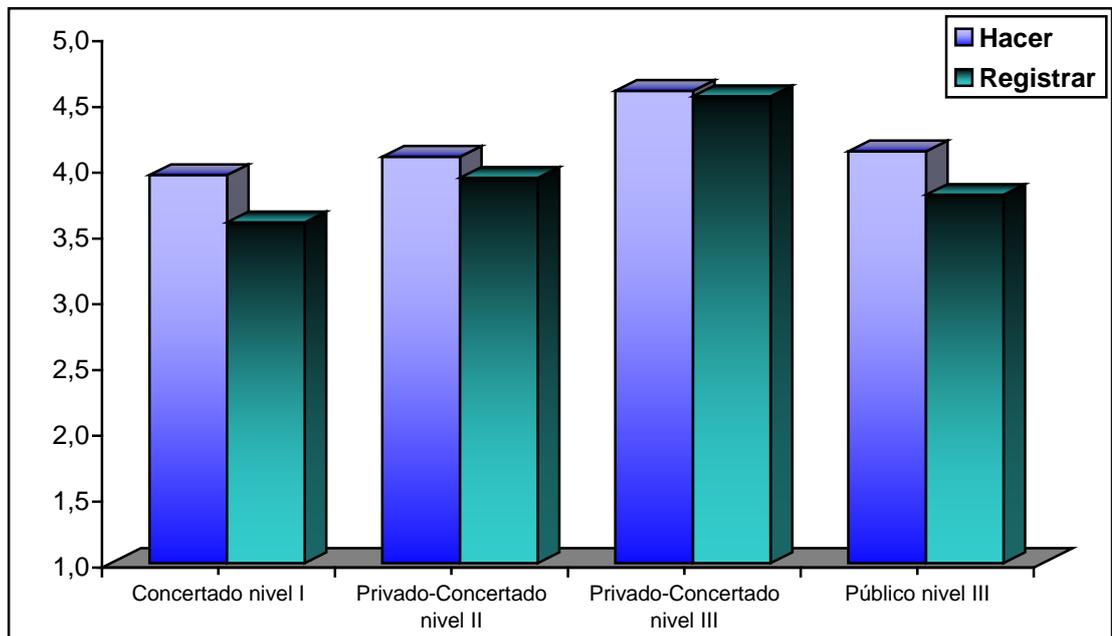


Gráfico 110.- **Asegurar la continuidad de los cuidados en cambio de turno.**

No se observan diferencias significativas entre hacer y registrar, donde el hospital, que tiene la misma cobertura de registro respecto a la realización, es el hospital Privado- Concertado de nivel III.

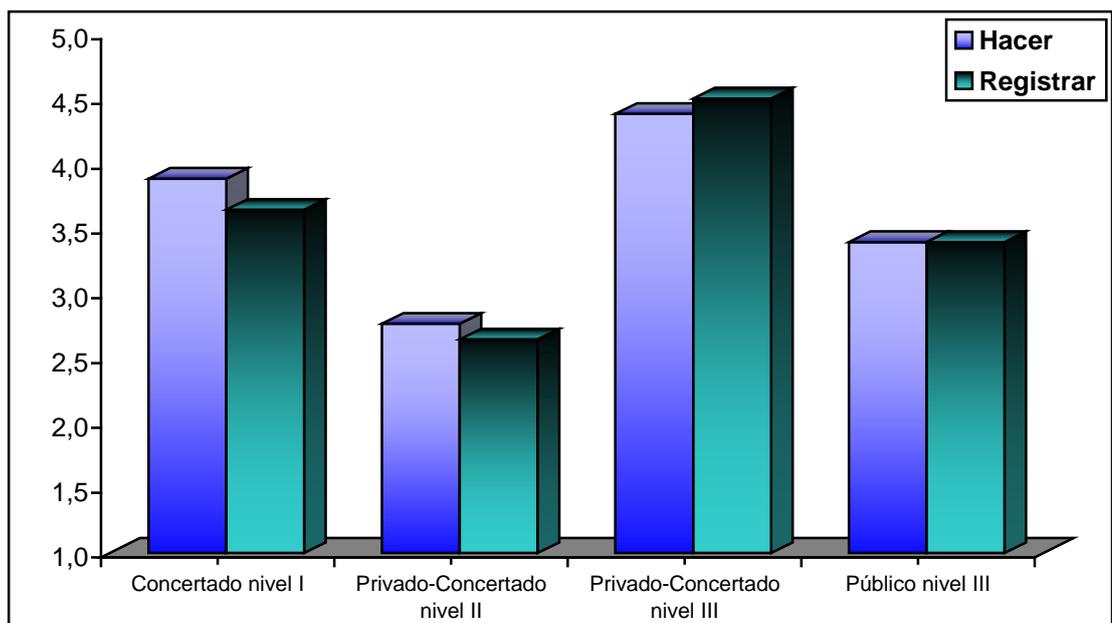


Gráfico 111.- **Elaborar informe de alta de enfermería**

Respecto a la elaboración del informe de alta, resaltar que de forma paradójica se registra más que se realiza, en el hospital Privado- Concertado nivel III. Mientras que el resto de hospitales es a la inversa, manteniéndose la media por encima de 3.

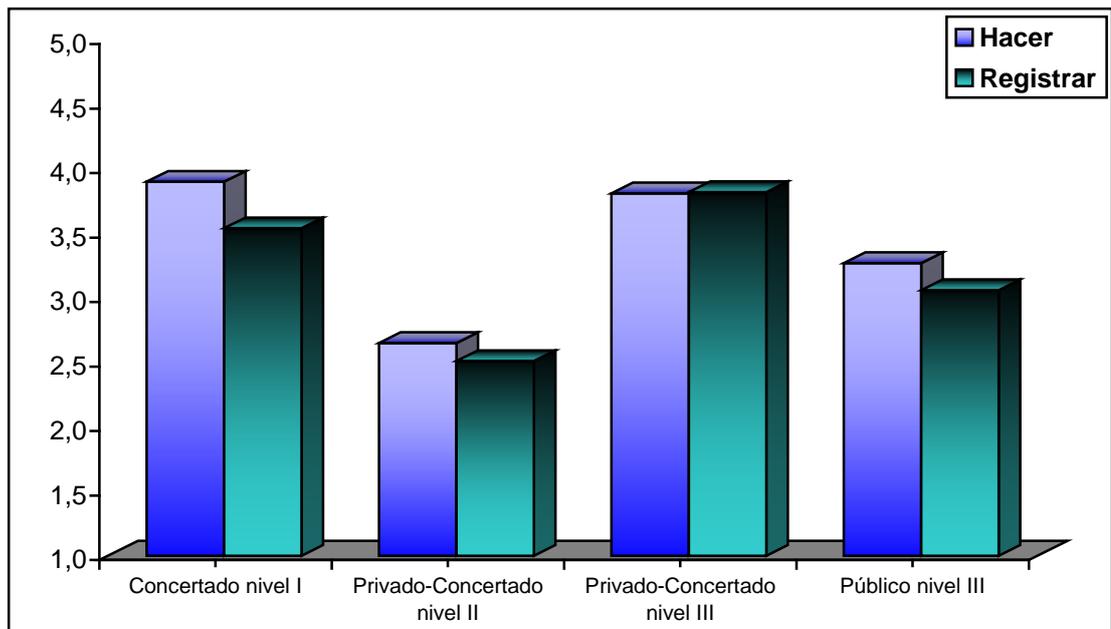


Gráfico 112.- **Coordinar cuidados con el resto de especialistas**

Destacar que el hospital privado concertado de nivel II, es el que esta por debajo de la media.

