



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

## Proceso de individualización del Plan de Cuidados Estandarizado en unidades de hospitalización de agudos

Mònica Castellà Creus

**ADVERTIMENT.** La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX ([www.tdx.cat](http://www.tdx.cat)) i a través del Dipòsit Digital de la UB ([diposit.ub.edu](http://diposit.ub.edu)) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX ni al Dipòsit Digital de la UB. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX o al Dipòsit Digital de la UB (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

**ADVERTENCIA.** La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR ([www.tdx.cat](http://www.tdx.cat)) y a través del Repositorio Digital de la UB ([diposit.ub.edu](http://diposit.ub.edu)) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR o al Repositorio Digital de la UB. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR o al Repositorio Digital de la UB (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

**WARNING.** On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX ([www.tdx.cat](http://www.tdx.cat)) service and by the UB Digital Repository ([diposit.ub.edu](http://diposit.ub.edu)) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.



UNIVERSITAT<sup>DE</sup>  
BARCELONA

**Proceso de individualización del  
Plan de Cuidados Estandarizado en  
unidades de hospitalización de agudos**

---

**Mònica Castellà Creus**

**Tesis Doctoral 2020**





UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

**Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud**

**Programa de Doctorado en Enfermería y Salud 2014-2020**

Tesis Doctoral

**Proceso de individualización del  
Plan de Cuidados Estandarizado en  
unidades de hospitalización de agudos**

**Mònica Castellà Creus**

Directoras

**Dra. Pilar Delgado Hito**

**Dra. Maria Eulàlia Juvé i Udina**

Tutora

**Dra. Pilar Delgado Hito**

Barcelona, febrero de 2020



**Dra. PILAR DELGADO HITO y Dra. MARIA EULÀLIA JUVÉ i UDINA,**  
Profesoras del Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina y Ciencias de la  
Salud de la Universitat de Barcelona.

**CERTIFICAN:**

Que la Tesis Doctoral titulada:

**PROCESO DE INDIVIDUALIZACIÓN  
DEL PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO EN  
UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS**

Realizada por la doctoranda:

**MÒNICA CASTELLÀ CREUS**

Ha sido realizada bajo su dirección y reúne los requisitos para su juicio y calificación.

L'Hospitalet de Llobregat, febrero de 2020



Dra. Pilar Delgado Hito



Dra. Maria Eulàlia Juvé i Udina



A todas las personas y sus familiares  
que he cuidado como enfermera





# Agradecimientos

Esta Tesis Doctoral ha significado años de dedicación, esfuerzo y perseverancia. Por ello querría agradecer a las personas que me han acompañado, ayudado, iniciado, enseñado y animado a lo largo de este camino de aprendizaje y crecimiento personal.

En primer lugar a mis directoras de Tesis, la Dra. Pilar Delgado Hito y la Dra. Maria Eulàlia Juvé i Udina, “Lala”. Para mí ha sido un orgullo que me dirigierais la Tesis. Gracias por enseñarme a razonar y a ampliar mis conocimientos. Vuestra rigurosidad, expertía y capacidad de trabajo han sido un ejemplo para mí.

A toda mi familia y mis incondicionales amigas Inés y Núria, por haber tenido paciencia durante este tiempo, aún sin comprender muy bien lo que estaba haciendo. También un especial recuerdo a mi tío y hermana que fallecieron durante estos años.

Un agradecimiento especial a la Sra. Núria Martí Carrasco i la Sra. Isabel Andrés Martínez, antigua y actual Directoras Enfermeras del *Hospital Universitari Germans Trias i Pujol*. Muchas gracias por haber promovido esta Tesis, por vuestro soporte y apoyo durante su realización y por vuestra confianza en mí.

Gracias a Mireia Raventós Serena, antigua compañera de trabajo en el área de Sistemas de Información y metodología, en la actualidad amiga “*per haver vist amb els teus ulls, el que altres, no van voler veure*”.

También agradecer al Dr. Eduard Gratacós Solsona por iniciarme en el mundo de la investigación médica a principios de siglo. A la Sra. Carmen de Garay Ramos por llamarme por teléfono, hace ya más de 10 años, y proponerme ser enfermera supersusaria de sistemas de información y metodología. Al *Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya*, presidido por el *Honorable Conseller* Sr. Antoni Comín Oliveres, por haberme otorgado una Beca PERIS bajo la dirección del Dr. Antoni Andreu Pérez. A la Dra. Sandra Cabrera Jaime por su absoluto apoyo. A la Sra. Maria Àngels Barberà Pla por los ánimos que me ha proporcionado en la última fase de esta Tesis. A la Sra. Beatriz Díez Sánchez y la Sra. M<sup>a</sup> José Creus Macia por el póster y posterior artículo que publicamos, embriones de esta Tesis.

También un agradecimiento y especial recuerdo para todas las enfermeras superusuarias y superusuarios de sistemas de información y metodología de los otros hospitales del *Institut Català de la Salut* que compartieron conmigo razonamientos y reflexiones durante las sesiones del Programa ARES. Y sobre todo gracias por haber sido mis compañeras y compañeros en los difíciles y en los buenos momentos.

Asimismo, un agradecimiento enorme a las enfermeras que han colaborado en esta investigación: la Dra. Maribel González Samartino y la Sra. Marta Tàpia Pérez del *Hospital Universitari de Bellvitge*, la Sra. Antonia Muñoz Carmona del *Hospital de Viladecans* y la Sra. Cristina Casanovas Cuellar del *Hospital Universitari Germans Trias i Pujol*.

Por último, mi más sincero agradecimiento a las y los participantes de este estudio, pues su disponibilidad y sinceridad han aportado las respuestas a mis inquietudes.

Un abrazo a todas y todos

Mònica Castellà Creus

# Índice de contenidos

<b>Resumen.....</b>	<b>18</b>
<b>Summary.....</b>	<b>21</b>
<b>Capítulo 1. Introducción.....</b>	<b>25</b>
<b>1.1 Punto de partida de la investigación.....</b>	<b>27</b>
1.1.1 Contextualización del fenómeno de estudio en la trayectoria profesional de la investigadora.....	27
1.1.2 Problema de investigación.....	30
<b>1.2 Antecedentes.....</b>	<b>31</b>
1.2.1 Proceso Enfermero.....	31
1.2.2 Plan de Cuidados.....	35
1.2.3 Terminología ATIC.....	39
1.2.4 Sistemas de Información Asistenciales e Historia Clínica Electrónica.....	43
1.2.5 Pensamiento Crítico.....	46
1.2.6 Expertía Clínica.....	48
<b>1.3 Estado actual del tema.....</b>	<b>51</b>
<b>1.4 Justificación.....</b>	<b>54</b>
<b>Capítulo 2. Objetivos.....</b>	<b>59</b>
<b>2.1 Objetivo general.....</b>	<b>61</b>
<b>2.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>61</b>
<b>Capítulo 3. Metodología.....</b>	<b>63</b>
<b>3.1 Posición paradigmática de la investigadora.....</b>	<b>65</b>
<b>3.2 Diseño.....</b>	<b>65</b>

3.3	Ámbito.....	66
3.4	Participantes.....	67
3.5	Recogida de datos.....	68
3.6	Análisis de datos.....	71
3.7	Consideraciones éticas.....	73
3.8	Rigor.....	74
<b>Capítulo 4. Resultados.....</b>		<b>77</b>
4.1	Resultados del primer objetivo específico.....	81
4.2	Resultados del segundo objetivo específico.....	90
4.3	Resultados del tercer objetivo específico.....	106
4.4	Resultados del cuarto objetivo específico.....	118
4.5	La Teoría Fundamentada del proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado.....	123
<b>Capítulo 5. Discusión.....</b>		<b>131</b>
5.1	Consideraciones generales.....	136
5.2	Limitaciones del estudio.....	154
5.3	Implicaciones para la práctica clínica.....	156
5.4	Implicaciones para la docencia.....	157
5.5	Implicaciones para la investigación.....	158
5.6	Implicaciones para la gestión.....	159
<b>Capítulo 6. Conclusiones.....</b>		<b>163</b>
<b>Capítulo 7. Difusión y financiación.....</b>		<b>169</b>
7.1	Artículo publicado en la revista Journal of Advanced Nursing.....	171
7.2	Artículo en fase de revisión en la revista Enfermería Clínica.....	179
7.3	Artículo publicado en la revista Journal of Clinical Nursing.....	203

7.4 Financiación.....	218
<b>Capítulo 8. Referencias bibliográficas.....</b>	<b>221</b>
<b>Capítulo 9. Anexos.....</b>	<b>251</b>
<b>Anexos del capítulo 3: Metodología</b>	
Anexo 3.1 COREQ Checklist.....	253
Anexo 3.2 Datos sociodemográficos de los participantes.....	255
Anexo 3.3 Guion inicial de las entrevistas.....	256
Anexo 3.4 Guion de la observación participante.....	257
Anexo 3.5 Plantilla para el análisis de documentos.....	258
Anexo 3.6 Guion del grupo focal.....	261
Anexo 3.7 Diagrama de la observadora del grupo focal: distribución de los participantes en la mesa.....	263
Anexo 3.8 Diagrama de la observadora del grupo focal: utilidad del Plan de Cuidados.....	264
Anexo 3.9 Diagrama de la observadora del grupo focal: déficit de conocimientos en metodología.....	265
Anexo 3.10 Diagrama de la observadora del grupo focal: priorización en el diagnóstico y planificación.....	266
Anexo 3.11 Nursing Critical Thinking in Clinical Practice Questionnaire ( <i>N-CT-4 Practice</i> ).....	267
Anexo 3.12 Autorización cuestionario <i>N-CT-4 Practice</i> .....	288
Anexo 3.13 Cuestionario de evaluación de competencias en el ámbito hospitalario (COM-VA).....	289
Anexo 3.14 Autorización cuestionario COM-VA y del uso de elementos estructurales y contenidos originales de la terminología ATIC.....	297
Anexo 3.15 Plantilla recogida de datos sobre congruencia del proceso de individualización.....	298

Anexo 3.16 Hoja informativa para las entrevistas.....	299
Anexo 3.17 Hoja informativa para el grupo focal.....	300
Anexo 3.18 Consentimiento informado para las entrevistas y grupo focal.....	301
Anexo 3.19 Autorizaciones de las Direcciones Enfermeras, de los Comités de Ética de Investigación Clínica y de la Universitat de Barcelona.....	302

#### **Anexos del capítulo 4: Resultados**

Anexo 4.1 Códigos, subcategorías y categorías emergidos en el análisis del primer objetivo específico.....	314
Anexo 4.2 Ejemplos de registros no regulados y de bolsillo.....	318
Anexo 4.3 Códigos, subcategorías y categorías emergidos en el análisis del segundo objetivo específico.....	321
Anexo 4.4 Códigos, subcategorías y categorías emergidos en el análisis del tercer objetivo específico.....	324

# Índice de tablas y figuras

## Tablas

### Tablas del capítulo 3: Metodología

Tabla 3.1. Criterios de coherencia cualitativa.....	73
---	----

### Tablas del capítulo 4: Resultados

Tabla 4.1. Características de los participantes de las entrevistas y del grupo focal.....	80
Tabla 4.2. Dimensiones, componentes y diagnósticos enfermeros de la terminología ATIC utilizados en la individualización de los planes de cuidados.....	87
Tabla 4.3. Nivel de adecuación de la selección del plan de cuidados estandarizado .....	110
Tabla 4.4. Resultados coherencia cualitativa .....	119
Tabla 4.5. Resultados individualización del plan de cuidados estandarizado.....	122

## Figuras

### Figuras del capítulo 4: Resultados

Figura 4.1. Etapas del proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado .....	89
Figura 4.2. Elementos que influyen en la congruencia del registro del proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado.....	105
Figura 4.3. Significados y sentimientos de las enfermeras sobre el proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado.....	117
Figura 4.4. Diagrama que representa el argumento de la historia de la Teoría Fundamentada para el proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado.....	129



# Abreviaturas y Acrónimos

ARES: Armonización de estándares de cuidados (Programa del *Institut Català de la Salut*)

ATIC: *Arquitectura, Terminologia, Informació, Interfase, Infermeria i Coneixement* (Terminología)

CCC: *Clinical Care Classification*

CIRN: *Competency Inventory for Registered Nurses*

COM-VA: *Competències Valoració* (Cuestionario)

COREQ: *COnsolidated criteria for REporting Qualitative research*

DIKW: *Data, Information, Knowledge, Wisdom*

EEUU: Estados Unidos de América

EHTAN: *European Healthcare Training and Accreditation Network*

EQUATOR: *Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research*

HUGTP: *Hospital Universitari Germans Trias i Pujol*

ICCN-CS-1: *Intensive and Critical Care Nursing Competence Scale version -1*

ICNP: *International Classification for Nursing Practice*

ICS: *Institut Català de la Salut*

NANDA: *North American Nursing Diagnosis Association*

N-CT-4 Practice: *Nursing Critical Thinking in Clinical Practice Questionnaire*

NIC: *Nursing Interventions Classification*

NOC: *Nursing Outcomes Classification*

PAE: Proceso de Atención Enfermero

PC: Plan de Cuidados

PCE: Plan de Cuidados Estandarizado

PENCRISAL: Pensamiento, Crítico, Salamanca

PES: Problema de salud, Etiología, Sintomatología

ProffNurse SAS: *Professional Nurse Self-Assessment Scale*

SEAP: Seleccionar, Eliminar, Añadir, Programar (Método)

SIA: Sistema de Información Asistencial

SNOMED\_CT: *Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms* (Nomenclatura)

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

WGCTA: *Watson-Glaser Critical Thinking Appraisal*

Nota 1: Según recomendación del Consejo Internacional de Enfermeras, la doctoranda de esta Tesis utiliza el término “enfermera” para designar y referirse a enfermeras y enfermeros.

Nota 2: En el contexto de esta Tesis la doctoranda ha decidido utilizar el término “expertía” como anglicismo de “*expertise*” por considerar que identifica mejor el significado del profesional experto, en vez de las palabras aceptadas por la Real Academia Española como “pericia”, “experticia”, “experiencia” o “habilidad”.

# Resumen

**Antecedentes:** El proceso enfermero es el método de trabajo sistematizado que posibilita que las enfermeras sigan el razonamiento de la metodología científica. Consta de cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Una de las aportaciones del proceso enfermero es que los cuidados deben individualizarse a las necesidades del paciente y familia. Individualizar significa que la enfermera formula diagnósticos y planifica los cuidados necesarios a partir de la valoración realizada al paciente y familia y evalúa los resultados conseguidos. Así, los cuidados son orientados hacia un modelo centrado en el paciente y la familia. Para facilitar la implantación y el registro de las etapas de diagnóstico, planificación y evaluación del proceso enfermero se aconseja el empleo de planes de cuidados estandarizados. Sin embargo, el elemento fundamental de trabajar con planes de cuidados estandarizados es el proceso de individualización que deben realizar las enfermeras.

**Objetivo:** Comprender el proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado realizado por las enfermeras a los pacientes hospitalizados.

**Metodología:** Estudio de método mixto y multicéntrico, con aplicación del método de la Teoría Fundamentada, según el enfoque de Strauss y Corbin. Empleo de muestreo teórico de máxima variación. Se incluyeron participantes hasta llegar a la saturación teórica de los datos. La recogida de datos consistió en: entrevistas individuales en profundidad, observación participante, análisis de documentos, un grupo focal y el uso del Cuestionario del pensamiento crítico enfermero en la práctica clínica (*N-CT-4 Practice*) y del Cuestionario de evaluación de competencias para enfermeras asistenciales en el ámbito hospitalario (COM-VA). Los datos de las entrevistas, observación participante, análisis de documentos y del grupo focal se analizaron siguiendo el método de comparación constante de la Teoría Fundamentada de Strauss y Corbin (codificación abierta, axial y selectiva). Con los resultados de los cuestionarios se realizó un análisis cualitativo que consistió en una triangulación entre el grado de pensamiento crítico, el nivel de expertía y el registro del proceso de individualización realizado por las enfermeras. Se cumplieron los preceptos éticos y se consideraron los criterios de rigor.

**Resultados:** Participaron 39 enfermeras entre las entrevistas y el grupo focal. Se realizaron 65 horas de observación participante y se analizó la individualización de 74 planes de cuidados estandarizados. Los cuestionarios (*N-CT-4 Practice*) y (*COM-VA*) fueron cumplimentados por 23 enfermeras participantes en las entrevistas. En referencia al proceso de individualización y al análisis de sus etapas surgieron tres categorías temáticas: Razonamiento clínico, Procedimiento instrumental y Dimensiones y componentes de la persona consideradas en la individualización.

Se identificaron los elementos limitadores y facilitadores del proceso de individualización que fueron categorizados en tres categorías temáticas relacionadas con aspectos organizacionales, profesionales e individuales. Entre otros, se identificaron como elementos limitadores: rutinas adquiridas en las unidades, tradición del registro narrativo, déficit de conocimientos e interés escaso para individualizar. Como elementos facilitadores se identificaron, entre otros: realización de sesiones clínicas de cuidados, uso de planes de cuidados estandarizados y de la terminología ATIC, expertía de la enfermera y predisposición para individualizar.

En cuanto al sentido que otorgan las enfermeras al proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado, las enfermeras le atribuyen una significación condicionada por el contexto organizativo en el que desarrollan su ejercicio profesional y también, una significación relacionada a la prestación de cuidados como representación de la experiencia vivida. Además emergieron sentimientos negativos, ambiguos y positivos de las enfermeras hacia este proceso.

Finalmente, las relaciones entre el registro del proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado, el grado de pensamiento crítico y el nivel de expertía clínica de las enfermeras revelan que la mayoría de enfermeras se encuentran en un grado medio de pensamiento crítico y niveles de expertía medio y medio-alto. Las enfermeras competentes con pensamiento crítico medio se reparten entre una baja coherencia negativa y una alta coherencia positiva, según si la individualización del plan de cuidados es congruente al estado de salud y cuidados que precisa el paciente. La mayoría de enfermeras proficientes presentan un pensamiento crítico medio y una alta coherencia doblemente positiva por ser apropiado el registro de la individualización. Solo una participante de este estudio presenta una muy alta coherencia positiva por ser experta, con un pensamiento crítico de nivel alto y un adecuado registro de la individualización.

**Conclusiones:** Las enfermeras siguen un método sistemático para realizar la individualización del plan de cuidados estandarizado. Esta individualización está influenciada por diversos elementos que la dificultan o facilitan, contribuyendo en un sentido u otro, a la congruencia del resultado de la individualización. Al proceso de individualización se le otorga un significado relacionado con el contexto organizativo y otro vinculado a la prestación de cuidados. Niveles altos de pensamiento crítico y de expertía sugieren una influencia positiva en la congruencia de la individualización del plan de cuidados estandarizado.

**Palabras clave:** enfermería, estudio de método mixto, expertía clínica, hospital, pensamiento crítico, plan de cuidados estandarizado, plan de cuidados individualizado, proceso enfermero, teoría fundamentada, terminología ATIC

# Summary

**Background:** Nursing Process is the systematized work method that allows nurses to follow the reasoning of scientific methodology. It is structured into five phases: assessing, diagnosing, planning, implementing, and evaluating. One of the contributions of the Nursing Process is that the care must be individualized according to the patient and their family's needs. Individualizing means that the nurse formulates diagnoses and plans the necessary care based on the assessment performed on the patient and their family, and evaluates the results obtained. Thus, the care is oriented towards a model centered on the patient and the family. To facilitate the implementation and recording of the diagnoses, planning and evaluation stages of the Nursing Process, it is advisable to use standardized care plans. However, the fundamental element of working with standardized care plans is the individualization process that nurses must perform.

**Aim:** To understand the individualization process of the standardized care plan used by nurses in hospital units.

**Method:** A mixed methods and multicentric study was conducted within the framework of Strauss and Corbin's Grounded Theory. Use of theoretical sampling with maximum variation. Participants were included until the point of theoretical saturation of data was reached. Data collection consist of: individual in-depth interviews, participant observation, document analysis, a focus group and use of the Nursing Critical Thinking in Clinical Practice Questionnaire (*N-CT-4 Practice*) and the Competency assessment questionnaire for nurses in the hospital setting (*COM-VA*). Data of interviews, participant observation, document analysis and the focus group were analyzed following the constant comparison method of Strauss and Corbin's Grounded Theory (open, axial and selective coding). With the results of the questionnaires, a qualitative analysis was carried out, which consisted in a triangulation between the degree of critical thinking, the level of expertise and the record of the individualization process carried out by the nurses. Ethical precepts were fulfilled and rigorous criteria were considered.

**Results:** A total of 39 nurses participated in the study. The participant observation lasting for a total of 65 hours and the individualization of 74 standardized care plans were analyzed. The questionnaires (*N-CT-4 Practice*) and (*COM-VA*) were conducted by 23

nurses participating in the interviews. In reference to the individualization process and the analysis of its stages, three thematic categories emerged: clinical reasoning, instrumental procedure, and dimensions and components of the person considered in the individualization.

Barriers and facilitators elements of the individualization process were identified and categorized into three thematic categories related to the organization, professional and individual aspects. Among others, were identified as barriers: routines acquired in the wards, the tradition of narrative records, lack of knowledge and limited interest in individualization. The identified facilitators included holding clinical care sessions, use of standardized care plans and ATIC terminology, the nurse's expertise and willingness to individualize.

Regarding the meaning given by nurses to the individualization process, the results reveal that nurses attribute to the standardized care plan individualization process a significance conditioned by the organizational context in which they develop their professional practice and a significance related to the delivery of care as a representation of the lived experience. In addition, negative, ambiguous and positive nurses' feelings towards this process emerged.

Finally, the relationships between the record of the standardized care plan individualization process, critical thinking degree and clinical expertise level of nurses reveal that the majority of them are in an intermediate level of critical thinking and medium and medium-high level for expertise. Competent nurses with medium critical thinking are divided between low negative coherence and high positive coherence, depending on whether the care plan individualization is consistent with the health condition and care required by the patient. The majority of proficient nurses present a medium critical thinking and a highly doubly positive coherence because the record of individualization is appropriate. Only one participant in this study has a very high positive coherence for being an expert, with a high critical thinking level and an adequate record of individualization.

**Conclusions:** Nurses follow a systematic method to perform standardized care plan individualization. This individualization is influenced by various elements that hinder or facilitate it, contributing in one way or another, to the congruence of individualization result. The individualization process is given a meaning related to the organizational

context and another specific to the delivery of care. High levels of critical thinking and expertise suggest a positive influence on the congruence of standardized care plans individualization.

**Key words:** critical thinking, grounded theory, hospital, individualized care plan, mixed methods study, nursing, nursing process, clinical expertise, standardized care plan, ATIC terminology





# Capítulo 1

## Introducción

*“Salid y disfrutad”.*

Johan Cruyff (1947-2016).

Final de la Copa de Europa entre F.C. Barcelona y U.C. Sampdoria.

Estadio de Wembley, 20 de mayo de 1992.



## 1.1 Punto de partida de la investigación

### 1.1.1 Contextualización del fenómeno de estudio en la trayectoria profesional de la investigadora.

Acabé de estudiar Enfermería en 1996 en la *Escola Universitària d'Infermeria Santa Madrona*, adscrita a la *Universitat de Barcelona*. En ella me enseñaron a “Saber”, “Saber hacer” y “Saber estar”. Desde el primer curso, la profesora Concepció Ferrer, nos explicó distintos modelos de cuidados y el método para decidir, aplicar y evaluar estos cuidados: el proceso enfermero. Formaba parte de las explicaciones, enseñar qué era un plan de cuidados, qué elementos formaban su estructura y cómo debíamos desarrollarlo.

En todas las prácticas clínicas teníamos que “hacer un” PAE (Proceso de Atención de Enfermería) a un paciente elegido por nosotros. Recuerdo con cierta dificultad que teníamos que llevar a cabo una valoración según el Modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson (Henderson, 1997) y después decidir qué diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes presentaba el paciente. Los diagnósticos enfermeros eran los publicados por Lise Riopelle y sus colaboradoras (Grondin, Lussier, Phaneuf & Riopelle, 1990) y debíamos enunciarlos siguiendo la estructura del formato PES (Problema, Etiología, Sintomatología) es decir, “relacionado con” y “manifestado por”. Además de establecer unos objetivos y planificar unas intervenciones. En aquella época todavía no se hablaba de resultados.

Lo curioso era que en ningún centro público o privado donde realicé las prácticas clínicas se trabajaba con planes de cuidados. Un relato con el que seguramente muchas enfermeras se sienten identificadas.

Después de graduarme y de trabajar en dos centros diferentes del ámbito hospitalario, en el año 2005 aprobé las oposiciones del *Institut Català de la Salut* (ICS) y obtuve plaza de enfermera en el *Hospital Universitari Germans Trias i Pujol* (HUGTP) de Badalona. Allí fue donde me encontré con la agradable sorpresa de que en las unidades de hospitalización de pacientes agudos tenían elaborados planes de cuidados estandarizados en papel. Averigüé que formaban parte del proyecto iniciado en 1996 “*Pla de Cures*” impulsado por la Dirección Enfermera, con el soporte de la Dirección Gerencia del hospital (Juvé-Udina, 2013b). La sistemática consistía en que, al realizar el ingreso de un paciente, si este era por un motivo de ingreso del cual se había elaborado un plan de cuidados

estandarizado, incluíamos las hojas que contenían el plan de cuidados estandarizado en la carpeta de la enfermera, junto con el resto de registros del paciente. Subrayábamos con rotulador fluorescente los diagnósticos que el paciente presentaba del plan de cuidados estandarizado y los cuidados que precisaba. Además anotábamos al lado del diagnóstico la fecha de apertura o cierre, en caso de resolución. Aquel proyecto, impulsado por la Directora Enfermera, la Sra. Núria Martí Carrasco, pretendía transferir a la práctica clínica la teoría aprendida en las universidades. El proyecto de planes de cuidados del HUGTP fue innovador y emprendedor y, junto con los proyectos de planes de cuidados del *Hospital Universitari de Bellvitge* y del *Hospital Verge de la Cinta de Tortosa*, sentaron las bases para que una década después se implantaran los planes de cuidados estandarizados electrónicos en los hospitales del ICS (Juvé-Udina, 2013b).

En el año 2006, la Dirección Gerencia del ICS impulsó un programa de modernización mediante el proyecto Argos, cuyo objetivo era informatizar la historia clínica del paciente en sus hospitales. Simultáneamente, la Coordinación Enfermera de los hospitales del ICS, dirigida por la Dra. Maria Eulàlia Juvé i Udina, inició el programa ARES de armonización de estándares de cuidados, en el marco del plan estratégico, cuyo objetivo principal era “Contribuir a demostrar el impacto de la prestación de cuidados en los resultados clínicos de los pacientes y de productividad de los centros, articulándose en tres líneas operativas: expertía clínica, gestión del conocimiento (programa ARES) y contexto organizativo” (Juvé-Udina, 2013b).

El programa ARES tiene como objetivos principales definir, implementar y evaluar los planes de cuidados estandarizados, de forma consensuada y en base a las evidencias disponibles. En él, enfermeras de los hospitales del ICS, denominadas enfermeras superusuarias de sistemas de información y metodología (o de gestión del conocimiento), se reúnen desde 2007 periódicamente y actúan como nodos de comunicación con las enfermeras asistenciales para elaborar, consensuar y revisar planes de cuidados estandarizados (Castellà-Creus et al., 2011; Juvé-Udina, 2013b). Para la elaboración de estos planes de cuidados estandarizados y el registro de toda la información estructurada del estado y la evaluación de los pacientes, se adoptó la terminología ATIC. Un vocabulario controlado, de tipo vocabulario de interfase, que permite la normalización del lenguaje enfermero a la práctica clínica (Juvé-Udina, 2012h).

Durante los primeros 10 años del programa ARES trabajé de enfermera superusuario en el HUGTP. Fue una experiencia enriquecedora a nivel profesional y personal. Los

conocimientos que adquirí los considero muy valiosos y siempre los llevaré conmigo. Los cuatro primeros años los dediqué, junto con el resto de enfermeras superusuarias del hospital, a la implantación de un Sistema de Información Asistencial (SIA) de cuidados enfermeros en las unidades de hospitalización de agudos. Este SIA permitió la implantación de planes de cuidados estandarizados en formato electrónico. Además, formaba parte de mi trabajo elaborar planes de cuidados estandarizados acordados con las enfermeras asistenciales para posteriormente ser armonizados y puestos en común en el programa ARES. Una vez aprobados estos planes de cuidados estandarizados, las enfermeras superusuarias los introducíamos en la base de datos del SIA y lo comunicábamos a las enfermeras asistenciales y gestoras correspondientes para que empezaran a ser aplicados a los pacientes. También realizaba docencia, tanto de forma estructurada en clases o talleres, como en forma de soporte presencial en las unidades, sobre el SIA y la aplicación de planes de cuidados estandarizados y su individualización.

Con el paso de los años, advertí que el hecho de que me propusieran dejar la asistencia para pasar a ser una enfermera superusuario en sistemas de información y metodología, me permitió ver las cosas desde otro ángulo. Me refiero a que empecé a observar cómo trabajan las enfermeras, qué dinámicas establecidas siguen, cómo y cuándo registran en el SIA. Como parte de mis responsabilidades, entraba en los planes de cuidados de los pacientes para comprobar si tenían seleccionado el plan de cuidados estandarizado adecuado y si los diagnósticos e intervenciones se correspondían con lo que las enfermeras registraban en las notas evolutivas. Si encontraba incongruencias acudía a la unidad donde se encontraba el paciente ingresado y le explicaba a la enfermera cuál era el plan de cuidados estandarizado adecuado o qué elementos se recomendaba añadir o eliminar del plan de cuidados. Las enfermeras me lo agradecían y era en estos momentos en los cuales ellas me explicaban sus dudas, preocupaciones e inquietudes para trabajar con planes de cuidados. Entre mis observaciones y las aportaciones de las enfermeras empecé a preguntarme hasta qué punto el proceso enfermero había podido ser implementado y más concretamente si los cuidados administrados eran guiados por lo que se diagnostica y planifica en el plan de cuidados. Si se tienen en cuenta las especificaciones de cada paciente y su familia, o bien si se administraban unos cuidados genéricos predeterminados por el diagnóstico médico de ingreso. Todas estas preguntas y mi convencimiento de que las enfermeras deben proporcionar a los pacientes y a su

familia unos cuidados metódicos, individualizados y basados en la evidencia científica es lo que me ha conducido a desarrollar esta Tesis Doctoral.

### **1.1.2 Problema de investigación.**

Después de más de 40 años desde la introducción del proceso enfermero en los planes de formación de la Diplomatura de Enfermería y más recientemente en el Grado de Enfermería, más de 20 años de instaurar planes de cuidados estandarizados en papel en el *Hospital Universitari Germans Trias i Pujol*, y de más de una década de implantación del programa ARES en los hospitales del ICS, existe cierto desconocimiento sobre en qué estado se encuentra la transferibilidad de los conocimientos adquiridos en la universidad a la práctica clínica diaria, cómo se realiza el proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado y su registro en la historia clínica. Así como qué factores influyen en el proceso de individualización, qué sentido le otorgan las enfermeras y cómo contribuyen el grado de pensamiento crítico y el nivel de expertía de la enfermera en este proceso.

Por estas razones se han formulado las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Cómo realizan las enfermeras el proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado en las unidades de hospitalización de agudos?
2. ¿Qué factores influyen en este proceso de individualización en las unidades de hospitalización de agudos?
3. ¿Qué sentido tiene para las enfermeras el plan de cuidados estandarizado y su individualización en las unidades de hospitalización de agudos?
4. ¿Existe alguna relación entre la congruencia de la individualización del plan de cuidados estandarizado, el grado de pensamiento crítico y el nivel de expertía clínica de las enfermeras en las unidades de hospitalización de agudos?

## **1.2 Antecedentes**

### **1.2.1 Proceso Enfermero.**

En la última mitad del siglo XX, existía un descontento entre las enfermeras sobre cómo se administraban los cuidados a los pacientes. Estos se orientaban en tareas, la individualización era escasa y en general había una baja satisfacción laboral. (de la Cuesta, 1983). La asistencia se centraba en la enfermedad y se desarrollaba con el cumplimiento de las prescripciones médicas. Los cuidados enfermeros que se procuraban y que no eran derivados de las órdenes médicas se basaban habitualmente en la intuición y la experiencia de la enfermera (Kozier, Erb, Blais, & Wilkinson, 1999). Fue en este contexto que se desarrolló el proceso enfermero.

Según Marriner (1983), un proceso es un método para realizar algo, que por lo general abarca cierto número de pasos y que intenta lograr un resultado particular. Benavent, Ferrer, y Francisco (2003) refieren que esta sucesión de pasos o acciones están vinculadas entre sí y que pueden ser acciones de pensar o de ejecutar.

El proceso enfermero ha evolucionado a lo largo de su historia en tres períodos diferenciados:

#### Primer período (1950-1970)

El término proceso enfermero fue empleado por primera vez en 1955 por Lydia Hall en una conferencia en Nueva Jersey sobre la calidad de la asistencia sanitaria. La afirmación histórica que pronunció en esta conferencia fue: “La asistencia sanitaria es un proceso” (Hernández-Conesa & Esteban-Albert, 1999; Yura & Walsh, 1967). A partir de este punto otras enfermeras empezaron a profundizar en la descripción de este proceso mediante el desarrollo de sus etapas. En 1957, Kreuter estableció el proceso enfermero en tres fases que consistían en la coordinación, planificación y evaluación de los cuidados enfermeros. En 1959, Jonhson definió las fases como valoración de las situaciones, toma de decisiones y realización de un conjunto de acciones diseñadas para resolver y evaluar los problemas de Enfermería. Más tarde, en 1961, Orlando denominó a las fases comportamiento del cliente, reacción de la enfermera y acciones de la Enfermería. Además, introdujo el



concepto de que el proceso enfermero era interactivo y finalmente, Wiedenbach en 1963 especificó las fases en identificar la ayuda necesaria, prestar esa ayuda y verificar que la ayuda fue proporcionada (Kozier et al., 1999).

En 1966, Knowles describió las actividades que deben realizar las enfermeras conocido como modelo de las “cinco D” y que dependen de la maestría de la enfermera para su realización: a) descubrir; b) profundizar (en inglés, *delve*); c) decidir; d) hacer (en inglés, *do*) y e) discriminar. Esta última se refiere a que la enfermera establece prioridades mediante la evaluación de los problemas y necesidades del paciente (Kozier et al., 1999).

El nexo de unión de todas estas enfermeras era que describían el proceso enfermero resumido en tres etapas que consistían en valorar, planificar y ejecutar. Debido a que la enfermera identificaba, planificaba y administraba los cuidados necesarios para el paciente (González-Castillo & Monroy-Rojas, 2016).

En 1967, el comité norteamericano *Western Interstate Commission on Higher Education* definió el proceso de asistencia sanitaria como “la relación que se establece entre un paciente y una enfermera en un determinado entorno” y enunció los pasos del proceso enfermero como percepción y comunicación, interpretación, intervención y discriminación (Kozier et al., 1999; Yura & Walsh, 1967). En 1967, un grupo de profesores de la escuela de asistencia sanitaria de la *Catholic University of EE.UU.*, entre las que se encontraban las enfermeras Helen Yura y Mary Walsh (1967), formalizan la Teoría del proceso enfermero. Estas autoras añaden al proceso enfermero la fase de evaluación, pasando este a ser descrito en cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. La importancia de añadir la fase de evaluación radica en que evidencian que deben comprobarse los resultados obtenidos (González-Castillo & Monroy-Rojas, 2016). Estas autoras incluían emitir diagnósticos y ordenarlos según su prioridad como el primer paso de la fase de planificación (Yura & Walsh, 1967).

Posteriormente Virginia Henderson en 1965 formuló, en el marco de su modelo de cuidados, que el proceso enfermero contenía las mismas etapas que el método científico (Kozier et al., 1999).

## Segundo período (1970-1990)

En esta etapa emerge el razonamiento clínico como juicio para determinar qué problemas presenta el paciente y su familia, con la finalidad de poder planificar las intervenciones adecuadas para su resolución o mitigación (González-Castillo & Monroy-Rojas, 2016).

Este juicio clínico debe interpretarse como la emisión de un diagnóstico de los problemas del paciente a partir de los signos y síntomas que este presente (Hernández-Conesa & Esteban-Albert, 1999).

En 1973, la *American Nursing Association* estableció los estándares para la práctica enfermera que consistían en describir el proceso enfermero en cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación (Kozier et al., 1999).

Posteriormente Bloch en 1974, Gebbie y Lavin en 1975, así como Roy y Aspinall en 1976, ratificaron el diagnóstico como el quinto elemento del proceso que se correspondía con la fase posterior a la valoración (Kozier et al., 1999; Phaneuf, 1999).

El proceso enfermero se caracteriza por ser sistemático, cíclico y dinámico, centrado en la persona, universal, fundamentado y estructurador:

- a) Sistemático: proceso ordenado que no se rige por el azar (Phaneuf, 1999).
- b) Cíclico y dinámico: sus etapas están relacionadas entre sí y a veces se superponen (Kozier et al., 1999). Además, la aparición de nuevos signos, síntomas o manifestaciones en la persona provocan que necesite actualizaciones continuas (Phaneuf, 1999).
- c) Centrado en la persona: permite la participación de la persona y favorece la individualización de los cuidados según sus necesidades (Kozier et al., 1999; Phaneuf, 1999).
- d) Universal: se puede aplicar en diferentes situaciones de salud como en los cuidados de promoción de la salud o prevención de la enfermedad, cuidados agudos o cuidados de larga estancia y en todos los grupos de edad (Kozier et al., 1999; Phaneuf, 1999).
- e) Fundamentado: debe basarse en un modelo conceptual que le aporte significado (Phaneuf, 1999).
- f) Estructurador: organiza la información en la historia clínica (Phaneuf, 1999).

Fue en este período y contexto que el proceso enfermero desarrollado por enfermeras docentes universitarias de Estados Unidos y Canadá como un método para comprender y enseñar la Enfermería, se transfirió en la década de los 70 a Europa a través de Gran Bretaña, donde se vio en él una oportunidad para mejorar la calidad de los cuidados y aumentar la satisfacción de las enfermeras (de la Cuesta, 1983).

### Tercer período (a partir 1990)

En este período, dos factores producen un nuevo enfoque del proceso enfermero. El primero se asocia a la aseveración de que las enfermeras deben poseer habilidades metacognoscitivas y de pensamiento crítico para desarrollar el proceso enfermero (Alfaro-LeFevre, 2009; Pesut & Herman, 1998). El segundo implica la necesidad de las instituciones de salud de medir y conocer los resultados en los pacientes relacionados con la prestación de cuidados enfermeros. Estos dos factores orientan el proceso enfermero hacia la consecución de resultados, entendidos como condiciones o conductas que puede seguir el paciente o su familia. Este enfoque supera los objetivos que redactaban las enfermeras en los anteriores períodos y con los cuales no se sabía con precisión el efecto de los cuidados en el paciente o familia (González-Castillo & Monroy-Rojas, 2016). Es en este período que se introduce la identificación de resultados como integrante de la fase de planificación (Alfaro-LeFevre, 2009).

Según Alfaro-LeFevre (2009) “El proceso enfermero es un método sistematizado de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de resultados de forma eficiente” (p.4).

La descripción de las cinco fases del proceso enfermero según esta autora incluye:

1. Valoración: obtener información del estado de salud del paciente para detectar los problemas de salud y factores de riesgo.
2. Diagnóstico: analizar los datos obtenidos en la valoración para identificar los problemas o situaciones de salud (reales y de riesgo).
3. Planificación: determinar resultados y establecer las intervenciones adecuadas para la consecución de los resultados. En esta fase deben determinarse qué problemas (diagnósticos) son prioritarios abordar.
4. Ejecución: poner en práctica el plan ejecutando las intervenciones.

5. Evaluación: determinar en qué medida se han logrado los resultados y especificar si hay que introducir cambios.

La representación del proceso enfermero es cíclica y circular, por el vínculo que se establece entre la valoración y la evaluación del estado del paciente y por cómo estas fases condicionan al resto (Juvé-Udina, 2013b).

Tanto para el profesional como para el paciente, el proceso enfermero es ventajoso. Al profesional le ofrece un método sistemático de toma de decisiones y le permite elaborar un plan de cuidados individualizado. Al paciente lo concibe como una persona singular a la cual se le administran y se le hace partícipe de unos cuidados personalizados (American Nurses Association, 2015; Juvé-Udina, 2013b; Rodrigues-Alves, 2007).

### **1.2.2 Plan de Cuidados.**

Una de las acepciones de la palabra “plan” hace referencia a “proyecto ordenado de algo a realizar” (Enciclopèdia Catalana, 2019). El concepto plan de cuidados está basado en esta acepción porque integra los elementos concernientes a la organización del trabajo de los profesionales enfermeros (Phaneuf, 1999). Según Phaneuf (1999) un plan de cuidados incluye “los diagnósticos enfermeros, los objetivos (resultados) e intervenciones que sirven para prever, organizar y evaluar los cuidados enfermeros” (p.203). En consecuencia, el registro de las fases de diagnóstico, planificación y evaluación del proceso enfermero se realiza mediante el plan de cuidados (Bokhour et al., 2018), que consiste en un pacto de cuidados entre la enfermera y el paciente/familia (Juvé-Udina, 2012d).

Un plan de cuidados puede aplicarse en todos los ámbitos de atención enfermera desde atención primaria, a la hospitalaria y socio-sanitaria. En el ámbito hospitalario pueden utilizarse en hospitalización de críticos, semicríticos, agudos, posagudos y domiciliaria. También pueden incluirse en aquellas unidades o servicios en los que los pacientes permanecen algunas horas, como en urgencias, reanimación u hospitales de día. En estos casos, para que las enfermeras asistenciales los encuentren adecuados, las enfermeras gestoras deben buscar soluciones para introducirlos y adaptarlos a los requerimientos de estas unidades o servicios (Phaneuf, 1999).

El plan de cuidados implica la planificación de los cuidados y su registro (Ballantyne, 2016) en la historia clínica del paciente (Svensson, Ohlsson, & Wann-Hansson, 2012). Su razón de ser la refuerza el marco legal establecido por la ley 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de documentación clínica, que establece que en la historia clínica ha de constar entre otros, la planificación de los cuidados.

Los planes de cuidados contienen una serie de elementos que conforman su estructura. Uno de estos elementos son los diagnósticos enfermeros, entendidos como los juicios clínicos que emiten los profesionales enfermeros tras analizar los datos obtenidos en la valoración (Juvé-Udina, 2016). Los diagnósticos pueden ser reales o de riesgo. Los diagnósticos reales son confirmados por la presencia de manifestaciones, signos y síntomas y los diagnósticos de riesgo indican la existencia de una predisposición, vulnerabilidad o factores de riesgo para una complicación o evento adverso (Carpenito, 2003; Juvé-Udina, 2016). Tanto las características de normalidad individual como los signos y síntomas y los factores de riesgo se identifican en la valoración (Juvé-Udina, 2013b).

Otros elementos del plan de cuidados son las intervenciones. Una intervención enfermera es “la prescripción de la prestación de cuidados enfermeros derivada del diagnóstico para abordar su prevención, resolución y/o paliación” (Juvé-Udina, 2013b, p.123). Están basadas en el conocimiento y el juicio clínico (McCloskey & Bulechek, 2005).

Las intervenciones pueden estar asociadas a actividades. Estas son acciones para realizar una intervención (McCloskey & Bulechek, 2005). Según Juvé-Udina (2013b), las actividades son un tipo de “especificaciones que caracterizan una intervención” (p.123).

Los planes de cuidados también pueden incluir resultados. Estos se refieren a un estado, conducta o percepción en respuesta a las intervenciones enfermeras (Moorhead, Johnson, & Maas, 2005, p. XXI). Juvé-Udina (2016) los define como “juicios clínicos sobre la evaluación del estado de salud una vez realizadas las intervenciones enfermeras” (p.28).

Según el nivel poblacional al que van dirigidos los planes de cuidados pueden clasificarse en planes de cuidados estandarizados o planes de cuidados individualizados (Juvé-Udina et al., 2019):

a) Plan de cuidados estandarizado:

Estos planes identifican unos diagnósticos para una situación determinada y detallan los cuidados preestablecidos para esa situación (Carpenito, 2003). Según Juvé-Udina (2012h) “en un plan de cuidados estandarizado se determinan los diagnósticos reales y/o de riesgo y las intervenciones enfermeras para la obtención de resultados de salud de un conjunto de pacientes definido en base al motivo de atención” (p.41).

El plan de cuidados estandarizado es “una herramienta dinámica de conocimiento disciplinar que responde a las preguntas ¿Por qué debe hacerse? (diagnóstico / resultados), ¿Qué debe hacerse? (intervenciones), ¿Cuándo debe hacerse? (programación de las intervenciones) y ¿Quién debe hacerlo? (profesional o cuidador que lo realizará)”. (Juvé-Udina, 2013b, p. 120).

Los planes de cuidados estandarizados “son parte del capital intelectual de las enfermeras en un contexto. Son herramientas de salud poblacional, que para ser aplicadas a nivel individual, deben ser ajustadas mediante la individualización”. (Juvé-Udina et al., 2019).

b) Plan de cuidados individualizado:

Estos planes incluyen los diagnósticos e intervenciones adicionales no incluidos en el plan de cuidados estandarizado que necesita un paciente determinado (Carpenito, 2003). Según Juvé-Udina (2013b, p. 129) son una “síntesis registrada de la operativa del proceso enfermero en la prestación de cuidados de un paciente concreto” (...), “un pacto de cuidados entre la persona atendida y la enfermera” (Juvé-Udina, 2012d).

La literatura establece el primer plan de cuidados estandarizado en 1985, creado por Bower y Zander en el *New England Medical Center* en Boston, Massachusetts (Jakobsson & Wann-Hansson, 2013).

Incorporar planes de cuidados estandarizados a la documentación enfermera evita escribir los diagnósticos e intervenciones comunes y así, ahorrar tiempo de registro. Además,

orientan a las enfermeras de nueva incorporación sobre los cuidados habituales (Carpenito, 2003).

Sin embargo, diversos autores aconsejan que el plan de cuidados estandarizado debe individualizarse a las necesidades específicas de cada paciente para obtener un plan de cuidados individualizado. Además disuaden en la utilización del plan de cuidados estandarizado como único instrumento, prescindiendo de los diagnósticos e intervenciones adicionales que requiere cada persona (Alfaro-LeFevre, 2009; Juvé-Udina, 2013b).

Los planes de cuidados estandarizados han de estar basados en la evidencia científica (Nussbaum et al., 2014) y en las mejores prácticas (Svensson et al., 2012). En caso de no disponer de evidencia, el conocimiento debe basarse en la experiencia, pero esta debe ser expuesta con claridad (Turunen-Olsson, Petersson, Willman, & Gardulf, 2014).

Según Juvé-Udina (2013b), los planes de cuidados estandarizados suelen incluir un diagnóstico principal y otros de secundarios. El diagnóstico principal es la causa que origina la necesidad de la prestación de cuidados. Este diagnóstico suele ser de riesgo y concentra el mayor número de las intervenciones. El diagnóstico secundario origina la necesidad de cuidado adicional. Destacar que la priorización del diagnóstico principal no excluye la consideración apropiada que merecen los diagnósticos secundarios (Juvé-Udina, 2017b, 2017c).

Según esta misma autora, debido a su gravedad, severidad y a su potencialidad para producir complicaciones, el diagnóstico principal produce la mayor necesidad de cuidados enfermeros en relación a la inmediatez en su abordaje, la intensidad y/o complejidad de cuidados. Por esta razón, puede ser un indicador de severidad y/o riesgo de mortalidad. La intensidad se asocia al riesgo de complicaciones críticas y de muerte. La complejidad se relaciona con las comorbilidades y otras características de cada paciente (Juvé-Udina, 2017b, 2017c; Juvé-Udina et al., 2019).

Los planes de cuidados pueden ser de utilidad para medir los cuidados enfermeros (Ballantyne, 2016), concretamente el cálculo del peso del diagnóstico principal puede ser beneficioso para medir la intensidad y complejidad de los cuidados y en consecuencia, asignar los recursos enfermeros necesarios (Juvé-Udina, 2017b).

Asimismo, los planes de cuidados son una guía en la toma de decisiones clínicas de las enfermeras y aseguran unos cuidados de calidad y seguros a los pacientes y sus familias (Svensson et al., 2012).

### **1.2.3 Terminología ATIC.**

Los lenguajes enfermeros permiten nombrar y describir el cuerpo de conocimientos enfermeros (Törnvall & Jansson, 2017). A la vez, posibilitan compartir e intercambiar información del paciente propiciando una correcta interpretación. Favorecen la adherencia a los estándares de atención y fomentan la visibilidad de las intervenciones y resultados enfermeros. También facilitan la generación de unos registros precisos y completos que además, pueden ser utilizados para la investigación. Su existencia permite registros estructurados, necesarios para la seguridad y eficiencia de los cuidados administrados a los pacientes (Lee, Jeon, & Kim, 2019).

El proceso enfermero y los planes de cuidados estandarizados favorecieron el uso de vocabularios enfermeros normalizados o controlados (González-Samartino, 2017). Los vocabularios controlados son “agrupaciones sistemáticas de conceptos que contribuyen a organizar la información de las bases de conocimiento de una disciplina” (Juvé-Udina, 2012d, p.64). Dentro de estos vocabularios controlados se encuentran las terminologías enfermeras. Una terminología enfermera es “un sistema conceptual jerárquico, un conjunto de etiquetas diseñado de forma sistematizada que representan conceptos específicos de interés de las ciencias enfermeras” (Juvé-Udina, 2012d, p.64). Esta autora refiere que los sistemas de lenguaje enfermero se clasifican en dos grandes grupos: vocabularios o lenguajes de referencia y vocabularios de interfase:

- 1) Lenguajes de referencia. Entendidos como vocabularios de salida que se desarrollaron y deberían emplearse esencialmente para la agregación, el análisis y la explotación de datos, entre los que se incluyen:
  - a) Nomenclatura: “sistema terminológico basado en normas preestablecidas” (Juvé-Udina, 2012d, p. 64). Ejemplos: Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms (SNOMED\_CT) e International Classification for Nursing Practice (ICNP) (Juvé-Udina, 2012a, p.22).



- b) Clasificación: “Agregación sistemática de datos. Jerarquizada en grupos o clases mutuamente excluyentes” (Juvé-Udina, 2012d, p. 64). Ejemplos: North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Interventions Classification (NIC), Nursing Outcomes Classification (NOC) (Juvé-Udina, 2012a, p.22).
  - c) Por otro lado, una taxonomía es un “Método de clasificación sistemática de un vocabulario sobre un concepto específico” (Juvé-Udina, 2012d, p. 64). Ejemplo: NANDA-I (Juvé-Udina, 2012a, p. 22).
- 2) Lenguajes de interfase. Especialmente desarrollados para facilitar la introducción de datos, por parte de las enfermeras, en los sistemas de información asistenciales, que se caracterizan por una mayor especificidad de sus conceptos y el uso de términos más próximos al lenguaje natural de los profesionales (Juvé-Udina, 2012a).

En el otro extremo de los vocabularios controlados se encuentra el lenguaje natural de las enfermeras. Este es el que utilizan en la práctica clínica y es considerado un vocabulario no controlado (Juvé-Udina, 2012a). Es en la necesidad de establecer un puente de unión entre los vocabularios controlados y los no controlados que se desarrollaron las terminologías de interfase. La característica fundamental de los lenguajes de interfase es que son sistemas conceptuales que actúan de puente entre el lenguaje natural y las necesidades de codificación de los sistemas de información asistenciales (Juvé-Udina, 2013a).

La terminología ATIC es una terminología de interfase. Su denominación es el acrónimo de: Arquitectura, Terminología, Interfase - Información - Enfermería (*Infermeria*) y Conocimiento. Empezó a desarrollarse en 1992 por la Dra. Juvé-Udina y es una terminología matricial y orientada a conceptos. Su finalidad es representar el proceso de prestación de cuidados de forma circular e iterativa (Juvé-Udina, 2017c).

La estructura matricial de ATIC organiza todos los elementos en tres niveles: elementos estructurantes (agrupadores), básicos y moleculares o atómicos (especificaciones).

Los elementos estructurantes incluyen dimensiones, categorías, componentes y metaconceptos que derivan de la conceptualización interpretativa de los conceptos del

metaparadigma enfermero persona, salud, entorno y enfermería (Juvé-Udina, 2012a, 2012b, 2012c, 2016, 2017c).

Los elementos básicos, moleculares y atómicos se organizan en los tres ejes principales de la terminología: valoración, diagnóstico e intervención, presentados más adelante, así como en sus ejes complementarios (Juvé-Udina, 2016, 2017c).

Su validez y fiabilidad han sido evaluadas obteniendo resultados notables. Concretamente la validez inductiva a través de su fundamentación filosófica y teórica (Juvé-Udina, 2012a, 2012b, 2012c, 2012d), la validez lógica (Juvé-Udina, 2012e), la validez de contenido (Juvé-Udina, 2012f), la validez de criterio (Juvé-Udina, 2012g) y finalmente su fiabilidad (Juvé-Udina, 2013a).

Los términos que la constituyen poseen un nivel de especificidad mayor que el de otros lenguajes enfermeros y un bajo grado de abstracción por su afinidad al lenguaje natural de los profesionales de la salud. De este modo se contribuye a minimizar las incoherencias en los registros y las resistencias para su utilización (González-Samartino et al., 2017; Juvé-Udina, 2018).

Los resultados de diversos estudios han demostrado que ATIC es de utilidad en la práctica asistencial (Juvé-Udina, 2012h, 2017c; Solà-Miravete et al., 2018) y recientemente, que puede ser de utilidad para medir la complejidad y la intensidad de los cuidados y así poder adecuar la ratio de enfermeras a las necesidades de cuidados de los pacientes (Adamuz-Tomás et al., 2018; Juvé-Udina et al., 2017a; Juvé-Udina, 2017b, Juvé-Udina et al., 2019).

La terminología ATIC se estructura en tres ejes principales:

- a) Eje valoración: representa los elementos de valoración integral y focalizada, inicial y continuada (Juvé-Udina, 2017c).
  
- b) Eje diagnóstico: incluye la representación de los juicios clínicos enfermeros, que representan los problemas o situaciones de salud (o sus resultados), dentro del ámbito de responsabilidad profesional. Para orientar en la priorización diagnóstica, se describen distintas tipologías de diagnósticos (diagnóstico principal, diagnósticos secundarios). La autora también los clasifica según su propósito en: diagnósticos orientados a la autonomía, a la vigilancia, al bienestar y control de síntomas, de lesiones y dolencias físicas y de emergencia y actuación urgente (Juvé-Udina, 2017c).

Este eje también incluye los denominados diagnóstico de agrupación que incorporan el abordaje de varios problemas con etiología común (Juvé-Udina, 2017c), como por ejemplo, la Inmadurez fisiológica del neonato (Juvé-Udina et al., 2015).

- c) Eje intervención: representa las prescripciones enfermeras para la planificación y la prestación de cuidados, así como parte de sus especificaciones (Juvé-Udina, 2017c). Este eje incluye intervenciones para atender las necesidades de comunicación y psicosociales de los pacientes y sus familias (Juvé-Udina et al., 2014).

ATIC no contempla un eje de resultados por separado. Los resultados se incluyen como parte de los ejes de valoración y diagnóstico, bajo la premisa de que la identificación de resultados se integra cuando la enfermera emite un juicio clínico en base a la evaluación de la evolución del estado de la persona, (Juvé-Udina, 2017c).

El uso de ATIC en la práctica asistencial empezó en 2007 en el ámbito hospitalario con su incorporación como lenguaje para la representación y el registro del proceso de prestación de cuidados enfermeros en el SIA del ICS. En 2011, se incluyeron las primeras unidades de salud mental en agudos. En 2013, progresó su implementación al ámbito socio-sanitario y en centros hospitalarios de otros proveedores del Sistema público de Salud de Cataluña (SISCAT). En 2014, empezaron a implantarse hospitales de día y en 2018, se ha iniciado la implantación de este lenguaje en el ámbito de atención primaria y comunitaria de toda Cataluña.

Por otro lado es un lenguaje mapeado a los principales sistemas de clasificación enfermeros y multidisciplinares.

Los códigos asignados a los términos de ATIC se relacionan mediante una equivalencia con los códigos de algunas terminologías de referencia como ICNP, CCC, NANDA I y CIE-9. Esto permite la interoperabilidad semántica entre estas terminologías (Juvé-Udina, 2012g, 2016).

La terminología ATIC favorece el registro del proceso enfermero mediante una práctica reflexiva, facilita la mejora de la continuidad, la calidad y seguridad de los cuidados enfermeros (Juvé-Udina, 2012h) y especialmente, garantiza una prestación de cuidados individualizada (Juvé-Udina, 2018).

#### **1.2.4 Sistemas de Información Asistenciales e Historia Clínica Electrónica.**

Dentro de las responsabilidades de los profesionales enfermeros se incluye el registro de la prestación de cuidados. Este registro consiste en documentar de manera escrita, completa y exacta la valoración, diagnósticos, prescripciones enfermeras y la evolución del paciente. (López-Cocotle, Moreno-Monsiváis, Saavedra-Vélez, Espinosa-Aguilar, & Camacho-Martínez, 2018; Torrecilla-Cilleros, 2015). La documentación clínica contribuye en las diversas áreas de la profesión enfermera. A nivel asistencial, favorece la continuidad de los cuidados y protege los derechos de los pacientes. En la gestión, sirve para evaluar la calidad de los cuidados y planificar futuras políticas de salud. En la docencia, es útil para ayudar a los estudiantes en el proceso de aprendizaje y en la investigación clínica contribuye con la aportación de datos. Finalmente, se considera un documento legal que verifica la asistencia prestada. (Blair & Smith, 2012; Scruth, 2014; Torrecilla-Cilleros, 2015).

En los últimos años, se han publicado estudios que inciden en la importancia del registro de los cuidados. Antinaho, Kivinen, Turunen, y Partanen (2015, p.3) incluyen la documentación del paciente dentro de la categoría “*cuidados que aportan valor añadido*”. Esta categoría incluye la planificación de los cuidados y el tratamiento aplicado. Otros estudios vinculan el contenido de los registros con la prevención de posibles complicaciones, la detección precoz del deterioro del estado del paciente (Brier et al., 2014; Collins et al., 2013; Collins, 2014) y su seguridad (González-Samartino et al., 2017).

Actualmente es fundamental que los registros enfermeros faciliten un modelo de cuidados centrado en el paciente y familia a través de la plasmación registrada del proceso enfermero (Torrecilla-Cilleros, 2015).

En las últimas décadas, la necesidad de transformar datos en información y conocimiento ha favorecido el desarrollo de SIA (Akhu-Zaheya et al., 2018).

Los SIA son concebidos para introducir, manejar, transmitir, almacenar y procesar información dentro del sector de la salud. Permiten un mejor uso, legibilidad y calidad de los datos (Moucheraud et al., 2017). Con un adecuado diseño, pueden favorecer unos cuidados eficientes y administrar el coste de la atención sanitaria. Si además, incorporan herramientas que ofrecen soporte a las decisiones clínicas, promueven la captura de datos

automática des del mismo punto de cuidados, usan el mismo dato para más de un propósito (Hardiker, Dowding, Dykes, & Sermeus, 2019) y proporcionan datos agregados para el análisis (Luna, Rhine, Myhra, Sullivan, & Kruse, 2016), es más probable que mejoren la calidad de los cuidados y en consecuencia los resultados de los pacientes (Hardiker et al., 2019).

Un factor importante dentro de un sistema de salud es la interoperabilidad entre sus sistemas de información asistenciales. Esta interoperabilidad es la que permite entre SIA compartir y recopilar información sobre los datos demográficos, diagnóstico por imagen, sistemas de prescripción y administración de medicamentos, laboratorio, y la prestación de cuidados. Así mismo, permite la conectividad con otros ámbitos asistenciales como la atención primaria, entre otros. Esta interoperabilidad no sólo debe favorecerse entre los distintos componentes del SIA de un mismo centro, sino también entre diferentes ámbitos asistenciales e incluso diferentes áreas geográficas (Dobrow, Bytautas, Tharmalingam, & Hagens, 2019).

Los SIA deben ser “*user-friendly*” (Chang, Lee, Liu, & Mills, 2016). Asimismo, en su desarrollo tendrían que participar enfermeras conocedoras de la organización del trabajo de los centros donde van a ser implementados. En caso contrario, puede incurrirse en desarrollar SIA utilizando un enfoque basado en la antigua documentación escrita, en donde podía haber dificultades para reflejar el proceso enfermero (Hardiker et al., 2019).

Con la finalidad de que las enfermeras se ocupen esencialmente del registro de la toma de decisiones y sus resultados, se aconseja crear bases de conocimiento en los SIA (Juvé-Udina, 2005). Estas bases de conocimiento están constituidas por los elementos terminológicos y los estándares que apoyan la práctica enfermera (Häyrinen, Lammintakanenb, & Saranto, 2010). Concretamente en los SIA diseñados para representar la prestación de cuidados, los estándares refieren al empleo de planes de cuidados estandarizados y su individualización (Juvé-Udina, 2012h).

En 1989, el modelo conceptual de Graves y Corcoran relacionó la producción del conocimiento enfermero con los SIA (Juvé-Udina, 2012d). Este modelo denominado DIK (*Data* (Dato), *Information* (Información), *Knowledge* (Conocimiento)) tiene por objetivo hacer visible el trabajo de las enfermeras a través de la gestión y proceso de los datos, información y conocimiento enfermeros para apoyar la práctica clínica. Posteriormente, Nelson y Joos, añadieron un cuarto elemento al modelo, *Wisdom* (Pericia). Por

consiguiente, el acrónimo del modelo pasó a ser DIKW (Ronquillo, Currie, & Rodney, 2016). En este modelo los datos representan las unidades básicas de información, una vez los datos se organizan, interpretan y se contextualizan se obtiene información y con la integración y comprensión de la información se obtiene conocimiento. Finalmente, la pericia consiste en aplicar con profesionalidad el conocimiento teórico y experiencial a la práctica (Ronquillo et al., 2016; Juvé-Udina, 2018). La *American Nurses Association's Scope and Standards for Nursing Informatics* integró este modelo en 2008 (Ronquillo et al., 2016) y desde entonces “sigue representando la base teórica de la disciplina enfermera para la construcción de modelos de datos” (Juvé-Udina, 2018, p.67). Si bien, con adaptaciones a la era tecnológica actual por medio de la incorporación del “*e-patient*” (e-paciente) en el denominado *DIKW Collaborative Model* (DIKW Modelo Colaborativo) (Ronquillo et al., 2016).

Con la implementación de los SIA, la historia clínica en papel innovó a historia clínica electrónica (Chang et al., 2016). Así, la calidad de los registros electrónicos se mide mediante las siguientes cualidades (Ayaad et al., 2019):

- a) Eficiencia: es accesible y fácil de usar.
- b) Disponibilidad: es la correcta funcionalidad.
- c) Cumplimiento: es la habilidad del sistema para lograr cumplir las órdenes.
- d) Privacidad: es el nivel de seguridad y protección de información del paciente que ofrece.

La transición de historia clínica de papel a electrónica requiere de una inversión en tiempo, recursos económicos y humanos. De esta manera la implementación y el aprendizaje por parte de los profesionales son más satisfactorios (Bjarnadottir, Herzig, Travers, Castle, & Stone, 2017).

La historia clínica electrónica ha permitido la introducción de planes de cuidados estandarizados electrónicos que deberían posibilitar el registro de la individualización de los cuidados. Para este propósito, es condición indispensable, que el diseño del SIA incorpore la funcionalidad de poder actualizar y modificar el Plan de Cuidados electrónico en función de la evolución del estado del paciente durante todo el ingreso (Rouleau et al., 2017).

Por otro lado, para la aplicación del proceso enfermero, además de emplear una terminología enfermera y planes de cuidados electrónicos, es necesario que la enfermera desarrolle a lo largo de la vida profesional su pensamiento crítico y expertía clínica.

### **1.2.5 Pensamiento crítico.**

El pensamiento crítico se diferencia del pensamiento común porque es un proceso cognitivo controlado y deliberado que persigue un objetivo; permitiendo tomar la mejor decisión en cada situación (Alfaro-LeFevre, 2017; Johanson, 2019). Facione (1990) en su informe Delphi describió el pensamiento crítico como “un juicio intencional y autorregulado que deriva en interpretación, análisis, evaluación e inferencia, así como explicación de lo evidente, conceptual, metodológico, lógico o consideraciones contextuales en las que se basa ese juicio” (p. 2).

El pensamiento crítico aplicado a la Enfermería pretende emitir un juicio basado en evidencias y no en suposiciones. Asimismo, se fundamenta en las normas del método científico. El ejercicio profesional enfermero requiere trabajar sabiendo aplicar el proceso enfermero y pensar utilizando habilidades de pensamiento crítico (Alfaro-LeFevre, 2017).

Brier et al. (2014) articulan el proceso enfermero y el pensamiento crítico mediante la emisión de un juicio. Este juicio o razonamiento clínico es un proceso mental de habilidades metacognitivas presente en todas las etapas del proceso enfermero que permite prevenir o resolver problemas y tomar las decisiones más adecuadas a cada situación del paciente (de Carvalho, da Cruz, & Herdman, 2013; Movlavi & Salehi, 2019). Para desarrollar el juicio clínico, las enfermeras han de poseer un pensamiento crítico basado en una serie de habilidades y actitudes. Algunas de las cualidades cognitivas que se le atribuyen a un pensador crítico son: confianza, perspectiva contextual, creatividad, flexibilidad, curiosidad, integridad intelectual, intuición, mente abierta, perseverancia y reflexividad (de Carvalho et al., 2013). Entre las habilidades se encuentran: analizar, saber aplicar estándares, discriminar, predecir, buscar información y transformar el conocimiento (Li, Ye, & Chen, 2019). El pensamiento crítico es esencial en la fase diagnóstica del proceso enfermero (Bittencourt & Crossetti, 2013) porque favorece el saber identificar los problemas de las personas con precisión (Zuriguél-Pérez et al., 2015).

Por esta razón, si una enfermera no lo utiliza de manera idónea, puede incurrir en errores diagnósticos (Lunney, 2010) y en consecuencia los cuidados prescritos podrían no ser los adecuados (Giménez-Maroto y Serrano-Gallardo, 2009). Las enfermeras que enfocan la prestación de los cuidados desde la perspectiva del proceso enfermero, que individualizan los planes de cuidados a partir de los datos específicos obtenidos en la valoración, y que demuestran pericia en su área profesional, tienden a diagnosticar problemas y a tomar decisiones mediante estrategias de pensamiento crítico avanzado. A diferencia del pensamiento crítico limitado o escaso que presentan las enfermeras que sólo trabajan con el plan de cuidados estandarizado o las que tienen una visión médica de los cuidados (Jansson, Pilhammar, & Forsberg, 2009).

Diferentes instrumentos se han desarrollado para medir el pensamiento crítico. Entre los que evalúan habilidades de pensamiento crítico en la población en general se encuentran el creado por Watson y Glaser en 1980 denominado *Watson-Glaser Critical Thinking Appraisal* (WGCTA) que evalúa el pensamiento crítico a partir del análisis de inferencias, reconocimiento de asunciones o supuestos, deducciones, interpretaciones y evaluación de argumentos. Otros ejemplos son el Test de Cornell de Pensamiento Crítico, nivel X y nivel Z creado por Ennis y Millman en 1985, y el Test de Habilidades de Pensamiento Crítico de California diseñado por Facione en 1985 (Roca-Llobet, 2013). En la Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca se ha creado y validado la prueba Pensamiento, Crítico, Salamanca (PENCRISAL). Su realización consiste en 35 situaciones de la vida cotidiana en la que se plantean problemas concretos y en las cuales una sola solución es posible. La prueba evalúa cinco dimensiones del pensamiento crítico: el razonamiento deductivo, el razonamiento inductivo, el razonamiento práctico, la toma de decisiones y la solución de problemas (Fernández-Rivas & Saiz-Sánchez, 2012).

Dentro de la disciplina Enfermera también se han desarrollado instrumentos para medir el pensamiento crítico, pero la mayoría se centran en el proceso de aprendizaje de las enfermeras (Zuriguél-Pérez et al., 2017). Por esta razón, para medir el grado de pensamiento crítico de las enfermeras en la práctica clínica diaria se ha desarrollado y validado el Cuestionario del pensamiento crítico enfermero en la práctica clínica (*Nursing Critical Thinking in Clinical Practice Questionnaire*) (*N-CT-4 Practice*). Su diseño se basa en el modelo de los 4 Círculos del Pensamiento Crítico (*4-Circle Critical Thinking*) de Alfaro-LeFevre (Alfaro-LeFevre, 2017), cuyos cuatro componentes son: a) características personales, referidas a actitudes, creencias y valores que influyen en el



pensamiento; b) habilidades intelectuales y cognitivas, para evaluar el conocimiento y comprensión en relación al proceso enfermero y la toma de decisiones; c) habilidades interpersonales y de autogestión, para determinar las habilidades comunicativas de la enfermera y a su capacidad de obtener información significativa del paciente; y d) habilidades técnicas, para valorar las capacidades procedimentales (Zuriguel-Pérez et al., 2017).

Las enfermeras deberían valorar y considerar las necesidades y problemas de salud de cada paciente para tomar las decisiones más adecuadas e individualizar los estándares de cuidados con habilidades de pensador crítico. Así, identificarían las prioridades de los pacientes y proporcionarían una prestación de cuidados segura y de calidad, demostrando competencia profesional (Alfaro-LeFevre, 2017; Kalisch & Begeny, 2010; Ward & Morris, 2016). No obstante, la aplicación del proceso enfermero requiere por parte de las enfermeras no sólo de pensamiento crítico sino también de expertía clínica. Esta última, entendida como conocimientos, habilidades y actitudes para administrar unos cuidados de calidad (Alfaro-LeFevre, 2009).

### **1.2.6 Expertía clínica.**

La expertía es el resultado de combinar el conocimiento teórico y práctico (McHugh & Lake, 2010). El modelo DIKW (referido en el apartado 1.2.4) entiende la pericia (*Wisdom*) como un adecuado uso del conocimiento y del sentido común en la práctica clínica. Este modelo reconoce que una enfermera con niveles iniciales de expertía puede considerar un elemento del paciente como dato y otra, con mayor nivel de expertía, es capaz de realizar una interpretación contextual y tratarlo como información (Ronquillo et al., 2016).

Diversos autores han abordado esta temática en relación con la Enfermería (Hutchinson, Higson, Cleary, & Jackson, 2016). Entre ellos, Benner (1982) adaptó el Modelo de adquisición de habilidades humanas en adultos desarrollado por Stuart y Hubert Dreyfus a la práctica enfermera. Este modelo consiste en la identificación y descripción de cinco niveles de expertía que va adquiriendo una persona a través del aprendizaje basado en la experiencia y la práctica reflexiva (Dreyfus, 2004).

Los cinco niveles adaptados a las enfermeras son (Benner, 2004):

- a) Aprendiz: a falta de experiencia, basa su actuación en las reglas y normas. Por esta razón, siguen con fidelidad las guías y protocolos y presentan dificultades para diferenciar cuando aplicar excepciones. Su comportamiento es limitado e inflexible. También les cuesta identificar un orden de priorización en las intervenciones a realizar. Necesitan tutela y orientación por parte de tutores de prácticas clínicas o enfermeras más expertas.
- b) Principiante: ya ha adquirido una responsabilidad profesional y legal que aumenta su capacidad de compromiso con el paciente. Empieza a tener experiencia por las situaciones reales que ha afrontado y comienza a reconocer las características relevantes de cada situación. Excepto, si es una situación inesperada con la que no está familiarizada, en la cual requerirá ayuda de otros profesionales. La falta de dominio le produce cierta ansiedad y continúa con dificultades para la priorización de acciones.
- c) Competente: empieza a planificar de manera consciente, abstracta y analítica sus acciones. Se siente con capacidad para afrontar diversas situaciones esperadas. Para las inesperadas todavía le falta aprendizaje. Su nivel de ansiedad es más bajo. Su actuación está marcada por la estandarización y rutinización de los procedimientos. Empieza a priorizar sus acciones.
- d) Proficiente: debido a su experiencia, sabe reconocer las situaciones en su totalidad y ajusta su respuesta. Tiene una visión más holística del paciente. Discrimina entre situaciones, comparándolas con experiencias pasadas y otros pacientes. Adquiere una mejor comprensión de las situaciones y sabe reconocer los aspectos relevantes. Es capaz de priorizar y se siente cómoda.
- e) Experta: por su acumulada experiencia, tiene una comprensión intuitiva de la situación y es capaz de predecir eventos futuros en los pacientes. Sus actuaciones son holísticas y con prontitud sabe la más apropiada a realizar. Domina la priorización y es identificada como líder. Se siente comfortable con su experiencia.

Las enfermeras con niveles de expertía de aprendiz y principiante fundamentan la planificación de los cuidados bajo el amparo y las indicaciones que les proporcionan los planes de cuidados estandarizados (Benner, 2004). El razonamiento de la competente, sigue siendo analítico y su práctica no acaba de desprenderse de la estandarización (Benner, 1982). La proficiente y la experta comprenden el estado del paciente desde una

perspectiva holística y saben reconocer lo relevante de cada situación. Pero, los atributos que diferencian a una enfermera experta del resto son la habilidad de tomar decisiones clínicas apropiadas basadas en un razonamiento intuitivo, junto a una desarrollada capacidad de discernimiento clínico y de entender la situación en su conjunto (McHugh & Lake, 2010). La combinación de estas cualidades le permite diagnosticar con precisión, además de planificar y realizar los cuidados de manera individualizada (Benner, 2000).

La mayor diferencia cualitativa se produce entre la competente y la proficiente. Destacar que no todas las enfermeras llegan a expertas. El motivo es que no entienden la finalidad de la práctica, presentan dificultades en las habilidades interpersonales (Benner, 2004) y porque la expertía no es simplemente la acumulación de tiempo (Benner, 1982; Kutney-Lee, Sloane, & Aiken, 2013).

El nivel de expertía impacta en los resultados de salud de los pacientes (Astley, 2018). Por esta razón, para mejorar la calidad de los cuidados es importante establecer medidas para retener a las enfermeras más expertas, junto con conseguir unos adecuados y precisos registros (Benner, 1982).

Una enfermera debe cumplir unas competencias básicas y necesarias para desempeñar el rol profesional con responsabilidad y mejorar la calidad de los cuidados (Fukada, 2018). El proceso de evaluación de competencias establece el nivel de expertía de un profesional en un contexto definido (Juvé-Udina et al., 2007a). Así, diferentes cuestionarios han sido validados para evaluar las competencias necesarias para el ejercicio de la profesión enfermera. Entre ellos el *Competency Inventory for Registered Nurses (CIRN)* concebido en China para evaluar competencias genéricas (Liu, Yin, Ma, Lo, & Zeng, 2009); el *Professional Nurse Self-Assessment Scale (ProffNurse SAS)*, diseñado en Suecia y Noruega para evaluar las competencias de enfermeras de cuidados domiciliarios o centros de larga estancia (Finnbakk, Wangensteen, Skovdahl, & Fagerström, 2015); la *Intensive and Critical Care Nursing Competence Scale version -1 (ICCN-CS-1)*, creada en Finlandia para evaluar competencias de enfermeras de unidades de críticos (Lakanmaa et al., 2014); el *EHTAN (European Healthcare Training and Accreditation Network) questionnaire tool (EQT)*, desarrollado para facilitar la movilidad entre enfermeras de países de la Unión Europea mediante la evaluación de competencias (Cowan, Wilson-Barnett, Norman, & Murrells, 2008). Finalmente, el Cuestionario de evaluación de competencias de las enfermeras asistenciales en el ámbito hospitalario (COM-VA) define y evalúa el nivel competencial de las enfermeras en este ámbito (Juvé-Udina et al., 2009).

Esta herramienta se fundamenta en el modelo de Benner y establece 6 dominios competenciales: (1) cuidar; (2) valorar, diagnosticar y abordar situaciones clínicas cambiantes; (3) ayudar al paciente a cumplir el tratamiento; (4) contribuir a garantizar la seguridad y el proceso asistencial; (5) facilitar el proceso de adaptación y afrontamiento, y (6) trabajar en equipo y adaptarse a un entorno cambiante. Cada uno de estos dominios consta de 5 elementos competenciales y sus correspondientes criterios de evaluación (Juvé-Udina et al., 2007b).

En Cataluña, este modelo se desarrolló en el marco del Proyecto COM VA<sup>®</sup> de definición y evaluación de competencias profesionales de las enfermeras, en los hospitales del ICS, en donde periódicamente se evalúa los conocimientos, habilidades y actitudes de las enfermeras para que cada profesional conozca su perfil y perciba en qué áreas necesita progresar. Este instrumento también se utiliza en la evaluación de los baremos de méritos en la bolsa de trabajo y la carrera profesional de las enfermeras que trabajan en esta institución, así como en los procesos de selección de las enfermeras gestoras. Dentro de los dominios competenciales de este proyecto se evalúan entre otros, la documentación, el juicio clínico, la individualización de los cuidados y la actualización y adecuación del plan de cuidados (Juvé-Udina et al., 2007a, 2007b, 2009; Juvé-Udina, 2008).

La literatura relaciona íntimamente la expertía y el pensamiento crítico. Papp et al. (2014) opinan que unos conocimientos avanzados junto con la expertía están probablemente asociados a altos niveles de pensamiento crítico, el cual es necesario para adquirir diversos dominios competenciales. Además, ambos influyen en la profesionalidad de la enfermera, el pensamiento crítico porque entre otros, ayuda en la precisión diagnóstica (Lunney, 2010) y la expertía porque junto con la dedicación, es una de las características que más aprecian los pacientes (GrØthe et al., 2015).

### **1.3 Estado actual del tema**

En los últimos 30 años, la documentación enfermera ha experimentado una evolución probablemente reflejo del propio desarrollo disciplinar. Este cambio ha consistido en pasar del registro de la gráfica de constantes y las actividades realizadas, al registro del proceso de toma de decisiones (Akhu-Zaheya et al., 2018). El proceso enfermero ha convertido el trabajo de la enfermera en un método sistematizado que sigue el

razonamiento de la metodología científica. Su aplicación facilita proporcionar unos cuidados individualizados para evitar que estén basados en tareas rutinarias (Baraki et al., 2017). Alfaro-LeFevre (2002) define este proceso en cinco fases: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

Para facilitar la implantación y el registro de las etapas de diagnóstico, planificación y evaluación de esta metodología se aconseja su estandarización mediante el empleo de planes de cuidados estandarizados (Ballantyne, 2016). Mediante el empleo de planes de cuidados estandarizados, se establecen los problemas habituales que presentan un mismo conjunto de pacientes. Por esta razón, el plan de cuidados estandarizado está vinculado al motivo de ingreso (Juvé-Udina, 2013b).

Se aconseja que los elementos que forman la estructura de los planes de cuidados estandarizados deben provenir de terminologías enfermeras estandarizadas. Estas terminologías son la representación estructurada de los fenómenos que conforman el conocimiento enfermero y su utilización, mejora el contenido de la documentación (Juvé-Udina, 2012h; Nussbaum et al., 2014).

El proceso de individualización es el elemento fundamental de trabajar con planes de cuidados estandarizados. Este proceso consiste en adaptar el plan de cuidados estandarizado a las necesidades del paciente en función de la valoración al ingreso y las posteriores reevaluaciones que precise su estado de salud. El resultado es la aplicación de un plan de cuidados individualizado (Juvé-Udina, 2012d, 2013b). Si esta individualización no se realiza, se puede incurrir en el riesgo de sólo diagnosticar los problemas esperables y comunes (Carpenito, 2003). Para facilitar esta individualización es conveniente que el diseño de los planes de cuidados estandarizados en los SIA posibilite realizar este proceso a las enfermeras (Juvé-Udina, 2012h).

En todas las etapas del proceso enfermero se requiere capacidad de juicio o razonamiento clínico. Este juicio es una facultad mental que permite tomar las decisiones más adecuadas que contribuyan a prevenir y/o resolver problemas a cada situación del paciente. Para desarrollarlo las enfermeras han de poseer un pensamiento crítico basado en una serie de habilidades y actitudes (Movlavi & Salehi, 2019). Cuanto más evolucionado se tenga el pensamiento crítico, más habilidad se adquirirá en saber diagnosticar los problemas específicos de cada persona (Bittencourt & Crossetti, 2013; Zuriguel-Pérez et al., 2015).