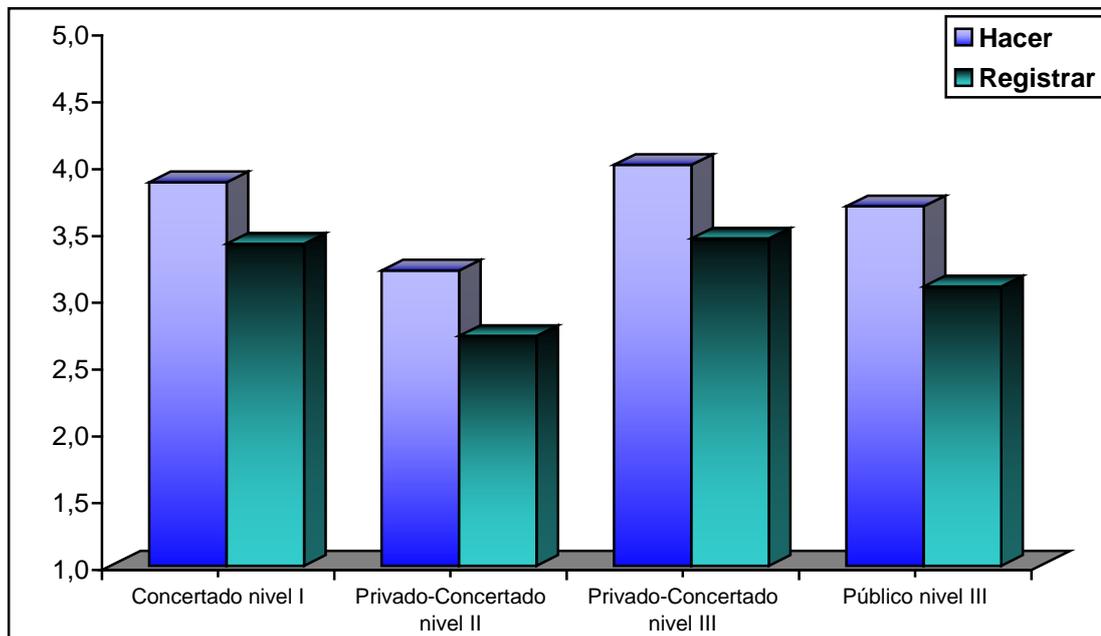


Gráfico 113.- Delegar actividades según competencias

En todos los hospitales se observa una valoración mayor en hacer que registrar, en la delegación de actividades.

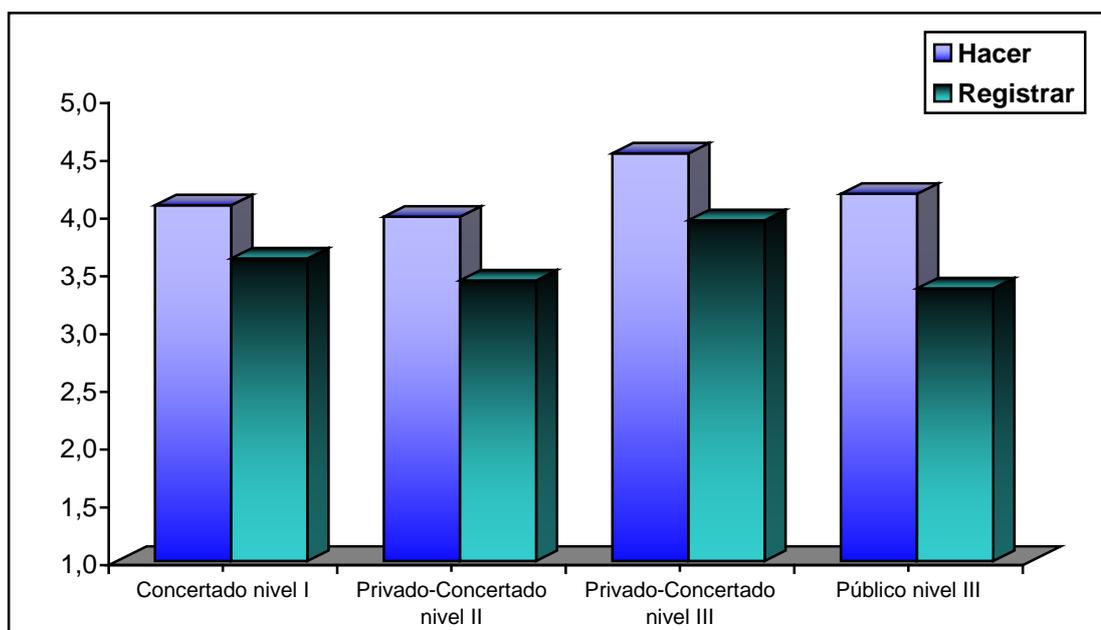


Gráfico 114.- Desarrollo de prácticas profesionales según normativas legales y jurídicas.

Destacamos, que en el hospital Público nivel III, se registra en menor frecuencia en comparación con el resto.

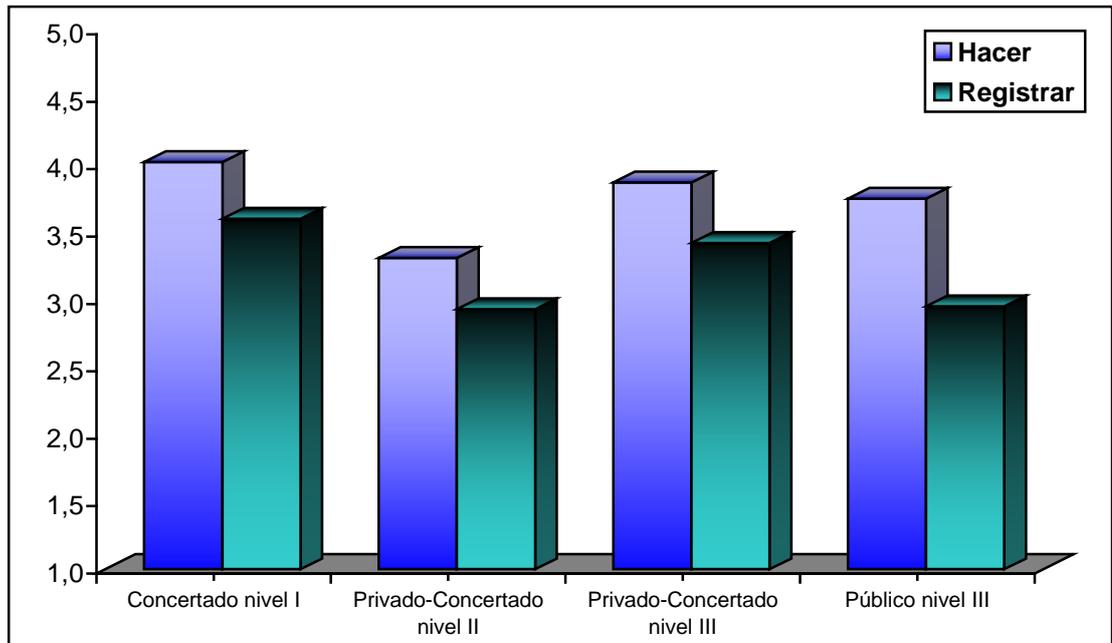


Gráfico 115.-Identificación de situaciones que provoquen un dilema ético

Destacar de manera significativa que es menor el registro de dicha actividad.

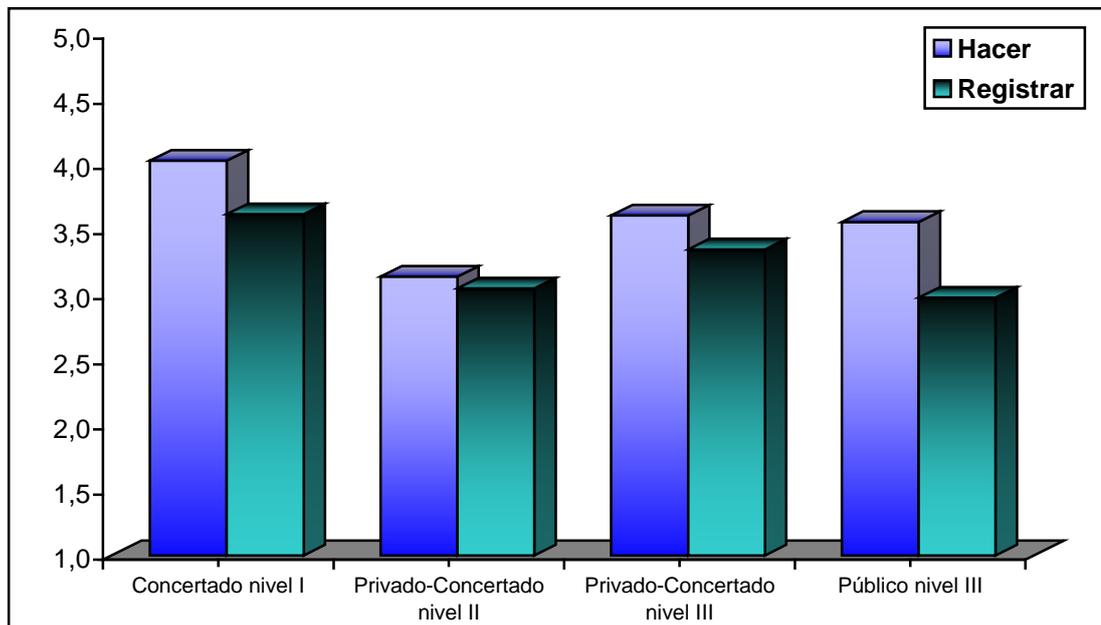


Gráfico 116.- Comunicar un dilema ético

El hospital que tiene mas integrado la comunicación de dilemas éticos, es el hospital concertado de nivel I