La Dra. Patricia Benner transfirió a la práctica enfermera el Modelo de adquisición de habilidades humanas en adultos desarrollado por Stuart y Hubert Dreyfus (Dreyfus, 2004). Este modelo consiste en la identificación y descripción de cinco niveles de expertía que va adquiriendo un profesional a través del aprendizaje basado en la experiencia y la práctica reflexiva. Los cinco niveles son: aprendiz, principiante, competente, proficiente y experto (Benner, 2004). En Cataluña, este modelo se operativizó en los hospitales del ICS en el marco del Programa de Competencias y Valoración (COM-VA), que define y evalúa las competencias profesionales (Juvé-Udina et al., 2007a). El instrumento resultante, también denominado COM-VA, incluye 6 dimensiones competenciales dentro de los cuales se evalúan, entre otros: la documentación, el juicio clínico, la individualización de los cuidados y la actualización y adecuación del plan de cuidados (Juvé-Udina et al., 2007a, 2007b, 2009; Juvé-Udina, 2008).

En su estudio, Papp et al. (2014) opinan que unos conocimientos avanzados junto con expertía están probablemente asociados a altos niveles de pensamiento crítico, el cual es necesario para avanzar en los niveles competenciales. En este sentido, no se han encontrado estudios que relacionen el nivel de pensamiento crítico y de expertía clínica con la individualización de los cuidados.

Por otro lado, los resultados de diversos estudios ponen de manifiesto la satisfacción de las enfermeras con el uso de los planes de cuidados estandarizados. Los consideran manejables y a diferencia del texto libre, su contenido estructurado posibilita registrar de manera más cuantiosa y relevante la planificación de los cuidados (Svensson et al., 2012). Sin embargo, algunos estudios revelan dificultades o limitaciones en el proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado. Estas limitaciones pueden identificarse a nivel organizacional, como un diseño inadecuado del SIA (Yu et al., 2013) o una elevada ratio de pacientes por enfermera (Ballantyne, 2016; Baraki, 2017); y también, a nivel profesional, cuando las enfermeras reconocen que no utilizan los planes como instrumento de comunicación entre ellas, debido a que no comentan el contenido de los mismos, sobre todo si existen discrepancias (Estrada & Dunn, 2012). A su vez, afirman que en la toma de decisiones, priorizan su experiencia sobre el contenido de los planes (Jakobsson & Wann-Hansson, 2013; Svensson et al., 2012). A nivel individual las enfermeras pueden presentar deficiencias en el proceso de razonamiento diagnóstico y de planificación de los cuidados (Giménez-Maroto & Serrano-Gallardo, 2009), así como falta de conocimientos y experiencia profesional (Miskir & Emishaw, 2018) y déficit de

habilidades en la individualización del plan de cuidados estandarizado (Estrada & Dunn, 2012). A veces, la presencia de estos factores puede derivar en una selección incorrecta del plan de cuidados estandarizado (Svensson et al., 2012).

Por su parte, el método de la Teoría fundamentada es apropiado cuando se sabe poco sobre el fenómeno de estudio. Este método permite desarrollar una teoría a partir de los datos para aumentar la comprensión de un fenómeno y así generar conocimiento. También permite especificar cómo los participantes responden ante unas determinadas condiciones y en consecuencia, conocer los resultados de sus actos. Con la premisa de que un fenómeno puede existir bajo diferentes realidades sociales construidas. (Higginbottom & Lauridsen, 2014; Rintala, Paavilainen, & Åstedt-Kurki, 2014; Strauss & Corbin, 2002).

Los estudios que proponen o explican métodos de individualización del plan de cuidados estandarizado son escasos y suelen utilizar algún caso práctico para facilitar su comprensión (Ammenwerth *et al.*, 2001; Castellà-Creus *et al.*, 2011; Mayilvaganan, 2002). Este estudio espera aportar nuevos conocimientos sobre cómo las enfermeras realizan la individualización de los planes de cuidados y qué factores pueden influir en este proceso.

## **1.4 Justificación**

En el siglo XX, gran parte del ejercicio profesional de las enfermeras se basó en la adopción del modelo de organización del trabajo de Taylor. Esto significa que los cuidados eran administrados por tareas que solían realizarse en rondas (Köberick, Feuchtinger, & Farin, 2016; Rodrigues-Alves, Aires de Freitas-Lopes, & Bessa-Jorge, 2008). Estos cuidados centrados en tareas ponían el valor en la actividad y no en el paciente (Ballantyne, 2016). El desarrollo teórico enfermero y la posterior adopción del proceso enfermero como método de trabajo sistematizado introdujo una nueva filosofía, los cuidados centrados en el paciente y familia (Alfaro-LeFevre, 2012; Toney-Butler & Thayer, 2018). Esto significa que la administración de cuidados debe fundamentarse a partir de las necesidades, preferencias, voluntades y experiencias tanto del paciente como de su familia (Bokhour et al., 2018). Implicar al paciente y a la familia en el proceso enfermero cuando se planifican y ejecutan los cuidados, no solo es beneficioso para ellos

porque toman consciencia de la importancia de su aportación, sino también para las enfermeras, porque se sienten más satisfechas cuando alcanzan resultados junto con los beneficiarios de los cuidados (Alfaro-LeFevre, 2009).

Los resultados de diversas investigaciones revelan que esta transición de un modelo centrado en tareas a otro centrado en el paciente y su familia está siendo complicada y lenta. (Ledesma-Delgado & Rino-Mendes, 2009; Rodrigues-Alves et al., 2008). Según Juvé-Udina et al. (2017a) “la minimización del valor de los cuidados, la rutinización y los modelos de gestión de cuidados orientados a tareas como promotores de la organización del trabajo a partir de rutinas establecidas desde décadas, son probablemente, algunos de los factores que impactan negativamente el cuidado del paciente” (p.6).

La aplicación del proceso enfermero facilita proporcionar cuidados individualizados para evitar que estén basados en tareas rutinarias (Giménez-Maroto & Serrano-Gallardo, 2009). Individualizar significa que la enfermera formula diagnósticos y planifica los cuidados necesarios a partir de la valoración realizada al paciente y familia, y evalúa los resultados conseguidos (Juvé-Udina, 2012d; Papastavrou et al., 2015). La literatura incluye proporcionar unos cuidados individualizados como un indicador de la calidad de los cuidados enfermeros (Papastavrou et al., 2015). Una manera de evaluar la individualización de este proceso es a través de su registro en la historia clínica (Adereti & Olaogun, 2019).

El registro de las fases de diagnóstico, planificación y evaluación del proceso enfermero se materializa mediante el plan de cuidados (Alfaro-LeFevre, 2012). Tanto la individualización de los cuidados como su registro en la historia clínica deberían considerarse una parte fundamental de los cuidados enfermeros. Registrar la individualización a partir del empleo de planes de cuidados estandarizados que pueden ser modificados para adaptar su contenido a los requerimientos del paciente según la valoración realizada por la enfermera, facilita la toma de decisiones respecto a la elaboración de juicios sobre el estado del paciente y la planificación de los cuidados, facilitando el trabajo a las enfermeras (Juvé-Udina, 2012d; Pöder, Fogelberg-Dahm, & Wadesten, 2011).

Existen escasos estudios que expliquen cómo las enfermeras pueden individualizar un plan de cuidados y ninguno de ellos con diseño de método mixto. Ammenwerth et al.



(2001) explican la individualización de planes de cuidados predefinidos a través del sistema de información asistencial (SIA) utilizado en un hospital alemán, así como Mayilvaganan (2002) y Castellà-Creus et al. (2011) explican los pasos a realizar mediante un caso clínico. Por ello se cree necesario investigar sobre este fenómeno y profundizar en su comprensión y así, conocer cómo las enfermeras realizan la transición de un plan de cuidados estandarizado a un plan de cuidados individualizado.

Algunos elementos limitan la individualización del plan de cuidados como la devaluación que le otorgan algunos líderes enfermeros (Akhu-Zaheya, Al-Maaitah, & Hani, 2018), mantener unas ratios no adecuadas a las necesidades de los pacientes (Baraki et al., 2017) o considerar los planes de cuidados un trámite burocrático (Brooks, Lovell, Bee, Sanders, & Rogers, 2018). Por el contrario, diversos elementos favorecen el proceso de individualización. Entre ellos el nivel de formación de las enfermeras (Rose, 2016), el empleo de planes de cuidados estandarizados y lenguajes estandarizados que mejoran el registro de los cuidados (Thoroddsen, Ehnfors, & Ehrenberg, 2011) y la satisfacción de las enfermeras hacia los planes de cuidados (Svensson et al., 2012).

En ninguno de estos estudios se ha abordado el fenómeno del proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado desde una óptica global, sino analizando cada uno de los elementos por separado, por ello se cree necesario ampliar el conocimiento sobre este proceso identificando los elementos limitadores y facilitadores en unidades de hospitalización de agudos.

Puesto que las enfermeras pasan un quinta parte de su tiempo transmitiendo por escrito y/o verbalmente los cuidados planificados de los pacientes (Higgins et al., 2017), la importancia de individualizar los cuidados y su registro (Connolly, 2014; Monsen et al., 2011) y finalmente que los pacientes ingresados en hospitales con contextos organizativos favorables reconocen estar más satisfechos con la prestación de cuidados enfermeros (Copanitsanou, Fotos, & Brokalaki, 2017) se cree necesario investigar como el entorno de trabajo y la práctica clínica influyen en el proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado a través de las experiencias y sentimientos de las enfermeras.

Una de las aportaciones de los planes de cuidados es que pueden ser utilizados como instrumento para medir los cuidados necesarios para cada paciente (Ballantyne, 2016) y contribuir a la asignación de recursos humanos (Juvé-Udina, 2017b; Juvé-Udina et al., 2019). Pero para ello las enfermeras gestoras deben asegurarse de que la individualización

del plan de cuidados se adecua a los requerimientos del paciente y familia. La congruencia de la individualización del plan de cuidados al estado de salud y cuidados que precisa el paciente está influenciada por el grado de pensamiento crítico y el nivel de expertía de la enfermera. Ambos influyen en la profesionalidad de la enfermera, el pensamiento crítico porque entre otros, contribuye a mejorar la precisión diagnóstica (Lunney, 2010) y la expertía porque junto con la dedicación, es una de las características que más aprecian los pacientes (GrØthe, Biong, & Grov, 2015). Por ello es importante explorar la relación entre estos dos factores y su repercusión en el resultado de la individualización del plan de cuidados.



# Capítulo 2

## Objetivos

*“Si tus sueños no te asustan, no son lo suficientemente grandes”.*

Ellen Johnson-Sirleaf (1938- ).

Presidenta de Liberia (2006-2018).

Premio Nobel de la Paz (2011).



## **2.1 Objetivo general**

Comprender el proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado realizado por las enfermeras a los pacientes hospitalizados en unidades de agudos.

## **2.2 Objetivos específicos**

1. Describir las etapas del proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado utilizado por las enfermeras en unidades de hospitalización de agudos.
2. Identificar los elementos limitadores y facilitadores del proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado en unidades de hospitalización de agudos.
3. Comprender el sentido otorgado por las enfermeras al proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado en unidades de hospitalización de agudos.
4. Explorar las relaciones entre el registro del proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado, el grado de pensamiento crítico y el nivel de expertía clínica de las enfermeras en unidades de hospitalización de agudos.



# Capítulo 3

## Metodología

*“Todo lo que tenías que hacer es preguntar”.*

Rocky Balboa.

Personaje de la película Rocky III (1982).

Dirigida e interpretada por Sylvester Stallone (1946- ).





### **3.1 Posición paradigmática de la investigadora**

Estudio enmarcado en el paradigma constructivista (Guba & Lincoln, 2000; Jayasekara, 2012). Desde un punto de vista ontológico, esta perspectiva concibe la realidad de forma relativista de manera que las personas construyen realidades locales y específicas según el contexto en el que se encuentran. En este estudio, el fenómeno del proceso de individualización se entiende como una realidad contexto-dependiente por lo que se parte de la base de que existen diferentes realidades construidas sobre este proceso. Epistemológicamente, la investigadora principal y sus colaboradores, adoptaron la subjetividad en su acercamiento al fenómeno mediante el establecimiento de interacciones con los participantes para que los hallazgos emergieran conforme avanzara la investigación (Ruiz-Olabuénaga, 2012). Este paradigma considera que el conocimiento proviene de construcciones sobre las que existe un consenso relativo entre aquellas personas capacitadas para interpretar la esencia de la construcción. El conocimiento se genera mediante la formación de construcciones progresivamente más informadas y refinadas conforme avanza la investigación (Denman & Haro, 2002).

La metodología empleada se basó en la dialéctica y la hermenéutica, que permitieron la interpretación del intercambio dialéctico establecido entre los investigadores y los participantes para crear construcciones que ayudaran a profundizar en la comprensión del proceso de individualización. Desde la dimensión teleológica se conocieron las opiniones, creencias y experiencias de los participantes mediante una aproximación axiológica que asume la parcialidad en relación al fenómeno de estudio. Por último, en referencia a la dimensión retórica, se utilizó un lenguaje informal basado en las propias expresiones de los participantes para comunicar los resultados del proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado (Appleton & King, 1997; Creswell, 1998; Guba & Lincoln, 2000; Ruiz-Olabuénaga, 2012).

### **3.2 Diseño**

Estudio de método mixto (*mixed methods*). A nivel macro, se utilizó el método de la Teoría Fundamentada según el enfoque de Strauss y Corbin (2002) que incluye la descripción interpretativa de los datos, permitiendo involucrar al investigador en el análisis mediante un proceso flexible. A nivel micro, los datos cuantitativos obtenidos en

el cuarto objetivo específico se integraron mediante un proceso de transformación en un análisis cualitativo permitiendo una mejor comprensión del problema de investigación (Anguera, Blanco-Villaseñor, Losada, Sánchez-Algarra, & Onwuegbuzie, 2018).

La Teoría Fundamentada fue descrita por Glaser y Strauss como “una aproximación inductiva en la cual la inmersión en los datos sirve de punto de partida del desarrollo de una teoría sobre un fenómeno” (Páramo, 2015, p.1). Su finalidad es elaborar interpretaciones que puedan explicar las conductas de los participantes del estudio y/o explicar procesos (Páramo, 2015). En definitiva, se centra en buscar la comprensión de lo que sucede en un contexto social (Harris, 2015; Udod & Racine, 2017). La Teoría Fundamentada es adecuada para explorar en aquellas áreas o campos que no han sido investigados previamente o que necesitan ser explorados con mayor profundidad o incluso, desde una nueva perspectiva (Harris, 2015; Páramo, 2015).

La Teoría Fundamentada permite obtener conocimiento a partir de las experiencias, interacciones sociales y la descripción de procesos en que están implicadas las propias enfermeras, así como los pacientes y familiares. Así se actualiza la práctica enfermera a través de una mejor prestación de cuidados (Higginbottom & Lauridsen, 2014).

En relación a la recogida de datos y análisis realizados según la Teoría Fundamentada, este estudio siguió la iniciativa internacional “Mejorar la calidad y transparencia de la investigación en salud” (*Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research – EQUATOR-*) para mejorar la confiabilidad y valor de los resultados publicados sobre investigación en salud. Concretamente se siguió la guía de “Criterios consolidados para informar y publicar sobre investigaciones cualitativas” (*COnsolidated criteria for REporting Qualitative research – COREQ-*) (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007), incluida en el anexo 3.1.

Sobre el fenómeno de estudio la investigadora principal reconoce un desconocimiento sobre la variedad de métodos de individualización del plan de cuidados estandarizado que podrían coexistir y qué factores pueden influir en este proceso.

### **3.3 Ámbito**

Estudio multicéntrico que se realizó en unidades de adultos médicas, quirúrgicas y médico-quirúrgicas de dos hospitales de tercer nivel (*Hospital Universitari Germans*

*Trias i Pujol y Hospital Universitari de Bellvitge*) y un hospital general básico (*Hospital de Viladecans*). Todos ubicados en el área metropolitana de Barcelona e integrantes del *Institut Català de la Salut*, como hospitales del sistema de salud público en Cataluña (SISCAT). El hospital Germans Trias i Pujol realizó la prueba piloto en 2007, y empezó la implantación de la estación de trabajo enfermera en la historia clínica electrónica en 2008. De los tres centros de estudio, es el único que trabajaba previamente con planes de cuidados estandarizados en papel, aunque en el hospital de Bellvitge se habían realizado múltiples mejoras en la documentación enfermera en este sentido y en el hospital de Viladecans, se trabajaba con algunas trayectorias clínicas. Este último centro implantó la estación de trabajo en 2009 y el hospital de Bellvitge entre 2011 y 2012.

Los tres hospitales cumplían criterios de accesibilidad para la investigadora principal. Uno de los hospitales metropolitanos es su centro de trabajo y a los otros dos pudo desplazarse con facilidad y contó con personas clave que le facilitaron la selección de los participantes y el acceso a las unidades para la observación participante.

### **3.4 Participantes**

Los participantes fueron enfermeras que trabajaban en cualquiera de los tres hospitales del estudio y que cumplían con las siguientes características: a) más de 6 meses consecutivos de trabajo en una misma unidad, b) registrar mediante planes de cuidados electrónicos, c) trabajar en una unidad de hospitalización de agudos médica, quirúrgica o médico-quirúrgica, d) tener los siguientes años de experiencia profesional en el ámbito hospitalario categorizados según los niveles de carrera profesional del ICS: entre 6 meses y 10 años, entre 11 y 17 años, entre 18 y 24 años y 25 años o más (Anexo 3.2).

La selección de los participantes se realizó mediante muestreo teórico de máxima variación. Por ser este tipo de muestreo secuencial y acumulativo, el tamaño muestral definitivo se determinó en base a la saturación teórica de los datos (Strauss & Corbin, 2002).

A petición de los investigadores, y según los criterios definidos, las enfermeras gestoras asistenciales o las enfermeras superusuarias de sistemas de información y metodología propusieron a las enfermeras asistenciales participar en el estudio y pusieron a la

investigadora principal en contacto con ellas vía telefónica o mediante presentación personal.

### **3.5 Recogida de datos**

La recogida de datos se realizó entre septiembre de 2015 y octubre de 2017.

Se realizaron entrevistas individuales en profundidad (Doody & Noonan, 2013; Mitchell, 2015; Valles, 2007). El guion de la entrevista, se validó mediante una entrevista piloto a una enfermera de uno de los hospitales participantes en el estudio. Este guion fue ratificado a partir de esta entrevista, conforme avanzaba el análisis (Anexo 3.3).

El lugar, la fecha y la hora se acordaron con los participantes, procurando que se realizaran en un ambiente tranquilo y con pocas interrupciones. Finalmente, se realizaron en salas de reuniones de los hospitales participantes, con la única presencia de la investigadora principal y el participante. La duración de las entrevistas fue de aproximadamente una hora. Para facilitar su análisis, todas las entrevistas fueron grabadas en audio y posteriormente transcritas. La investigadora tomó notas de campo durante y después de las entrevistas.

Para validar el contenido de las entrevistas, se envió por correo electrónico una copia íntegra de la transcripción a cada participante entrevistado, por si tenía algún aspecto que clarificar y para verificar su conformidad.

Las entrevistas fueron realizadas por la doctoranda y formaban parte de su proceso de aprendizaje en el marco de los estudios de doctorado. Durante el periodo que duró la recogida de datos, la doctoranda trabajaba como enfermera clínica en sistemas de información asistencial, metodología y calidad en el centro participante en el estudio, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.

Los participantes previamente no conocían a la doctoranda, excepto algunas enfermeras que trabajan en su mismo hospital. Los participantes fueron informados que las entrevistas formaban parte de la recogida de datos de la Tesis Doctoral y que el fenómeno de estudio era un tema de interés por parte de la doctoranda. No fue necesario repetir ninguna entrevista.

En segundo lugar, para observar las posibles situaciones expresadas en las entrevistas y analizar el contexto en el que trabajan las enfermeras, se realizó observación participante (Spradley, 1980; Atkinson & Hammersley, 1994). Se realizaron cinco observaciones de tres horas que incluían una hora y media antes y una hora y media después del cambio de turno, y cinco observaciones que incluyeron turnos de trabajo de mañana, tarde y noche enteros. Se elaboró un guion con los temas que se consideraba importante para ampliar datos (Anexo 3.4). El registro de las observaciones se realizó mediante notas de campo. Estas anotaciones se tomaron siguiendo el modelo de notas observacionales, teóricas y metodológicas de Schatzman y Strauss (1973). Las observaciones fueron realizadas por la investigadora principal, excepto en dos ocasiones en que también observaron dos investigadoras colaboradoras. Una distinta para cada una de estas observaciones conjuntas. Las investigadoras colaboradoras también tomaron notas de campo que fueron analizadas junto con las de la investigadora principal. No se apreciaron diferencias entre investigadoras. La enfermera gestora asistencial de cada una de las unidades en las que se realizó la observación informó a las enfermeras de la presencia de las investigadoras, así como del propósito general de la observación, pero sin entrar en detalles concretos. Las investigadoras pudieron tener cierto grado de interacción con los participantes durante la observación.

En tercer lugar, para profundizar en la comprensión de la realidad sobre el nivel de individualización del plan de cuidados estandarizado se realizó un análisis de documentos (Andréu, 2001; del Rincón, Arnal, Latorre, & Sans, 1995). Se analizaron planes de cuidados electrónicos y las notas de progreso escritas por las enfermeras de pacientes ingresados en los hospitales participantes en el estudio. Para facilitar la recogida de datos se elaboró una plantilla basada en la propuesta por Mayan (2009). En ella se registró: 1) Adecuación del plan de cuidados estandarizado seleccionado al motivo de ingreso, 2) Adición o eliminación de algún diagnóstico real o de riesgo en el plan de cuidados estandarizado, 3) Adición o eliminación de alguna intervención en el plan de cuidados estandarizado y 4) Congruencia del contenido del plan de cuidados con las notas de progreso (Anexo 3.5).

En cuarto lugar, se realizó un grupo focal para validar los resultados obtenidos en las entrevistas, observación participante y análisis de documentos, así como para ampliar información sobre aquellos temas que se consideró que aún no se había alcanzado la saturación de datos (Callejo, 2001; Jayasekara, 2012; Then, Rankin, & Ali, 2014;

Traynor, 2015). Se consideró que formaran parte del grupo focal entre 10 y 12 enfermeras de los tres hospitales que no hubieran participado en las entrevistas, pero que cumplieran con las mismas características de selección. La reunión del grupo focal se realizó en una fecha y hora acordada con los participantes, en una sala de reuniones del centro corporativo de los tres hospitales. Su duración fue de 2 horas. También, se grabó en audio y se transcribió. La transcripción fue enviada por correo electrónico a los participantes para su validación. La investigadora principal realizó la función de moderadora. Para ello siguió un guion elaborado para la ocasión (Anexo 3.6). Una investigadora colaboradora asumió las funciones de observadora que consistieron en registrar en las notas de campo las conclusiones de los temas tratados y todos aquellos detalles asociados a los aspectos no verbales de la comunicación. En los anexos 3.7 a 3.10 pueden verse los diagramas realizados por la observadora del grupo focal.

Las características personales y profesionales de la doctoranda y su relación con los participantes del grupo focal son idénticas a las explicadas en las entrevistas en profundidad.

Finalmente, a las enfermeras participantes en las entrevistas se les administró el Cuestionario del pensamiento crítico enfermero en la práctica clínica (*Nursing Critical Thinking in Clinical Practice Questionnaire - N-CT-4 Practice -*) (Anexo 3.11 y 3.12) que establece tres niveles de pensamiento crítico: nivel bajo para puntuaciones de < 329, nivel moderado para puntuaciones entre 329 y 395 y nivel alto para puntuaciones de > 395. Este instrumento fue validado, obteniendo un excelente nivel de validez (alfa de Cronbach 0.96 e índice de validez de contenido 0.85) (Zuriguél-Pérez, 2016). También a las enfermeras participantes de las entrevistas y a sus respectivas enfermeras gestoras asistenciales, se les entregó el Cuestionario de evaluación de competencias para enfermeras asistenciales en el ámbito hospitalario (COM-VA) (Anexo 3.13 y 3.14) que determina el nivel de pericia clínica de las enfermeras según la media de las puntuaciones entre el cuestionario realizado por la enfermera y el realizado por la enfermera gestora asistencial. El alfa de Cronbach de este cuestionario es de 0.971 en el grupo de autoevaluación y 0.973 en el grupo de enfermeras gestoras asistenciales. Los niveles competenciales que establece son: experta para una puntuación de > 9.5, proficiente entre 8 y 9.4, competente entre 6.5 y 7.9, principiante para una puntuación de 5.5 y 6.4, aprendiz entre 4.5 y 5.4 y muy deficiente < 4.5. (Juvé-Udina, 2006). Ambos fueron enviados por

correo electrónico y se les pedía que lo volvieran a enviar cumplimentado a la investigadora principal.

Para el registro de la individualización del plan de cuidados estandarizado, se elaboró una plantilla en la que se recogía si el plan de cuidados estandarizado había sido individualizado a las necesidades del paciente en base a los siguientes criterios:

- 1) Motivo de ingreso y selección del plan de cuidados estandarizado con adecuación máxima.
- 2) Valoración del nivel de autocuidado para la higiene y de la intervención planificada (Higiene: supervisión, Higiene: ayuda o Higiene: suplencia).
- 3) Valoración y diagnóstico de una herida o lesión (Herida quirúrgica o Úlcera por presión).
- 4) Valoración del drenaje y registro de la intervención de cuidados de mantenimiento del drenaje o bien, valoración y diagnóstico de la ostomía, así como de las intervenciones de cuidados correspondientes.
- 5) Valoración de un catéter venoso o sonda vesical y las intervenciones de cuidado y mantenimiento relacionadas.
- 6) Valoración de la tolerancia a la actividad y las intervenciones adecuadas (por ejemplo, Reposo absoluto, Reposo relativo o Recondicionamiento a la actividad: sedestación, Recondicionamiento a la actividad: deambulación controlada). (Anexo 3.15).

### **3.6 Análisis de datos**

Los datos se analizaron siguiendo el método de la Teoría Fundamentada de Strauss y Corbin (2002) en donde la recogida de datos y el análisis mediante comparación constante son simultáneos. La doctoranda realizó el análisis de los datos que fue revisado por las directoras de Tesis.

El análisis empezó con la codificación abierta de las transcripciones de las entrevistas, las notas de campo de la observación participante, los datos recogidos en la plantilla del análisis de documentos y finalmente la transcripción del grupo focal. Estos fueron analizados mediante la técnica del microanálisis para poder abstraer conceptos según su



significado o acción (conceptualización) y así poder vincular el relato de los participantes con el fenómeno de estudio. Se analizaron las similitudes y diferencias entre los códigos emergidos, agrupándolos mediante categorías y subcategorías.

Continuando con la comparación constante, después se realizó la codificación axial. Se relacionaron mediante oraciones las categorías a sus subcategorías en base a sus propiedades y dimensiones. También se identificó la diversidad de acciones, condiciones y estrategias relacionadas con el fenómeno del proceso de individualización. Este análisis se apoyó en el uso de diagramas.

Finalmente, se desarrolló la codificación selectiva. Se estableció una categoría central que se relacionó con el resto de categorías para proporcionar una explicación lógica y consistente.

Para favorecer y comprender este proceso de integración, se describió el argumento de la historia y se diseñó un diagrama para su representación. También se acabaron de desarrollar aquellas categorías que se mostraron incompletas, con la revisión de los datos y la ampliación del muestreo teórico. Los memorandos redactados durante la realización de la investigación fueron considerados en esta fase del análisis. El muestreo teórico finalizó cuando la doctoranda y sus directoras de Tesis consideraron que las categorías estaban saturadas según sus propiedades y dimensiones y no surgía ninguna nueva relación entre ellas.

El análisis de los datos fue asistido por el programa QRS\_Nvivo\_10.

Con los resultados obtenidos de los dos cuestionarios enviados (*N-CT-4 Practice*) y (COM-VA) se realizó un análisis descriptivo que incluyó frecuencias y porcentajes. Además, se realizó un análisis cualitativo que consistió en una triangulación entre los resultados obtenidos en el cuestionario de grado de pensamiento crítico, el de nivel de expertía y el registro del proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado en el SIA. Los investigadores determinaron que el plan de cuidados estandarizado se consideraba individualizado a las necesidades del paciente, según la valoración realizada por la enfermera al ingreso, si se habían adecuado 5 o 6 del total de 6 criterios revisados en la recogida de datos.

Los criterios de coherencia cualitativa se muestran en la tabla 3.1.

**Tabla 3.1.** Criterios de coherencia cualitativa

NIVEL EXPERTÍA CLÍNICA	GRADO PENSAMIENTO CRÍTICO	PCE INDIVIDUALIZADO A LAS NECESIDADES DEL PACIENTE	COHERENCIA CUALITATIVA
PRINCIPIANTE	BAJO	NO	ALTA - -
COMPETENTE	BAJO	NO	ALTA -
COMPETENTE	MEDIO	NO	BAJA -
COMPETENTE	BAJO	SI	BAJA +
COMPETENTE	MEDIO	SI	ALTA +
PROFICIENTE	ALTO	NO	BAJA - - -
PROFICIENTE	MEDIO	NO	BAJA - -
PROFICIENTE	MEDIO	SI	ALTA ++
PROFICIENTE	ALTO	SI	ALTA +++
EXPERTA	ALTO	SI	MUY ALTA +

### 3.7 Consideraciones éticas

Las enfermeras fueron invitadas a participar voluntariamente en el estudio. La investigadora principal, antes de las entrevistas o del grupo focal, les informó verbalmente y por escrito de los objetivos de la investigación y del motivo de su selección (Anexo 3.16 y 3.17). Se les solicitó la inclusión en el estudio mediante la firma del consentimiento informado y se les garantizó por escrito la confidencialidad de los datos (Anexo 3.18). A los participantes de las entrevistas se les asignó un código numérico para asegurar el anonimato. Los del grupo focal eligieron un seudónimo con el que fueron identificados. Y las notas de campo de la observación participante y las historias clínicas revisadas en el análisis de documentos, fueron identificadas con un código alfanumérico.

A los participantes se les explicó que podían abandonar el estudio cuando lo desearan, sin explicar el motivo y sin perjuicio alguno, informando a la investigadora principal por correo electrónico. Los documentos generados serán conservados de manera segura durante cinco años.

Las entrevistas se realizaron fuera del horario laboral, por ello se agradeció la disponibilidad de los participantes mediante la entrega de un cheque regalo por valor de

30€ de una conocida cadena de perfumerías. Los participantes no sabían con anticipación, de la entrega de este cheque.

Este proyecto fue autorizado por las Directoras Enfermeras y por el Comité de Ética de Investigación Clínica de los hospitales participantes (PI-15-089) y (PR234/15). Así como por la Comisión Académica del Programa de doctorado en Enfermería y salud de la *Universitat de Barcelona* (Anexo 3.19).

### **3.8 Rigor**

En este estudio se siguieron los criterios de confiabilidad y autenticidad de Guba y Lincoln (2000). En relación con el criterio de credibilidad, se alternaron continuamente las fases de recolección e interpretación de los datos y éstos se explicaron con ejemplos específicos. Con respecto al de transferibilidad, se describieron los contextos en dónde el fenómeno fue estudiado y se explicaron las características de los participantes. Para el de dependencia, se explica en detalle la recogida de datos y el análisis. Para incrementar el rigor y la riqueza del estudio se realizó triangulación de investigadores, de datos y de técnicas de recogida de información. Con respecto al de confirmabilidad, además de las grabaciones de las entrevistas y del grupo focal, durante todo el proceso analítico se registraron memorandos para ayudar en la interpretación de los datos, establecer las relaciones entre conceptos y apoyar a la emersión de la categoría central. Su contenido incluía pensamientos, reflexiones y observaciones de los investigadores. Además, se validaron los datos mediante la estrategia de enviar a los participantes las transcripciones y de comprobar los resultados con los participantes del grupo focal (Houghton, Casey, Shaw, & Murphy, 2013; Koch, 1994).

La investigadora principal y los investigadores colaboradores procuraron mantener unas relaciones negociadas durante todo el proceso, sin ejercer ninguna autoridad y aplicando procesos de cristalización en el análisis para que la interpretación de los resultados reflejara la pluralidad de todas las voces, sin omitir a ningún participante (Moral-Santaella, 2006).

Asimismo, como indica Calderón (2002), Rettke, Pretto, Spichiger, Frei, y Spirig (2018) y Strauss y Corbin (2002) se aplicó la reflexividad en todo el proceso analítico para minimizar que los conocimientos y la experiencia adquiridos por los investigadores influyeran en los resultados.

Por último, en relación a los resultados del primer objetivo específico, mencionar que las subcategorías de la categoría “Dimensiones y componentes de la persona consideradas en la individualización” forman parte de los elementos estructurantes de la terminología ATIC (Juvé-Udina, 2012a, 2016).



# Capítulo 4

## Resultados

*“Su experiencia, como tantas veces sucede, le hizo desconocer la verdad”.*

Anatole France.

Escritor francés (1844-1924).



En este capítulo se exponen los resultados emergidos en el análisis de datos de cada objetivo específico.

En referencia a los criterios de selección de los participantes, a medida que fueron avanzando las entrevistas, se creyó oportuno incluir a enfermeras suplentes. El motivo fue que las enfermeras entrevistadas ubicadas en unidades aconsejaban entrevistar a estas enfermeras con contratos temporales y sin asignación fija a una unidad porque creían que podían aportar información relevante en relación al fenómeno de estudio. Se incluyeron 3 enfermeras, una de cada turno (mañana, tarde, noche).

Finalmente, el estudio incluyó a 39 enfermeras participantes. 6 enfermeras rechazaron participar en las entrevistas por inconveniencias personales y familiares. Ninguno de los participantes abandonó el estudio.

En las entrevistas individuales en profundidad participaron 28 y 11 en el grupo focal. La observación participante se realizó en 11 unidades de hospitalización de los tres hospitales participantes con pacientes de Cirugía General, Traumatología, Ginecología, Cirugía vascular, Neurología y Neurocirugía, Cardiología y Cirugía cardíaca, Nefrología y Urología, Medicina Interna y Neumología. La duración total fue de 65 horas. En el análisis de documentos se incluyeron 74 historias clínicas de pacientes ingresados en las mismas unidades donde se realizó la observación participante.

En referencia a las características de los 39 participantes de las entrevistas y el grupo focal de los tres primeros objetivos específicos, la mayoría fueron mujeres 35 (90%) y con una edad entre 30 y 49 años 25 (64%). La mayor parte de las enfermeras, 24 (62%) tenía una experiencia en el ámbito hospitalario de entre 6 meses y 17 años y 18 (46%) trabajaba en una unidad de adultos médico-quirúrgica. Más de la mitad de las enfermeras, 20 (51%) tenía un contrato de interinaje en el momento de la recogida de datos. Casi la tercera parte, 28 (72%) llevaba tres años o más utilizando planes de cuidados estandarizados electrónicos y solo 15 (38,5%) había trabajado con planes de cuidados estandarizados en registro papel (Tabla 4.1).

Las características de los participantes del cuarto objetivo específico se muestran en el apartado correspondiente 4.4 de los resultados.

A continuación se presentan los resultados distribuidos en un subapartado por cada objetivo específico. En el primer subapartado se exponen los resultados de cómo las



enfermeras realizan el proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado, en el segundo se explican las limitaciones y facilidades en relación a este proceso, en el tercero se detalla el sentido que otorgan las enfermeras a los planes de cuidados y a su individualización y en el cuarto se presentan las posibles relaciones entre el registro del proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado, el grado de pensamiento crítico y el nivel de expertía clínica de las enfermeras. Finalmente, en el último subapartado se integran todos los resultados de los subapartados anteriores, emergiendo la teoría fundamentada sobre el proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado.

**Tabla 4.1.** Características de los participantes de las entrevistas y del grupo focal

<b>Género</b>			
<b>Mujer</b>		<b>Hombre</b>	
35 (90%)		4 (10%)	
<b>Edad</b>			
<b>23 -29 años</b>	<b>30-39 años</b>	<b>40-49 años</b>	<b>50 -59 años</b>
8 (20,5%)	15 (38,5%)	10 (25,6%)	6 (15,4%)
<b>Turno</b>			
<b>Mañana</b>	<b>Tarde</b>	<b>Noche</b>	<b>12h día</b>
15 (38,5%)	10 (25,6%)	8 (20,5%)	6 (15,4%)
<b>Experiencia en el hospital</b>			
<b>6 meses a 10 años</b>	<b>entre 11 y 17 años</b>	<b>entre 18 y 24 años</b>	<b>25 años o más</b>
12 (30,8%)	12 (30,8%)	7 (17,9%)	8 (20,5%)
<b>Lugar de trabajo</b>			
<b>Unidad adultos médico-quirúrgica</b>	<b>Unidad adultos quirúrgica</b>	<b>Unidad adultos médica</b>	<b>Sin unidad de trabajo permanente</b>
18 (46%)	7 (18%)	11 (28,2%)	3 (7,7%)
<b>Tipo contrato</b>			
<b>Fijo</b>	<b>Interino</b>		<b>Eventual</b>
11 (28,2%)	20 (51,3%)		8 (20,5%)
<b>Experiencia con PCE electrónicos</b>			
<b>6 meses a 2 años</b>		<b>3 años o más</b>	
11 (28,2%)		28 (71,8%)	
<b>Experiencia con PCE en registro papel</b>			
<b>Sí</b>		<b>No</b>	
15 (38,5%)		24 (61,5%)	

## 4.1 Resultados del primer objetivo específico

**Describir las etapas del proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado utilizado por las enfermeras en unidades de hospitalización de agudos.**

Del análisis de los datos surgen tres categorías temáticas que describen el proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado realizado por las enfermeras: a) razonamiento clínico; b) procedimiento instrumental y c) dimensiones y componentes de la persona consideradas en la individualización.

### **a) Razonamiento clínico**

Entendido como el conjunto de procesos de pensamiento y de toma de decisiones relacionados con la individualización del plan de cuidados estandarizado que permite identificar y seleccionar, a juicio de cada enfermera, el plan de cuidados estandarizado conveniente y adaptarlo a la situación específica del paciente para individualizarlo.

Las enfermeras refieren que, para iniciar este proceso, primero necesitan obtener datos del paciente a través de la entrevista que le realizan, que también puede incluir a la familia. Además obtienen información de la exploración física y la consulta de los registros enfermeros y médicos previos. Si el paciente procede de otra unidad, como la de cuidados intensivos o urgencias, refieren obtener también información a través del comunicado oral de la enfermera emisora del traslado.

*“Lo que es importante y aporta mucha información es hacer una buena entrevista. Si el paciente está desorientado, le pregunto a la familia y después miro al paciente de arriba abajo (...) También leo los informes médicos y los registros enfermeros” (E11 - entrevista).*

*Un paciente que ha sufrido un Infarto Agudo de Miocardio va a ser trasladado de la unidad coronaria a la unidad de cardiología. La enfermera emisora del traslado llama por teléfono a la enfermera receptora para explicarle el estado de salud del paciente y los cuidados que necesita (Observación participante 4).*

Con toda esta información, las enfermeras realizan una valoración integral de la persona y la registran en el SIA.

*“Cuando llega el paciente a la unidad, primero le realizo una valoración a partir de la información que he leído en los informes, de la información que el paciente me explica y de lo que observo”* (E24 – entrevista).

Asimismo, averiguan el motivo de ingreso que es la causa principal por la que el paciente requiere ser hospitalizado.

*“Miro en el informe médico la causa del ingreso”* (E6 – entrevista).

A partir del motivo de ingreso en la unidad de hospitalización, las enfermeras deciden el plan de cuidados estandarizado conveniente para el paciente.

*“(…) el diagnóstico médico o la orientación diagnóstica, me orientan en el plan de cuidados estandarizado que tengo que aplicarle”* (E16 – entrevista).

A continuación, las enfermeras realizan la individualización del plan, considerando los datos de la valoración integral y efectuando la adecuación del contenido del plan de cuidados estandarizado a la situación específica del paciente.

*“Adapto el plan de cuidados al paciente que tengo delante. (...) el plan de cuidados estandarizado lo tengo que individualizar para que contenga los cuidados específicos que necesita un paciente determinado”* (E13 – entrevista).

*“(…) es hacer una reflexión sobre qué cuidados necesita ese paciente. Hay personas operadas de una prótesis de cadera que son muy dependientes y otras que son más autónomas y por esta razón, no necesitan los mismos cuidados”* (E36 – Grupo focal).

Las enfermeras inciden en que es muy importante que la individualización se realice con regularidad, según se produzcan cambios en el estado de salud del paciente que precisen una modificación de los juicios clínicos emitidos por las enfermeras y/o de la planificación de los cuidados. Manifiestan que esta individualización se debe realizar hasta el alta del hospital.

*“Hay que ir modificando el plan de cuidados conforme evoluciona el paciente hasta el día del alta” (E3 – entrevista).*

Las enfermeras expresan predisposición para que el paciente y su familia participen en el proceso de individualización de los cuidados, especialmente en los cuidados relacionados con la promoción de la autonomía.