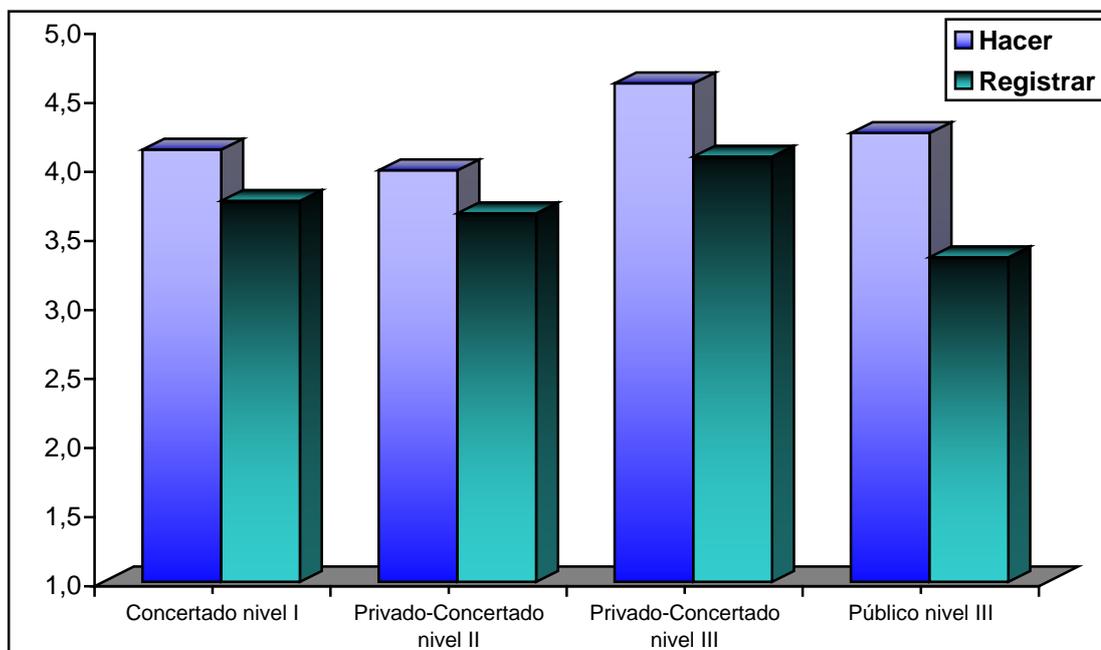


Gráfico 117.- Asumir la responsabilidad de las decisiones y acciones

En todos los hospitales objeto de estudio dicha actividad predomina mas su realización a su registro. Los hospitales que mas destacan por su media alta, son el hospital público de nivel III y el privado-concertado de nivel III.

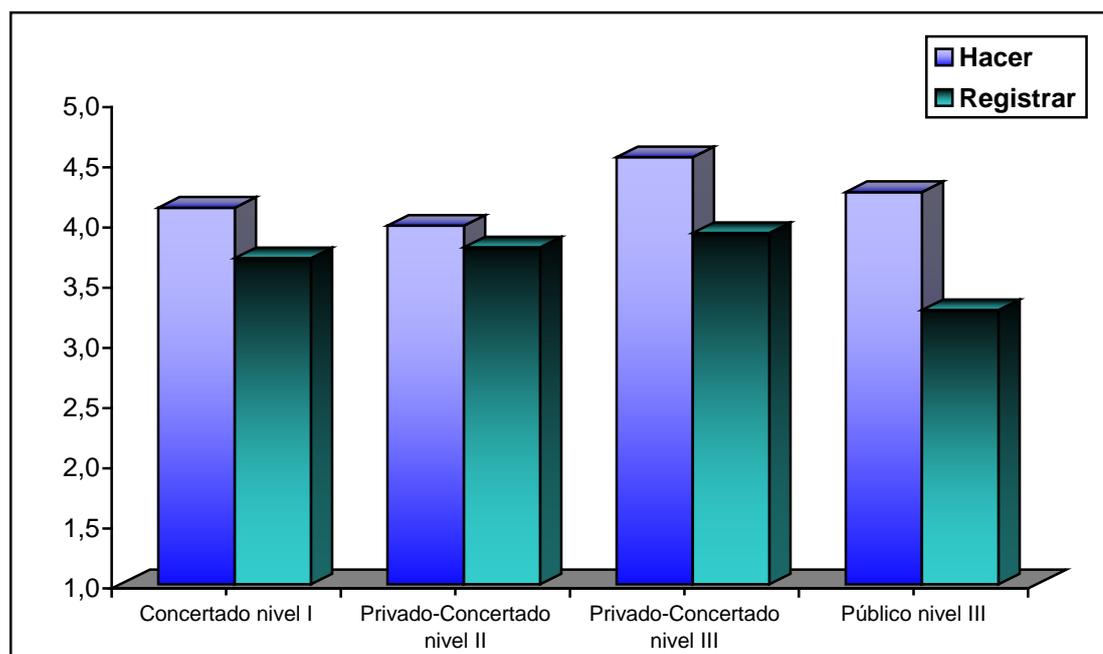


Gráfico 118.- Actuación según el Código Ético de enfermería.

Destacar que el hospital Público de nivel III, existe mayor disparidad, respecto al resto de hospitales.

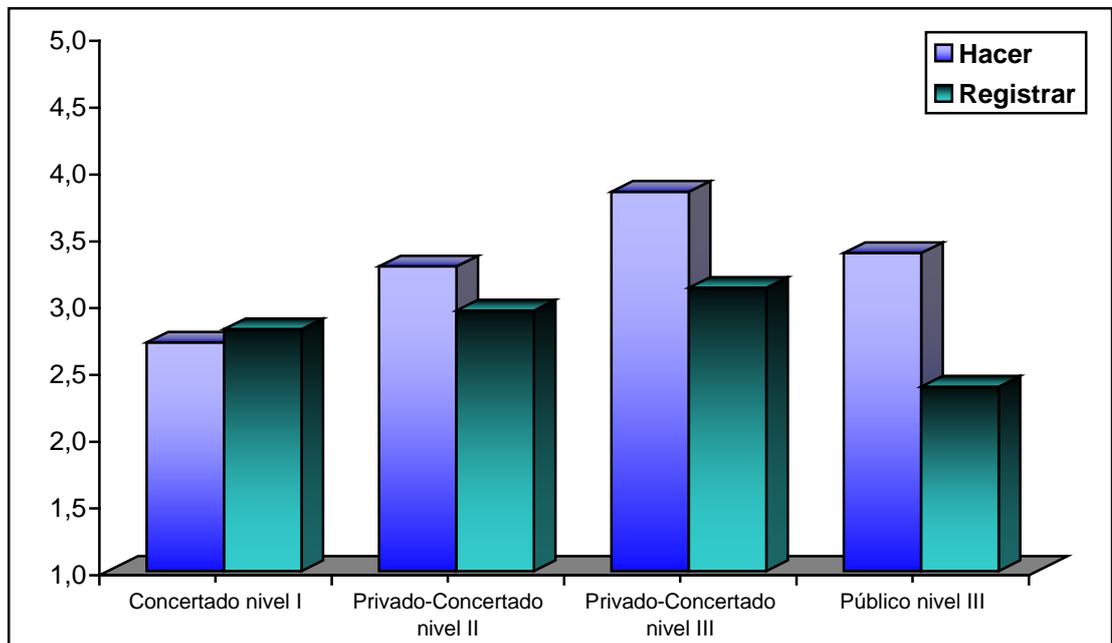


Gráfico 119.- Actuar como referente de docencia

Destacar que el hospital privado-concertado nivel III, tiene más integrada dicha competencia, con una media de 4 sobre 5.

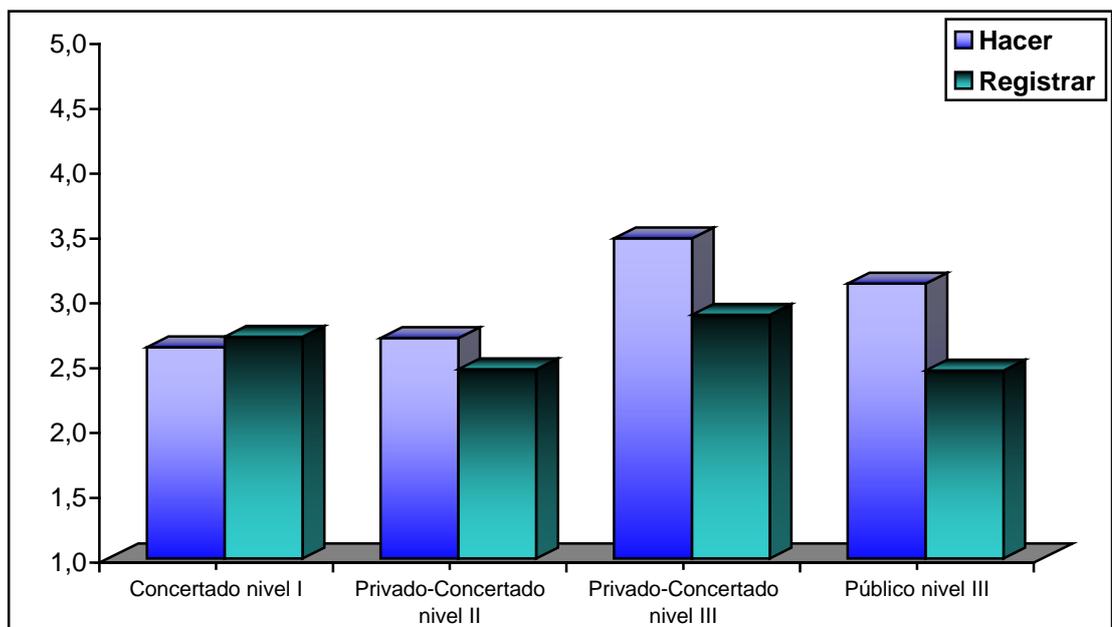


Gráfico 120.- Colaborar con los tutores de prácticas para definir objetivos

El personal de enfermería que menos colabora con los tutores, corresponden al hospital concertado nivel I y privado-concertado.

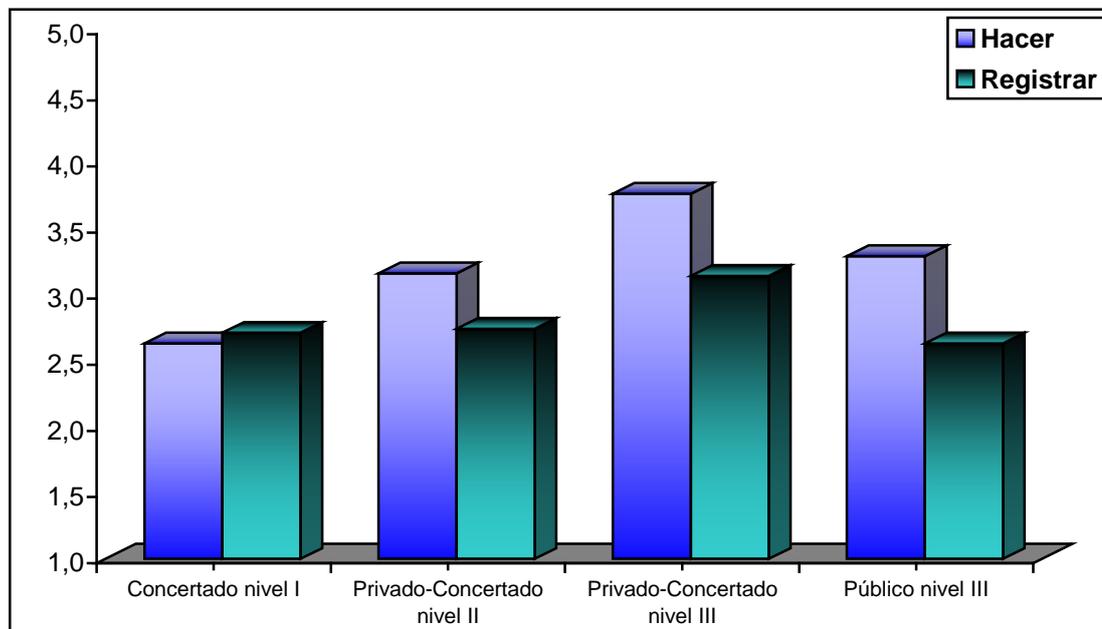


Gráfico 121.- Realizar evaluación conjunta con el alumno al finalizar las prácticas

Los hospitales que más realizan dicha actividad de mayor a menor son el hospital privado-concertado nivel III, el público de nivel III y privado-concertado de nivel II.

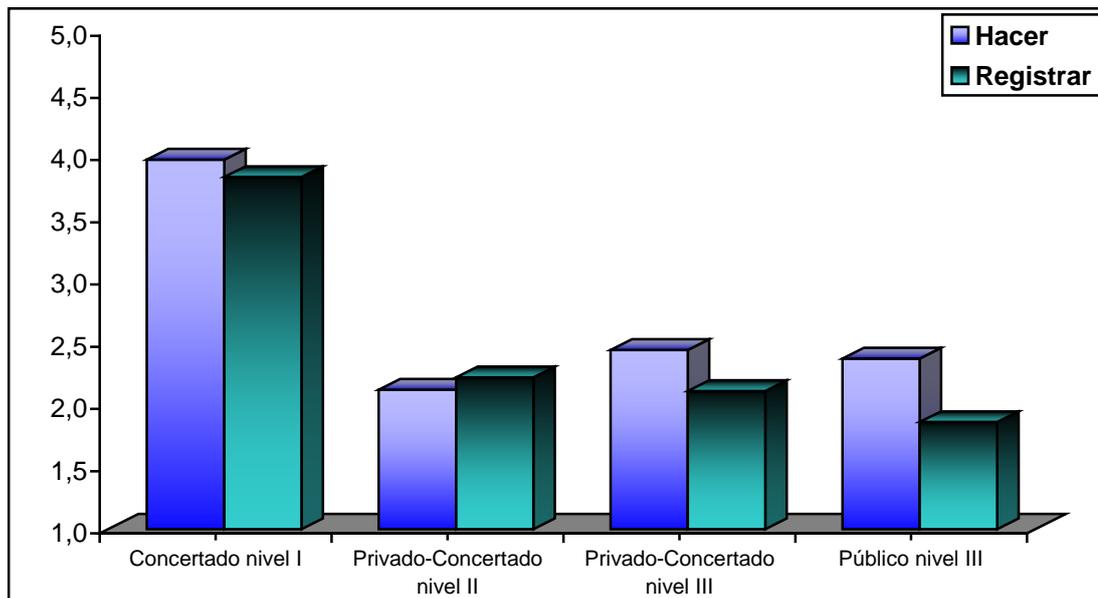


Gráfico 122.- Participar en sesiones clínicas con el equipo

En relación a dicha actividad destacar la media tan baja en todos los hospitales de estudio, a excepción del hospital concertado de nivel I. Resulta significativo, por ser una actividad propia del desarrollo profesional y dinámica de equipo.