*“(…) a la familia le realizo educación sanitaria. Les enseño cómo curar la herida o cómo movilizar al paciente” (E32 – Grupo focal).*

Aunque a veces refieren tener dificultades para implicar a la familia debido a su ausencia o por una interpretación errónea del rol de la enfermera.

*“(…) pero a veces no sabes ni quiénes son los familiares porque están en el trabajo y en ocasiones, por falta de educación o de información se niegan y nos dicen que cuidar de los pacientes es nuestro trabajo y no el suyo” (E34 – Grupo focal).*

Las enfermeras expresan que los cuidados planificados los ejecutan siguiendo un orden de prioridad según el riesgo vital que implican para la persona.

*“Le doy más importancia a lo vital. Lo que será más útil para el paciente en una situación aguda de ingreso en un hospital” (E30 – Grupo focal).*

Además esta priorización también se produce cuando individualizan el plan de cuidados.

*“Priorizamos el registro de los cuidados relacionados con lo físico, como los signos vitales, curas de heridas o los cuidados de los catéteres y drenajes” (E32 – Grupo focal).*

Igualmente, también tienen en cuenta los aspectos psicológicos y familiares en el momento de ejecutar los cuidados. Aunque refieren que relegan a un segundo plano su registro.

*“Yo creo que cuidados relacionados con la ansiedad o cómo la familia está afrontando la enfermedad, sí que los hacemos. Pero después, no los registramos tanto en el plan de cuidados, como nos gustaría”* (E36 – Grupo focal).

## **b) Procedimiento instrumental**

Las enfermeras participantes de este estudio utilizan el mismo SIA que contiene la estructura necesaria para reflejar íntegramente el proceso de prestación de cuidados. La progresión de pasos que las enfermeras realizan en este SIA cuando individualizan el plan de cuidados estandarizado de un paciente que acaba de ingresar son:

Primero, seleccionar un plan de cuidados estandarizado de entre los que contiene la base de datos del SIA.

*Ingresa en la unidad un paciente procedente de urgencias por un Edema Agudo de Pulmón. La enfermera en el apartado “Plan de cuidados” abre el buscador de planes e inserta el plan de cuidados estandarizado de Edema agudo de pulmón\_Fase inestable* (Observación participante 3).

En segundo lugar, eliminar o suspender del plan de cuidados estandarizado los diagnósticos que el paciente no presenta y los cuidados que no necesita.

*“Leo el plan y lo que no es necesario, lo elimino (en función de la valoración). Por ejemplo, si un paciente operado ya ha realizado la primera micción, elimino la actividad Primera micción: valoración pero mantengo el diagnóstico Riesgo de retención urinaria con la actividad Globo vesical: valorar, si este paciente está recibiendo analgésicos opioides”* (E14 – entrevista).

Tercero, añadir los diagnósticos que el paciente presenta y los cuidados que necesita y que no contiene la estructura del estándar.

*“(…) añadido lo que falta al plan. Si es un paciente diabético y el plan de cuidados estandarizado no contiene los controles de glucemia, pues añadido el diagnóstico Riesgo de Hiper/hipoglucemia con la intervención de Control: glucemia capilar”* (E23 – entrevista).

Cuarto, programar los cuidados a la frecuencia de administración adecuada.

*“Si tengo que cambiar la programación de la cura de una lesión por presión a cada 48 horas, modifico el horario de la cura en el plan de cuidados” (E10 – entrevista).*

Esta secuencia de cuatro pasos denominada SEAP (Seleccionar, Eliminar, Añadir, Programar) no siempre se realiza completa. En ocasiones, en la instauración del plan de cuidados estandarizado no es necesaria toda la secuencia porque la enfermera considera que el estándar se ajusta a las necesidades del paciente, y no hace falta eliminar o añadir o programar ningún elemento. En las posteriores actualizaciones del plan de cuidados, puede que sea necesario añadir diagnósticos o intervenciones en función de la evolución del paciente o cambiar el plan de cuidados estandarizado y realizar de nuevo el proceso de individualización, en los casos en los que el estado del paciente cambia de forma significativa.

En el anexo 4.1 se muestran los códigos, subcategorías y categorías emergidas en el análisis de las categorías temáticas razonamiento clínico y procedimiento instrumental.

### **c) Dimensiones y componentes de la persona consideradas en la individualización**

La Teoría Fundamentada incluye el análisis de documentos escritos como una fuente para examinar e interpretar datos (Strauss & Corbin, 2002). En este estudio se analizaron 74 historias clínicas de pacientes adultos ingresados en las unidades de Cirugía General, Traumatología, Ginecología, Cirugía Vascular, Neurología y Neurocirugía, Cardiología y Cirugía Cardíaca, Nefrología y Urología, Medicina Interna y Neumología de los tres hospitales del ámbito de estudio. Así mismo, se consideró la estructura de la terminología ATIC, cuyas dimensiones y componentes fueron empleadas para la categorización de los resultados. La media de edad de los pacientes cuyas historias clínicas fueron analizadas fue de 68 años y el 43% eran mujeres.

Los análisis revelan que los diagnósticos de la terminología ATIC relacionados con la dimensión *Ser físico* de la persona son los pilares que sustentan la estructura de los planes resultantes de la individualización del plan de cuidados estandarizado.

Esta dimensión incluye los diagnósticos que afectan a “las funciones biológicas y fisicoquímicas” (Juvé-Udina, 2016), como por ejemplo, el riesgo de broncoaspiración, el riesgo de hipovolemia o el riesgo de sepsis.

Los diagnósticos agrupados en la dimensión *Ser consciente*, están relacionados con “las facultades psíquicas y psicoemocionales” (Juvé-Udina, 2016), como por ejemplo, el temor o el riesgo de deterioro a la adaptación al nuevo estado de salud.

Los diagnósticos clasificados en la *intersección Ser físico – Ser consciente* (Juvé-Udina, 2016), como el dolor, la desorientación o la agitación psicomotriz, también son utilizados en el proceso de individualización.

También forman parte de los planes de cuidados analizados, diagnósticos de la dimensión *Ser autónomo*, “que incluye las facultades para responsabilizarse de uno mismo” (Juvé-Udina, 2016), como el riesgo de manejo inefectivo del régimen terapéutico; de la dimensión *Integralidad* “que consiste en la interacción de las dimensiones en su globalidad” (Juvé-Udina, 2016), como por ejemplo, riesgo de síndrome de desuso; y de la dimensión *Entorno familiar*, “referida al conjunto de personas con vínculos de parentesco o emocionales” (Juvé-Udina, 2016), como el riesgo de claudicación familiar, también forman parte de los planes de cuidados analizados.

Estos resultados muestran que las enfermeras consideran todas las dimensiones de la persona, al realizar el proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado, sin que se haya podido encontrar registro de diagnósticos relativos a la dimensión *Entorno social*. Así mismo, el análisis orienta que las enfermeras priorizan los componentes de la dimensión *Ser físico*.

No se han hallado registros de diagnósticos del componente *Desarrollo*, probablemente porque la muestra no incluía pacientes pediátricos; ni del componente *Doméstico*, por el entorno en el que transcurrió el estudio. Así pues, a excepción de los componentes *Autoconceptual*, *Interaccional* y *Espiritual*, al análisis evidencia que las enfermeras identifican diagnósticos relativos a todos los componentes de la persona.

En la tabla 4.2 se muestran las dimensiones, componentes de la persona y diagnósticos en los que se estructura el eje diagnóstico de la terminología ATIC utilizados en la individualización de los planes de cuidados analizados en el análisis de documentos. En color negro los procedentes del plan de cuidados estandarizado y en color verde los añadidos por las enfermeras.

**Tabla 4.2.** Dimensiones, componentes y diagnósticos enfermeros de la terminología ATIC utilizados en la individualización de los planes de cuidados (1/2). En verde los añadidos al plan de cuidados por la enfermera.

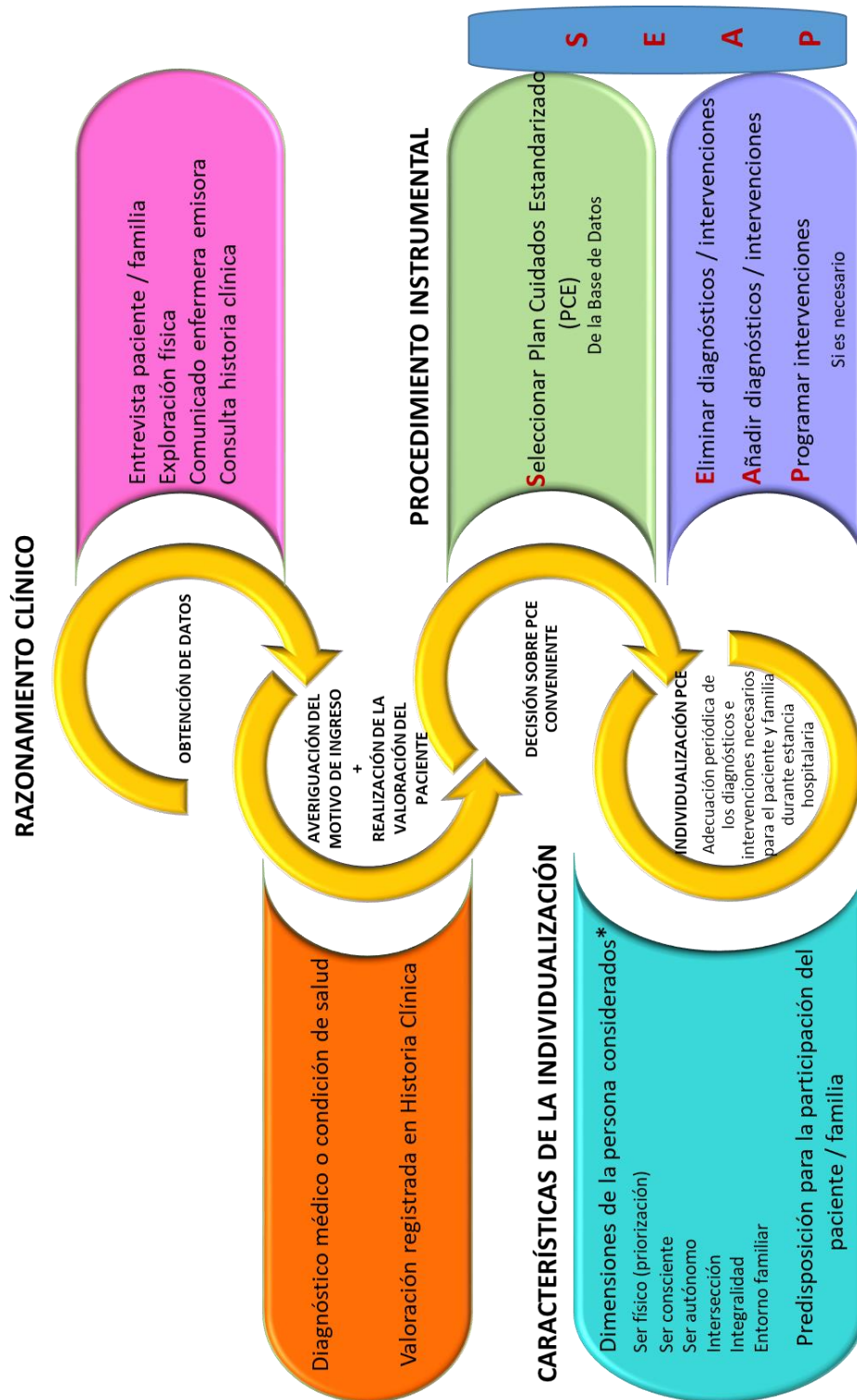
Dimensiones		Ser físico
Componentes	Multisistémico	Riesgo de inestabilidad hemodinámica Riesgo de insuficiencia multiorgánica Riesgo de sepsis Riesgo de toxicidad multiorgánica
	Respiratorio	Riesgo de atelectasia Riesgo de broncoaspiración Riesgo de derrame pleural Riesgo de hipoxemia Riesgo de recurrencia/progresión de la hipoxemia Riesgo de obstrucción de la vía aérea
	Cardiocirculatorio	Riesgo de arritmia Riesgo de intolerancia a la actividad Riesgo de hemorragia Riesgo de recurrencia/progresión de la hemorragia Riesgo de isquemia o hemorragia cerebral Riesgo de recurrencia/progresión de la isquemia o hemorragia Riesgo de recurrencia/progresión de la isquemia miocárdica Riesgo de síndrome de disminución del gasto cardíaco Riesgo de tromboembolismo Riesgo de recurrencia/progresión del tromboembolismo
	Homeostático Excretor	Riesgo de recurrencia/progresión del derrame Riesgo de hipovolemia Riesgo de retención urinaria Riesgo de trastornos hidroelectrolíticos Urostomía
	Digestivo	Colostomía Ileostomía Riesgo de estreñimiento Riesgo de íleo paralítico Riesgo de insuficiencia hepática Riesgo de intolerancia a la ingesta
	Nutricional Metabólico	Riesgo de déficit nutricional Riesgo de hiper/hipoglicemia
	Reproductor	
	Inmunoematológico	Riesgo de infección Riesgo de infección postoperatoria
	Tegumentario	Herida quirúrgica Herida quirúrgica limpia Herida traumática Prurito
	Locomotor	Riesgo de síndrome compartimental
	Neurorregulador	Riesgo de aumento de la presión intracraneal Riesgo de convulsiones Riesgo de déficit sensoriomotor
	Neuromotor	Riesgo de caídas



**Tabla 4.2.** Dimensiones, componentes y diagnósticos enfermeros de la terminología ATIC utilizados en la individualización de los planes de cuidados (2/2).

Dimensiones	Ser consciente	Ser autónomo	Interacciones	Integridad	Entorno familiar	Entorno social
Componentes	Neuroregulador		Agitación psicomotriz Anorexia			
	Neuromotor					
	Neurocognitivo		Afasia Riesgo de autolesión involuntaria Delirio Desorientación			
	Sensoperceptual		Cefalea Desatención unilateral Dolor Dolor abdominal Dolor torácico			
	Neurocomportamental	Riesgo de síndrome de estrés posttraumático				
	Autoconceptual					
	Adaptativo Emocional	Ansiedad fisiológica Riesgo de deterioro a la adaptación al nuevo estado de salud Riesgo de síndrome ansioso depresivo Temor				Temor familiar
	Espiritual					
	Interaccional					
	Autocuidado		Riesgo de manejo ineffectivo del régimen terapéutico			
	Desarrollo					
	Autodeterminación					Riesgo de claudicación familiar
	Doméstico					
Multicomponente			Fatiga	Riesgo de síndrome de desuso		

La siguiente figura 4.1 presenta el diagrama representativo de las etapas aplicadas por las enfermeras en el proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado.



**Figura 4.1.** Etapas del proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado

\* Dimensiones de la persona identificadas por Juvé-Udina (2012b; 2016)

## **4.2 Resultados del segundo objetivo específico**

### **Identificar los elementos limitadores y facilitadores del proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado en unidades de hospitalización de agudos.**

El proceso iterativo de recogida y análisis de información a través de entrevistas, observación participante, análisis de documentos y grupo focal permitió identificar la emergencia de los elementos limitadores y facilitadores del proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado. A continuación se especifican estos elementos según las categorías temáticas de Nivel organizacional, Nivel profesional y Nivel individual.

#### **a) Elementos limitadores del proceso de individualización del plan de cuidados**

Los elementos referidos por los participantes como limitadores del proceso de individualización, que emergieron en el análisis se presentan a continuación agrupados en los tres niveles: organizacional, profesional e individual.

##### **a.1 Elementos limitadores: Nivel organizacional**

Esta categoría refiere a cómo las estructuras de gestión directiva y de gestión asistencial, la organización y el modelo de cuidados pueden dificultar a las enfermeras el proceso de individualización.

En este sentido, las enfermeras creen que los aspectos que pueden entorpecerlo son: las rutinas adquiridas en las unidades, la percepción de carga de trabajo, la ratio excesiva de pacientes asignados a cada enfermera, los cuidados de mediana y alta complejidad, la percepción de implicación escasa de las enfermeras gestoras, así como la disponibilidad y el rendimiento de las infraestructuras informáticas.

##### **a.1.1 Limitador 1: Rutinas adquiridas en las unidades**

En algunas unidades de los hospitales participantes en esta investigación, aún siguen vigentes determinadas rutinas tradicionales que reflejan la organización del trabajo de las enfermeras por tareas, que deben realizarse a una hora o día determinado. Esto significa

que las enfermeras de estas unidades, no consultan el plan de cuidados al inicio del turno para saber cuáles son los cuidados individualizados requeridos para cada paciente.

*“Nuestra rutina no incluye consultar el plan de cuidados al inicio del turno. Nosotros lo primero que hacemos es tomar los signos vitales, después administramos la medicación y cuando hemos terminado de todo esto, nos sentamos y miramos los planes de cuidados”* (E25-Entrevista).

*“Conozco la dinámica de la unidad y sé cuáles son mis funciones. (...) control de signos vitales, control de diuresis al final del turno, cambios posturales, cambio de apósitos de vías periféricas los martes y los viernes. Siempre es lo mismo. Es una rutina”* (E20-Entrevista).

#### a.1.2 Limitador 2: Percepción de carga de trabajo y ratios excesivas

Los participantes consideran que en las unidades donde trabajan están sometidos a una elevada carga de trabajo. Además creen que tienen demasiados pacientes asignados para poder dedicarse a individualizar los planes de cuidados como es requerido.

La percepción de una carga de trabajo y una ratio excesiva puede afectar desfavorablemente a la individualización periódica del plan de cuidados al estado del paciente. Además, la priorización de los cuidados está condicionada por la asignación de pacientes.

*“En mi unidad tenemos una sobrecarga de trabajo importante. A veces, no puedo ni revisar los planes de cuidados. Me es imposible. (...) Trabajamos con mucha presión. Vamos siempre con prisas y así no podemos revisar los planes de cuidados tranquilamente”* (E23-Entrevista).

*“Creo que llevamos excesivos pacientes para actualizar bien los planes de cuidados. Hay tardes que no puedo dedicarme a los planes de cuidados. Creo que deberían disminuir la ratio”* (E27-Entrevista).

#### a.1.3 Limitador 3: Cuidados de mediana y alta complejidad

Las enfermeras manifiestan que los pacientes con cuidados de mediana o alta complejidad precisan de una individualización del plan de cuidados más complicada y frecuente que los pacientes con cuidados de baja complejidad. En consecuencia, a mayor complejidad de los cuidados, las enfermeras presentan más dificultades y necesitan más tiempo para individualizar el plan de cuidados. Añadir que sigue vigente la creencia de que los pacientes quirúrgicos son más complejos que los pacientes que ingresan por motivos médicos.

*“Hay pacientes que son más complejos que otros y esto dificulta un poco trabajar con planes de cuidados. No es lo mismo un paciente operado de una apendicectomía que uno de una cirugía colorectal o un paciente de una unidad de semicríticos. Los cuidados que hay que reflejar en el plan de cuidados no son los mismos” (E6 –Entrevista).*

*“Los pacientes médicos no varían tanto de un día para otro. Sobre todo hay que individualizar el plan de cuidados al ingreso y después si tiene alguna complicación. En cambio, en un paciente quirúrgico, por su evolución, tienes que modificar el plan de cuidados continuamente. Por ejemplo, retirar drenajes y catéteres o progresar en la tolerancia a la actividad” (E4 – Entrevista).*

#### **a.1.4 Limitador 4: Percepción de implicación escasa de enfermeras gestoras**

Algunas enfermeras opinan que la enfermera gestora asistencial de su unidad no considera la individualización del plan de cuidados un registro fundamental. Por esta razón, les indican como prioritarios otros registros. Estas enfermeras también añaden que su enfermera gestora asistencial puede tener un déficit de conocimientos sobre la individualización y acerca de los planes de cuidados estandarizados.

*“Mi supervisora no le da mucha importancia. Cuando nos explica los resultados de la unidad, estos son sobre si hemos registrado el Índice de Barthel o el dolor mediante la Escala Visual Analógica, pero no nos dice nada de la individualización del plan de cuidados. (...) las supervisoras son las responsables de la gestión de los cuidados y tendrían que preocuparse de cómo se planifican estos cuidados” (E38-Grupo focal).*

*“Yo creo que las supervisoras no dominan los plan de cuidados. Es la sensación que tengo. Si les preguntas algo sobre la individualización, no lo saben” (E16-Grupo focal).*

#### **a.1.5 Limitador 5: Disponibilidad y rendimiento de las infraestructuras informáticas**

Los participantes se quejan de problemas de disponibilidad y rendimiento de los ordenadores y del SIA. Expresan que en el control de enfermería hay insuficientes ordenadores. En ocasiones, con los ordenadores portátiles tienen problemas de conectividad con la wi-fi y se activa el modo de hibernación muy pronto, y en el SIA tienen que iniciar sesión varias veces porque ha caducado o funciona con lentitud.

*“No hay ordenadores suficientes en el control de enfermería. A veces están ocupados por los médicos. (...) los ordenadores hibernan rápido para ahorrar energía. También, a veces, el SIA funciona lento y la sesión caduca muy rápida” (E12 –Entrevista).*

*En un pasillo de la unidad, una enfermera tiene problemas de conectividad del ordenador portátil con la wi-fi (Observación participante 10).*

## **a.2 Elementos limitadores: Nivel profesional**

Algunos aspectos profesionales también dificultan el proceso de individualización. Las enfermeras identificaron el tiempo de dedicación, el uso de registros no regulados de bolsillo (refiriéndose a anotaciones individuales informales), la tradición del registro narrativo, la docencia universitaria con contenidos poco motivadores y el déficit de conocimientos.

### a.2.1 Limitador 6: Tiempo de dedicación

Según las enfermeras, individualizar un plan de cuidados requiere tiempo para razonar. La falta de este tiempo es uno de los motivos por el que refieren no poder individualizar los planes de cuidados. Además, creen que este tiempo que dedican a la individualización, les resta tiempo de asistencia directa al paciente. También manifiestan que pierden tiempo cuando quieren añadir un elemento al plan de cuidados y no lo encuentran en la base de datos porque en ocasiones, desconocen qué clase de elemento es.

*“Para individualizar un plan de cuidados se necesita pensar y reflexionar y muchas veces no tenemos el tiempo suficiente. Nos falta tiempo para revisar los planes de cuidados” (E17 – Entrevista)*

*Una enfermera me comenta que para individualizar un plan de cuidados se necesita tiempo. Añade que a veces pierde mucho tiempo intentando buscar algún elemento que quiere añadir porque no sabe si es una intervención o una actividad (Observación participante 7).*

*“Yo creo que con esto de los planes de cuidados, se le ha sacado mucho tiempo al paciente” (E28 –Entrevista).*

Debido a la falta de tiempo, puede que no individualicen los planes de cuidados, que se posponga la individualización para el turno o día siguiente o que incluso para ganar tiempo, realicen una adecuación pragmática de la metodología, anticipando lo que probablemente ocurrirá.

*“A veces por falta de tiempo, no puedo individualizar los planes de cuidados. (...) pienso que mañana ya los revisaré” (E14 –Entrevista).*

*A un paciente que todavía está en quirófano, la enfermera le selecciona el plan de cuidados estandarizado postquirúrgico. Me comenta que lo hace de esta manera porque más tarde, cuando llegue el paciente de quirófano, a lo mejor tiene mucho trabajo y no tendrá tiempo de hacerlo (Observación participante 10).*

#### a.2.2 Limitador 7: Utilización de registros no regulados y de bolsillo

Bastantes enfermeras mantienen el método tradicional, anterior a la informatización de los registros, de tomar anotaciones durante el cambio e inicio de turno. Estas anotaciones pueden ser escritas a mano en una hoja de papel, o bien introducidas en una tabla de Word o Excel. En estas anotaciones identifican al paciente con el número de habitación y el nombre, sin los apellidos. Generalmente anotan también el diagnóstico médico, los dispositivos del paciente y si hay que monitorizar algún parámetro. La finalidad de estas anotaciones es que les sirven de recordatorio durante todo el turno y también las utilizan para anotar ciertas intervenciones que, antes de finalizar el turno, transcribirán al plan de cuidados. Además perciben que estas anotaciones reducen el número de consultas directas del plan de cuidados registrado en el SIA. Estos registros informales son reflejo de la asunción, no reflexionada de las enfermeras, de la organización por tareas de algunas unidades.

*“Me hago una chuleta en una hoja. Como antaño seguimos con el papel y el bolígrafo. Apunto todos los cuidados que necesita cada paciente. Quizás por esto no consultamos el plan de cuidados durante el turno. (...) Si el médico solicita un electrocardiograma, lo anoto en esta hoja y antes de finalizar el turno lo transcribo en el plan de cuidados. (...) No tengo tanta memoria para acordarme de todos los cuidados. Por eso los anoto” (E17 –Entrevista).*

*“En mi unidad, al inicio del turno, las enfermeras imprimen una tabla de Word en donde por columnas consta el número de habitación, el nombre del paciente, el diagnóstico médico, drenajes, catéteres venosos y urinarios, cura de herida y control de glucemia. Esta tabla cada turno la actualiza y la utilizan para transmitirse la información de los pacientes en el cambio de turno” (Observación participante 8).*

Algunos ejemplos obtenidos en la observación participante de estos registros no regulados y de bolsillo se muestran en el anexo 4.2.

#### a.2.3 Limitador 8: Tradición del registro narrativo

Los cambios en el estado de salud del paciente son preferiblemente redactados en las notas de progreso a texto libre, en vez de ser añadidos al plan de cuidados como nuevos

diagnósticos. Los participantes de esta investigación argumentan que en ocasiones registran en texto libre por costumbre, y también porque es más probable que otros profesionales lean las notas de progreso antes que el plan de cuidados. Así mismo, consideran que es más fácil redactar las notas de progreso que individualizar el plan de cuidados.

*“La enfermera de la tarde en las notas de progreso escribe que la paciente no traga bien la comida y solicita una dieta con textura triturada. En el plan de cuidados no ha añadido el diagnóstico de Riesgo de broncoaspiración” (Análisis de documentos 29).*

*“Escribo en las notas de progreso por costumbre. Porque toda la vida lo he hecho así. (...) Hay muchas cosas que por costumbre no las registramos en el plan de cuidados. (...) Creo que los médicos u otras enfermeras leerán las notas de progreso antes que el plan de cuidados. (...) Es más fácil escribir en las notas de progreso que añadir elementos en el plan de cuidados” (E15 – Entrevista).*

#### a.2.4 Limitador 9: Docencia universitaria con contenidos poco motivadores

Algunas enfermeras piensan que en las Facultades y Escuelas de Enfermería, los docentes les enseñaron los fundamentos, la metodología y los planes de cuidados de manera aburrida y poco aclaratoria. Además creen que los profesores no les supieron motivar suficiente sobre los planes de cuidados.

*“Era la asignatura más aburrida y densa de todas. El plan de cuidados en la universidad es un tema muy pesado” (E5 –Entrevista).*

*“Es un tema duro porque en la universidad no se le da el enfoque adecuado. Creo que no le dan mucha importancia. (...) nos hacían hacer el plan de cuidados como si fuera hacer un trámite” (E20 –Entrevista).*

#### a.2.5 Limitador 10: Déficit de conocimientos

Algunos participantes expresan desconocimiento de algunos de los elementos de la terminología ATIC y de algunos de los planes de cuidados estandarizados del programa ARES introducidos en la base de datos del SIA. También refieren que cuando quieren añadir un elemento al plan de cuidados no saben a qué clase pertenece o a qué elemento jerárquico está vinculado.



*“No sé qué planes de cuidados estandarizados están introducidos en la base de datos. A veces no encuentro el plan de cuidados estandarizado que quiero. Es como buscar una aguja en un pajar. (...) en alguna ocasión no sé si lo que quiero añadir está introducido en el SIA”.* (E3 –Entrevista).

*“Me cuesta encontrar el elemento que quiero añadir. ¿Será una intervención o una actividad? (...) no sé dónde buscarlo. Tengo claro el elemento que quiero añadir, pero no sé de qué raíz depende”* (E9 –Entrevista).

Algunas enfermeras manifiestan cierto grado de desconocimiento sobre el manejo del SIA. El desconocimiento consiste principalmente, en no saber añadir o modificar la programación de algún elemento cuando individualizan el plan de cuidados. Además hay alguna enfermera que refiere que, por diferentes motivos, no realizó formación formal sobre el SIA, y que lo aprendió de manera autodidacta o porque alguna compañera del mismo turno le enseñó las nociones básicas.

*“Una enfermera me pregunta cómo insertar una intervención en el plan de cuidados. Me comenta que no sabe hacerlo. (...) Una enfermera intenta modificar la programación de la cura de una herida de cada 12 horas a cada 24 horas, pero tiene dificultades. No sabe hacerlo. Le explico cómo se realiza”* (Observación participante 2).

*“El SIA lo aprendí yo misma. Aprendí sobre la marcha”* (E7 –Entrevista).

*“La primera semana en la unidad, estuve con una compañera que me enseñó las cuatro cosas básicas del SIA”* (E16 –Entrevista).

Finalmente, los participantes admiten tener escasa formación en metodología enfermera que se traduce en dificultades para individualizar el plan de cuidados. Una de estas dificultades es el registro de las complicaciones de los pacientes. Además algunas enfermeras creen que a los estudiantes de Enfermería no se les enseña, ni se les transmite la importancia de realizar la individualización del plan de cuidados cuando realizan las prácticas clínicas en los hospitales.

*“La individualización me cuesta. No manejo bien los planes de cuidados. He aprendido la terminología ATIC a partir de trabajar con ella. Necesito más formación en metodología. (...) una complicación de un paciente no sabría registrarla en el plan de cuidados”* (E22 –Entrevista).

*“Tengo compañeras que a los estudiantes les dicen que el plan de cuidados no hace falta que lo dominen porque lo importante es que tengan habilidades con el paciente. Y yo creo que hay que enseñarles cómo se individualiza un plan de cuidados”* (E31-Grupo focal).

### **a.3 Elementos limitadores: Nivel individual**

Determinados aspectos individuales de cada enfermera también entorpecen el proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado. Las enfermeras destacaron los siguientes: inseguridad al seleccionar el plan de cuidados estandarizado e interés escaso para individualizar.

#### **a.3.1 Limitador 11: Inseguridad al seleccionar el plan de cuidados estandarizado**

Las enfermeras expresan dudas en la selección del plan de cuidados estandarizado según el motivo de ingreso. Estas dudas aparecen especialmente en los ingresos de pacientes con exacerbación de una enfermedad crónica, en pacientes con diversos diagnósticos médicos y en pacientes con motivo de ingreso no habitual en la unidad.

*“El otro día a un paciente no sabía qué plan de cuidados estandarizado seleccionarle. Estuve abriendo y cerrando hasta tres planes de cuidados estandarizados diferentes y a final seleccioné el que más se adaptaba al estado del paciente. (...) una disnea puede ser por muchas causas, como una Insuficiencia cardíaca, una Neumonía o una Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y esto complica la selección del plan de cuidados estandarizado. (...) a veces a un paciente con muchos diagnósticos médicos, decidir qué plan de cuidados estandarizado seleccionar cuesta mucho” (E19 –Entrevista).*

*“Si el paciente es de una especialidad médica no habitual en la unidad, seguramente tendré dudas sobre qué plan de cuidados estandarizado le corresponde” (E9 –Entrevista).*

#### **a.3.2 Limitador 12: Interés escaso para individualizar**

Algunas enfermeras piensan que sus compañeras o ellas mismas tienen poco interés para individualizar los planes de cuidados. También comentan que no se sienten motivadas y que por esta razón, no se implican lo suficiente en los planes de cuidados y su individualización.

*“Hay enfermeras que tienen falta de interés para individualizar los planes de cuidados. Creen que no sirven para nada. (...) no se le da la suficiente importancia. Son vistos como un simple registro” (E25 –Entrevista).*

*“Trabajar con planes de cuidados considero que es una obligación y lo hago porque me pagan por mi trabajo. Lo veo como algo impuesto. Y como voy a estar motivada con algo así” (E21 –Entrevista).*

## **b) Elementos facilitadores del proceso de individualización del plan de cuidados**

Al igual que en el apartado anterior, los elementos referidos por las enfermeras como facilitadores del proceso de individualización, que emergieron en el análisis se presentan a continuación agrupados en los tres niveles: organizacional, profesional e individual.

### **b.1 Elementos facilitadores: Nivel organizacional**

Esta categoría se refiere a cómo las estructuras de gestión directiva y gestión asistencial, la organización y el modelo de cuidados pueden facilitar a las enfermeras el proceso de individualización. En este sentido, las enfermeras creen que los aspectos que pueden favorecerlo son: la participación en sesiones clínicas de cuidados, la formación sobre el SIA, el uso de buscadores de planes de cuidados estandarizados, el soporte de las enfermeras superusuarias y de las enfermeras gestoras asistenciales, la baja rotación de pacientes y la asignación fija de las enfermeras a una unidad.

#### **b.1.1 Facilitador 1: Realización de sesiones clínicas de cuidados**

En las unidades de dos hospitales participantes en este estudio se realizan, de forma habitual, sesiones de casos clínicos quincenales o mensuales para enfermeras. Están dirigidas por una enfermera superusuario y consisten en explicar cómo se ha realizado la individualización del plan de cuidados estandarizado de un paciente por parte de una enfermera de la unidad. Las enfermeras refieren que estas sesiones son muy enriquecedoras pero que al realizarse dentro del horario laboral, a veces, no pueden asistir.

*“Cada quince días exponemos un caso real y revisamos cómo hemos hecho el plan de cuidados. También nos explican si algún plan de cuidados estandarizado se ha modificado o se ha creado alguno nuevo. Creo que estas sesiones son interesantes porque aprendes”* (E10 - Entrevista).

*“Las sesiones me gustan, pero no siempre puedo ir. Muchas veces no puedes dejar de atender a los pacientes para ir a las sesiones”* (E30 - Grupo focal).

#### **b.1.2 Facilitador 2: Formación sobre el sistema de información asistencial**

Los participantes expresan que el hospital les realizó formación sobre manejo del SIA cuando se implantó o cuando los contrataron para trabajar en el hospital. Las habilidades adquiridas en este curso las refuerzan con la práctica diaria. Añaden que para individualizar un plan de cuidados electrónico es necesario dominar el SIA.

*“Cuando empecé en el hospital me hicieron un curso sobre el SIA y a partir de ahí he ido aprendiendo más en el día a día” (E5 - Entrevista).*

*“Para individualizar un plan de cuidados electrónico tienes que manejar bien el SIA” (E12 – Entrevista).*

### **b.1.3 Facilitador 3: Buscadores de planes de cuidados estandarizados intranet / papel**

En dos hospitales existe una base de datos en la intranet que asocia motivos de ingreso y el plan de cuidados estandarizado conveniente. Esta base de datos está disponible para todos los hospitales que participan en el programa ARES. Las enfermeras de estos dos hospitales refieren que estas bases de datos les facilitan el tomar la decisión sobre cuál es el plan de cuidados estandarizado adecuado según el motivo de ingreso. En el tercer hospital utilizan esta base de datos mediante un formato de guía impresa en papel. Las enfermeras también refieren que suelen encontrar lo que buscan en ella.

*“Tenemos un buscador en la intranet. Si escribes el motivo de ingreso te dice el plan de cuidados estandarizado que tienes que aplicar. Es una herramienta muy útil” (E32 – Grupo focal).*

*“La supervisora me dio una guía de planes de cuidados estandarizados que explica en qué situaciones utilizar cada plan de cuidados estandarizado. (...) Ingresó una puérpera por infección de la herida quirúrgica y en la guía encontramos el plan de cuidados estandarizado para estos casos” (E24 – Entrevista).*

### **b.1.4 Facilitador 4: Soporte de las enfermeras superusuarias y enfermeras gestoras asistenciales**

Los hospitales ofrecen apoyo sobre dudas relacionadas con el SIA y metodológicas mediante la figura de la enfermera superusuario y las enfermeras gestoras asistenciales de las unidades. Algunas enfermeras afirman que la enfermera gestora asistencial de su unidad tiene amplios conocimientos sobre los planes de cuidados.

*“Cuando tengo dudas sobre cómo individualizar un plan de cuidados, llamo a la enfermera superusuario para que venga a la unidad a ayudarme.” (E12 – Entrevista).*

*“Ayer me ingresó un paciente que había estado 42 días en la UCI por una Endocarditis que ahora ya está tratada. Seleccione el plan de cuidados estandarizado Cuidados postcríticos pero me faltaba añadir algo para la Endocarditis. Llamé a la enfermera superusuario y me dijo que añadiera el Riesgo de sepsis” (E28 – Entrevista).*

*“Si tengo dudas y la supervisora está en la unidad, le pregunto. Tengo que reconocer que mi supervisora sabe mucho” (E33 – Grupo focal).*

#### **b.1.5 Facilitador 5: Baja rotación de pacientes y asignación fija de las enfermeras a la unidad**

Las enfermeras explican que si un paciente está muchos días ingresado, esto favorece la individualización del plan de cuidados estandarizado porque así lo pueden conocer más profundamente. Lo mismo sucede si una enfermera está asignada a una misma unidad de manera fija o durante un periodo largo de tiempo. De esta manera, conocen más a los pacientes y pueden implicarse más en individualizar el plan de cuidados.

*“Cada vez los pacientes están menos días ingresados. (...) el plan de cuidados de un paciente que ingresó hace varios días, es más fácil de actualizar. Porque he tenido tiempo de relacionarme con él” (E35 - Grupo focal).*

*Una enfermera comenta que se siente afortunada porque trabaja cada día en la misma unidad. Afirma que esto es una ventaja. Cree que para individualizar correctamente el plan de cuidados es conveniente conocer bien al paciente. También dice que las enfermeras que no están ubicadas en una unidad no se implican. (Observación participante 4)*

### **b.2 Elementos facilitadores: Nivel profesional**

Algunos aspectos profesionales también facilitan el proceso de individualización. Entre ellos, las enfermeras identificaron: la utilización de estándares de cuidados y de la terminología ATIC, la ayuda de otras enfermeras asistenciales, los conocimientos sobre metodología adquiridos en la universidad y la expertía clínica de la enfermera.

#### **b.2.1 Facilitador 6: Uso de planes de cuidados estandarizados y de la terminología ATIC**

La utilización de planes de cuidados estandarizados simplifica el trabajo de las enfermeras porque incluyen los diagnósticos e intervenciones, recomendadas en base a las evidencias disponibles, para la población de pacientes a los que van dirigidos. Primero, porque reducen el tiempo que se necesitaría para añadir al registro de cada paciente cada uno de los diagnósticos e intervenciones; en segundo lugar porque los planes de cuidados estandarizados ayudan a las enfermeras en la toma de decisiones y finalmente, porque reducen el riesgo de omisión de cuidados.

*“En el plan de cuidados estandarizado están los diagnósticos reales, los diagnósticos de riesgo y los cuidados básicos que necesita el paciente. (...) creo que nos simplifican el trabajo y me recuerdan diagnósticos e intervenciones que quizás yo olvidaría”* (E16 – Entrevista).

También explican que cuando cursaron la carrera de Enfermería en la universidad, encontraban los planes de cuidados más dificultosos porque no se utilizaban planes de cuidados estandarizados. El uso de estándares de cuidados en el aprendizaje de los alumnos es controvertido probablemente porque por un lado, se considera que en el proceso de aprendizaje de un estudiante se le debe enseñar a razonar mediante la elaboración de un plan de cuidados y por otro, probablemente porque la creencia de que los planes de cuidados estandarizados no permiten la atención individualizada sigue muy extendida entre el cuerpo docente.

*“En la universidad los planes de cuidados eran muy laboriosos. Supongo que quieren que aprendamos a elaborar un plan de cuidados. (...) y después, cuando empiezas a trabajar en el hospital, lo encuentras más fácil porque utilizamos planes de cuidados estandarizados”* (E8 - Entrevista).

En referencia a la terminología ATIC, las enfermeras participantes consideran que es de fácil comprensión y no existen dificultades para entender el significado de sus elementos a nivel de diagnósticos, intervenciones y actividades. En comparación con otros lenguajes enfermeros, las enfermeras consideran que sus conceptos son menos abstractos.

*“El lenguaje en general es fácil. Se entiende bien. (...) cuando leo un plan de cuidados lo entiendo. No tengo dudas”* (E21 – Entrevista).

*“Pienso que la terminología ATIC es un lenguaje enfermero entendible, al contrario que otros lenguajes que aprendí en la universidad, como NANDA, NOC, NIC. En estos otros lenguajes los diagnósticos e intervenciones no se corresponden tanto a como las enfermeras nos expresamos habitualmente, ni reflejan tan bien lo que le ocurre al paciente y lo que hacemos”* (E7 – Entrevista).