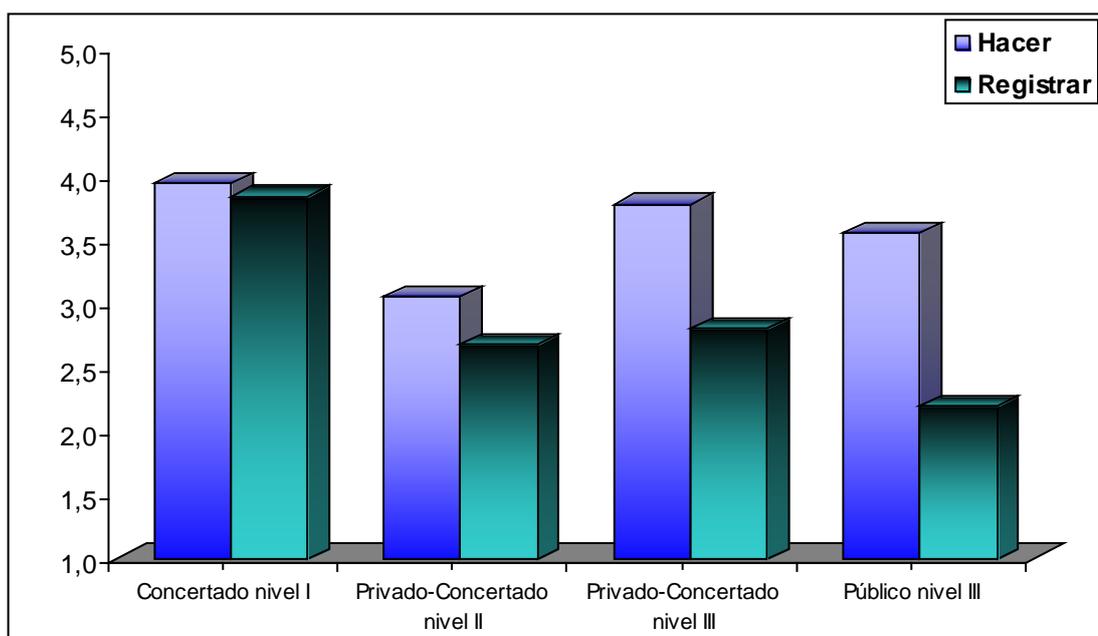


Gráfico 123.- Realizar autoformación para conservar las competencias

De forma global, la autoformación es valorada en una media alta por todos los hospitales.

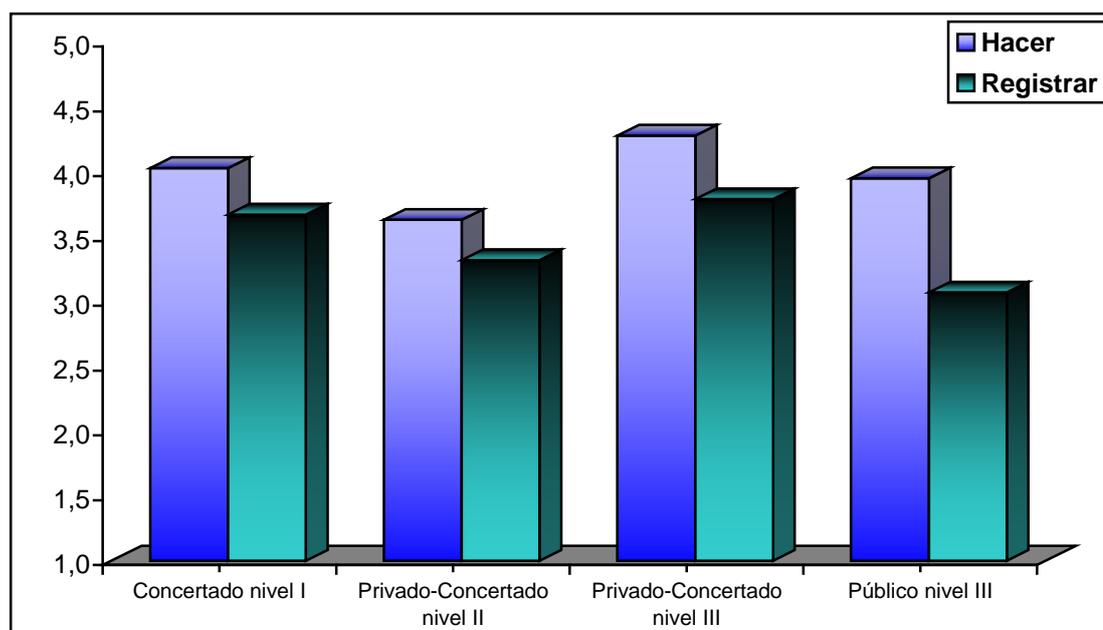


Gráfico 124.- Utilizar las nuevas tecnologías asistenciales de trabajo de forma adecuada

Destacar el hospital Privado-Concertado de nivel III, por tener la media más alta en relación a esta actividad. Por otra parte resulta lógico dado que el nivel de hospital marca el acceso y las posibilidades tecnológicas.

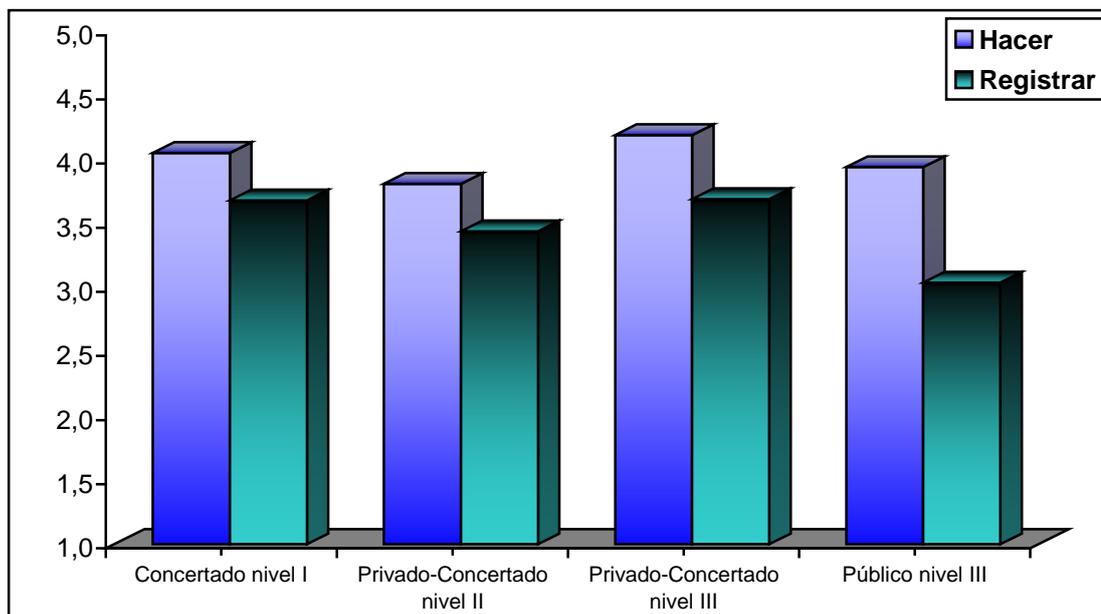


Gráfico 125.- Realizar la actividad asistencial utilizando el razonamiento crítico

En los cuatro hospitales de referencia, la media se sitúa entre 3,5 y 4. Ésta, es una conclusión importante dado que la práctica crítica práctica y reflexiva revierte sobre unos resultados de calidad.

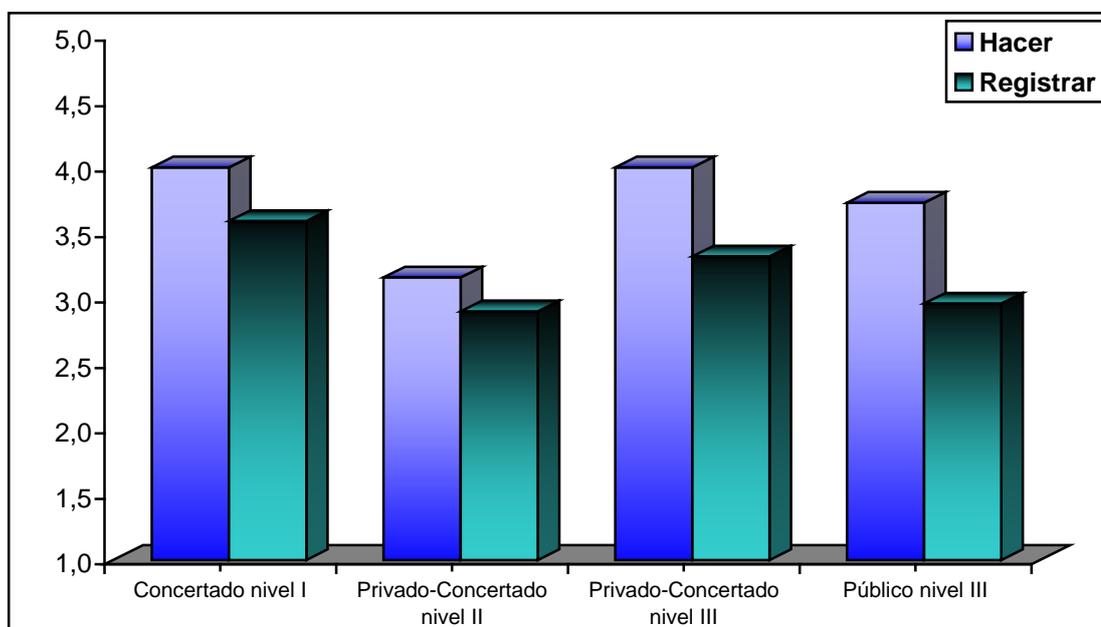


Gráfico 126.- Aportar sugerencias y nuevas ideas sobre mejoras en los procedimientos

La implicación y aportaciones en cuanto a mejoras asistenciales, son visibles en todos los hospitales, aunque en menor grado en el hospital privado-concertado nivel II

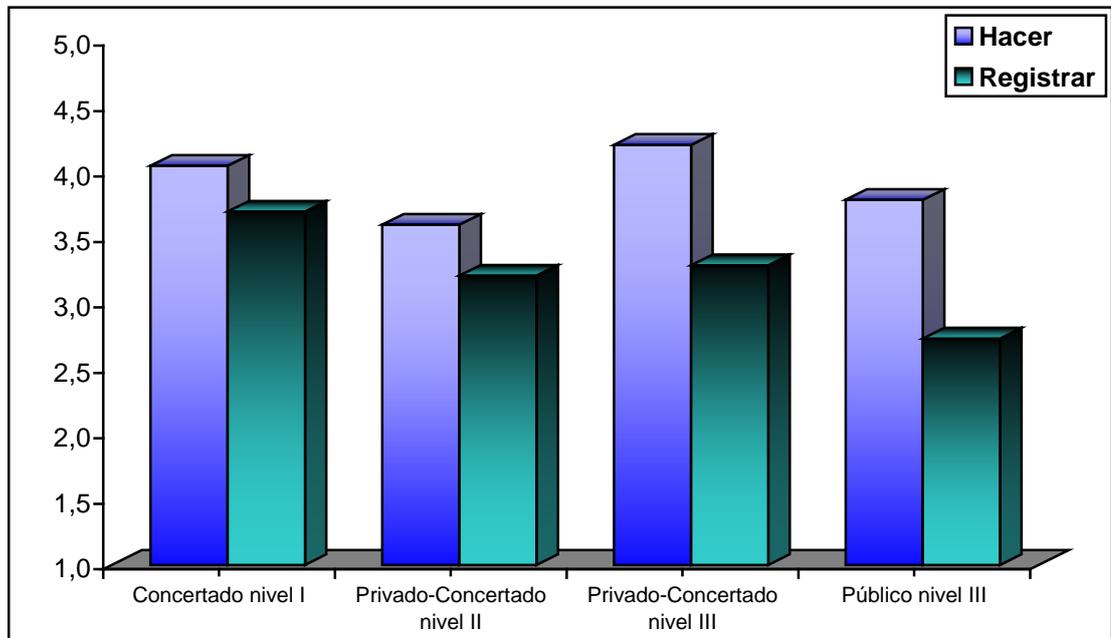


Gráfico 127.- Utilizar los recursos existentes para el aprendizaje

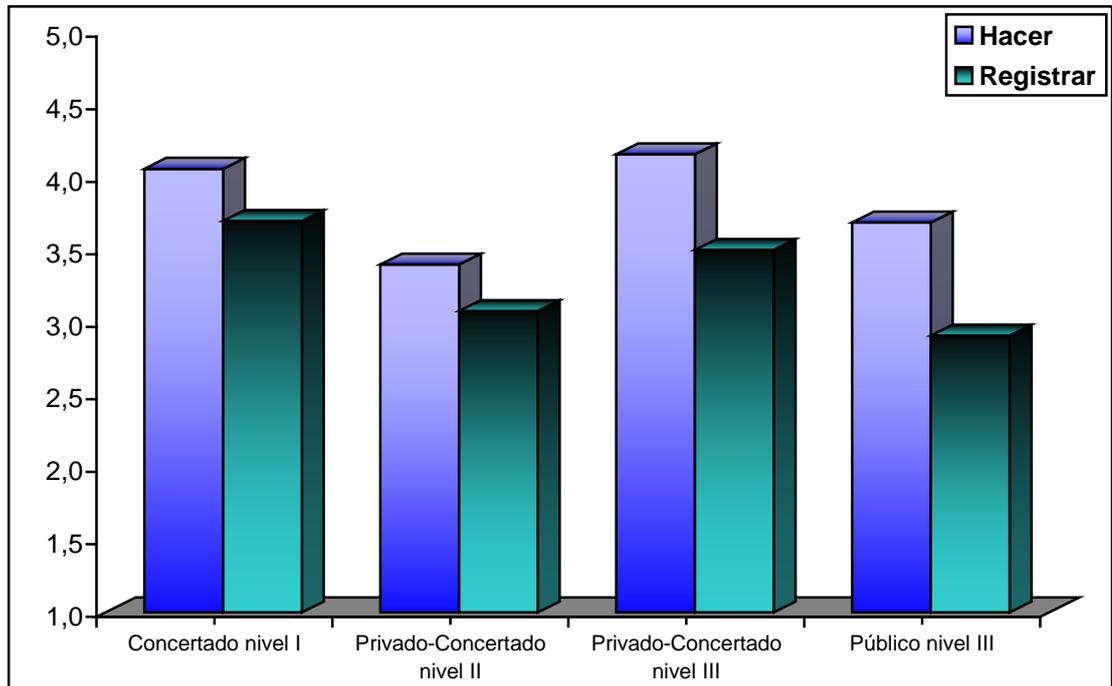


Gráfico 128.- **Evaluar la actividad realizada**

En cuanto a la **utilización de los recursos existentes para el aprendizaje y la evaluación de la actividad realizada**; no se observan diferencias significativas entre los hospitales; pero sí, entre la realización y su registro; más pronunciada en el hospital público nivel III.

10. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

10.1 Descripción de la muestra

La **distribución de la muestra**, ha sido variable entre los 4 centros objeto de estudio, destacando que el 68.5% de la muestra ha sido en centros urbanos y el resto comarcal.

El **tipo de registro** utilizado por los hospitales se sitúan en un 80.5% como manual, frente a un 19.5% que lo utiliza mixto (manual-informático), sin destacar ninguna muestra representativa de registro informático.

El **modelo conceptual** de Virginia Henderson ha sido correctamente identificado por la muestra en un 87.50%.

Las variables personales nos han puesto en evidencia que el 31% de los encuestados se encuentran en el intervalo de edades comprendidas entre 41 y 50 años, seguidos del 27.5% entre 31 y 40 años; representada por un alto porcentaje de personal femenino (86.4%).

El 83% de las personas encuestadas han realizado **formación** en procesos de cuidados de enfermería y el 75,6% han realizado formación en registros y diagnósticos de enfermería. Destaca el hospital de nivel II privado-concertado por manifestar, en mayor grado, no haber hecho formación en registros ni diagnósticos de enfermería.