### **b.2.2 Facilitador 7: Ayuda de otras enfermeras asistenciales**

El primer recurso que utilizan las enfermeras cuando tienen dudas sobre la individualización es preguntar a los compañeros del mismo turno o fijarse qué plan de cuidados estandarizado ha seleccionado otra enfermera para el mismo motivo de ingreso.

*“Cundo tenemos dudas, nos preguntamos entre compañeros del mismo turno para ver si hay alguien que lo sabe. Y si nadie lo sabe, llamamos a la enfermera superusuaria”* (E12-Entrevista).

*Un enfermero duda de cómo insertar en el plan de cuidados, que el paciente es portador de una ileostomía. Le pregunta a otra enfermera de la unidad. Esta enfermera le explica que lo registre como diagnóstico real” (Observación participante 9).*

*“Si no sé qué plan de cuidados estandarizado es el que necesita un paciente, busco otros pacientes con el mismo motivo de ingreso y miro el plan de cuidados estandarizado que le ha insertado otra enfermera” (E4-Entrevista).*

### **b.2.3 Facilitador 8: Conocimientos sobre metodología adquiridos en la universidad**

Algunos de los participantes aprendieron metodología enfermera en la Diplomatura o Grado de Enfermería y también en algún curso de postgrado. Estas refieren que los conocimientos adquiridos en la universidad les han servido para después trabajar con planes de cuidados y que algunos profesores les motivaron en este tema. Finalmente, las enfermeras con más años de experiencia creen que en la actualidad las enfermeras acaban los estudios de Enfermería con una mejor preparación teórica sobre los planes de cuidados, aunque deberían modificar la formación sobre lenguajes considerando una perspectiva más inclusiva.

*“En la universidad me explicaron los planes de cuidados y en las prácticas teníamos que crearle un plan de cuidados a un paciente. (...) me sirvió de base para después trabajar con planes de cuidados en el hospital” (E6-Entrevista).*

*“En la universidad nos transmitieron que el plan de cuidados era muy importante. Incluso teníamos una profesora que nos hacía juegos para que lo aprendiéramos mejor” (E3-Entrevista).*

*“Pienso que a una enfermera que acaba ahora la universidad, le hablas de un diagnóstico real y sabe de qué le hablas. En mi época no sabíamos tanto sobre diagnósticos e intervenciones” (E22-Entrevista).*

*“En la universidad me enseñaron NANDA, NIC, NOC y cuando empecé a trabajar en el hospital, me encontré que se utilizaba ATIC y sobre este lenguaje no tenía formación” (E2-Grupo focal).*

### **b.2.4 Facilitador 9: Expertía de la enfermera**

Las enfermeras principiantes manifiestan que no tienen del todo adquiridas las aptitudes para diagnosticar los problemas del paciente y planificar los cuidados que necesita. Esta circunstancia les genera incertidumbre y en consecuencia, dudan de sus propias competencias para individualizar un plan de cuidados, lo cual es consistente con el marco teórico de pericia enfermera desarrollado por Benner (1982). En cambio, una enfermera con expertía conoce las complicaciones y cuidados asociados a cada motivo de ingreso,

son más hábiles en la valoración y la identificación de señales precoces de cambio en el estado del paciente. Estos conocimientos asociados a los años de experiencia contribuyen a que individualicen el plan de cuidados con más seguridad y destreza.

*“Tengo la sensación que las enfermeras nuevas que empiezan a trabajar no dominan los planes de cuidados. (...) la que no tiene expertía, le da miedo individualizar el plan de cuidados. Sienten desconfianza y por eso a veces prefieren no modificar el plan de cuidados”* (E29 Enfermera experimentada-Grupo focal).

*“Intento individualizar lo mejor que puedo, pero no significa que acabe haciéndolo bien”* (E4 Enfermera principiante-Entrevista).

*“Una enfermera experta puede eliminar o añadir intervenciones que otra enfermera menos experta por precaución no se atreverá. Pero la enfermera experta sabe que en ese paciente en concreto puede eliminar o añadir esa intervención o diagnóstico. Porque conoce los riesgos y complicaciones y esto le da más seguridad”* (E38 Enfermera experimentada -Grupo focal).

### **b.3 Elementos facilitadores: Nivel individual**

Determinados aspectos individuales de cada enfermera también favorecen el proceso de individualización. Las enfermeras refirieron como facilitadores a nivel individual: el compromiso personal y la predisposición para individualizar.

#### **b.3.1 Facilitador 10: Compromiso personal**

Algunas enfermeras expresan su sentido de responsabilidad ante la individualización del plan de cuidados. Estas enfermeras se esfuerzan para que cada paciente tenga planificados los cuidados que necesita. En los pacientes que ingresan a final del turno, intentan seleccionar el plan de cuidados estandarizado e individualizarlo para no dejarlo pendiente para la enfermera del siguiente turno. Si creen que el plan de cuidados estandarizado seleccionado por otra enfermera no es el más conveniente, lo cambian por otro más apropiado al estado del paciente. Si la técnica en cuidados auxiliares de enfermería les comenta que algún cuidado no está actualizado, en cuanto pueden, lo verifican y modifican en el plan de cuidados.

*“Yo reviso el plan de cuidados y si tengo que eliminar o añadir algún elemento, lo hago. No voy a dejar en el plan de cuidados algo que ya no se corresponde con los cuidados actuales del paciente”* (E12-Entrevista).



*Una enfermera del turno de mañana ha tenido un ingreso a última hora. Después de realizar el cambio de turno con la enfermera de la tarde, se queda para registrar el ingreso del paciente. Selecciona el plan de cuidados estandarizado Cirugía protésica articular e inicia la individualización eliminando una intervención relativa a un catéter y añadiendo una intervención de mantenimiento de un drenaje. (Observación participante 2)*

*Una enfermera cambia el plan de cuidados estandarizado Estudio sindrómico por el plan de cuidados estandarizado Estudio de crisis hipertensiva. Lo hace porque ha leído en las notas de progreso del médico que el motivo de ingreso es la crisis hipertensiva. (Observación participante 6).*

*“A veces la técnico en cuidados auxiliares de enfermería me dice que a un paciente ya no se le realiza el control de ingesta y que la intervención sigue constando en el plan de cuidados. Entonces yo lo verifico y elimino esa intervención” (E13-Entrevista).*

### **b.3.2 Facilitador 11: Predisposición para individualizar**

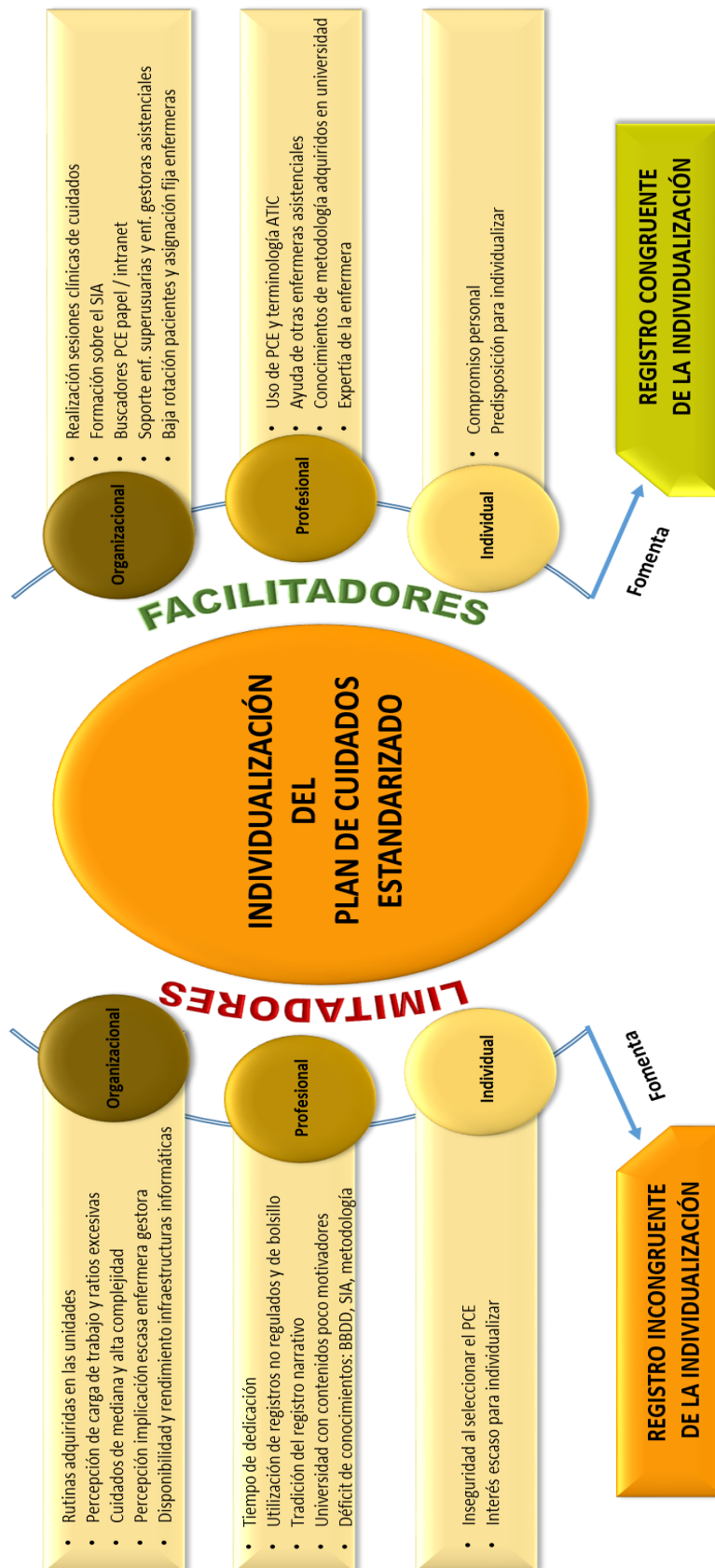
Los participantes manifiestan distintos grados de motivación para individualizar los planes de cuidados. La predisposición para realizar correctamente el proceso de individualización está probablemente mediada por los valores profesionales que cada enfermera ha adquirido y también, por los valores compartidos del equipo de trabajo en la unidad.

*“No me entusiasma individualizar el plan de cuidados. Pero me gusta que estén bien hechos y que sean un reflejo del paciente” (E13-Entrevista).*

*“(…) me siento muy motivada. Yo siempre intento dejar el plan de cuidados lo mejor individualizado posible. Intento tener la predisposición de trabajar bien” (E30-Grupo focal).*

En la anexo 4.3 se muestran los códigos, subcategorías y categorías emergidas en el análisis de las categorías temáticas nivel organizacional, nivel profesional y nivel individual de los elementos limitadores y facilitadores.

En la figura 4.2 se muestra cómo influyen los elementos limitadores y facilitadores obtenidos en este objetivo en fomentar en un sentido u otro, la congruencia del registro de la individualización del plan de cuidados estandarizado.



**Figura 4.2.** Elementos que influyen en la congruencia del registro del proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado

### **4.3 Resultados del tercer objetivo específico**

#### **Comprender el sentido otorgado por las enfermeras al proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado en unidades de hospitalización de agudos.**

Los resultados sobre la comprensión del sentido otorgado por las enfermeras al proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado revelan que, las enfermeras atribuyen al proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado una significación condicionada por el contexto organizativo en el que desarrollan su ejercicio profesional, así como una significación relacionada a la prestación de cuidados como representación de la experiencia vivida. Además han emergido diferentes sentimientos de las enfermeras hacia este proceso.

##### **a) Significación vinculada al contexto organizativo**

Esta categoría temática hace referencia a cómo las enfermeras articulan el proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado en el contexto organizativo en el que desarrollan la práctica clínica. Contiene las siguientes categorías emergentes: proporcionar cuidados de calidad, seguros y con protección legal, mejorar la comunicación entre profesionales, favorecer las oportunidades de progreso profesional, uso del plan de cuidados estandarizado como herramienta para saber los cuidados que necesita el paciente, uso de plan de cuidados estandarizado como guía para la práctica clínica de enfermeras principiantes, y mejorar el tiempo y las condiciones del registro de la individualización del plan de cuidados.

##### **a.1. Proporcionar cuidados de calidad, seguros y con protección legal**

Los participantes refieren que el plan de cuidados mejora la calidad y contribuye a que los cuidados sean seguros. También consideran que es un documento que proporciona protección legal a las enfermeras.

*“Los planes de cuidados aportan calidad y mejoran la asistencia porque te recuerdan los cuidados de cada paciente” (E3–Entrevista).*

*“Son una herramienta para una prestación de cuidados seguros” (E38-Grupo focal)*

*“El plan de cuidados es una herramienta legal y muchas enfermeras no son conscientes de ello. (...) Legalmente sirve para demostrar qué cuidados ha recibido el paciente” (E33-Grupo focal).*

### **a.1.2 Mejorar la comunicación entre profesionales**

Las enfermeras opinan que el plan de cuidados es una herramienta de comunicación de los cuidados a administrar entre diferentes enfermeras y turnos. De esta manera consideran que disminuyen la variabilidad en la práctica clínica.

*“(...) facilitan la continuidad de los cuidados. Sirven para unificar criterios entre enfermeras y para que los cuidados sean los mismos en cada turno” (E31-Grupo focal).*

### **a.1.3 Oportunidad de progreso profesional**

Los planes de cuidados son considerados un avance profesional y en concreto la individualización del plan de cuidados estandarizado se concibe como una oportunidad de progreso en la visibilización del valor y la aportación de los cuidados enfermeros. También consideran que a los planes de cuidados se les debería otorgar la relevancia que merecen.

*“Los planes de cuidados aportan calidad a la profesión. (...) El poder individualizar un plan de cuidados estandarizado te da un punto de creatividad muy importante y te permite desarrollarte profesionalmente” (E28-Entrevista).*

*“Supongo que los planes de cuidados tienen más importancia de la que le damos. Y realmente es así” (E6-Entrevista).*

Sobre los distintos lenguajes estandarizados enfermeros opinan que nos distinguen como profesión. En este sentido, sobre la terminología ATIC, las enfermeras de este estudio consideran que es lo suficientemente específica para representar sus observaciones, juicios y actuaciones.

*“Al igual que los médicos tienen su lenguaje, las enfermeras podemos tener el nuestro. Y el que nosotros utilizamos (terminología ATIC) se corresponde bastante a como nos expresamos habitualmente” (E1-Entrevista).*

#### **a.1.4 Herramienta para saber los cuidados que necesita el paciente**

Las enfermeras conciben el plan de cuidados como una herramienta de trabajo. Piensan que si están individualizados proporcionan información veraz del paciente. Asimismo, creen que como incluyen los diagnósticos e intervenciones que necesita cada paciente podrían ser utilizados para adecuar los recursos enfermeros de las unidades.

*“Los planes de cuidados son una buena herramienta de trabajo y hay que trabajar con ellos al máximo. (...) si el plan de cuidados está individualizado, te da la información apropiada de los cuidados que necesita el paciente en el momento actual” (E25–Entrevista).*

*“El plan de cuidados refleja el estado de salud del paciente y los cuidados que necesita. (...) es una manera de demostrar que hace falta otra enfermera porque los pacientes necesitan todos estos cuidados” (E11–Entrevista).*

#### **a.1.5 Guía para la práctica clínica de enfermeras principiantes**

Las enfermeras principiantes, que a menudo son adjudicadas a una unidad diferente cada día o durante períodos muy cortos, refieren que el plan de cuidados es una guía de los cuidados que han de administrar. También creen que les alerta de las posibles complicaciones que puede desarrollar el paciente. De la misma manera, estas consideraciones son compartidas por las enfermeras más expertas.

*“Para las enfermeras principiantes es una guía para saber los cuidados que necesita el paciente. (...) cuando no eres muy experta, el plan de cuidados es útil porque te anticipa las complicaciones que puede tener el paciente” (E2 enfermera principiante–Entrevista).*

*“Para las enfermeras nuevas es una guía. (...) con el plan de cuidados pueden saber los riesgos del paciente” (E22 enfermera con más expertía–Entrevista).*

#### **a.1.6 Tiempo y condiciones del registro de la individualización**

El registro de la individualización se realiza habitualmente al final del turno, en el control de enfermería o en una sala con ordenadores que tienen en 2 hospitales participantes. Las enfermeras refieren que son interrumpidas varias veces mientras registran, incluido cuando individualizan los planes de cuidados. Estas interrupciones afectan a su concentración y consisten en llamadas telefónicas, timbres e interrupciones de otros profesionales o familiares.

*“Hasta el final del turno no individualizo los planes de cuidados” (E11–Entrevista).*

*“Dos enfermeras están sentadas en el control de enfermería individualizando los planes de cuidados en los ordenadores” (Observación participante 4). En la unidad hay una sala con 4 ordenadores repartidos en 2 escritorios. En esta sala es donde registran. Una enfermera ha individualizado el plan de cuidados a 2 pacientes” (Observación participante 5).*

*“Es imposible estar un rato seguido individualizando los planes de cuidados. Suena el teléfono, suena el timbre, un familiar pregunta algo, los médicos te solicitan. Cuando te vuelves a sentar ya no sabes qué estabas haciendo” (E7–Entrevista).*

## **b) Significación vinculada a la prestación de cuidados**

Esta categoría temática se refiere a cómo las enfermeras experimentan el proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado durante la práctica clínica. Contiene las siguientes categorías emergentes: nivel de adecuación del plan de cuidados estandarizado al motivo de ingreso, obtención de información por comunicación oral, anotaciones y observación directa, transmisión oral de información con uso indirecto del SIA, registro de la planificación y administración de cuidados individualizados.

### **b.1 Nivel de adecuación del plan de cuidados estandarizado al motivo de ingreso**

El análisis de documentos ha evidenciado que las enfermeras seleccionan el plan de cuidados estandarizado con distintos niveles de adecuación al motivo de ingreso. En la tabla 4.3 se muestran ejemplos extraídos del análisis de documentos en relación a la selección del plan de cuidados estandarizado y los diferentes niveles de adecuación al motivo de ingreso. Para facilitar la comprensión del lector, en los planes de cuidados estandarizados que no alcanzan el máximo nivel de adecuación, se especifica el plan de cuidados estandarizado que correspondería a un nivel muy alto.

**Tabla 4.3.** Nivel de adecuación de la selección del plan de cuidados estandarizado

MOTIVO DE INGRESO	PCE SELECCIONADO	NIVEL ADECUACIÓN	PCE CON NIVEL DE ADECUACIÓN MUY ALTO
Bacteriemia por neumonía	Cardiopatía isquémica	Muy Bajo	Enfermedad infecciosa con afectación sistémica
Traslado procedente de la UCI por perforación esofágica hace 2 meses	Cuidados postquirúrgicos generales	Bajo	Cuidados postcríticos
Esofagectomía total	Cuidados postquirúrgicos en el paciente con trastornos gástricos	Medio	Cuidados postquirúrgicos en el paciente con trastornos de esófago
Pielonefritis en enfermo en tratamiento con quimioterapia	Enfermedad infecciosa con afectación nefrouinaria	Alto	Infección nefrouinaria en el enfermo inmunodeprimido
Neumonía	Estudio/estabilización de insuficiencia respiratoria aguda	Alto	Enfermedad infecciosa con afectación pulmonar
Edema agudo de pulmón	Insuficiencia cardíaca	Alto	Edema agudo de pulmón_fase inestable
Meningitis bacteriana	Enfermedad infecciosa con afectación del Sistema Nervioso Central	Muy Alto	
Hemorragia digestiva baja	Cuidados al paciente con hemorragia digestiva_fase estable	Muy Alto	
Estudio de neoplasia de páncreas	Estudio de tumores hepatobiliopancreáticos	Muy Alto	
Laminectomía descompresiva D5/D6	Cirugía de columna dorsal y lumbosacra	Muy Alto	
Hemicolecotomía derecha	Cuidados postquirúrgicos en el enfermo con trastornos intestinales	Muy Alto	
Colocación de catéter doble J	Procedimientos intervencionistas urológicos endoscópicos	Muy Alto	

Las enfermeras también refieren que los diagnósticos e intervenciones del plan de cuidados suelen estar adecuados al estado y las necesidades del paciente, aunque en algunas ocasiones no es así.

*“Hay planes de cuidados que están muy bien hechos y están actualizados. Ves que reflejan las curas de heridas, el nivel de actividad y las actividades de la vida diaria que necesita el paciente. En cambio, a veces un paciente puede necesitar llevar pañal por incontinencia y no se ha añadido el Riesgo de dermatitis por incontinencia (diagnóstico) al plan de cuidados” (E12–Entrevista).*

Según los participantes, un escaso registro de la individualización puede repercutir en una disminución de la calidad de los cuidados.

*“Si un paciente tiene una úlcera por presión que hay que curar cada 2 días. Si en el plan de cuidados no está programada esta cura correctamente, puede que alguna enfermera no la cure según esta frecuencia y esto perjudique a la curación de la úlcera” (E21–Entrevista).*

## **b.2 Obtención de información por comunicación oral, anotaciones y observación directa**

Al inicio del turno, las enfermeras para individualizar los cuidados recopilan información sobre los pacientes a partir de tres fuentes de información. La primera es la información transmitida en el cambio de turno por la compañera del turno anterior, la segunda son las notas de progreso escritas por los médicos y otras enfermeras y la tercera es la observación directa del paciente.

*“La información sobre los pacientes me la explica en el cambio de turno la enfermera del turno anterior y a veces lo complemento leyendo las notas de progreso de los médicos u otras enfermeras” (E9–Entrevista).*

*“Cuando entro a tomar los signos vitales al inicio del turno, observo si el paciente lleva un cateterismo vesical, un drenaje u otros dispositivos” (E19–Entrevista).*

## **b.3 Transmisión oral de información con uso indirecto del SIA**

La transmisión de información durante el cambio de turno se realiza sin utilizar directamente el registro del plan de cuidados en el SIA, pero ello no impide que las enfermeras realicen un uso implícito del plan de cuidados y tengan presente los cuidados planificados durante el intercambio de información que se efectúa en el cambio de turno.



La información se transmite mediante el lenguaje natural de las enfermeras y principalmente consiste en comunicar el diagnóstico médico, los dispositivos que lleva el paciente, el nivel de actividad, la cura de heridas, pruebas diagnósticas realizadas o pendientes de realizar y los signos vitales alterados.

*“Una enfermera del turno de mañana y otra del turno de tarde realizan el cambio de turno. La información que la enfermera de la mañana transmite a la de la tarde contiene información relativa a los cuidados individualizados en el plan de cuidados, como que el paciente puede empezar a deambular y que la cura de la herida quirúrgica se ha modificado. Se comunican mediante el lenguaje natural de las enfermeras”* (Observación participante 5).

*“(…) La información que se transmiten en el cambio de turno es el diagnóstico médico, los dispositivos que lleva el paciente, el nivel de actividad, la cura de heridas, pruebas diagnósticas realizadas o pendientes de realizar y los signos vitales alterados”* (Observación participante 8).

#### **b.4 Registro de la planificación y administración de cuidados individualizados**

Los participantes explican que utilizan el plan de cuidados para registrar la planificación y administración de los cuidados individualizados tanto de los pacientes como de sus familias. También manifiestan que con los planes de cuidados el registro de los juicios emitidos y de las actuaciones de las enfermeras ha mejorado en cantidad y calidad.

*“Mediante el plan de cuidados registramos los cuidados que necesita el paciente. (...) es una manera de reflejar qué cuidados necesitan los pacientes y las familias”* (E32–Grupo focal).

*“Los planes de cuidados nos permiten registrar los cuidados individualizados de cada paciente”* (E8–Entrevista).

*“Desde que trabajamos con planes de cuidados el registro de las úlceras por presión ha aumentado y además, es más específico. Ahora registramos el diagnóstico de la úlcera y el tipo de cura junto con los apósitos y productos necesarios para realizarla (mediante intervenciones)”* (E6–Entrevista).

### **c) Sentimientos negativos**

En el análisis de los datos han emergido unos estados de ánimo negativos producidos por realizar u obviar la individualización del plan de cuidados. Los sentimientos emergidos en esta categoría son: sentir frustración y rabia, así como sentir desaprobación.

#### **c.1 Sentir frustración y rabia**

En algunos participantes la situación de comprobar que un plan de cuidados no está actualizado al estado y cuidados que precisa el paciente les genera sentimientos de frustración, rabia y malestar. La vivencia repetida de este hecho los conduce a tener pensamientos extremos que provocan en ellos un cambio de conducta, dejando de individualizar temporalmente los planes de cuidados. Una vez pasado el enfado estos pensamientos desaparecen y vuelven a individualizar.

*“Encontrarme un plan de cuidados sin individualizar me hace sentir un poco frustrada y me gustaría tener delante a la enfermera que no ha individualizado el plan de cuidados para decírselo” (E17–Entrevista).*

*“Provoca rabia que el paciente no tenga los cuidados actualizados. Alguna vez me he enfadado tanto que me he dicho a mí mismo que ya no individualizo nunca más un plan de cuidados. Pero afortunadamente a los pocos días se me pasa el enfado y vuelvo a individualizar” (E32–Grupo focal).*

#### **c.2 Sentir desaprobación**

Algunas enfermeras manifiestan juicios negativos hacia el plan de cuidados y su individualización. Esta desaprobación está fundamentada en que algunos participantes opinan que el plan de cuidados es una obligación que no aporta ventajas a su trabajo y consideran que es secundario. Explican que seleccionan el plan de cuidados estandarizado al ingreso y después, no continúan con las posteriores individualizaciones requeridas por la evolución del estado de salud del paciente. El motivo que refieren es porque los consideran poco útiles.

*“No sé qué me aportan los planes de cuidados. No acabo de creer en ellos. (...) Son una cosa que nos imponen. Una obligación. No nos han enseñado los planes de cuidados como algo atractivo” (E25–Entrevista).*

*“El plan de cuidados no es útil para mí. No lo consulto para nada. Pienso que el plan de cuidados es secundario. (...) Solo utilizo el plan de cuidados al ingreso del paciente”* (E4–Entrevista).

*“Hay enfermeras que no individualizan los planes de cuidados porque no los consideran útiles”* (E19–Entrevista).

#### **d) Sentimientos ambiguos**

Entre los sentimientos emergidos en el análisis, algunos de ellos pueden admitir distintas interpretaciones según como el participante experimente el proceso de individualización. Esta categoría incluye los sentimientos de: sentir un esfuerzo y sentir indiferencia.

##### **d.1 Sentir un esfuerzo**

Las enfermeras explican que la individualización del plan de cuidados es laboriosa y les genera un esfuerzo. Asimismo puntualizan que un plan de cuidados no individualizado conlleva un trabajo extra al cual tienen que dedicarle más tiempo del previsto. También algunos participantes tienen la sensación que siempre son las mismas enfermeras las que individualizan los planes de cuidados.

*“Saber individualizar un plan de cuidados no es fácil y tienes que poner de tu parte”* (E8–Entrevista).

*“Un plan de cuidados que no está individualizado me supone una sobrecarga porque tengo que hacer el trabajo que no han hecho mis compañeras. Y esto significa que tendré que invertir más tiempo para actualizar el plan de cuidados del que yo le dedicaría, si solo tuviese que individualizar los cuidados de mi turno”* (E28–Entrevista).

*“Creo que siempre somos las mismas enfermeras las que actualizamos los planes de cuidados. (...) Yo le dedico más tiempo que otras enfermeras. Parezco la tonta que siempre está individualizando los planes de cuidados”* (E23–Entrevista).

##### **d.2 Sentir indiferencia**

Algunos participantes expresan que si un plan de cuidados no está individualizado no le dan relevancia porque piensan que los compañeros se han olvidado o no han podido. A la

vez refieren que esta situación no les disgusta porque ellos a veces tampoco individualizan los planes de cuidados y tampoco se plantean en profundidad la repercusión que pueda tener en las enfermeras de los siguientes turnos el que ellos no individualicen un plan de cuidados.

*“Si un plan de cuidados no está individualizado no le doy importancia porque pienso que mi compañera no se ha acordado o no ha tenido tiempo de hacerlo” (E12–Entrevista).*

*“Si un plan de cuidados no está individualizado no protesto. No me molesta porque a veces, yo tampoco los individualizo” (E5–Entrevista).*

*“No sé cómo le repercute a otra enfermera si yo no individualizo un plan de cuidados. Supongo que lo tendrá que individualizar ella o hará como yo y no lo individualizará” (E5–Entrevista).*

#### **e) Sentimientos positivos**

En el análisis de los datos, otras enfermeras han expresado estados de ánimo positivos en relación a la individualización del plan de cuidados. Los sentimientos expresados en esta categoría son: sentir responsabilidad y sentir satisfacción.

##### **e.1 Sentir responsabilidad**

Varias enfermeras manifiestan responsabilidad hacia la individualización del plan de cuidados. Este compromiso consiste en que cambian el plan de cuidados estandarizado seleccionado al ingreso por otro más adecuado a la situación actual de salud del paciente o bien registran las complicaciones de los pacientes mediante diagnósticos en el plan de cuidados. También añaden que si no han podido individualizar un plan de cuidados estandarizado porque el ingreso ha sido al final del turno lo comentan a la enfermera del turno siguiente.

*“Si un paciente entra en agonía le cambio el plan de cuidados estandarizado y selecciono el Situación últimos días porque creo que es el que se adapta a la nueva situación del paciente” (E26–Entrevista).*

*“Las complicaciones de los pacientes deberían registrarse en el plan de cuidados. Si un paciente se complica con una Insuficiencia respiratoria, yo añado al plan de cuidados el Riesgo de recurrencia / progresión de la hipoxemia (diagnóstico)” (E13–Entrevista).*

*“Si no puedo individualizar el plan de cuidados estandarizado porque el paciente ingresa al final del turno, procuro comentárselo a la compañera en el cambio de turno” (E8–Entrevista).*

## **e.2 Sentir satisfacción**

Ciertas enfermeras expresan agrado y satisfacción hacia los planes de cuidados. Del mismo modo, refieren que el plan de cuidados es útil y aportan valor a su trabajo, pero enfatizan en que la utilidad depende de si están individualizados al estado actual del paciente.

*“A mí me gusta trabajar con planes de cuidados. Creo que los cuidados que necesita el paciente quedan muy bien especificados en el plan de cuidados” (E11–Entrevista).*

*“Yo trabajo a gusto con los planes de cuidados. Lo encuentro interesante” (E17–Entrevista).*

*“Yo pienso que el plan de cuidados sirve y es útil, siempre y cuando esté actualizado al estado real del paciente” (E6–Entrevista).*

En el anexo 4.4 se muestran los códigos, subcategorías y categorías emergidas en el análisis de este objetivo.

En la figura 4.3 se aprecia cómo el proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado está influido por el contexto organizativo y ambos, inciden en la prestación de cuidados. Asimismo, se muestran los tipos de sentimientos generados durante el proceso de individualización.



**Figura 4.3.** Significados y sentimientos de las enfermeras sobre el proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado.

#### **4.4 Resultados del cuarto objetivo específico**

**Explorar las relaciones entre el registro del proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado, el grado de pensamiento crítico y el nivel de expertía clínica de las enfermeras en unidades de hospitalización de agudos.**

Del total de 28 enfermeras que participaron en las entrevistas, cinco habían dejado de trabajar en unidades de hospitalización de agudos al finalizar la recogida de datos para este objetivo, resultando una muestra total de 23 enfermeras.

Un 91% eran mujeres, con una edad entre 23 y 59 años. Casi dos tercios de las enfermeras trabajaban en los turnos de mañana y tarde (30,4% y 30,4% respectivamente), seis en el turno de noche (26%) y tres enfermeras en el de 12 horas de día (13%). Según los años de experiencia de carrera profesional, siete tenían hasta 10 años (30,4%), otras siete tenían entre 11 y 17 años (30,4%), cinco tenían entre 18 y 24 años (21,7%) y cuatro acumulaban más de 25 años de experiencia cada una (17,4%). Del total de enfermeras, casi un tercio (30,4%) habían trabajado previamente con planes de cuidados en papel.

En referencia al cuestionario COM-VA es importante aclarar que incluye una triangulación de evaluadores para minimizar posibles sesgos de subjetividad del evaluador o socialización entre la enfermera y la enfermera gestora asistencial de su unidad. Esta triangulación debe realizarse si el resultado entre la autoevaluación de la enfermera y la evaluación de la enfermera gestora asistencial difieren en más de un 20%. En estos casos, un tercer evaluador debe evaluar a la enfermera y el nivel de expertía se obtiene de la media de los 2 resultados más coincidentes, descartando la evaluación más dispar (Juvé-Udina, 2007a). En la presente investigación, esta triangulación se ha realizado en un caso, en que finalmente se ha obtenido el nivel de expertía de la participante entre el resultado de la evaluación de la enfermera gestora asistencial y el de otra enfermera gestora que ha actuado de tercer evaluador. La investigadora principal recibió los cuestionarios cumplimentados por correo electrónico.

La coherencia cualitativa obtenida al triangular los resultados de los cuestionarios del grado de pensamiento crítico (*N-CT-4 Practice*), el nivel de expertía de la enfermera (COM-VA) y el registro de la individualización del plan de cuidados estandarizado según las necesidades del paciente se muestra en la tabla 4.4.

**Tabla 4.4.** Resultados coherencia cualitativa

PARTICIPANTE	AÑOS DE EXPERIENCIA	PUNTUACIÓN N-CT-4 Practice	GRADO PENSAMIENTO CRÍTICO	PUNTUACIÓN COM-VA	NIVEL EXPERTÍA CLÍNICA	PCE INDIVIDUALIZADO A LAS NECESIDADES DEL PACIENTE	COHERENCIA CUALITATIVA
E1	25 años o más	327	BAJO	6,3	PRINCIPIANTE	NO	ALTA - -
E2	11 años o más	332	MEDIO	7,2	COMPETENTE	NO	BAJA -
E3	6 meses a 10 años	351	MEDIO	7,4	COMPETENTE	NO	BAJA -
E4	11 años o más	357	MEDIO	7,4	COMPETENTE	NO	BAJA -
E5	6 meses a 10 años	369	MEDIO	7,7	COMPETENTE	NO	BAJA -
E6	6 meses a 10 años	385	MEDIO	7,9	COMPETENTE	NO	BAJA -
E7	6 meses a 10 años	390	MEDIO	7,8	COMPETENTE	NO	BAJA -
E8	25 años o más	329	MEDIO	7,9	COMPETENTE	SI	ALTA +
E9	18 años o más	342	MEDIO	7,6	COMPETENTE	SI	ALTA +
E10	6 meses a 10 años	356	MEDIO	7,8	COMPETENTE	SI	ALTA +
E11	6 meses a 10 años	358	MEDIO	7,7	COMPETENTE	SI	ALTA +
E12	6 meses a 10 años	359	MEDIO	7,2	COMPETENTE	SI	ALTA +
E13	11 años o más	344	MEDIO	8,6	PROFICIENTE	SI	ALTA ++
E14	18 años o más	364	MEDIO	8,1	PROFICIENTE	SI	ALTA ++
E15	18 años o más	366	MEDIO	8,1	PROFICIENTE	SI	ALTA ++
E16	18 años o más	371	MEDIO	8,9	PROFICIENTE	SI	ALTA ++
E17	11 años o más	373	MEDIO	8,5	PROFICIENTE	SI	ALTA ++
E18	18 años o más	374	MEDIO	8,6	PROFICIENTE	SI	ALTA ++
E19	11 años o más	380	MEDIO	8,2	PROFICIENTE	SI	ALTA ++
E20	11 años o más	382	MEDIO	8,8	PROFICIENTE	SI	ALTA ++
E21	25 años o más	392	MEDIO	8,9	PROFICIENTE	SI	ALTA ++
E22	25 años o más	402	ALTO	8,7	PROFICIENTE	SI	ALTA +++
E23	11 años o más	397	ALTO	9,7	EXPERTA	SI	MUY ALTA +



En este estudio la mayoría de enfermeras gozan de un pensamiento crítico medio y una expertía de competente o proficiente.

En el caso de la enfermera principiante que obtiene una evaluación de pensamiento crítico bajo (E1), se observa una elevada coherencia doblemente negativa en la individualización, por cumplir solo cuatro de los criterios evaluados. Destacar que esta participante tenía, en el momento de la evaluación, más de 25 años de experiencia en el ámbito hospitalario.

Los casos de las enfermeras competentes y a la vez con pensamiento crítico medio se distribuyen, según los criterios establecidos en este estudio, entre una baja coherencia negativa al no individualizar el plan de cuidados estandarizado de manera adecuada (E2-E7) o bien, una alta coherencia positiva por haber individualizado congruentemente el plan de cuidados estandarizado (E8-E12).

La mayoría de enfermeras proficientes presentan un grado de pensamiento crítico medio y se observa una alta coherencia doblemente positiva, por ser apropiado el registro de la individualización (E13-E21). Únicamente una enfermera proficiente obtiene una puntuación que le otorga un grado de pensamiento crítico alto. En este caso, existe una elevada coherencia triplemente positiva en el registro de la individualización (E22).

Finalmente, solo una participante de este estudio obtiene el máximo nivel de competencia clínica (experta) y posee, según la evaluación, un grado de pensamiento crítico alto, que junto con el adecuado registro de la individualización realizada, resulta en una muy alta coherencia positiva (E23).

En referencia a la individualización del plan de cuidados estandarizado, del total de 23 enfermeras, 16 individualizaron el plan de cuidados estandarizado al ingreso de un paciente (70%), según la valoración realizada al paciente (E8-E23). Los otros siete participantes no cumplieron con una individualización congruente del plan de cuidados estandarizado (30%), según los criterios establecidos en este estudio (E1-E7). Además, cinco participantes no seleccionaron el plan de cuidados estandarizado con el máximo nivel de adecuación al motivo de ingreso (E1, E3-E5, E7). Estas cinco enfermeras presentaban un pensamiento crítico entre bajo y medio y una expertía de principiante o competente. Destacar que dos de ellas (E5, E7), no individualizaron con congruencia cinco de los seis criterios establecidos en esta investigación.

De las siete enfermeras que no individualizaron el plan de cuidados estandarizado a las necesidades del paciente, según la valoración realizada por ellas mismas (E1-E7), los elementos que adecuaron en menor grado fue la prescripción de las intervenciones del nivel de autocuidado para la higiene y las intervenciones para el cuidado y mantenimiento de drenajes o el diagnóstico de alguna ostomía. En cambio, el diagnóstico de heridas o lesiones fue lo que más adecuaron en los planes de cuidados.

Por otro lado, de las 16 enfermeras que individualizaron el plan de cuidados estandarizado al estado de salud y las necesidades del paciente (E8-E23), también las intervenciones de mantenimiento de drenajes o el diagnóstico de alguna ostomía y el nivel de autocuidado para la higiene fueron los elementos en menor grado individualizados. En cambio, el diagnóstico de heridas o lesiones y la planificación del grado de reposo o acondicionamiento a la actividad fue lo que más adecuaron; junto con la individualización de las intervenciones de mantenimiento de catéteres venosos o sondas vesicales que fue adecuada en todos los planes de cuidados analizados para este grupo de enfermeras. Finalmente, 9 participantes individualizaron de manera congruente los seis criterios considerados en este estudio (E8-E10, E14, E15, E17, E21-E23).

En la tabla 4.5 se muestran los resultados obtenidos en el análisis de la individualización del plan de cuidados estandarizado.

**Tabla 4.5.** Resultados individualización del plan de cuidados individualizado

PARTICIPANTE	PCE CON MÁXIMA ADECUACIÓN AL MOTIVO DE INGRESO	PLANIFICACIÓN DEL NIVEL DE AUTOCUIDADO PARA LA HIGIENE	DIAGNÓSTICO DE LA HERIDA O LESIÓN	PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DEL DRENAJE O DIAGNÓSTICO DE LA OSTOMÍA	PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE UN CATÉTER VENOSO O SONDA VESICAL	PLANIFICACIÓN DEL REPOSO O RECONDICIONAMIENTO A LA ACTIVIDAD	PCE INDIVIDUALIZADO A LAS NECESIDADES DEL PACIENTE
E1	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO
E2	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO
E3	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO
E4	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO
E5	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO
E6	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO
E7	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
E8	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
E9	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
E10	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
E11	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI
E12	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI
E13	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
E14	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
E15	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
E16	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI
E17	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
E18	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI
E19	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
E20	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
E21	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
E22	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
E23	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

## **4.5 La Teoría Fundamentada del proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado**

Del análisis de los datos obtenidos mediante entrevistas individuales en profundidad, observación participante, análisis de documentos, un grupo focal y la cumplimentación de dos cuestionarios que evalúan el pensamiento crítico (*N-CT-4 Practice*) y la expertía de las enfermeras (COM-VA) se ha derivado la teoría sustantiva que explica el proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado realizado por las enfermeras en unidades de hospitalización de agudos.