Los hospitales concertado-nivel I y privado-concertado nivel III manifiestan disponer, en un 100% de registros que les permiten reflejar el proceso de cuidados de enfermería. A diferencia de los hospitales privado-concertado nivel II y público nivel III, donde dicen disponer en menor grado de registros para ello.

El 77,5% de la muestra se encuentra en **situación laboral** de contrato fijo y el 70% desarrolla su jornada laboral en **horario** diurno respecto al 30% de horario nocturno.

El resultado de las **variables formativas** nos destaca que el 79.5% son diplomados en enfermería, siendo la distribución de la titulación de los profesionales, en relación al tipo de hospital, irregular: en el hospital concertado de nivel I y en el público de nivel III no existen ATS y tienen mayor proporción de Diplomados en enfermería.

El 76.4% tienen acceso a la **carrera profesional**, considerando un 70.1% que ésta no incentiva el rol autónomo. En el hospital de nivel I concertado el 100% de los encuestados manifiestan tener acceso a ella, sin distinción de turno de trabajo, ni tipo de contrato y consideran que ésta incentiva su rol autónomo.

El resto de hospitales, en diferente porcentaje, manifiesta tener acceso a la carrera profesional y consideran que ésta incentiva su rol autónomo, a excepción del hospital de nivel III público que considera que no lo incentiva.

En el hospital privado-concertado nivel II los profesionales manifiestan, de forma igualitaria (50%), conocer y no conocer sus **competencias**, a diferencia del resto de hospitales, en los que la distribución del conocimiento de las competencias es mayoritario en el caso afirmativo.

10.2 Objetivos e hipótesis

En relación al objetivo general de nuestra investigación podemos verificar que el nivel de conocimiento de los profesionales de enfermería sobre las competencias y actividades específicas del rol autónomo es de un 80,4%.

La escala para medir las variables cualitativas utiliza una puntuación del 1 al 5 cuyo valor asignado correlativamente es de: nunca (1 punto), casi nunca (2 puntos), a veces (3 puntos), habitualmente (4 puntos), siempre (5 puntos).

En cuanto a los objetivos específicos, podemos confirmar que los profesionales encuestados manifiestan realizar las actividades propias del rol autónomo, con una media de 3,75 puntos, y registrarlos con una media de 3,7 puntos.

En relación a la capacidad de planificar actividades propias de nuestro rol y su registro no se observan diferencias significativas entre ellas.

Respecto a las causas que facilitan o dificultan el registro de las actividades, no queda contemplado en este estudio. Lo que si queda expresado es que los encuestados creen en la posibilidad de reflejar el rol autónomo en los registros de enfermería con una media de 3,68 puntos.

La hipótesis inicial de nuestro estudio queda confirmada: las enfermeras que conocen y tienen integrado su rol autónomo lo realizan con una media de 3,76 puntos y lo reflejan en los registros de enfermería con una media de 3,39.

Los resultados obtenidos sobre el hacer- registrar de las competencias propias del rol autónomo, han puesto en evidencia, de manera global, que los profesionales de enfermería lo hacen por igual en aquellas que son más habituales en su trabajo diario.

Destacamos que en las competencias sobre formación, el compromiso profesional, institucional y personal, y los aspectos éticos y legales; existen diferencias significativas y el registro es menor a la realización de las actividades propias de dichas competencias.

10.3 Fijo-Eventual

Dentro de la realización de la metodología del proceso de curas, encontramos diferencias significativas donde el personal eventual realiza la identificación de diagnósticos de enfermería y la formulación de resultados, registrándolos junto a estos últimos en mayor porcentaje que los fijos. En la evaluación de las actividades en el compromiso profesional, institucional y personal nuevamente su registro es inferior, dado que los registros diarios no están preparados para la evaluación del profesional sino para la actividad que debe realizar en relación a la atención al usuario.

Las diferencias son más significativas en el personal eventual, al *realizar y registrar la elaboración del informe de alta y la coordinación de los cuidados con el resto de especialistas*, en mayor proporción.

No se aprecian diferencias en cuanto a la *participación en sesiones clínicas con el equipo* y la *realización auto formativa para conservar las competencias*. A excepción de actuar como *referente de un alumno*, durante el período de prácticas; en la *elaboración con los tutores de prácticas para definir objetivos* y en la *realización de la evaluación conjunta con el alumno al finalizar las prácticas*, donde el colectivo fijo la realiza con mayor frecuencia.

10.4 Diurno-Nocturno

A partir de los resultados, podemos analizar que existen diferencias significativas referente a la *realización de entrevista en el ingreso; formulación de resultados de los problemas; planificación y evaluación de actividades*; y en el *mantenimiento de la planificación de cuidados*; donde el personal nocturno lo realiza en menor porcentaje.

Se observan diferencias significativas en el personal diurno, donde realizan y registran en mayor proporción, *la planificación y el registro de las acciones educativas*.

Se manifiestan diferencias significativas entre los turnos diurno y nocturno, puesto que el personal nocturno *detecta las situaciones de riesgo y prioriza en las actuaciones de emergencia* en mayor proporción.

El personal diurno *integra más a la persona en los planes de cuidados*, así como, registra en mayor proporción su actuación como enlace entre la persona y su familia.

En lo que se refiere a la *elaboración del informe de alta de enfermería* y la *coordinación de los cuidados propios con el resto de especialistas*. El turno diurno lo realiza y registra en mayor proporción.

De igual modo, personal diurno registra en mayor proporción la *identificación de situaciones que provocan dilema ético*, así como la *comunicación del mismo*.

10.5 Conocimiento y registro de las competencias

Destacamos que el conocimiento de las competencias no influye en la realización y registro de la entrevista al ingreso, mientras que si, en el resto de las actividades que engloban el proceso de cuidados de enfermería (identificación de diagnósticos, formulación de resultados y planificación de actividades).

Referente a la promoción y prevención para la salud, si que influye el tener conocimiento de las competencias para planificar, realizar y evaluar las acciones educativas.

En la competencia sobre la calidad de los cuidados, destacamos que las personas que manifiestan no conocer las competencias, analizan los cuidados críticamente en menor proporción.

En cuanto a la competencia de comunicación y cooperación, el conocimiento del rol autónomo influye directamente en todas las actividades que engloban dicha competencia, excepto en promover un entorno favorable para la comunicación de la persona.

Para el registro de la competencia de continuidad de cuidados si que influye el conocimiento del rol autónomo, observamos diferencias significativas, en la elaboración y registro *del informe de Alta; en la coordinación de los cuidados y en la delegación de actividades, según competencias*, con tendencia a disminuir tanto en su realización como registro.

Observamos alguna diferencia significativa en la realización de identificación de situaciones que provoquen un dilema y en la comunicación del mismo. La gráfica nos muestra como el conocimiento en el rol autónomo si tiene una influencia directa a la hora de realizar y registrar de las *situaciones que provoquen un dilema ético*.

Se observan diferencias significativas en lo que se refiere a la *participación en sesiones clínicas*, respecto a la realización y registro. A su vez también tiene una influencia directa el conocimiento del rol autónomo a la hora del registro de la *autoformación*.

10.6 Tipo de hospital

Destacar en cuanto al proceso de cuidados de enfermería: entrevista al ingreso, identificación del diagnóstico de enfermería, formulación de resultados, planificación de actividades y su evaluación, que la muestra se distribuye de forma homogénea en lo que se refiere a la realización/registro. Aunque excepcionalmente y paradójicamente, en cuanto a la entrevista e identificación del diagnóstico de enfermería, el hospital privado concertado de nivel III, se caracteriza por que es mayor el registro de dichas actividades, que su propia realización.

En cuanto a la realización y registro en la **identificación de personas con riesgo**, la media en los diferentes hospitales de estudio es alta, en cuanto a su realización y registro, teniendo su lógica al ser una actividad y competencia intrínseca al rol profesional.

En la **priorización de necesidades**, es superior la realización a su registro de forma global. Destacar la desproporción entre la realización y registro en el hospital concertado nivel I.

Si bien la **planificación, realización y evaluación de acciones educativas** es alta, no deja de llamar la atención que siendo una competencia propia del rol autónomo, su registro sea inferior respecto a su realización. Y que esta no sea identificada por su importante relevancia del rol de enfermería, en una proporción mayor.

En la **detección de situaciones de riesgo** es significativa en cuanto a su realización por observarse una media elevada pero donde su registro no es similar. Resulta significativo dado la importancia y repercusión de la actividad, donde su registro da un valor cualitativo al rol profesional.

El **cumplimiento de protocolos y procedimientos** es alto a la vez que su registro, especialmente en el hospital privado-concertado nivel III, podemos pensar que la cultura de trabajo en cada centro puede ser un elemento de influencia en la práctica protocolizada.

La practica **reflexiva de los cuidados** que aplicamos, supone una actividad importante en el rol profesional. Destacar que si bien su valoración esta por encima de la media, esta es irregular, y mas baja en lo que se refiere a su registro.

Promover un entorno favorable para la comunicación, es valorado de forma importante en su realización, respecto a su registro. Resulta lógico, dado que es un aspecto más intrínseco y necesario para llevar a cabo la práctica profesional y donde su registro suele quedar como observaciones en el caso de elementos que distorsionan esa comunicación, sino es así queda intrínseco en el registro de la buena realización de las actividades.

Observamos globalmente, que en la **valoración de las dificultades en la comunicación y comprensión de la información**, así como **la verificación de la información**, se realiza con tendencia superior en relación a su registro, que esta es significativamente inferior en todos los hospitales de estudio.

En todos los centros de estudio, la realización y registro de las **actividades de enfermería** es elevado. Destacar el hospital privado-concertado de nivel III, donde resulta mayor su registro que la propia realización.

Se aprecia una clara diferencia en las **actividades de colaboración con los tutores de prácticas para definir objetivos**, y realizar la evaluación conjunta con el alumno; con el resto de actividades, ya que los profesionales de enfermería manifiestan hacerlas y registrarlas en menor grado (con una media situada entre 2,5-3-5).

En cuanto la **participación a las sesiones clínicas** con el equipo, se destaca la actividad y el registro en el hospital concertado nivel I que es mayoritaria, respecto a los otros hospitales; y que se explica por el tipo y nivel de formación manifestado por sus profesionales.

11. PROPUESTAS Y LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURA

A partir de la explotación y obtención de las conclusiones, consideramos, tal y como apuntábamos en el anteproyecto, que una de las líneas de investigación futura ha de ser la auditoria de los registros de enfermería del ámbito hospitalario, de los centros de estudio.

Este estudio a doble ciego, nos permitiría justificar uno de los objetivos específicos, “Identificar *las causas que facilitan o dificultan el registro de las actividades*” y una de las subhipótesis “Los registros de enfermería posibilitan que quede reflejado el rol autónomo”.

Y para completar dicha línea de investigación utilizaríamos como metodología la observación directa de los profesionales de enfermería y recogida de datos en hojas de cálculo.

Una tercera fase podría ampliar la muestra a otros centros, que aunque podemos intuir que no ofrecerían nuevos datos, si podría darnos una “fotografía” de mayor fiabilidad sobre el conocimiento del rol autónomo y como lo registramos los profesionales de enfermería como base de partida de unas posibles propuestas de mejora y acciones, que una vez llevadas a cabo, se podrían evaluar.

12. BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, G. y Medina, E. Líneas de investigación en enfermería. *Revista Cubana Enfermería*. [online]. jul.-dic. 1997, vol.13, no.2 [citado 29 Marzo 2005], p.103-106.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191997000200007&lng=es&nrm=iso. ISSN 0864-0319.
- Álvarez Baza, M^a del Carmen (2004, septiembre-octubre). El dossier de enfermería en un servicio de urgencias: un indicador de calidad. *Enfermería Científica*, pp. 5-16.
- Álvarez, MC (2004). *El dossier de enfermería en un servicio de urgencias: un indicador de calidad*. *Enfermería Científica*, (270-271), 5-16.
- Aniorte, N. (2005) Teoría y Método en Enfermería II. Consultado en 01,06,2005 en:http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/progr_asignat_teor_metod5.htm
- Ballesta, C. Villoro, T. (1994) *Rol autònom: un futur al nostre abast*. Trabajo de investigación del Master en administración y gestión de enfermería. Escuela Universitaria Santa Madrona. Fundació "La Caixa". Promoción: 1992-1994.
- Bárcena, C. Molina, T. Oller, C. y Viuva, M. (2004) *El rol de enfermería y su influencia en la motivación: ¿un mito o una realidad?*. Trabajo de investigación del Master en administración y gestión de enfermería. Escuela Universitària Santa Madrona. Fundació "La Caixa". Promoción: 2002-2004.
- Caamaño, Carmen, Sainz Ana, Martínez, Jose Ramón (2004, marzo). Evolución y valoración de la calidad del informe de enfermería al alta. *Calidad Asistencial*, pp. 396-401.

Elias A et al. Competències de la professió d'Infermeria. Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut/ Consell de Col.legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya. Barcelona 1997.

Enfermeras Teóricas –Evolución teórica-. Consultado en 01,06,2005 en:
<http://www.terra.es/personal/duenas/teoria7.htm>

www.metas.org/enciclopedia/pdf/01capFUNDAMENTOS.pdf - Resultado
Suplementario - Páginas similares 15 de septiembre de 2005

Françoise, M. (1993). Promover la vida (Traducido por Loreto. Rodríguez).
Madrid: Interamericana. McGraw-Hill. (Original publicado en 1982.)

Henderson, V. (1971). *Principios básicos de los cuidados de enfermería*.
Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras, Ginebra.

Hernández, F. (1996). *Historia de la enfermería en España* (Desde la antigüedad hasta nuestros días). Ed. Síntesis.

Kozier, B (1999). Aspectos legales en la práctica de enfermería. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana.

Kozier, B. (1999). Documentos y registros. Madrid: Mc Graw- Hill Interamericana.

La figura de fundación hospitalaria tiene su origen en la Edad Media. en:
<http://www.diariomedico.com/entorno/ent061099comtris.html>,
Consultado el 11.04.2005

Luis , MT. Fernández, C. Navarro , MV. (2000). *De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI*. Barcelona: MASSON.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2003). Notre profession prend une nouvelle dimension. Quebec: Eykel design.

Phaneuf, Margot (1993). Cuidados de Enfermería: El proceso de atención de enfermería (Traducido por Carlos M^a. López González. Julia López Ruiz). Madrid: Interamericana-McGRAW-HILL. (Original publicado en 1986.)

- Riopelle, L. Grondin, L. Phaneuf, M. (1993). *Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona*: Interamericana-Mc Graw-Hill.
- Riopelle L, Teixidor M. La práctica enfermera: fundamentos científicos y acercamiento humanista EN Teixidor M. (dir) Proyecto de formación para la implantación del proceso de cuidados en el marco del modelo conceptual de Virginia Henderson en los Centros de Atención Primaria del Institut Català de la Salut: la salud y la calidad de vida, un reto para las enfermeras asistenciales, docentes y gestoras. Barcelona: Fundació "la Caixa" / EUI Santa Madrona; 2002:47-64.
- Teixidor M (dir). Marco de referencia profesional para la función de supervisor / a de enfermería de la demarcación piloto de Barcelona: desarrollar las competencias y la movilidad de los supervisores de enfermería para mejorar la calidad de la atención de los usuarios en el hospital. Proyecto Leonardo de Vinci. Barcelona: EUE Santa Madrona / Hospital Universitari Germans Trías i Pujol, Generalitat de Catalunya; 2003.
- Tejada, J. (1997). *El proceso de investigación científica*. Barcelona: Fundació "La Caixa".
- Torralba, F. (2004). *Enfermería y Transformación Paradigmática*. Consultado en 23.02.2005 en: www.anesm.net/smental/torralba.htm .
- Zaforteza, C. Gastaldo, D. Sánchez-Cuenca, P. et al. (2004). Relación entre enfermeras de unidades de cuidados intensivos y familiares: Indicios para el cambio. Consultado en 23.02.2005 en: http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/Original3.pdf.