La teoría emergida de esta investigación sugiere que las enfermeras utilizan un método sistemático para realizar el proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado y su registro en el SIA. Para implementar este método, las enfermeras realizan razonamientos clínicos que permiten decidir, según el juicio de la propia enfermera y a partir del motivo de ingreso del paciente, el plan de cuidados estandarizado conveniente.

A partir de la valoración integral realizada, individualizan el plan de cuidados estandarizado a la situación específica del paciente. Esta individualización debe realizarse con regularidad, según se produzcan cambios en el estado de salud del paciente que precisen una modificación de los juicios clínicos emitidos por las enfermeras y/o de la planificación de los cuidados. Para el registro de este razonamiento siguen un procedimiento instrumental en el SIA, denominado SEAP, que consiste en Seleccionar el plan de cuidados estandarizado y/o Eliminar y/o Añadir y/o Programar los elementos que estructuran el plan de cuidados estandarizado.

En este proceso de individualización las enfermeras consideran casi todas las dimensiones de la persona, excepto la dimensión del *Entorno Social*, pero priorizan los diagnósticos relacionados con el *Ser físico* e intentan que el paciente y la familia participen en la individualización de los cuidados.

Por otro lado, el método de individualización del plan de cuidados estandarizado está influido por múltiples elementos que pueden limitar o facilitar su elaboración. En este sentido, una de las dificultades referidas es una percepción de carga de trabajo y ratios excesivas que conllevan a dedicar un tiempo insuficiente al razonamiento clínico para diagnosticar y planificar los cuidados y su registro en la historia clínica.

Otros factores obstaculizan el mantenimiento periódico del plan de cuidados individualizado, como por ejemplo, las rutinas adquiridas en las unidades, heredadas de modelos de gestión que organizan el trabajo por tareas, según días y horarios establecidos. También, la elaboración de registros no regulados y de bolsillo que mantienen el hábito anterior a la informatización de los registros, de anotar en una hoja durante el cambio de turno los aspectos relacionados con los cuidados que cada enfermera personalmente considera importantes. Además de la tradición del registro narrativo como origen de la preferencia de redactar en las notas de progreso los cambios del estado de salud del paciente y los cuidados administrados, en lugar de actualizarlos en el plan de cuidados. Por último, se evidencia un escaso interés en el proceso de individualización del plan de cuidados por parte de algunas enfermeras.

La complejidad de los cuidados no sólo es originada por el tipo de cuidados que requieren los pacientes, sino también por las particularidades de su registro. En consecuencia, una mediana y alta complejidad de cuidados implica una individualización del plan de cuidados más laboriosa y una inversión de tiempo mayor para su realización.

Presentar déficits de conocimientos a nivel de metodología enfermera, de manejo del SIA o del contenido de los elementos de su base de datos, repercute en precisar más tiempo para individualizar el plan de cuidados así como en la congruencia del resultado de la individualización. Por ejemplo, esto puede deberse a desconocer qué diagnóstico hay que añadir al plan de cuidados en caso que el paciente presente una complicación de su estado de salud, a no saber añadirlo al plan de cuidados y/o no saber encontrarlo en la base de datos del SIA. Además el desconocimiento puede crear inseguridad para seleccionar el plan de cuidados estandarizado adecuado al motivo de ingreso. También, la dedicación de tiempo y la congruencia de la individualización se verán perjudicados por la disponibilidad y el rendimiento de ordenadores e infraestructuras informáticas, ya que en ocasiones, las enfermeras no podrán realizar el registro de la individualización cuando precisen.

La falta de conocimientos y de interés sobre el proceso de individualización, presente en algunas enfermeras, puede tener su origen en la metodología docente empleada en las Facultades y Escuelas de Enfermería. Esta falta de conocimientos y de interés, no sólo pueden presentarse en las enfermeras asistenciales, sino también, según expresan estas, en algunas enfermeras gestoras. La percepción de una implicación escasa por parte de las

enfermeras gestoras puede desmotivar a las enfermeras asistenciales en la necesidad de mantener los planes de cuidados actualizados.

En contrapartida, las enfermeras han manifestado diversos elementos que favorecen el proceso de individualización. Algunos de ellos contribuyen, en caso de desconocimiento o indecisión, a proporcionar soporte y ayuda a las enfermeras durante la individualización. Estos factores son los buscadores de planes de cuidados estandarizados en papel o electrónicos disponibles en la intranet de los hospitales. Otro de los elementos facilitadores es la ayuda que se proporcionan entre enfermeras de un mismo turno para resolver dudas, y finalmente, el valioso soporte metodológico y sobre el manejo del SIA y su base de datos que ofrecen las enfermeras superusuarias de los centros. Hay que destacar también, que algunas enfermeras reconocen a la enfermera gestora asistencial de su unidad como una persona de apoyo para la individualización, por tener esta destacados conocimientos sobre el proceso de individualización.

También son elementos de apoyo para facilitar el proceso de individualización, el empleo de planes de cuidados estandarizados, porque simplifican el proceso de individualización, y de la terminología ATIC, porque contribuye a que la comunicación entre profesionales de la salud sobre los diagnósticos enfermeros y la planificación de los cuidados de los pacientes sea comprensible y factible.

Los resultados sugieren que el nivel de formación y de expertía clínica son dos elementos clave para desarrollar una congruente individualización. En referencia a la formación como sistema para aumentar los conocimientos y las habilidades sobre el proceso de individualización, las enfermeras manifiestan la realización de sesiones clínicas de cuidados en las unidades, la realización de formación sobre el SIA en los hospitales y los conocimientos de metodología adquiridos en la universidad. Sobre este último aspecto, algunas enfermeras admiten que la docencia en metodología enfermera que recibieron en la facultad fue alentadora y provechosa. Sobre la expertía de la enfermera, exponen que unos adecuados conocimientos junto con los años de experiencia aportan mayor seguridad y destreza para individualizar, aunque los años de experiencia no son garantía de mayor pericia clínica ni de mejor grado de pensamiento crítico.

Cuanto mejor pueda conocer una enfermera al paciente y a su familia, mayor facilidad tendrá para individualizar los cuidados a sus necesidades concretas. Esto está influido por el tiempo de permanencia de los pacientes en las unidades y por la ubicación estable de

las enfermeras en estas mismas unidades. De esta manera, se favorece que la enfermera pueda conocer con mayor profundidad y suficiencia al paciente y le sea posible realizar con mejor congruencia la individualización del plan de cuidados.

Igualmente, un adecuado compromiso personal como sentido de responsabilidad y una buena predisposición de cada enfermera hacia el proceso de individualización favorecerán que sea realizado con mayor motivación y congruencia.

Teniendo en consideración todas estas limitaciones, así como los elementos facilitadores que influyen principalmente en el tiempo invertido y la congruencia del proceso de individualización, las enfermeras le atribuyen a este proceso una significación vinculada al contexto organizativo en el que trabajan.

Los participantes afirman que los planes de cuidados aportan calidad a los cuidados, seguridad a los pacientes y protección legal a los profesionales enfermeros. También opinan que mejoran la comunicación entre profesionales de distintos turnos contribuyendo a que disminuya la variabilidad en la práctica, al estar los cuidados individualizados registrados.

La individualización del plan de cuidados estandarizado y la terminología ATIC son valoradas como una oportunidad de progreso profesional porque dan la oportunidad de distinguir a la Enfermería como profesión y de contribuir a visibilizar el valor del proceso de prestación de cuidados. Los planes de cuidados con una congruente individualización, son vistos como una herramienta para saber los cuidados que necesita el paciente y sirven de guía para la práctica clínica a las enfermeras principiantes. Además, pueden ser útiles para adecuar los recursos enfermeros a las unidades. No obstante, el registro de la individualización continúa mayoritariamente realizándose a final de turno, en el control de enfermería o en salas específicas con ordenadores, con bastantes interrupciones que estorban la concentración de las enfermeras.

Las enfermeras también atribuyen al proceso de individualización del plan de cuidados una significación vinculada a la prestación de cuidados. De este modo, en la práctica asistencial las enfermeras seleccionan el plan de cuidados estandarizado con diferentes niveles de adecuación al motivo de ingreso. Durante el cambio de turno la transmisión de información se realiza sin utilizar directamente el registro del plan de cuidados en el SIA, seguramente porque utilizan los registros no regulados y de bolsillo. A pesar de ello, la información relativa a los cuidados necesarios suele ser transmitida. Al inicio del turno,

para obtener información del paciente y poder individualizar los cuidados se recopila información de cómo mínimo tres fuentes: el comunicado oral realizado en el cambio de turno, las anotaciones de las notas de progreso y la observación directa del paciente. En consecuencia, la utilidad que se le atribuye al plan de cuidados es la del registro de la planificación y administración de los cuidados.

El proceso de individualización genera en las enfermeras una amalgama de sentimientos. Una individualización incongruente del plan de cuidados genera frustración y rabia en las enfermeras que procuran que se adecue al máximo al estado y a los cuidados que precisa el paciente. De igual modo, la misma incongruencia en distintas enfermeras provoca indiferencia, mientras que para otras es un esfuerzo extra que tendrán que realizar si quieren individualizar el plan de cuidados adecuadamente.

Algunas enfermeras sienten desaprobación ante un plan de cuidados porque los consideran poco útiles. En cambio, otras tienen un sentimiento de responsabilidad hacia la individualización del plan de cuidados porque intentan que sea congruente ante diferentes situaciones. Por ejemplo, si el plan de cuidados estandarizado seleccionado al ingreso no es el adecuado a la situación actual del paciente, seleccionan un nuevo plan de cuidados estandarizado más adecuado a la nueva situación y lo individualizan.

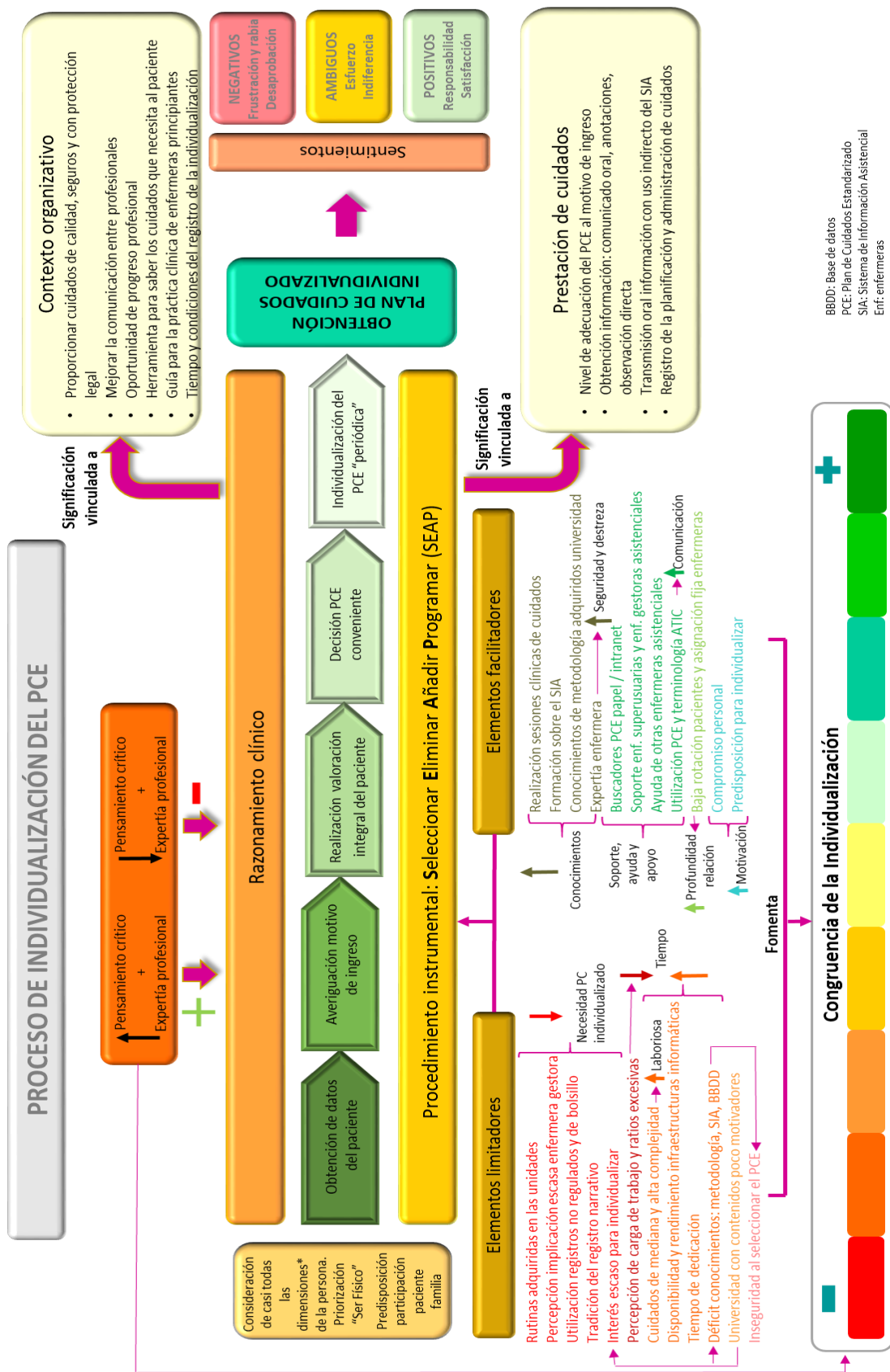
También encontramos enfermeras que sienten satisfacción ante los planes de cuidados, porque los consideran útiles en su práctica clínica diaria, siempre y cuando estén individualizados de manera congruente al estado y evolución del paciente.

Asimismo, en todo el proceso de individualización y especialmente en el razonamiento clínico que requiere su realización, un mayor grado de pensamiento crítico y un elevado nivel de expertía clínica contribuirán a favorecer una individualización del plan de cuidados más congruente. Resaltar que la experiencia laboral no debería asociarse a expertía clínica, pues son conceptos distintos, tal y como se ha mencionado anteriormente.

Bajo estas condiciones, emerge la categoría central como resultado final de la elaboración del proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado. La resulta consiste en la obtención de un plan de cuidados individualizado según una gradación de congruencia al estado de salud y a las necesidades del paciente y su familia.



En la figura 4.4 se representa el argumento de la historia de la Teoría Fundamentada para el proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado.



**Figura 4.4.** Diagrama que representa el argumento de la historia de la Teoría Fundamentada para el proceso de individualización del PCE.

\*Dimensiones de la persona identificadas por Juvé-Udina (2012b; 2016)



# Capítulo 5

## Discusión

*“El progreso es una bonita palabra. Pero el cambio es su motivador. Y el cambio tiene sus enemigos”.*

Robert Kennedy (1925-1968).

Senador de los Estados Unidos de América (1965-1968).



El propósito de esta investigación fue comprender el proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado realizado por las enfermeras a pacientes hospitalizados.

Para profundizar en esta comprensión se definieron cuatro objetivos específicos. Los tres primeros pretendían describir las etapas del proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado, identificar los elementos limitadores y facilitadores y por último, comprender el sentido otorgado por las enfermeras a este proceso. Para avanzar en su consecución, se otorgó la palabra a las propias enfermeras participantes con el fin que expresaran sus opiniones, creencias y experiencias respecto al fenómeno de estudio. Además, se observaron situaciones reales en relación con la aplicación del proceso de individualización en la práctica clínica en las unidades de hospitalización participantes. A la vez, se analizaron historias clínicas de pacientes ingresados en estas unidades. El cuarto objetivo perseguía explorar las relaciones entre el registro del proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado, el grado de pensamiento crítico y el nivel de expertía clínica de las enfermeras mediante un análisis cualitativo que consistió en una triangulación entre los resultados obtenidos en el cuestionario de grado de pensamiento crítico (*N-CT-4 Practice*), el de nivel de expertía clínica (COM-VA) y el registro del proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado en el SIA.

A partir de los discursos de las 39 enfermeras participantes en las entrevistas y el grupo focal emergieron las categorías temáticas de los tres primeros objetivos específicos. Así como de las 65 horas de observación participante realizadas y de las 74 historias clínicas analizadas de pacientes ingresados en las unidades participantes en el estudio.

El primer objetivo específico consistió en **describir las etapas del proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado utilizado por las enfermeras en unidades de hospitalización de agudos.**

Los resultados evidenciaron que las enfermeras realizan un razonamiento clínico durante el proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado y utilizan un procedimiento instrumental para su registro en el SIA. En este proceso de individualización, las enfermeras consideran todas las dimensiones de la persona tal como se describe en la conceptualización interpretativa de los elementos del metaparadigma enfermero propuesta por Juvé-Udina (2012a) en la validación de la estructura de la terminología ATIC, pero priorizan los diagnósticos relacionados con la dimensión ‘Ser

físico', al tiempo que procuran la participación del paciente y la familia en el proceso de cuidados.

El segundo objetivo específico propuso **identificar los elementos limitadores y facilitadores del proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado en unidades de hospitalización de agudos**. A partir del análisis, se determinaron los elementos limitadores y facilitadores que fueron categorizados a nivel organizacional, profesional e individual.

En el nivel organizacional, se identificaron como elementos limitadores: las rutinas adquiridas en las unidades, la percepción de carga de trabajo y ratios excesivas, los cuidados de mediana y alta complejidad, la percepción de implicación escasa de enfermeras gestoras y la disponibilidad y el rendimiento de las infraestructuras informáticas.

A nivel profesional se identificaron como limitadores del proceso de individualización: el tiempo de dedicación, la utilización de registros no regulados y de bolsillo, la tradición del registro narrativo, la docencia universitaria con contenidos poco motivadores y el déficit de conocimientos en metodología enfermera y manejo y contenido de la base de datos del SIA.

A nivel individual los elementos que emergieron en este mismo sentido fueron: la inseguridad al seleccionar el plan de cuidados estandarizado y el interés escaso en el proceso de individualización del plan de cuidados.

Por otro lado, se identificaron como elementos facilitadores de este proceso a nivel organizacional: la realización de sesiones clínicas de cuidados, la formación sobre el sistema de información asistencial, los buscadores de planes de cuidados estandarizados intranet/papel, el soporte de enfermeras superusuarias y de la enfermera gestora asistencial, la baja rotación de pacientes y la asignación fija de las enfermeras a una unidad. El uso de planes de cuidados estandarizados, así como de la terminología ATIC, la ayuda de otras enfermeras asistenciales, los conocimientos sobre metodología adquiridos en la universidad y la expertía de la enfermera fueron considerados elementos facilitadores a nivel profesional, mientras que el compromiso personal y la predisposición para individualizar fueron identificados como facilitadores del proceso de individualización del plan de cuidados a nivel individual.

El tercer objetivo específico planteó **comprender el sentido otorgado por las enfermeras al proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado en unidades de hospitalización de agudos**. Los resultados revelaron que las enfermeras atribuyen al proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado una significación condicionada por el contexto organizativo en el que desarrollan su ejercicio profesional, así como una significación relacionada a la prestación de cuidados como representación de la experiencia vivida. Además, expresan diferentes sentimientos hacia este proceso.

Los atributos que componen la significación vinculada al contexto organizativo agrupan el proporcionar cuidados de calidad, seguros y con protección legal, la mejora de la comunicación entre profesionales, la oportunidad de progreso profesional, una herramienta para saber los cuidados que necesita el paciente, una guía para la práctica clínica de enfermeras principiantes, y el tiempo y las condiciones del registro de la individualización. La significación vinculada a la prestación de cuidados comprende: el nivel de adecuación del plan de cuidados estandarizado al motivo de ingreso, la obtención de información por comunicación oral, las anotaciones y la observación directa, la transmisión oral de información con un uso indirecto del SIA, el registro de la planificación y la administración de cuidados individualizados.

Al mismo tiempo los resultados del tercer objetivo específico mostraron los sentimientos que el proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado genera en las enfermeras. Estos sentimientos se categorizaron en tres grupos: sentimientos negativos, sentimientos ambiguos y sentimientos positivos.

Los sentimientos negativos descritos incluían el sentir frustración y rabia, así como sentir desaprobación. Como sentimientos ambiguos se consideraron el sentir un esfuerzo y el sentir indiferencia, mientras que los sentimientos positivos se caracterizaron por sentir responsabilidad y sentir satisfacción.

El cuarto objetivo específico de la tesis consistió en **explorar las relaciones entre el registro del proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado, el grado de pensamiento crítico y el nivel de expertía clínica de las enfermeras en unidades de hospitalización de agudos**.

Para su consecución participaron 23 enfermeras incluidas en los anteriores objetivos específicos. Estas enfermeras realizaron una autoevaluación cumplimentando dos



instrumentos: el Cuestionario del pensamiento crítico enfermero en la práctica clínica (*N-CT-4 Practice*) (Zuriguél-Pérez et al., 2017) y el Cuestionario de evaluación de competencias para enfermeras asistenciales en el ámbito hospitalario (COM-VA) (Juvé-Udina et al., 2009). También se analizó la individualización de un plan de cuidados estandarizado realizada por cada una de estas enfermeras al ingreso de un paciente.

La coherencia cualitativa obtenida en los resultados indicó que la mayoría de las enfermeras se encontraban en un grado medio de pensamiento crítico y niveles de competente y proficiente para la expertía. Las enfermeras competentes y a la vez con pensamiento crítico medio se distribuyen entre una baja coherencia negativa o una alta coherencia positiva, según si la individualización del plan de cuidados es congruente al estado de salud y los cuidados que precisa el paciente. La mayoría de las enfermeras proficientes presentaron un grado medio de pensamiento crítico y una alta coherencia doblemente positiva, por ser apropiado el registro de la individualización. Solo una participante de este estudio presentó una muy alta coherencia positiva por ser experta, con un pensamiento crítico elevado y un adecuado registro de la individualización.

## **5.1 Consideraciones generales**

El objetivo de este estudio perseguía la comprensión del proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado realizado por las enfermeras en unidades de hospitalización de pacientes agudos mediante el método de la Teoría Fundamentada.

En relación a cómo las enfermeras realizan el proceso de individualización, se ha evidenciado que efectúan un razonamiento clínico, así como un procedimiento instrumental en el SIA para decidir el plan de cuidados estandarizado adecuado e individualizarlo a la situación concreta de cada paciente. La selección del plan de cuidados estandarizado está vinculada al motivo de ingreso. Este motivo puede coincidir con el diagnóstico médico o estar relacionado con una situación de salud o social (Juvé-Udina, 2013b). Es necesario que la toma de decisiones con respecto a la individualización, no sólo se relacione al motivo de ingreso (Olsson, Petersson, Willman, & Gardulf, 2009; Thoroddsen, Ehnfors, & Ehrenberg, 2011), sino también a la valoración integral (Ammenwerth et al., 2001; Juvé-Udina, 2013b; Mayilvaganan, 2002) y así, poder tener en consideración características del paciente que condicionarán la individualización.

Las enfermeras participantes en este estudio ratifican lo afirmado por Juvé-Udina (2013a) en relación a que el registro de la individualización debe realizarse periódicamente conforme se producen cambios en el estado de salud del paciente. De este modo, se garantiza que la información que ofrece el plan de cuidados esté actualizada (Ballantyne, 2016). En este sentido, se han descrito dos factores que influyen en la frecuencia de la individualización, la estabilidad del paciente y la expertía de la enfermera en cuanto a la intensidad y profundidad de las valoraciones que realiza al paciente. Respecto a la estabilidad del paciente, cuantas menos modificaciones presente su estado de salud, menos adecuación del plan de cuidados requerirá, ya que no será necesario modificar los diagnósticos e intervenciones planificadas. En referencia a la expertía de la enfermera, una mayor capacidad de discernimiento clínico y de comprensión del estado de salud del paciente en un contexto determinado influirá en la realización de una valoración más precisa, así como en el establecimiento de la frecuencia de las revaloraciones y evaluaciones del paciente y una mejor interpretación y priorización de los datos obtenidos (Juvé-Udina, 2013a).

Los participantes procuran que el paciente y la familia participen en el proceso de individualización, sobre todo en referencia a la promoción de la autonomía. En los principios filosóficos y teóricos de la terminología ATIC se expone la conceptualización del componente del metaparadigma enfermero "Persona". Este concepto incluye la conexión entre las tres dimensiones que conforman el ser humano denominadas: "ser físico", "ser consciente" y "ser autónomo". Esta última dimensión integra "el conjunto de facultades físicas y psicológicas necesarias para responsabilizarse de uno mismo y de gobernar la propia vida" (Juvé-Udina, 2012b, p.50). Según Náfrádi, Nakamoto, y Schulz (2017) que el paciente sea autónomo es beneficioso para su estado de salud. Para ello, es necesario que se produzca un empoderamiento del paciente, entendido como el control que el paciente ejerce sobre las decisiones acerca de su salud y que a la vez, son compartidas por los profesionales de la salud, promoviendo una mejor relación coste-efectividad de la prestación de cuidados (Bravo et al., 2015; Risling, Martinez, Young, Thorp-Frosli, 2017).

Al contrario que en el estudio de Andersen, Thomsen, Bruun, BØdtger, y Hounsgaard (2017), en el cual los familiares admiten que quieren ser reconocidos como un recurso por los profesionales de la salud, las enfermeras de esta investigación relatan reticencias por parte de algunos familiares en relación a participar en los cuidados del paciente

durante su ingreso en el hospital. Esto puede ser debido a una variedad de causas, como un bajo nivel de cultura sobre la calidad y seguridad de los cuidados por parte de las familias (Mackie, Marshall, & Mitchell, 2018), a una inestabilidad del estado de salud del paciente, o cómo se sienten tratados y comprendidos los familiares por los profesionales de la salud (Andersen et al., 2017). Para facilitar la participación de la familia, es conveniente establecer una relación de confianza y respeto, junto con mantener una comunicación efectiva que consista en compartir información comprensible entre enfermeras y familiares (Andersen et al., 2017; Mackie et al., 2018).

Por otro lado, priorizar es la capacidad de interpretar la información, eligiendo los diagnósticos y las intervenciones más adecuadas a las necesidades individuales del paciente (Ramós-Garzón, 2017). En el proceso de individualización, las enfermeras de esta investigación priorizan los diagnósticos de la dimensión “Ser físico” de la terminología ATIC. Esto significa que en un contexto de la atención a pacientes en los hospitales de agudos, y según la valoración realizada, las enfermeras dan preferencia a los diagnósticos que implican un riesgo vital por su impacto en el riesgo de mortalidad del paciente (Ramós-Garzón, 2017). La priorización de estos diagnósticos no significa relegar los diagnósticos secundarios, siempre que la enfermera adopte una filosofía holística considerando a la persona en su integralidad (Juvé-Udina, 2017b; Ramón-Garzón, 2017). De la misma manera, planificar el plan de cuidados a realizar con el paciente, significa saber seleccionar aquellas intervenciones específicas y necesarias, priorizándolas según las necesidades individuales de la persona (Ramós-Garzón, 2017).

Otro factor a tener en cuenta en el proceso de individualización del plan de cuidados es el diseño del SIA. A diferencia del SIA del estudio de Yu, Zhang, Gong, y Zhang (2013), el diseño del cual no permite actualizar el plan de cuidados, a menos que la enfermera cree uno de nuevo con el consecuente tiempo que esto requiere, el SIA de los hospitales participantes en este estudio permite el registro del proceso de prestación de cuidados en su totalidad, incluida la individualización del plan de cuidados y su actualización. En la actualidad la representación del registro del proceso enfermero debería considerarse imprescindible cuando un centro adquiere o diseña un SIA para el registro de la prestación de cuidados enfermeros. Al contrario, simplemente se está informatizando las antiguas gráficas de enfermería, basadas en gran parte, en la gráfica de signos vitales, las observaciones de enfermería y en el registro de actividades o tareas a realizar.

En el presente estudio las enfermeras realizan un procedimiento instrumental en el SIA, denominado SEAP (Seleccionar, Eliminar, Añadir y Programar) (Castellà-Creus et al., 2011) que consiste en seleccionar un plan de cuidados estandarizado de entre los introducidos en la base de datos, eliminar y/o añadir elementos a su estructura, e incluso modificar su programación. Este diseño funcional es esencial para el registro de la individualización del plan de cuidados y así poder reflejar el razonamiento clínico y la metodología de la práctica enfermera (Akhu-Zaheya, Al-Maaitah, & Hani, 2018; Lima & de Oliveira Melo, 2012). No obstante, también forma parte del proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado, el considerar si los diagnósticos e intervenciones incluidas en el estándar se adecuan a los problemas y cuidados que necesita el paciente; elementos que, en ausencia de un estándar, la enfermera incluiría en un plan de cuidados individualizado creado desde el inicio de la prestación de cuidados (Juvé-Udina, 2013b).

Por otro lado, el proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado está condicionado por unos elementos limitadores y facilitadores que influyen en que el resultado de la individualización sea más o menos congruente con el estado del paciente y los cuidados que necesita. Estas limitaciones y facilidades se han organizado en tres categorías principales con el fin de facilitar su comprensión. Estas categorías consisten en factores organizacionales, profesionales e individuales.

Referente a los factores organizacionales que limitan la individualización del plan de cuidados se encuentran las rutinas, la percepción de carga de trabajo y ratios excesivas, así como la mediana y alta complejidad de los cuidados que se administran. Al igual que otros estudios (Agyeman-Yeboah & Korsah, 2018; Ledesma-Delgado & Rino-Mendes, 2009), los resultados de esta investigación indican que las enfermeras heredan y se impregnan de las rutinas de trabajo establecidas en las unidades por generaciones anteriores. Esto se evidencia cuando algunos participantes manifiestan que en las unidades en donde trabajan, se tiende a organizar el cuidado por tareas en donde el valor se centra en la actividad y no en el paciente (Ballantyne, 2016). Además, las enfermeras alegan no poder individualizar el plan de cuidados por una excesiva carga de trabajo (Akhu-Zaheya et al., 2018; Banamwana & Smith, 2015) y por la percepción de tener demasiados pacientes asignados, lo cual puede afectar la calidad y la seguridad de los cuidados prestados (Aiken et al., 2014; Cho et al., 2015; Kim & Bae, 2018). La mayoría de estudios publicados coinciden en que está incrementando la complejidad de los

pacientes en las unidades de hospitalización, entendida como las especificidades de cada paciente que condicionan la prestación de cuidados (Bravetti et al., 2018; Juvé-Udina et al., 2010, 2019; Minvielle, 2019). Esto es debido, entre otras causas, al incremento de pacientes con comorbilidades y de edades extremas. Como consecuencia de esta complejidad, la individualización se convierte en un proceso más laborioso y consumidor de tiempo para la enfermera.

Otras dificultades reportadas son la escasa implicación de algunas enfermeras gestoras asistenciales, que según los participantes de este estudio, deberían responsabilizarse de la adecuada planificación de los cuidados. En la investigación de Akhu-Zaheya et al. (2018) uno de los motivos que explica el registro deficiente del proceso enfermero es la falta de seguimiento por parte de los líderes enfermeros. Estos líderes acostumbran a revisar los registros enfermeros en base a la cantidad de registros realizados, en lugar de evaluar la calidad del contenido. Asimismo, las enfermeras refieren que los problemas con el rendimiento de los ordenadores o de conectividad con la wi-fi influyen en que deben posponer el registro de los cuidados para más tarde. En este sentido, las manifestaciones de las enfermeras del estudio de Chang et al. (2016) concuerdan con lo expuesto por los participantes de esta investigación, en que una velocidad lenta del funcionamiento del SIA o que tarde demasiado en iniciarse la sesión, obliga a las enfermeras a adaptar la organización del trabajo. De modo, que dejan de registrar para realizar otros cuidados.

Sin embargo, las organizaciones disponen de elementos que pueden facilitar el proceso de individualización del plan de cuidados, como la realización de sesiones clínicas de cuidados en las que se debate la individualización del plan de cuidados de un paciente. La literatura científica reciente evidencia que las enfermeras que participan en estas sesiones registran con mayor precisión diagnóstica y exhaustividad los eventos adversos en el plan de cuidados, sobretodo lesiones por presión, y en ocasiones heridas quirúrgicas infectadas. La importancia de participar en estas sesiones radica en que permiten a las enfermeras dedicar parte de su jornada laboral a formarse mediante el análisis y la reflexión de casos clínicos, facilitándoles en un futuro la toma de decisiones y la extrapolación a casos o situaciones similares (González-Samartino et al., 2018).

Es importante que para familiarizarse con la tecnología, los hospitales formen a las enfermeras en la historia clínica electrónica y el manejo del SIA (Chang et al., 2016). De esta manera las enfermeras adquieren habilidades en el uso del SIA y se sienten más seguras para individualizar un plan de cuidados (Nicklaus, Kusser, Zessin, & Amaya,

2015). En este sentido, los hospitales participantes en este estudio ofrecen sistemas de apoyo y ayuda a las enfermeras en caso de dificultades con la individualización del plan de cuidados. La creación y actualización de una base de datos en la intranet que orienta en la decisión de cuál es el plan de cuidados estandarizado adecuado según el motivo de ingreso es una herramienta útil y económica. Sin embargo, al igual que en otros estudios, lo que más valoran las enfermeras es la figura de la enfermera superusuaria (Cucciniello, Lapsley, Nasi, & Pagliari, 2015). Estas enfermeras tienen amplios conocimientos clínicos, son muy conocedoras de la metodología enfermera y del manejo del SIA. Por ello, no sólo son necesarias en el proceso de implementación de los SIA, sino que deben mantenerse como parte de la plantilla enfermera (Cella & Rebelo, 2015) y a la vez debe considerarse su disponibilidad en los distintos turnos de trabajo.

Algunas enfermeras participantes en esta investigación elogian a la enfermera gestora asistencial de la unidad de hospitalización en donde trabajan porque creen que tiene conocimientos sobre cómo individualizar un plan de cuidados y es una persona a la que pueden acudir en caso de dudas, al igual que agradecen que exista una baja rotación de pacientes en las unidades y que se las asigne a una unidad de manera permanente. Así, la relación con el paciente será más profunda y duradera en términos de espacio-tiempo, favoreciendo la individualización del plan de cuidados (Radwin & Alster, 2002).

Respecto a los factores profesionales que limitan el proceso de individualización del plan de cuidados, la dedicación de tiempo es uno de los elementos identificados en el presente estudio (Agyeman-Yeboah, Korsah, & Okrah, 2017; Chang et al., 2016). En contraposición a lo expresado por varias enfermeras de la investigación de Svensson et al. (2012) en donde convienen que la implementación de planes de cuidados estandarizados les ha permitido dedicar más tiempo al cuidado directo del paciente, algunos participantes de esta investigación perciben que los planes de cuidados les restan tiempo de atención directa al paciente.

De igual importancia, algunas enfermeras de esta investigación refieren que pierden tiempo cuando quieren añadir un elemento al plan de cuidados y no lo encuentran en la base de datos del SIA. Esta impresión sobre “perder tiempo” mientras se individualiza un plan de cuidados, debería considerarse una forma de “invertir tiempo” en el aprendizaje sobre la metodología, la terminología ATIC y a la vez, un valioso tiempo dedicado a la reflexión.

Asimismo, la dedicación de tiempo puede provocar que el diagnóstico de los problemas del paciente y la planificación de los cuidados deje de ser prioritaria (Ballantyne, 2016; Lima & de Oliveira Melo, 2012). En consecuencia, a veces se pospone el registro de la individualización para otros turnos (Stevenson, Nilsson, Petersson, & Johansson, 2010) o para avanzar trabajo y ganar tiempo se anticipa el diagnóstico y la planificación a la valoración del paciente (Lee, Yeh, & Ho, 2002).

Esta adecuación pragmática, consecuencia de la carga de trabajo y de la priorización de las enfermeras, no tiene por qué ser interpretada negativamente, ya que el plan de cuidados estandarizado se selecciona a partir del motivo de ingreso. Una vez el paciente esté en la unidad y tras haberlo valorado, la enfermera debería realizar la individualización del plan de cuidados estandarizado. También podría considerarse una manifestación de un elevado nivel de pericia clínica, puesto que las enfermeras realmente proficientes o expertas anticipan con frecuencia los acontecimientos que pueden ocurrir a los pacientes (Benner, 2004).

Las narraciones de los participantes del presente estudio, apoyadas por las observaciones realizadas por la investigadora principal y las investigadoras colaboradoras, revelan que las dinámicas de registro de un gran número de enfermeras no han evolucionado mucho con la implementación de la historia clínica electrónica. Primero, porque continúan utilizando un registro no regulado y de bolsillo para transmitir y anotar la información que consideran relevante en el cambio de turno. Este borrador de papel, también es utilizado durante el resto del turno para ir anotando la información del paciente que, al final del turno introducirán en la historia clínica electrónica. Estos resultados son en parte coincidentes con los de otro estudio publicado, en referencia a que estas anotaciones pueden ser a mano o un registro informático no oficial acordado entre diferentes turnos. Además, acostumbran a ser llevados en el bolsillo o se dejan encima del carro de curas y no suelen incluir los cuidados relacionados con los aspectos psicológicos del paciente (Hardey, Payne, & Coleman, 2000). Esta manera de transmitirse la información entre enfermeras de distintos turnos conlleva a una infrautilización del plan de cuidados y a una escasa necesidad de individualizarlo (Stevenson et al., 2010). En segundo lugar, las notas de progreso siguen siendo preferentes para registrar la evolución del estado del paciente. La convicción de que serán consultadas por otros profesionales antes que el plan de cuidados y la costumbre de redactar descripciones a texto libre (González-Samartino et al., 2018) hace prevalecer su uso ante el plan de cuidados.

Algunos participantes expresan que la enseñanza universitaria concerniente a la Enfermería fundamental, la metodología enfermera y a los planes de cuidados, fue aburrida y desalentadora (Heidari & Hamooleh, 2016). La mayoría de estudios publicados afirman que transmitir conocimientos de esta manera influye negativamente en la percepción que las futuras enfermeras tendrán sobre los planes de cuidados (Agyeman-Yeboah et al., 2017; Akhu-Zaheya et al., 2018). En este mismo sentido, los resultados obtenidos por Banamwana y Smith (2015) demuestran que una falta de conocimientos disminuye la utilización de los planes de cuidados. En la presente investigación, las enfermeras mencionan tres áreas en las que puede haber falta de conocimientos. Estas áreas comprenden los elementos de la base de datos, el manejo del SIA y la metodología enfermera. Para conseguir una individualización excelente es necesario que las enfermeras tengan amplios conocimientos clínicos y metodológicos que les permitan diagnosticar y planificar unos cuidados individualizados (Baraki et al., 2017) mediante el registro estructurado en el que se sustenta el plan de cuidados. Juntamente con la destreza en el manejo del SIA (Chang et al., 2016; Nicklaus et al., 2015) y el conocimiento del contenido de su base de datos.

Como elementos facilitadores a nivel profesional, las enfermeras han reconocido los planes de cuidados estandarizados y la terminología ATIC. A diferencia de la investigación de Domingo-Pozo (2011) en donde se concluye que "La recogida y automatización de los datos clínicos del paciente en forma de planes de cuidados estandarizados no tiene por sí sola suficiente evidencia científica para basar la práctica de la Enfermería en estos planes (...)" (p.237), las enfermeras de esta investigación afirman que los planes de cuidados estandarizados les posibilitan el proceso de individualización porque no excluyen la posibilidad de registrar la adaptación de los cuidados a las necesidades del paciente y también, porque ahorran tiempo de registro y recuerdan a las enfermeras los cuidados básicos para un grupo de pacientes (Turunen-Olsson et al., 2009).

En referencia a la terminología ATIC, la consideran de fácil comprensión debido a su similitud con el lenguaje natural de las enfermeras (González-Samartino et al., 2017). Con respecto al conocimiento y el uso de los vocabularios enfermeros, en la última década se han publicado estudios que refieren incomprensiones e inconvenientes de algunas enfermeras sobre los vocabularios controlados disciplinares, entre ellos, la taxonomía NANDA. A causa del nivel de abstracción de estos vocabularios y a su falta de concordancia con el lenguaje natural de las enfermeras, pueden generarse imprecisiones



en los registros y limitarse su uso en la práctica clínica (Carrington, 2012; Schwirian & Thede, 2011). En este sentido, la terminología ATIC, como terminología de interfase, facilita la introducción de datos por parte de las enfermeras en los SIA, favorece la comunicación intra e interprofesional, asegura el registro de una prestación de cuidados individualizada, facilita la interoperabilidad semántica mediante la equivalencia de sus códigos con los de otros vocabularios controlados, es de utilidad para generar modelos de medida de la complejidad y de la intensidad de los cuidados y por último, evidencia el impacto de los cuidados enfermeros en los resultados de salud de las personas (Juvé-Udina, 2017c, 2018).

De igual manera que ocurría con las enfermeras gestoras asistenciales, en relación con la enseñanza universitaria también existen opiniones favorables, y concretamente en lo que se refiere a la metodología docente empleada por ciertos profesores. Estas metodologías descritas por los participantes, consistían en transmitir los conocimientos y habilidades elementales para diagnosticar y planificar los cuidados mediante técnicas participativas y motivadoras, facilitando el aprendizaje por parte de los estudiantes (Mencías-Morante & Pacheco-del Cerro, 2017). Respecto a los modelos de enseñanza y aprendizaje, los centros universitarios europeos se plantean una modificación desde finales del siglo pasado. Esta evolución consiste en transformar un modelo centrado en la enseñanza-profesor a un modelo centrado en el aprendizaje-estudiante. Con este cambio se pretende promover el aprendizaje del alumno, su autonomía y sus habilidades metacognitivas mediante procedimientos de enseñanza innovadores y a la vez compatibles con una metodología expositiva de excelencia. Sin embargo, realizar esta transformación no es fácil y para las universidades implica promover cambios significativos (Gargallo-López, Pérez-Pérez, Jiménez-Rodríguez, Martínez-Hervás, & Giménez-Beut, 2017).

Los resultados publicados por Thede y Schwirian (2015) señalan que existe una correlación entre una adecuada enseñanza de una terminología y la posterior experiencia y valoración en la práctica que tendrán los usuarios de la misma. En relación con el grado de Enfermería, algunas enfermeras de esta investigación, consideran que la terminología ATIC debería formar parte de los vocabularios disciplinares incluidos en los planes de estudio. Aunque la terminología ATIC es menos conocida que otros sistemas de lenguajes enfermeros, su validez y fiabilidad fueron establecidas a principios de esta década (Juvé-Udina, 2012h). El uso de este lenguaje en la práctica asistencial se inició en 2007 y se ha ido extendiendo progresivamente en múltiples centros hospitalarios y socio-sanitarios con

éxito, y recientemente, al ámbito de la enfermería de la atención primaria y comunitaria (Rios-Jiménez et al., 2019). En este sentido, las Facultades y Escuelas de Enfermería catalanas deberían considerar el empleo de esta terminología como vocabulario vehicular y de aprendizaje en la formación de grado y posgrado.

La expertía es otro factor clave para saber individualizar un plan de cuidados con precisión (Matney, Staggers, & Clark, 2016). Los participantes de esta investigación señalan que las enfermeras poco expertas sienten indecisión cuando individualizan un plan de cuidados. Por el contrario, las enfermeras con niveles altos de expertía pueden individualizar con mayor determinación a causa de la máxima comprensión de la situación del paciente y del análisis de eventos pasados que son capaces de realizar (Benner, 1987). Una práctica habitual entre las enfermeras es solicitar ayuda a las compañeras más expertas en caso de dudas con la individualización.

De igual modo, los factores individuales que influyen en la individualización están relacionados con aspectos como el compromiso personal, la motivación o la inseguridad a la hora de individualizar un plan de cuidados.

Algunos participantes manifiestan desmotivación y falta de consideración porque no perciben la utilidad práctica de los planes de cuidados. Y al igual que en el estudio de Brooks et al. (2018) los consideran documentos dirigidos a conseguir los objetivos del hospital. En ciertas ocasiones los participantes expresan inseguridad para decidir el plan de cuidados estandarizado adecuado según el motivo de ingreso. En el estudio de Svensson et al. (2012) los resultados también sugieren que no siempre a los pacientes se les ha seleccionado el plan de cuidados estandarizado adecuado. En cambio, otras enfermeras afrontan la individualización con responsabilidad e interés, similar a las opiniones positivas que se expresan en otros estudios (Pöder et al., 2011; Svensson et al., 2012).

Las enfermeras de esta investigación experimentan que el proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado está condicionado por el contexto organizativo y por la experiencia vivida durante la prestación de cuidados. Estos resultados son coherentes con investigaciones previas y no solo en relación a los planes de cuidados, sino también al proceso enfermero en general (Cachón-Pérez, Álvarez-López, & Palacios-Ceña, 2012; Rodrigues-Alves et al., 2008).

El contexto organizativo está asociado a la calidad de los cuidados (Ma, Ods, & Dunton, 2015). En este sentido, las enfermeras de esta investigación consideran que el empleo de planes de cuidados favorece que los cuidados administrados sean de calidad y seguros (Banamwana & Smith, 2015; Jakobsson & Wann-Hansson, 2013). Además, al igual que en la literatura científica, creen que una de las funciones de los planes de cuidados es proporcionar protección legal ante posibles reclamaciones (Ballantyne, 2016).

Igualmente, los participantes consideran que el plan de cuidados permite compartir información del paciente con el equipo multidisciplinar, así como entre diferentes turnos o unidades. De esta manera, el plan de cuidados mejora la comunicación entre profesionales y asegura la continuidad de los cuidados (Agyeman-Yeboah et al., 2017; Ballantyne, 2016). Asimismo, consideran que diagnosticar y planificar los cuidados a partir de una estandarización disminuye la variabilidad en la práctica clínica. En este aspecto, el programa ARES de armonización de estándares de cuidados del ICS contribuye a disminuir la variabilidad en la práctica enfermera intra e inter centro (Bartlett, Parente, Morales, Hauser, & McLean, 2017; Nussbaum et al., 2014).

Un factor organizativo fundamental consiste en que las enfermeras controlen su propia práctica profesional (Juvé-Udina et al., 2007c). Las enfermeras participantes en numerosos estudios manifiestan que el proceso enfermero es una oportunidad de desarrollo y autonomía profesional (Granero-Molina, Fernández-Sola, & Peredo de Gonzales, 2012; Rodrigues-Alves et al., 2008). En el contexto de esta investigación, las enfermeras creen que el proceso de individualización del plan de cuidados, integrado en el proceso enfermero, desarrolla y aporta valor a su rol profesional, así como potencia la imagen de la profesión.

Según Carrington (2012), los lenguajes estandarizados facilitan la planificación de cuidados individualizados, aunque esta autora advierte de la incapacidad del contenido de algunos sistemas de lenguaje enfermeros para reflejar adecuadamente el estado y la evolución de los pacientes. Las enfermeras de este estudio refieren que la terminología ATIC les facilita la representación de la prestación de cuidados y sus resultados en los pacientes. Este resultado es consistente con el estudio de Fernández-Álvarez et al. (2012) y Trent-Rosenbloom, Miller, Johnson, Elkin, y Brown (2006) en los cuales se afirma que uno de los factores principales para conseguir una excelente aceptación de un SIA por parte de los profesionales es el empleo de una terminología de interfase. Actualmente, se tiende a considerar que NANDA, NIC, NOC u otros sistemas de clasificación deben

también considerarse como terminologías de interfase. Pero los elementos que caracterizan a una clasificación y la diferencian de un lenguaje de interfase están bien descritos por Trent-Rosenbloom et al. (2006). Cada sistema de lenguaje puede tener su espacio y no se debería incurrir en generar confusión al respecto. Emplear una clasificación como NANDA, NIC, NOC para la entrada de datos en un SIA, no convierte a esta clasificación en una terminología de interfase.

Diversos estudios conceptualizan el plan de cuidados estandarizado como una herramienta útil y basada en la evidencia (Jakobsson & Wann-Hansson, 2013; Granero-Molina et al., 2012; Svensson et al., 2012). Asimismo, dentro de un entorno de trabajo favorable se contempla que se actualicen los planes de cuidados para cada paciente (Lake, 2002). A diferencia de lo expresado por Pinzur (2015) en su artículo de opinión, en el cual aboga por una práctica clínica basada únicamente en la estandarización, las enfermeras de este estudio opinan que el plan de cuidados es una herramienta cuya relevancia está vinculada a una individualización adecuada y actualizada a las necesidades del paciente (Ballantyne, 2016). Además, añaden que pueden ser utilizados como instrumento para medir los cuidados necesarios para cada paciente (Ballantyne, 2016; Juvé-Udina et al., 2019) y contribuir a la asignación de recursos humanos. Según Juvé-Udina (2017b) los diagnósticos enfermeros de la terminología ATIC tienen la capacidad de medir la complejidad y la intensidad de los cuidados y en consecuencia es posible realizar una adaptación de los recursos enfermeros centrados en el paciente. En términos de complejidad, los trabajos de Adamuz-Tomás et al. (2018), ya han empezado a demostrar la asociación entre factores individuales de complejidad de cuidados y determinados resultados clínicos. En este mismo sentido, recientemente se ha publicado un sistema de clasificación de pacientes, basado en el peso del diagnóstico enfermero principal, capaz de discriminar la intensidad de cuidados requerida de cada paciente. Este sistema denominado “*Acute To Intensive Care (ATIC) Patient Classification System*”, tiene una alta capacidad predictiva para discriminar la intensidad de cuidados requerida por cada paciente, además demuestra la variabilidad de perfiles de pacientes cuya intensidad de cuidados en hospitalización oscila de cuidados agudos (ratio 1:8) a cuidados superintensivos (ratio 1:1) (Juvé-Udina et al., 2019).

Numerosos artículos publicados coinciden en que los planes de cuidados estandarizados son considerados una guía para la práctica clínica (Ballantyne, 2016; Jakobsson & Wann-Hansson, 2013; Kärkkäinen et al., 2005; Lee et al., 2002). Los participantes de esta

investigación lo confirman, aunque lo enfocan más como una guía para enfermeras principiantes. Esto sugiere que las enfermeras noveles o las recién incorporadas a una unidad de hospitalización conceptualizan los planes de cuidados como una herramienta de aprendizaje que les facilita la planificación de los cuidados y les indica los posibles riesgos con los que podría deteriorarse el estado de salud del paciente. A diferencia de las enfermeras más expertas que tienden a confiar más en los conocimientos adquiridos a lo largo de su práctica clínica (Ballantyne, 2016; Jakobsson & Wann-Hansson, 2013).

A diferencia de otros hospitales en donde las enfermeras registran y revisan la documentación mediante estaciones de trabajo informatizadas con ruedas u ordenadores portátiles instalados en las paredes de las habitaciones (Gomes, Hash, Orsolini, Watkis, & Mazzoccoli, 2016), varios participantes de nuestro estudio, aunque disponen de sistemas portátiles, principalmente registran en el control de enfermería y antes de finalizar el turno. Una posible explicación, podría ser que estas enfermeras continúan con la misma dinámica de trabajo establecida de cuando se registraba en papel.

En referencia a las interrupciones producidas durante el proceso de individualización del plan de cuidados, las enfermeras refieren que afectan a la tranquilidad y reflexión que requiere este proceso. Además hay que considerar que las interrupciones pueden ser desfavorables para la seguridad del paciente (Laustsen & Brahe, 2018), incrementando el riesgo de errores y omisiones.

El análisis de documentos ha demostrado que existe una gradación en la adecuación del plan de cuidados estandarizado al motivo de ingreso. Como en el estudio de Svensson et al. (2012), algún paciente no tenía seleccionado un plan de cuidados estandarizado adecuado al motivo de ingreso; a diferencia de la mayoría que sí lo tenía (Pöder et al., 2011). Es importante destacar que si se dispone de una extensa variedad de planes de cuidados estandarizados para elegir; la base de datos del SIA de los hospitales participantes en esta investigación dispone de más de 700, el nivel de especificación de los planes de cuidados estandarizados es tan alto que puede llevar a las enfermeras a seleccionar alguno de menor nivel. Aunque esto no significa que su contenido no se adecue mayoritariamente a los cuidados que necesita el paciente. Los participantes expresan que los diagnósticos y cuidados individualizados acostumbra a ser adecuados al estado y necesidades del paciente y familia. Sin embargo, a veces no es así y existen incoherencias diagnósticas o de planificación (Giménez-Maroto & Serrano-Gallardo, 2009; Müller-Staub, Lavin, Needham, & Van Achterberg, 2006). En el estudio

internacional de Aiken, Sloane, Bruyneel, Van den Heede, y Sermeus (2013) las enfermeras alegaron que la falta de tiempo era una limitación para registrar los cuidados. Además en ciertos países, las enfermeras consideraron que la ratio de enfermeras por pacientes no era suficiente. La mayoría de enfermeras de todos los países opinaban que la proporción de enfermeras existente no garantizaba unos cuidados de calidad. De hecho, el estudio de Juvé-Udina et al. (2019) llevado a cabo en nuestro contexto, sugiere que dada la variabilidad de perfiles de pacientes con diversa intensidad de cuidados requerida en las unidades de hospitalización y la ratio media, los pacientes probablemente no están recibiendo las horas de cuidados que precisan. Según la investigación de Lake, Germack, y Viscardi (2015), el segundo cuidado más omitido por las enfermeras es la planificación e individualización de los cuidados. Los resultados de su estudio reportan que en los hospitales donde con mayor frecuencia las enfermeras omiten la planificación de los cuidados, a la vez omiten con mayor frecuencia la administración de cuidados, pudiendo tener este hecho consecuencias para los pacientes, en términos de eventos adversos, calidad y seguridad de los cuidados (Vryonides et al., 2018). La literatura también apunta a que la individualización de los cuidados está influenciada por la actitud, las creencias sobre los roles y responsabilidades y los valores éticos de cada enfermera (Papastavrou, Andreou, & Vryonides, 2014). La relación entre los valores profesionales y el proceso de individualización del plan de cuidados es un aspecto que requiere más estudios.

En la práctica clínica, las enfermeras obtienen información sobre los pacientes mediante el comunicado de cambio de turno, las notas de progreso y la observación directa. Diversos estudios vinculan estas tres fuentes de información con la seguridad del paciente y la calidad de los cuidados (Alastalo, Salminen, Lakanmaa, & Leino-Kilpi, 2017; Bruton, Norton, Smyth, Ward, & Day, 2016; Tower, Chaboyer, Green, Dyer, & Wallis, 2012). En el estudio de Ledesma-Delgado y Rino-Mendes (2009) la observación del paciente al inicio del turno es una de las principales fuentes de obtención de información del estado del paciente. En referencia al comunicado de cambio de turno, Tucker y Fox (2014) y Uhm, Young Lim y Hyeong (2018) señalan que las enfermeras deben asegurarse que la información es rigurosa y detallada.

En relación al uso del SIA durante la transmisión oral de información, nuestros resultados son coherentes con investigaciones previas (Agyeman-Yeboah & Korsah, 2018). Las enfermeras comunican verbalmente la planificación de los cuidados durante el cambio de turno mediante un uso indirecto del registro del plan de cuidados en el SIA. Respecto al

uso que otorgan al plan de cuidados, este es utilizado para registrar la planificación y administración de cuidados (Ballantyne, 2016).

En referencia a los sentimientos generados por la individualización del plan de cuidados han emergido una amplia variedad. Existen unas enfermeras que expresan sentimientos negativos porque consideran los planes de cuidados una obligación y no los encuentran útiles. Estos resultados son consistentes con los hallados por otros autores (Baraki et al., 2017; Brooks et al., 2018; Cachón-Pérez et al., 2012). Otras enfermeras sienten que el registro de la individualización les representa un esfuerzo adicional, sobre todo si los compañeros de turnos anteriores no lo han realizado o simplemente no le otorgan la suficiente importancia. Finalmente, al igual que algunas enfermeras del estudio de Rodrigues-Alves et al. (2008), un grupo de enfermeras de la presente investigación, sienten frustración y rabia cuando un plan de cuidados no está actualizado. A pesar de ello, estas mismas enfermeras también sienten la responsabilidad de que el plan de cuidados refleje los diagnósticos e intervenciones apropiadas, junto con sentimientos de satisfacción por utilizar planes de cuidados e individualizarlos al estado y cuidados de cada paciente.

El pensamiento crítico y la expertía clínica intervienen en el proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado. La expertía representa una importante influencia en el razonamiento clínico para la toma de decisiones de las enfermeras, aportando seguridad y contribuyendo a unos cuidados más individualizados (Nibbelink & Carrington, 2019) y el pensamiento crítico permite analizar información compleja, contribuyendo a la precisión diagnóstica (Kaya, Şenyuva, & Bodur, 2018; Lunney, 2010). En este sentido, a medida que una enfermera va adquiriendo conocimientos durante la práctica clínica y se convierte en un profesional más experto, se producirá un impacto positivo en la capacidad de razonamiento y juicio clínico. Sin embargo, la literatura publicada al respecto, menciona determinados factores relacionados con el entorno de trabajo que pueden dificultar el fomento de una práctica reflexiva y con pensamiento crítico, como el estrés, la inestabilidad laboral, la falta de enfermeras en las unidades, unos cuidados muy tecnificados y las limitaciones de tiempo (Zuriguél-Pérez et al., 2019).

En este estudio la mayoría de enfermeras gozan de un grado de pensamiento crítico medio y de un nivel de expertía clínica media o alta (competente o proficiente). En los extremos se encuentran dos participantes que por los resultados obtenidos cabe mencionar. La participante E1 se encuentra en el grupo de enfermeras con una experiencia en el ámbito

hospitalario de 25 años o más. Este dato puede sorprender, ya que podría considerarse no coherente con los resultados obtenidos en los cuestionarios. En el *N-CT-4 Practice* obtiene un grado de pensamiento crítico bajo y en el COM-VA un nivel de expertía de principiante. Este caso puede valer de ejemplo para ilustrar que experiencia y expertía no deberían considerarse sinónimos. La experiencia se refiere a los años trabajados y no debe asociarse de forma lineal al nivel de pericia (Juvé-Udina, 2017a). En el otro extremo se encuentra la participante E23, que con una experiencia profesional de entre 11 y 17 años, obtiene en el cuestionario *N-CT-4 Practice* un grado de pensamiento crítico alto y en el cuestionario COM-VA un nivel de expertía de experta. Esta enfermera actualmente se dedica a la gestión asistencial en una unidad. Cada vez más, para acceder a cargos de enfermera gestora no solo se necesita tener expertía clínica. Además, se necesitan niveles elevados de pensamiento crítico para desplegar las habilidades en el liderazgo y la gestión de los cuidados (Zuriguél-Pérez et al., 2018).

De la misma forma, las enfermeras determinan multitud de decisiones durante su práctica clínica que inciden directamente en los resultados de salud de los pacientes. Además han de organizar y priorizar los cuidados de manera flexible, adaptando los cuidados planificados cuando sea necesario (Manetti, 2019). Existen estudios que evidencian una correlación significativa entre la toma de decisiones, el pensamiento crítico, la expertía clínica y altos niveles académicos. En relación al pensamiento crítico, interviene en adoptar las decisiones más adecuadas y de manera rápida a la hora de analizar situaciones clínicas como el deterioro del estado de un paciente. En el mismo sentido, la enfermeras con niveles de expertía elevados toman decisiones clínicas de manera más eficiente que las enfermeras menos expertas (Lee, Abdullah, Subramanian, Bachmann, & Ong, 2017). Desde esta perspectiva, la prestación de cuidados enfermera debería desarrollarse ejerciendo una práctica reflexiva, basada en la evidencia y apoyada por la expertía clínica y el pensamiento crítico de cada enfermera (Croskerry, 2018; Juvé-Udina, 2013b).

Según Juvé-Udina (2013b): “Los planes de cuidados estandarizados se vinculan al motivo de ingreso porque contienen los diagnósticos más frecuentes y las intervenciones más habituales para un grupo de pacientes” (p.120). En el registro de la individualización del plan de cuidados, cinco participantes no seleccionaron el plan de cuidados estandarizado con el máximo nivel de adecuación al motivo de ingreso del paciente. Estos participantes se encuentran entre los que obtienen menores puntuaciones de pensamiento crítico y expertía clínica.



Por otro lado, los elementos menos individualizados del plan de cuidados por los participantes de este estudio fueron el nivel de autocuidado necesario para la higiene, los cuidados relacionados con el mantenimiento de drenajes y curas de ostomías, así como el acondicionamiento a la actividad. Estos resultados se corresponden con los publicados en la última década acerca de los cuidados más frecuentemente omitidos por las enfermeras y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, entre los que se encuentran los cuidados básicos como la higiene y la deambulación de los pacientes (Bragadóttir, Kalisch, & Tryggvadóttir, 2017; Griffiths et al., 2018).

En cambio, uno de los elementos que más individualizaron las enfermeras en este estudio fueron los diagnósticos relacionados con la pérdida de la integridad cutánea. Específicamente el de Herida quirúrgica o Úlcera por presión. Estos resultados coinciden con los del estudio de González-Samartino et al. (2018) en el que, las enfermeras diagnosticaron en casi la totalidad de los planes de cuidados analizados, diagnósticos vinculados con la afectación de la piel y tejido subcutáneo como la infección de la herida quirúrgica y las úlceras por presión.

Los resultados orientan hacia una relación entre el registro del proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado, el grado de pensamiento crítico y el nivel de expertía con influencia positiva, en el sentido de que, a mayor nivel de pensamiento crítico y expertía, más adecuada es la individualización del plan de cuidados estandarizado al estado de salud y los cuidados necesarios del paciente y familia. En consecuencia, se debería poner en relieve la necesidad de valorar y conservar en las unidades de hospitalización de agudos a las enfermeras con niveles de pensamiento crítico y expertía elevados que por su capacidad de razonamiento clínico, conocimientos y habilidades contribuyen a una prestación de cuidados segura y de calidad.

De igual importancia, el código ético de la Enfermería considera que cada paciente debe ser atendido como una persona única. (Rasooli, Zamanzadeh, Rahmani, & Shahbazpoor, 2013). Esta asunción nos dirige hacia unos cuidados centrados en la persona. Uno de los pilares fundamentales de un modelo de cuidados centrado en la persona, es que en la planificación de los cuidados se tengan en cuenta las necesidades y características de cada paciente y que este participe en la toma de decisiones sobre su propia salud (Bokhour et al., 2018; Köberick et al., 2016). La literatura asocia proporcionar unos cuidados individualizados como un indicador de la calidad de los cuidados enfermeros (Papastavrou et al., 2015). Una manera de evaluar la individualización es a través de su

registro en la historia clínica (Adereti & Olaogun, 2019). Los profesionales enfermeros mediante el proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado, a partir de la valoración integral de cada paciente y su familia, pueden adaptar el plan de cuidados estandarizado a la situación específica de cada persona y contribuir a que la prestación de cuidados sea de calidad, segura, basada en la evidencia e individualizada.

Por último, en referencia a cuestiones metodológicas sobre este estudio, apuntar que una investigación debe contribuir a una mejor comprensión e interpretación de un fenómeno ampliando el conocimiento existente. Bajo esta perspectiva, emergieron los estudios de método mixto, cuyo diseño posibilita la recogida y análisis de datos paralelamente. Este tipo de estudios son considerados el tercer paradigma en investigación introduciendo una alternativa a los estudios cualitativos y cuantitativos puros. En relación a este tipo de estudios, la literatura científica utiliza con frecuencia los términos método mixto y multimétodo indistintamente debido a imprecisiones o confusiones conceptuales, por consiguiente, ambos términos deberían ser usados apropiadamente según el diseño de estudio elegido. (Anguera et al., 2018). Según Creswell (2015) la característica de los estudios de método mixto es la integración de los datos cualitativos y cuantitativos procedentes de las fases de recogida y análisis para asegurar su combinación. En cambio, los estudios multimétodo alternan metodologías cualitativas y cuantitativas en una misma investigación (Anguera et al., 2018).

A pesar de que los estudios de método mixto requieren de altos niveles de experticia metodológica (Anguera et al., 2018), se consideró que era el más adecuado para generar conocimiento sobre el proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado. En consecuencia, se integraron datos cuantitativos en cualitativos, proceso que la literatura científica reconoce como un “reto complejo” para los investigadores (Sandelowski, Voils, & Knafl, 2009).

Por otra parte, la reflexividad inherente en el método de la Teoría Fundamentada ha posibilitado interpretar y tomar decisiones en relación a los participantes, las técnicas de recogida de datos y el análisis de forma teórica e intencionada durante todo el proceso de investigación. Además, una teoría emergente deriva de los datos que son recopilados de manera sistemática y analizados a lo largo de la investigación (Strauss & Corbin, 2002). En este sentido, no se han encontrado en la literatura científica publicada, otras teorías sustantivas cuyo objetivo fuera desarrollar una teoría explicativa y comprensiva en relación al proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado.

Según Charmaz (2006), la generación de una teoría emergente es algo preliminar y, en consecuencia, un proceso constructivista no alcanza una conclusión definitiva. Sin embargo, la presentación de los datos y de la teoría emergente que explica el proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado fue confirmada por los participantes y validada por la triangulación de datos y técnicas. Asimismo, la elección del método de la Teoría Fundamentada en esta investigación ha permitido obtener ciertos detalles y conductas de las enfermeras participantes en relación al fenómeno de estudio, que difícilmente se hubieran conseguido con otros métodos.

## **5.2 Limitaciones del estudio**

A pesar de la aplicación de los criterios de rigor durante todo el proceso investigador, este estudio presenta una serie de limitaciones que deben reconocerse.

En primer lugar, debe tenerse presente que los resultados del estudio emergen de una investigación de método mixto mediante un análisis cualitativo, llevada a cabo en un contexto y población específicos. El estudio no perseguía la generalización de los resultados, sino profundizar en la comprensión del proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado a las necesidades específicas de cada paciente atendido en el ámbito de estudio. Ampliar nuestra comprensión sobre este fenómeno puede contribuir a identificar áreas de mejora y a proponer estrategias que puedan implantarse y evaluarse para fortalecer la capacidad y la disponibilidad de las enfermeras a individualizar mejor el plan de cuidados.

En referencia al ámbito de estudio y a la muestra, este estudio se centra en tres hospitales que comparten el mismo SIA, emplean una misma terminología y un mismo modelo de gestión del conocimiento enfermero. Por esta razón, el estudio abarcó hospitales de diferentes niveles asistenciales con el fin de intentar encontrar la máxima variabilidad considerando estas características. La exclusión de los hospitales de día, las unidades pediátricas y materno-infantiles, así como de la hospitalización a domicilio y las unidades de observación de urgencias donde se trabaja con planes de cuidados, se intentó minimizar con un muestreo de variación máxima entre unidades de hospitalización y enfermeras para explorar el fenómeno desde una perspectiva diversa.

En tercer lugar, las enfermeras gestoras asistenciales y las enfermeras superusuarias de sistemas de información y metodología actuaron como personas clave en el acceso de los

participantes al estudio. A pesar que se les dieron unas indicaciones muy precisas de las características que debían poseer las enfermeras participantes que conformarían la muestra, no puede excluirse la posibilidad de que estas profesionales clave realizaran cierto control en la selección de los participantes. De forma similar, en esta investigación no han participado ni enfermeras gestoras ni profesores universitarios. Por lo tanto, el fenómeno de estudio no ha sido explorado teniendo en cuenta las opiniones y experiencias de estos colectivos profesionales que seguramente aportarían resultados desde una óptica diferente.

Por otro lado, los modelos de cuidados centrados en la persona reconocen la capacidad de los pacientes de participar en la planificación de sus cuidados (Jerofke & Weiss, 2016). En este sentido, como cuarta limitación del estudio, debe considerarse que no se ha explorado la satisfacción ni la implicación de los pacientes y familiares en relación al proceso de individualización del plan de cuidados. Ambos factores relacionados con la disponibilidad de suficientes enfermeras en las unidades de hospitalización y con las condiciones del contexto organizativo hospitalario (Aiken et al., 2018).

En quinto lugar, pese a que la investigadora principal trabaja en uno de los hospitales participantes y, en consecuencia, está familiarizada con el contexto del estudio, se han implementado las estrategias de rigor y reflexividad durante todo el proceso de recogida de datos y análisis para que las propias percepciones no interfirieran en los resultados.

Como sexta limitación debe reconocerse que, esta investigación ha limitado el estudio de la valoración realizada al paciente y el proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado a ciertos aspectos muy concretos como las heridas y lesiones, dispositivos y la actividad del paciente. Sin embargo, para individualizar el plan de cuidados es imprescindible tener en cuenta las especificaciones propias de cada persona (Tekin & Findik, 2015).

En séptimo lugar, no ha habido oportunidad de averiguar en profundidad las causas de por qué las enfermeras priorizan los diagnósticos del “Ser físico”, sobre los correspondientes a otras dimensiones de la persona.

Finalmente, por limitaciones de tiempo y organizativas no ha podido ser viable la observación de las enfermeras responsables de los cuidados enfermeros de un mismo paciente, mientras realizaban la individualización del plan de cuidados estandarizado y sus posteriores adecuaciones durante todo el proceso de hospitalización.

### **5.3 Implicaciones para la práctica clínica**

Los resultados obtenidos en esta investigación tienen varias implicaciones para la práctica clínica enfermera.

En primer lugar, el proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado no es un método fácil ni trivial. Su óptima realización requiere de conocimientos, expertía, tiempo, actitud positiva y apoyo. Si alguno de estos factores no se cumple, las enfermeras pueden tener dificultades para individualizar o incluso obviar la individualización. Comprender el proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado y en qué estado se encuentra en la actualidad, puede contribuir a diseñar e implementar estrategias para administrar unos cuidados individualizados a cada paciente.

Diagnosticar los problemas de los pacientes y planificar y evaluar los cuidados mediante el empleo de planes de cuidados estandarizados asegura unos cuidados generales. Además, la correspondiente individualización que precisa el plan de cuidados estandarizado para adecuarlo a la situación de cada paciente es valorada como un elemento que contribuye al progreso disciplinar (Granero-Molina et al., 2012). Los profesionales enfermeros deberían ser conscientes de esta situación, así como de la importancia de registrar la información relativa al paciente mediante una terminología de interfase como ATIC, cuya baja abstracción de sus etiquetas y conceptos y la elevada precisión y exhaustividad con la que las enfermeras pueden registrar los cuidados (González-Samartino, 2017) facilita el registro de la individualización del plan de cuidados. Los diagnósticos de esta terminología se sustentan sobre el análisis de la producción científica enfermera, en términos de volumen o número de estudios, tipos de diseños y áreas de interés disciplinar (Juvé-Udina, 2013b). Ello, implica que el propio sistema de lenguaje apoya y contribuye a fomentar la práctica clínica basada en la evidencia. Del mismo modo, los planes de cuidados estandarizados del programa ARES son herramientas basadas en la evidencia. Aunque en su mayor parte este punto pivota sobre los procesos de consenso de expertos, los cuales son considerados el nivel más bajo de evidencia en las escalas de evaluación de referencia (Jovell & Navarro-Rubio, 1995). Los planes de cuidados estandarizados del programa ARES contienen elementos con mayor o menor grado de evidencia y ello, podría considerarse como una garantía de buenas prácticas y de excelencia en cuidados.

Finalmente, la creciente complejidad de los pacientes ingresados en las unidades de hospitalización de agudos genera el requerimiento por parte de las enfermeras asistenciales de poseer un elevado pensamiento crítico (Zuriguél-Pérez et al., 2017) y amplios conocimientos y habilidades no solo clínicos, sino también metodológicos para poder diagnosticar, planificar y evaluar los cuidados y registrarlos en el SIA adecuadamente (Baraki et al., 2017).

## **5.4 Implicaciones para la docencia**

El binomio universidad-centro sanitario establece el vínculo entre la teoría y la práctica. Ambos, de suma importancia para la generación de conocimiento en la profesión enfermera, junto con la investigación.

Las Facultades y Escuelas de Enfermería como instituciones de enseñanza superior e investigación, son responsables de instruir y formar a los estudiantes en metodología enfermera a lo largo de todo el proceso de aprendizaje. Esta enseñanza debería incluir con mayor intensidad el saber desarrollar todas las fases del proceso enfermero, incluido su registro, con habilidades de pensador crítico (Agyeman-Yeboah, 2017). Las enfermeras docentes deberían guiar a las futuras enfermeras en tomar conciencia de la importancia de saber crear planes de cuidados y de individualizarlos al estado de salud y cuidados que precisen los pacientes, a lo largo de toda el grado universitario, y no solo vincular este aspecto a alguna de las asignaturas, como la Enfermería Fundamental.

Continuando con el vínculo entre la teoría y la práctica, también son trascendentales las prácticas clínicas. En estas sería conveniente que cada vez hubiera más alineación entre lo aprendido en la facultad y lo puesto en práctica en el hospital (Agyeman-Yeboah & Korsah, 2018). Para ello es importante que las enfermeras asistenciales que tutorizan a estudiantes refuercen lo aprendido en la universidad. De manera que no solo centren el aprendizaje en la ejecución de cuidados, sino también en valorar al paciente, diagnosticar los problemas de salud y planificar los cuidados y evaluarlos según las necesidades individuales. Así como saber registrar en el SIA todos estos datos y saber transmitir la información relativa al paciente en los comunicados orales.

## 5.5 Implicaciones para la investigación

Este estudio sugiere futuras investigaciones empleando métodos similares o distintos para ampliar el conocimiento sobre el proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado. Siguiendo esta misma línea de investigación, algunos de los temas que serían convenientes abordar en futuros estudios incluyen:

- 1) Profundizar en el conocimiento del proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado realizado en otros contextos, con diferentes SIA y otros modelos de gestión del conocimiento.
- 2) Ampliar la comprensión del proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado en otras áreas hospitalarias y en el ámbito de la atención primaria y socio-sanitaria.
- 3) Incluir a enfermeras docentes y gestoras como participantes para poder explorar sus opiniones, creencias, actitudes y experiencias en relación al fenómeno de estudio.
- 4) Evaluar los planes de cuidados como herramienta de comunicación intra y multidisciplinar en la práctica asistencial.
- 5) Examinar en detalle la relación entre el proceso de individualización, el grado de pensamiento crítico y el nivel de expertía de las enfermeras y así, determinar con más precisión la relación entre estos tres componentes.
- 6) Explorar la relación entre la calidad del proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado y los resultados clínicos en los pacientes.
- 7) Evaluar el coste asociado al proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado y los costes de la no-individualización.
- 8) Examinar los cuidados omitidos en pacientes con el plan de cuidados estandarizado individualizado versus pacientes sin individualización del plan de cuidados estandarizado.
- 9) Evaluar la participación y satisfacción de pacientes y familiares con el proceso de individualización de los cuidados.
- 10) Identificar los mecanismos y los motivos por los que las enfermeras priorizan la dimensión “ser físico” al resto de dimensiones de la persona y determinar la coherencia de este hecho.

Aunque estos son solo algunos de todos los futuros estudios que se pueden plantear en esta línea de investigación, su materialización posibilitaría ampliar el conocimiento sobre el proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado.

## **5.6 Implicaciones para la gestión**

Las enfermeras asistenciales consideran que los gestores de los centros hospitalarios deberían fomentar e implementar políticas para facilitar la individualización de los cuidados y su registro. Entre ellas, se encuentra el transformar el modelo de gestión y apostar definitivamente por un modelo de cuidados centrado en el paciente y su familia que, entre otros aspectos, incluya una prestación de cuidados individualizada a sus necesidades. Esto conduce a que el foco debe ponerse en los resultados que las enfermeras logran con los pacientes, en lugar de centrarse en lo que hacen para ellos (Jones, 2016).

En la misma línea, se hace necesario adaptar los recursos enfermeros según las necesidades de cuidados, es decir, midiendo la complejidad y la intensidad de los cuidados, en lugar de determinar las cargas de trabajo derivadas de las tareas rutinarias establecidas en las unidades. En este sentido puede ser de utilidad el empleo de planes de cuidados y el uso de un sistema de clasificación de pacientes basado en el peso del diagnóstico principal como el sistema “Acute to Intensive Care” (ATIC) desarrollado por la Dra. Juvé (Juvé-Udina, 2017b; Juvé-Udina et al., 2019).

El proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado refuerza una prestación de cuidados individualizada. Por tanto, tan importante es evaluar la cantidad como la calidad de los cuidados y su registro (Akhu-Zaheya et al., 2018).

Impulsar los planes de cuidados como herramientas de comunicación intra y multidisciplinar (Ballantyne, 2016) fomentaría la necesidad de mantenerlos actualizados al estado de salud y cuidados que precisen los pacientes. De acuerdo con esta proposición, las enfermeras con responsabilidades de gestión deberían procurar que las enfermeras asistenciales tienen la formación adecuada sobre conocimientos clínicos y metodológicos, pueden asistir a sesiones clínicas de cuidados, tienen acceso a recursos de ayuda como el soporte de enfermeras superusuarias en sistemas de información y metodología o buscadores de planes de cuidados estandarizados en la intranet, que el rendimiento y disponibilidad de ordenadores y wi-fi sea óptimo y finalmente, que el SIA adquirido



permita el registro de las valoraciones, juicios clínicos e intervenciones de la práctica asistencial realizados por las enfermeras.

Atendiendo a estas últimas consideraciones mencionadas, sobre las sesiones clínicas de cuidados, los hospitales en donde todavía no se contempla su realización deberían estudiar la manera de incorporarlas dentro de la jornada laboral de cada turno. De esta manera, a partir de la explicación por parte de una enfermera asistencial de un caso real y la consecuente individualización del plan de cuidados estandarizado, se crearía un espacio de reflexión y discusión que potenciaría el pensamiento crítico, junto con un aprendizaje clínico y metodológico (González-Samartino, 2017). También, en aquellos hospitales que ya contemplan la realización de estas sesiones clínicas de cuidados sería conveniente que siguieran con la necesidad de mantenerlas y encontraran la fórmula que facilite la asistencia de todas las enfermeras de la unidad.

En relación a las enfermeras superusuarias en sistemas de información y metodología, sería conveniente mantenerlas a lo largo del tiempo y no solo en los periodos de implementación de algún SIA (Cella & Rebelo, 2015). Además, estas enfermeras deberían dar cobertura a todos los turnos porque puede ser necesario individualizar el plan de cuidados a cualquier hora, ya que los cambios en el estado de salud de los pacientes se producen a lo largo de las 24 horas del día.

Con respecto al SIA utilizado para registrar la prestación de cuidados, es apropiado que permita plasmar el método de trabajo adoptado por la mayoría de hospitales y enseñado en las universidades, el proceso enfermero (Akhu-Zaheya et al., 2018). Para ello, es aconsejable que su diseño permita incorporar planes de cuidados estandarizados y los elementos que conforman su estructura como diagnósticos, intervenciones e incluso actividades. Sin obviar, que las enfermeras puedan individualizar el plan de cuidados estandarizado mediante un procedimiento instrumental como SEAP cada vez que sea necesario (Castellà-Creus et al., 2011). Además el SIA debe permitir recuperar y compartir la información introducida por los usuarios. La toma de decisiones sobre los sistemas de información no deben dejarse en manos de ingenieros informáticos y gestores sanitarios no enfermeros. Las enfermeras deben estar presentes en todos los niveles de toma de decisión relacionados con los sistemas de información asistenciales para garantizar que el software de historia clínica permita el registro de la integridad del proceso enfermero y no se limite a permitir representar sólo alguna de sus partes (Juvé-Udina, 2013b).

Por otra parte, el proceso de socialización producido durante la incorporación al ámbito profesional de las enfermeras recién graduadas es un aspecto clave a tener en cuenta por las enfermeras gestoras. La incorporación al mundo laboral puede favorecer o desalentar a las nuevas enfermeras a seguir esforzándose para trasladar y mejorar el conocimiento sobre metodología enfermera en la práctica asistencial. Los procesos de socialización modelan nuestra visión y nuestra opinión acerca del mundo. En este caso concreto, la socialización de una enfermera recién graduada en un entorno en el que se favorece o se impide el uso cotidiano de la metodología en la práctica asistencial condicionará su actitud futura acerca de esta cuestión (Ke, Kuo, & Hung, 2017; Safari & Yoosefpour, 2018).

Por último, debe fomentarse el crecimiento profesional y el reconocimiento de las enfermeras con alto grado de pensamiento crítico y elevados niveles de expertía, como profesionales esenciales de las unidades de hospitalización de agudos, por su aportación a la calidad y seguridad de los cuidados.



# Capítulo 6

## Conclusiones

*Si pierdes la esperanza, de alguna manera pierdes la vitalidad que te sigue moviéndote, pierdes ese valor de ser, esa cualidad que te ayuda a seguir adelante a pesar de todo. Y así hoy todavía tengo un sueño”.*

Martin Luther King (1929-1968).

Premio Nobel de la Paz (1964).

Pastor de la iglesia bautista, activista por los derechos civiles de los afroestadounidenses.



Esta tesis pretendía contribuir al conocimiento sobre la comprensión del proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado realizado por las enfermeras a los pacientes hospitalizados en unidades de agudos.

Los hallazgos obtenidos en esta investigación y su interpretación conducen a las siguientes conclusiones:

1. La teoría emergente de esta investigación sugiere que las enfermeras utilizan un método sistemático para realizar el proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado y su registro en el SIA. Así, el proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado está formado por dos elementos esenciales: razonamiento clínico y procedimiento instrumental.
  - 1.1 El razonamiento clínico implica la decisión sobre el plan de cuidados estandarizado más conveniente en función del motivo de ingreso del paciente, y a partir de la valoración integral realizada, el ajuste y la adaptación a la situación y las necesidades específicas del paciente, generando un plan de cuidados individualizado.
  - 1.2 El procedimiento instrumental implica el registro de los datos en el sistema de información asistencial, seleccionando, eliminando, añadiendo y programando (SEAP)
2. En el proceso de individualización del plan de cuidados, las enfermeras consideran todas las dimensiones de la persona, el ser físico, el ser consciente, el ser autónomo, sus intersecciones, el entorno familiar y social, así como su integralidad, aunque priorizan los diagnósticos relacionados con la dimensión física. A su vez, alineadas con las asunciones de diversas escuelas de pensamiento enfermero, promueven la autonomía intentando que el paciente y la familia se impliquen activamente y participen del proceso de cuidados durante la hospitalización.

3. Los elementos que interfieren en el proceso de individualización del plan de cuidados incluyen elementos organizativos, profesionales e individuales, que afectan negativa o positivamente en el resultado de la individualización.

3.1 Las rutinas establecidas, la carga de trabajo, la ratio insuficiente, el tiempo de dedicación, la tradición del registro narrativo, el déficit de conocimientos en metodología, las infraestructuras informáticas y el escaso valor e interés en la individualización son factores limitadores de este proceso.

3.2 Las sesiones clínicas de cuidados, el uso de planes de cuidados estandarizados, el empleo de la terminología ATIC, el soporte de enfermeras gestoras asistenciales y de enfermeras superusuarias, la asignación fija de las enfermeras a las unidades, la expertía clínica y la predisposición de cada enfermera a individualizar el plan de cuidados son elementos facilitadores del proceso.

4. Las enfermeras otorgan al proceso de individualización del plan de cuidados un sentido relacionado con el contexto organizativo en el que trabajan y otro vinculado a la prestación de cuidados como representación de la experiencia vivida. Al mismo tiempo, las enfermeras experimentan unos sentimientos con respecto a la individualización del plan de cuidados.

4.1 El significado atribuido al contexto organizativo está relacionado con proporcionar cuidados de calidad, seguros y con protección legal, mejorar la comunicación entre profesionales, favorecer las oportunidades de progreso profesional, usar el plan de cuidados estandarizado para saber los cuidados que necesita el paciente y como guía para la práctica clínica de enfermeras principiantes, y mejorar el tiempo y las condiciones de registro de la individualización del plan de cuidados.

4.2 El significado asignado a la prestación de cuidados comprende el nivel de adecuación del plan de cuidados estandarizado al motivo de ingreso, la obtención de información por comunicación oral, anotaciones y observación

directa, la transmisión oral de información con uso indirecto del SIA y el registro de la planificación y administración de cuidados individualizados.

4.3 Las sensaciones generadas durante la individualización del plan de cuidados conllevan sentimientos negativos de rabia, frustración y desaprobación en algunas enfermeras, sentimientos ambiguos de indiferencia y esfuerzo, o sentimientos positivos de responsabilidad y satisfacción.

5. La congruencia del registro de la individualización del plan de cuidados estandarizado está influida positivamente por el alto grado de pensamiento crítico y expertía clínica de algunas enfermeras, lo que les permite adecuar correctamente el estándar a las necesidades, el estado y la evolución de los pacientes hospitalizados y mantener la individualización del plan de cuidados de forma coherente durante todo el ingreso hasta el alta del paciente.





# Capítulo 7

## Difusión y financiación

*“O escribes algo que merezca la pena leer o haces algo que merezca la pena escribir”*

Benjamin Franklin (1706-1790).

Político, científico e inventor estadounidense





## 7.1 Artículo publicado en la revista Journal of Advanced Nursing

**PROTOCOL**

WILEY **JAN**  
Leading Global Nursing Research

# Individualization process of the standardized care plan in acute care hospitalization units: Study protocol

Mònica Castellà-Creus<sup>1,2</sup>  | Pilar Delgado-Hito<sup>2,3</sup>  | Isabel Andrés-Martínez<sup>4</sup> |  
Maria-Eulàlia Juvé-Udina<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Barcelona, Barcelona, Catalonia, Spain

<sup>2</sup>Institute of Belvitge Biomedical Research (IDIBELL), L'Hospitalet de Llobregat, Catalonia, Spain

<sup>3</sup>Department of Fundamental Care and Medical-Surgical Nursing, Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Barcelona, Barcelona, Catalonia, Spain

<sup>4</sup>Department of Nursing Management, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Catalan Institute of Health, Badalona, Catalonia, Spain

### Correspondence

Mònica Castellà-Creus, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Carretera del Canyet s/n 08916 Badalona, Catalonia, Spain.  
Email: mcastella.germanstrias@gencat.cat

### Funding Information

This research protocol has received funding from the Health Department of the Government of Catalonia by way of a peer review process and under the funding initiative "Strategic Plan for Research and Innovation in Health PERIS 2016-2020" Protocol number: SLT002/16/00024.

### Abstract

**Aim:** To understand the individualization process of the standardized care plan (SCP) that nurses design for hospitalized patients.

**Background:** To apply the nursing process, it is advisable to use SCP to standardize the diagnosis, planning and evaluation stages. However, the fundamental element of this methodology is the individualization of the care plan.

**Design:** A qualitative study, framed within the constructivist paradigm and applying the Grounded Theory method, in accordance with Strauss and Corbin's approach.

**Methods:** *Multicentre study.* Theoretical sampling with maximum variation will be used. The data collection will consist of: in-depth individual interviews, participant observation, document analysis, focus group, and the questionnaires for Critical Thinking Assessment in relation to clinical practice and Nursing Competency Assessment for hospital nurses. The qualitative data will be analysed according to the constant comparative method of Strauss and Corbin's Grounded Theory, which involves performing open, axial and selective coding. The questionnaire results will be used to make a qualitative analysis that will consist of a triangulation between the level of critical thinking, level of expertise and record of the individualization process performed by the nurses. This protocol was approved in July 2015.

**Discussion:** By knowing the possible stages used in the individualization of a SCP, together with the elements that facilitate or hinder said individualization and nurses' attitudes and experiences regarding this phenomenon, it could help direct improvement strategies in the standardization and individualization process. In addition to recommendations for teaching and research.

### KEYWORDS

grounded theory, hospital, individualized care plan, nursing, nursing process, qualitative research, standardized care plan

## 1 | INTRODUCTION

The nursing process is structured into five phases: assessing, diagnosing, planning, implementing, and evaluating the care (Alfaro-LeFevre, 2014). The diagnosing, planning and evaluation phases are recorded

using nursing care plans (Ballantyne, 2016). To encourage the use of these plans, in the 1980s and 1990s some workplaces started to develop standardized care plans (SCP) (Hall et al., 1995; LeBoeuf & Greco-Gallagher, 1987; Slota, 1984). The purpose of these SCP is to administer evidence-based holistic care that ensures basic care that

reflects professional responsibility, despite the nurses' level of experience (Ballantyne, 2016). In recent years, these SCP have been entered into the databases of information systems implemented by different hospitals to computerize records, making it easier to access and exploit data (Juvé-Udina, 2013; Svensson, Ohlsson, & Wann-Hansson, 2012).

Plan standardization means that healthcare practice can be standardized, it speeds up the process and reduces variability (Contreras-Fernández, 2000; Juvé-Udina, 2013). However, administering patient-centred care implies being able to individualize the care according to a patient's needs and those of their family (Köberich, Feuchtinger, & Farin, 2016). The way nurses individualize the care, record it in the information system, experience it and the context in which they do it are questions that this study aims to answer.

## 1.1 | Background

In the last 30 years, nursing documentation has undergone an evolution that probably reflects the development of the discipline itself. This change has consisted in going from using a chart to monitor vital signs and the activities performed, to recording the decision-making process (Björvell, Thorell-Ekstrand, & Wredling, 2000). The nursing process has turned nurses' work into a systematic method that follows the reasoning of scientific methodology. Its application makes it easier to provide individualized care to avoid basing it on routine tasks (Björvell et al., 2000; Giménez-Maroto & Serrano-Gallardo, 2009). Alfaró-LeFevre (2014) defines this process in five phases: assessment, diagnosis, planning, implementation and evaluation.

To facilitate the implementation and recording of the diagnosis, planning and evaluation stages, it is recommended to standardize them using SCP (Ammenwerth et al., 2001). According to Juvé-Udina (2012) a SCP is: "A structured summary of real problems and/or potential complications, together with the prescription of nursing interventions to achieve health results of a certain patient population (or groups)" (page 41).

Standardized care plan are used to establish common diagnoses for the same set of patients. For this reason, the selection of SCP is linked to the reason for admission (Ammenwerth et al., 2001; Juvé-Udina, 2013).

It is advisable to use standardized nursing terminology for the elements that form the SCP structure. These terminologies are the structured representation of the phenomena that make up nursing knowledge and its use, improve documentation content (Ammenwerth et al., 2001; Carrington, 2012; Juvé-Udina, 2012).

The individualization process is the fundamental element for working with SCP. This process consists in adapting the SCP to a patient's needs, according to the assessment on admittance and the subsequent re-evaluations required by their medical condition. The result is the application of an individualized care plan (Juvé-Udina, 2012). Failure to carry out this individualization can lead to the risk of only diagnosing expected, common problems (Carpenito, 2002). To facilitate individualization, it is convenient if the design of SCP in

### Why this study is needed?

- To administer patient-centred care, it is necessary to individualize the care according to a patient's needs, values and wishes.
- If the clinical reasoning and instrumental procedure carried out by the nurses is defined in the information system for individualizing the standardized care plan, it could help us understand the individualization process and establish its stages.
- Knowing which factors condition the individualization process and the nurses' experience in relation to this process could be useful for establishing improvement strategies in the future.

healthcare information systems (HIS) enables nurses to perform the process (Juvé-Udina, 2012).

Different studies show that nurses are satisfied with the use of SCP. They consider them manageable and, unlike free text, their structured content makes it possible to record the care planning in a more complete and relevant manner (Svensson et al., 2012). However, some studies reveal difficulties or limitations in the SCP individualization process. These limitations can be at an organizational level, such as an unsuitable design of the HIS (Giménez-Maroto & Serrano-Gallardo, 2009; Harris, 1990) or a high patient-nurse ratio (O'Connell, Myers, Twigg, & Entriiken, 2000); at a professional level the limitations refer to a constant evolution of the patients' health condition (O'Connell et al., 2000) and at an individual level, there are weaknesses in the nurses' diagnostic reasoning and care planning process (Giménez-Maroto & Serrano-Gallardo, 2009; Harris, 1990; Lee, Yeh, & Ho, 2002; Müller-Staub, Lavin, Needham, & Van Achterberg, 2006) combined with a lack of knowledge and professional experience (Fogelberg-Dahm & Wadensten, 2008) and insufficient skill for individualizing the SCP (Estrada & Dunn, 2012). Sometimes, the presence of these factors can lead to selecting the wrong SCP (Svensson et al., 2012).

All stages of the nursing process require capacity of judgement or clinical reasoning. This judgement is a mental ability that enables a person to take the most appropriate decisions that help prevent and/or resolve problems in each one of the patients' situations. To develop it, nurses need to be able to think critically, basing their thoughts on a series of skills and behaviours (Cerullo & Cruz, 2010). The more critical thinking evolves, the greater the ability will be to diagnose each person's specific problems (Bittencourt & Crossetti, 2013; Cerullo & Cruz, 2010; Giménez-Maroto & Serrano-Gallardo, 2009; Zuríquel-Pérez et al., 2014).

Benner (2004) transferred the model of adult skill acquisition developed by Stuart and Hubert Dreyfus to nursing practice (Dreyfus, 2004). This model consists in identifying and describing five levels of expertise based on experience and reflective practice that a nurse acquires through learning. The five levels are: novice,

advanced beginner, competent, proficient and expert (Benner, 2004). Experts are characterized by their high level of intuitive reasoning, coupled with a developed capacity for clinical judgement. An adequate combination of both enables nurses to make an accurate diagnosis, as well as plan and provide individualized care (Benner, 2000).

In their study, Papp et al. (2014) believe that the combination of advanced knowledge and expertise are probably associated to high level of critical thinking, which is necessary for acquiring different domains of competency. In this regard, no studies have been found that relate the level of critical thinking and professional expertise with the individualization of care.

Few studies propose or explain methods for individualizing SCP and they normally use a case study to make them easier to understand (Ammenwerth et al., 2001; Castellà-Creus et al., 2011; Mayilvaganan, 2002). This study will provide new knowledge about how nurses individualize plans and explains which factors can influence the process.

## 2 | THE STUDY

### 2.1 | Aims

This research aims to understand the individualization process of SCP carried out by nurses that care for hospitalized patients. The specific aims are:

- Describe the stages of the SCP individualization process used by nurses.
- Identify facilitators and barriers of the individualization process at an organizational, professional and individual level.
- Describe the meaning that nurses give to the individualization process of a SCP.
- Explore the relationships between the record of the individualization process of a SCP, degree of critical thinking and nurses' professional expertise.

### 2.2 | Methodology

A qualitative study framed in the constructivist paradigm (Guba & Lincoln, 2000; Jayasekara, 2012). From an ontological angle, reality is perceived in a relativistic manner, in such a way that people build local and specific realities according to the situation. This study analyses the different realities that are built upon the individualization process. From an epistemological perspective, the researchers will be subjective in their approach towards the phenomenon, establishing interactions between the participants so the findings emerge as the investigation progresses (Ruiz-Olabuénaga, 2012). The methodology will be based on dialectics and hermeneutics (Appleton & King, 1997; Ruiz-Olabuénaga, 2012), which will make it possible to interpret the dialectic exchange established between the researchers and the participants, to create constructions that help obtain in-depth understanding of the individualization process.

The Grounded Theory method according to Strauss and Corbin's (2002) will be used, which includes the interpretive description of data, thus enabling the researcher to become involved in the analysis by way of a flexible process. In regard to the phenomenon under study, the researchers acknowledge that they are unaware of the variety of coexisting methods for individualizing a SCP and the factors that could influence the process.

### 2.2.1 | Participants

The participants will be nurses working in any one of the three hospitals involved in the study, who fulfil the following characteristics: (a) more than six consecutive months working in the same unit; (b) they work with electronic care plans; (c) they work in a medical, surgical or medical-surgical acute care hospitalization unit; (d) they have the following years of experience working in hospitals: between 6 months–10 years,  $\geq 11$ ,  $\geq 18$  and  $\geq 25$  years.

Theoretical sampling with maximum variation will be used to select the participants. Bearing in mind the type of hospitalization unit and the years of professional experience working in hospitals, there are 12 nursing profiles and a sample of participants between 36–48 (three or four nurses per profile). However, as expressed by Strauss and Corbin (2002), due to the fact that this kind of sampling is sequential and cumulative, the definitive size of the sample is determined by the theoretical saturation of the data. At the researchers' request and according to the defined criteria, the nursing supervisors or super user nurses of information systems will ask nurses to participate in the study and then put the researchers in contact with them.

### 2.2.2 | Setting

A multicentre study conducted in medical, surgical and medical-surgical units for adult patients in two metropolitan tertiary hospitals and one basic general hospital. One of the metropolitan hospitals began implementing a hospital information system (HIS) for nursing in 2007 and it is the only one of the three centres that previously worked with a paper-based SCP. The basic general hospital implemented a HIS in 2009 and the other metropolitan hospital in 2010.

The three hospitals fulfil accessibility criteria for the principal investigator. She works in one of the metropolitan hospitals and can easily reach the other two; she has key people who will provide her with the selection of participants and access to the units for the participant observation.

### 2.2.3 | Data collection

#### Step 1

Individual in-depth interviews will be conducted (Doody & Noonan, 2013; Mitchell, 2015; Valles, 2007). The place, date and time will be agreed with the participants and all effort will be made to ensure they are held in a peaceful atmosphere with few interruptions. The interviews will last approximately 1 hr. To facilitate the analysis, they will be recorded in audio and then transcribed. To validate the

content of the interviews, the person interviewed will be sent a full copy of the transcription in case there is anything that needs to be clarified. The interview script will be validated by a pilot interview with a nurse who works in one of the hospitals participating in the study. Depending on the outcome of said interview and as the analysis progresses, the script may be modified.

#### Step 2

To be able to observe the possible situations expressed in the interviews and to analyse the context in which the nurses work, a participant observation will be conducted (Atkinson & Hammersley, 1994; Spradley, 1980). The nursing supervisor of the units where the observation is performed will inform the nurses of the researchers' presence; she will tell them the general purpose of the observation but will not enter into specific details. During the observation, the researchers will be allowed a certain degree of interaction with the participants. Five 3-hr observations will be conducted that will include one and a half hours before and one and a half hours after the change in shift, as well as five observations that will include full morning, afternoon and night shifts. The observations will be recorded in field notes. These annotations will be made following Schatzman and Strauss' (1973) observational, theoretical and methodological note model.

In two of these observations, there will be a second observer who will also take field notes, which will be analysed with those taken by the principal investigator.

#### Step 3

A document analysis will be performed to obtain in-depth understanding of the real status of the level of SCP individualization (Andréu, 2001; Del Rincón, Arnal, Latorre, & Sans, 1995). Analysis will be made of the electronic care plans and progress notes written by the nurses caring for patients admitted to the hospitals participating in the study. A data collection template based on the system proposed by Mayan (2009) will be created and the following data will be recorded: (a) adaptation of the SCP, selecting the reason for admission, (b) addition or deletion of an actual or risk diagnosis in the SCP, (c) addition or deletion of an intervention in the SCP and (d) coherence of the care plan content with the progress notes.

#### Step 4

A focus group will be held to validate the results of the interviews, participant observation and document analysis and to obtain further information about themes where it is considered that data saturation has yet to be reached (Callejo, 2001; Jayasekara, 2012; Then, Rankin, & Ali, 2014; Traynor, 2015). The group will be made up of between 10–12 nurses from the three hospitals, who have not participated in the interviews but fulfil the same selection criteria. It will be held in a meeting room of the head office of the three hospitals, after agreeing on the date and time with the participants. It will be recorded in audio and then transcribed. The transcription will be sent by email to the participants so they can validate it. The principal investigator will act as a moderator following a script specially written for the occasion. Another researcher will assume the functions

of an observer and will take notes of the conclusions of the subjects discussed and write down all the details that refer to non-verbal aspects of communication.

#### Step 5

The nurses participating in the interviews will be given the questionnaires for Critical Thinking Assessment in relation to clinical practice (initials in Spanish: CuePC-AC), which establishes three levels of critical thinking: low for scores of <329, moderate for scores between 329 and 395, and high for scores of >395. The total value of Cronbach's alpha is 0.96 and the content validity index is 0.85 (Zuriguél-Pérez, 2014). The nurses participating in the interviews and their supervisors will be given the Competency Assessment questionnaire for hospital nurses (initials in Spanish: COM-VA), which determines nurses' level of competency according to the mean score of the questionnaire completed by the nurse and the one completed by the supervisor. The value of Cronbach's alpha is 0.971 in the self-evaluation group and 0.973 in the supervisors group. The levels of competency are: expert for a score of >9.5, proficient between 8–9.4, competent between 6.5–7.9, advanced beginner between 5.5–6.4, novice between 4.5–5.4 and very poor <4.5 (Juvé-Udina, 2006). Both questionnaires will be sent by email and the recipients will be asked to complete them and send them back to the principal investigator.

### 2.2.4 | Data analysis

The data will be analysed following Strauss and Corbin's (2002) where the data are collected and analysed simultaneously using constant comparison. The analysis will begin with the open coding of the interview transcriptions, participant observation field notes, data recorded on the document analysis template and finally the focus group transcription. These will be analysed by way of micro-analysis to isolate concepts according to their meaning or action (conceptualization), thus being able to link the participants' account with the phenomenon under study. An analysis will be made of the similarities and differences between the codes that emerge, grouping them together in categories and subcategories. Continuing with constant comparison, the axial coding will then be performed. Sentences will be used to match the categories to their subcategories, based on their properties and dimensions. The different actions, conditions and strategies related to the phenomenon of the individualization process will also be identified and the analysis will be supported by diagrams. Finally, the selective coding will be developed. A central category will be established, which will be matched to the rest of the categories by means of sentences that provide a logical and consistent explanation. To favour and understand the matching process, the theme of the story will be described and a diagram will be designed that represents the theoretical framework. In addition, any unfinished categories will be completed by reviewing the data or, if necessary, extending the theoretical sampling. If any 'negative case' is identified during this stage of analysis, its explanation will be included. This stage of the analysis will consider the memorandums drawn up during the research. The theoretical sampling will end when the saturation of the categories is reached

according to their properties and dimensions and there is no further matching between them. The QRS\_Nvivo\_10 programme will be used to assist in the data analysis. A descriptive analysis that will include frequencies and percentages will be made of the results obtained in the two questionnaires. In addition, a qualitative analysis will be performed that will consist of a triangulation between the level of critical thinking, level of expertise and the record of the individualization process carried out by the nurses, according to the following criteria of coherence (Table 1)

### 2.3 | Ethical considerations

The nurses will be invited to participate in the study voluntarily. Prior to the interviews or the focus group, the principal investigator will inform the participants verbally and in writing about the aims and the reason they have been selected. They will be asked to sign an informed consent to their inclusion in the study and the confidentiality of the data will be guaranteed in writing. To ensure anonymity, the participants in the interviews will be assigned a code number. The people in the focus group will choose a pseudonym, with which they will be identified. The field notes of the participant observation and the clinical accounts reviewed in the document analysis will be identified with an alphanumeric code. The participants will be told that they can leave the study whenever they wish, without having to explain the reason and without prejudice, and the principal investigator will be informed by email. All recordings will be destroyed at the end of the study and the documents generated will be kept safely for 5 years. Due to the fact the interviews will be held outside working hours, the participants will be given a gift voucher to spend in a well-known cosmetics and perfume shop to thank them for their availability. The participants will know nothing about the voucher beforehand. This project has been authorized by the Nursing Directors and the Clinical Research Ethics Committee of the participating hospitals (PI-15-089) and (PR234/15), as well as the Academic Committee of the university's doctoral programme.

### 2.4 | Rigour

This study will follow Guba and Lincoln's (2000) criteria for trustworthiness and authenticity. In relation to credibility, the data collection

**TABLE 1** Table for defining qualitative coherence

Level of critical thinking	Level of professional expertise	Individualization record	Qualitative coherence
High	Proficient	Yes	High +++
Medium	Proficient	Yes	High ++
Medium	Competent	Yes	High +
Low	Competent	Yes	Low +
Medium	Competent	No	Low –
Medium	Proficient	No	Low ---
High	Proficient	No	Low ----
Low	Competent	No	High –

and interpretation stages will be constantly alternated, and the latter will be explained with specific examples. As regards transferability, the results will describe the contexts where the phenomenon will be studied, and an explanation will be given of the participants' characteristics. For dependability, the data collection and analysis will be explained in detail. To increase the rigour and richness of the study, a triangulation of researchers, data and data collection techniques will be employed. Regarding confirmability, in addition to the recordings of the interviews and focus group, memorandums will be recorded to help interpret the data, establish relationships between concepts and support the emergence of the central category. The content will include the researchers' thoughts, reflections and observations. In addition, the data will be validated by sending the transcriptions to the participants and checking the results with the participants of the focus group (Houghton, Casey, Shaw, & Murphy, 2013; Koch, 1994).

The researchers will endeavour to maintain negotiated relationships throughout the whole process, without exercising any authority and applying crystallization processes in the analysis so that the interpretation of the results reflects the plurality of all the voices, without omitting any participant (Moral-Santaella, 2006).

Likewise, as indicated by Calderón (2002), reflexivity will be applied to the entire analytical process to ensure that the researchers' knowledge and experience influence the results as least as possible.

## 3 | DISCUSSION

By knowing the possible stages used in the individualization of a SCP, together with the elements that facilitate or hinder said individualization and the nurses' attitudes and experiences regarding this phenomenon, it would be possible to direct improvement strategies in the standardization and individualization processes and it would lead to the emergence of the need for specific training related to this process and establish improvement actions in the use of healthcare practice.

An improvement in the content of care plans, in such a way they reflect patients' problems, with care adapted to their individual needs, could help demonstrate nurses' healthcare practice, articulate the decision-making process, improve communication between professionals and the continuity of the care. In addition, it would provide reliable data for care provision management and would be a good source of information for clinical research.

Without forgetting that an appropriate plan individualization could improve the quality and safety of the patients' care.

### 3.1 | Limitations

This study is centred on three hospitals that share the same Information System and the same corporate model of nursing knowledge management. For this reason, the study covers hospitals with different healthcare levels with the aim of trying to find maximum variability in these characteristics. We will try to minimize the effects of the exclusion of the day hospitals where care plans are employed by carrying out a maximum variation sampling between hospitalization



units and nurses, to explore the phenomenon from a diverse perspective. The nursing supervisors and super user nurses of information systems will have a key role as regards the participants' access to the study. Although they will be given very precise instructions about the characteristics of the nurses that make up the sample, it must be borne in mind that they could possibly exercise some control over the selection of the participants.

#### 4 | CONCLUSION

In the Health Sciences, and Nursing in particular, it is considered increasingly necessary to include patients when taking health-related decisions. Besides this characteristic, there is another that gives added value to the care we provide, which is caring for people in an individualized manner. This is the work philosophy that this project aims to study. Analyse the individualization of care by recording it will enable us to know how said individualization is carried out, to become aware of the resources and limitations nurses encounter when they devise it and to know what they think and their experiences of it. The results of this research could provide new knowledge about person-centred care model and improve patients' healthcare process.

#### ACKNOWLEDGEMENTS

The authors would like to thank Ms Núria Martí-Carrasco for her support as Nursing Director for the development of this project, and the funding provided by the Health Department of the Government of Catalonia.

#### CONFLICT OF INTEREST

No conflict of interest has been declared by the authors.

#### AUTHOR CONTRIBUTIONS

MC, PD, MEJ: made substantial contributions to conception and design, or acquisition of data, or analysis and interpretation of data; MC, PD, MEJ: involved in drafting the manuscript or revising it critically for important intellectual content; MC, PD, IA, MEJ: given final approval of the version to be published. Each author should have participated sufficiently in the work to take public responsibility for appropriate portions of the content; MC, PD, IA, MEJ: agreed to be accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved.

All authors have agreed on the final version and meet at least one of the following criteria (recommended by the ICMJE [<http://www.icmje.org/recommendations/>]):

1. substantial contributions to conception and design, acquisition of data, or analysis and interpretation of data;
2. drafting the article or revising it critically for important intellectual content.

#### ORCID

Mònica Castellà-Creus  <http://orcid.org/0000-0001-9017-6533>  
Pilar Delgado-Hito  <http://orcid.org/0000-0001-7077-3648>

#### REFERENCES

- Alfaro-LeFevre, R. (2014). *Applying nursing process: The foundation for clinical reasoning* (8th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ammenwerth, E., Kutscha, U., Kutscha, A., Mahler, C., Eichstädter, R., & Haux, R. (2001). Nursing process documentation systems in clinical routine-prerequisites and experiences. *International Journal of Medical Informatics*, 64(2–3), 187–200.
- Andréu, J. (2001). *Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada [Content analysis techniques: An updated review]*. Junta de Andalucía: Centro de estudios andaluces, Consejería de la presidencia y administración local.
- Appleton, J. V., & King, L. (1997). Constructivism: A naturalistic methodology for nursing inquiry. *Advances in Nursing Science*, 20(2), 13–22.
- Atkinson, P., & Hammersley, M. (1994). Ethnography and participant observation. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 248–261). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ballantyne, H. (2016). Developing nursing care plans. *Nursing Standard*, 30(26), 51–57.
- Benner, P. (2000). The wisdom of our practice. *American Journal of Nursing*, 100(10), 99–105.
- Benner, P. (2004). Using the Dreyfus model of skill acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education. *Bulletin of Science, Technology & Society*, 24(3), 188–199. <https://doi.org/10.1177/0270467604265061>
- Bittencourt, G. K. G. D., & Crossetti, M. G. O. (2013). Critical thinking skills in the nursing diagnosis process. *Revista da Escola de enfermagem da USP*, 47(2), 337–343.
- Björvell, C., Thorell-Ekstrand, I., & Wredling, R. (2000). Development of an audit instrument for nursing care plans in the patient record. *Quality in Health Care*, 9, 6–13.
- Calderón, C. (2002). Criterios de calidad de la investigación cualitativa en salud (ICS): Apuntes para un debate necesario [Quality criteria of qualitative health research (ICS): A draft for a necessary debate]. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 473–482.
- Callejo, J. (2001). *El grupo de discusión: Introducción a una práctica de investigación [Discussion group: Introduction to a research practice]*. Barcelona: Ariel.
- Carpenito, L. J. (2002). *Diagnósticos de enfermería: Aplicaciones a la práctica clínica. [Nursing diagnosis: Application to clinical practice]*. Madrid: McGraw-Hill – Interamericana.
- Carrington, J. M. (2012). The usefulness of nursing languages to communicate a clinical event. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 30(2), 82–88. <https://doi.org/10.1097/ncn.0b013e318224b338>
- Castellà-Creus, M., Creus-Macia, M. J., Díez-Sánchez, B., Martí-Carrasco, N., Barberà-Llorca, M., & Andrés-Martínez, I. (2011). Proceso de individualización de un plan de cuidados estandarizado mediante un sistema de información. Caso clínico: ictus. [Process of individualization of a standardized care plan through an information system. Clinical case: stroke]. *Nursing (Spanish ed.)*, 29(9), 52–58.
- Cerullo, J. A. S. B., & Cruz, D. A. L. M. (2010). Clinical reasoning and critical thinking. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(1), 124–129.
- Contreras-Fernández, E. (2000). *Planes de cuidados enfermeros estandarizados en atención primaria. [Standardized nursing care plans in primary care.]* Retrieved from <https://www.google.es/search?source=hp&q=plane+s+de+cuidados+enfermeros+estandarizados+en+atenci%C3%B3n+prima>

- ria&sq=Planes+de+cuidados+enfermeros+atenci%C3%B3n+primaria&gs\_l=psy-ab.1.0.0i8i30k1.280.22935.0.2592849.490.0.0.138.4635.31j18.49.0.dummy\_maps\_web\_fallback...1.1.64.psy-ab.0.49.4624...0j0i131k1j0i3k1j0i2i30k1j3i22i9i30k1j3i16k1j0i8i13i30k1.0.XlggilJOA4c
- Del Rincón, D., Amal, J., Latorre, A., & Sans, A. (1995). *Técnicas de investigación en ciencias sociales [Techniques of social science research]*. Madrid: Dykinson.
- Doody, O., & Noonan, M. (2013). Preparing and conducting interviews to collect data. *Nurse Researcher*, 20(3), 28–32.
- Dreyfus, S. E. (2004). The five stage model of adult skill acquisition. *Bulletin of Science, Technology & Society*, 24(3), 177–181. <https://doi.org/10.1177/0270467604264992>
- Estrada, N. A., & Dunn, C. R. (2012). Standardized nursing diagnoses in an electronic health record: Nursing survey results. *International Journal of Nursing Knowledge*, 23(2), 86–95.
- Fogelberg-Dahm, M., & Wadensten, B. (2008). Nurses' experiences of and opinions about using standardised care plans in electronic health records – a questionnaire study. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2137–2145. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02377.x>
- Giménez-Maroto, A. M., & Serrano-Gallardo, P. (2009). Imprecisiones del proceso diagnóstico enfermero. [Inaccuracies of the nursing diagnosis process.] *Metas de Enfermería*, 11(10), 57–62.
- Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. (2000). *Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences*. In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Eds.), *The sage handbook of qualitative research* (pp. 191–215). London: SAGE Publications.
- Hall, G. R., Buckwalter, K. C., Stolley, J. M., Gerdner, L. A., Garand, L., Ridgeway, S., & Crump, S. (1995). Standardized care plan. Managing Alzheimer's patients at home. *Journal of Gerontological Nursing*, 21(1), 37–47.
- Harris, B. L. (1990). Becoming deprofessionalized: One aspect of the staff nurse's perspective on computer – mediated nursing care plans. *Advances in Nursing Science*, 13(2), 63–74.
- Houghton, C., Casey, D., Shaw, D., & Murphy, K. (2013). Rigour in qualitative case-study research. *Nurse Researcher*, 20(4), 12–17.
- Jayasekara, R. S. (2012). Focus groups in nursing research: Methodological perspectives. *Nursing Outlook*, 60(6), 411–416. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2012.02.001>
- Juvé-Udina, M. E. (2006). Proyecto COM-VA de Definición y Evaluación de competencias enfermeras. [COM-VA project for Definition and Evaluation of nursing competences]. In C. Carratalà (Chairman), Nursing has space. *Presentation at the III National Congress of the Spanish scientific society of nursing*, Alicante, Spain. Retrieved from: [www.scele.org/archivos/eulalia.juve.pdf](http://www.scele.org/archivos/eulalia.juve.pdf).
- Juvé-Udina, M. E. (2012). *Evaluación de la validez de una terminología enfermera de interfase*. [Validity evaluation of an interfase nursing terminology]. Doctoral Thesis. Science nursing Program. University of Barcelona, Barcelona, Catalonia.
- Juvé-Udina, M. E. (2013). *Plans de cures estandaritzats per a malalts hospitalitzats*. [Standardized care plans for inpatients.] Retrieved from [https://www.google.es/search?q=plans+de+cures+estandaritzats&sq=plans+de+cures&gs\\_l=psy-ab.1.0.0.138343.140452.0.141994.11.11.0.0.0.125.1089.7j4.11.0.dummy\\_maps\\_web\\_fallback...1.1.64.psy-ab.0.11.1084...0i67k1j0i131k1j0i10k1j0i22i30k1j0i22i10i30k1.0.ltgTcF9KSSk](https://www.google.es/search?q=plans+de+cures+estandaritzats&sq=plans+de+cures&gs_l=psy-ab.1.0.0.138343.140452.0.141994.11.11.0.0.0.125.1089.7j4.11.0.dummy_maps_web_fallback...1.1.64.psy-ab.0.11.1084...0i67k1j0i131k1j0i10k1j0i22i30k1j0i22i10i30k1.0.ltgTcF9KSSk)
- Köberich, S., Feuchtinger, J., & Farin, E. (2016). Factors influencing hospitalized patients' perception of individualized nursing care: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 15, 14. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0137-7>
- Koch, T. (1994). Establishing rigour in qualitative research: The decision trail. *Journal of Advanced Nursing*, 19(5), 976–986.
- LeBoeuf, M. B., & Greco-Gallagher, M. (1987). Standardized care plan for the child with bacterial meningitis. *Critical care nurse*, 7(5), 66–76.
- Lee, T. T., Yeh, Ch. H., & Ho, L. H. (2002). Application of computerized nursing care plan system in one hospital: Experiences of ICU nurses in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 39(1), 61–67.
- Mayan, M. J. (2009). *Essential of quality inquiry*. Walnut Creek: Left coast press.
- Mayilvaganan, V. (2002). Steps in individualizing a standardized care plan. *Nursing Journal of India*, 93(2), 33–35.
- Mitchell, G. (2015). Use of interviews in nursing research. *Nursing Standard*, 29(43), 44–48.
- Moral-Santaella, C. (2006). Criterios de validez en la investigación cualitativa actual [Criteria for validity in current qualitative research]. *Revista de Investigación Educativa*, 24(1), 147–164.
- Müller-Staub, M., Lavin, M. A., Needham, I., & Van Achterberg, T. (2006). Nursing diagnoses, interventions and outcomes – application and impact on nursing practice: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 514–531. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04012.x>
- O'Connell, B., Myers, H., Twigg, D., & Enriken, F. (2000). Documenting and communicating patient care: Are nursing care plans redundant? *International Journal of Nursing Practice*, 6, 276–280.
- Papp, K. K., Huang, G. C., Lauzon Clabo, L. M., Delva, D., Fisher, M., Konopasek, L., & Gusic, M. (2014). Milestones of critical thinking: A developmental model for medicine and nursing. *Academic Medicine*, 89, 715–720. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000220>
- Ruiz-Olabuénaga, J. I. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa [Methodology of qualitative research]*. (pp. 59). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Schatzman, L., & Strauss, A. (1973). *Field research. Strategies for a natural sociology*. New Jersey, NJ: Prentice-Hall Inc.
- Slota, M. C. (1984). Standardized care plan for a child with Reye's syndrome. *Critical Care Nurse*, 4(1), 100–103.
- Spradley, J. P. (1980). *Participant observation*. Orlando, FL: Harcourt College Publishers.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada [Qualitative research basis: Techniques and procedures to develop a grounded theory]*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Svensson, S., Ohlsson, K., & Wann-Hansson, C. (2012). Development and implementation of a standardized care plan for carotid endarterectomy. *Journal of Vascular Nursing*, 30(2), 44–53. <https://doi.org/10.1016/j.jvn.2012.01.002>
- Then, K. L., Rankin, J. A., & Ali, E. (2014). Focus group research: What is it and how can it be used? *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(1), 16–22.
- Traynor, M. (2015). Focus group research. *Nursing Standard*, 29(37), 44–48.
- Valles, M. S. (2007). *Técnicas cualitativas de investigación social [Qualitative techniques of social research]*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Zuriguél-Pérez, E. (2014). *Evaluación del pensamiento crítico en enfermería: construcción de un cuestionario basado en el modelo circular de Alfaro-LeFevre [Evaluation of critical thinking in nursing: construction of a questionnaire based on the circular model of Alfaro-LeFevre]*. Doctoral Thesis. Science nursing Program. University of Barcelona, Barcelona, Catalonia.
- Zuriguél-Pérez, E., Lluch-Canut, M. T., Falcó-Pegueroles, A., Puig-Llobet, M., Moreno-Arroyo, C., & Roldán-Merino, J. (2014). Critical thinking in nursing: Scoping review of the literature. *International Journal of Nursing Practice*, 12, 1–11.

**How to cite this article:** Castellà-Creus M, Delgado-Hito P, Andrés-Martínez I, Juvé-Udina M-E. Individualization process of the standardized care plan in acute care hospitalization units: Study protocol. *J Adv Nurs*. 2019;75:197–204. <https://doi.org/10.1111/jan.13823>

The *Journal of Advanced Nursing (JAN)* is an international, peer-reviewed, scientific journal. *JAN* contributes to the advancement of evidence-based nursing, midwifery and health care by disseminating high quality research and scholarship of contemporary relevance and with potential to advance knowledge for practice, education, management or policy. *JAN* publishes research reviews, original research reports and methodological and theoretical papers.

For further information, please visit *JAN* on the Wiley Online Library website: [www.wileyonlinelibrary.com/journal/jan](http://www.wileyonlinelibrary.com/journal/jan)

**Reasons to publish your work in JAN:**

- **High-impact forum:** the world's most cited nursing journal, with an Impact Factor of 1.998 – ranked 12/114 in the 2016 ISI Journal Citation Reports © (Nursing (Social Science)).
- **Most read nursing journal in the world:** over 3 million articles downloaded online per year and accessible in over 10,000 libraries worldwide (including over 3,500 in developing countries with free or low cost access).
- **Fast and easy online submission:** online submission at <http://mc.manuscriptcentral.com/jan>.
- **Positive publishing experience:** rapid double-blind peer review with constructive feedback.
- **Rapid online publication in five weeks:** average time from final manuscript arriving in production to online publication.
- **Online Open:** the option to pay to make your article freely and openly accessible to non-subscribers upon publication on Wiley Online Library, as well as the option to deposit the article in your own or your funding agency's preferred archive (e.g. PubMed).

## 7.2 Artículo en fase de revisión en la revista Enfermería Clínica

### Enfermería Clínica

#### Proceso de individualización del Plan de Cuidados Estandarizado: una teoría fundamentada --Manuscript Draft--

<b>Manuscript Number:</b>	
<b>Article Type:</b>	Original
<b>Keywords:</b>	Lenguajes enfermeros estandarizados; Plan de Cuidados Estandarizado; Plan de Cuidados Individualizado; Proceso Enfermero; Registros de Enfermería; Teoría Fundamentada
<b>Corresponding Author:</b>	Mònica Castellà-Creus, MSN Hospital Universitari Germans Trias i Pujol Badalona, Barcelona SPAIN
<b>First Author:</b>	Mònica Castellà-Creus, MSN
<b>Order of Authors:</b>	Mònica Castellà-Creus, MSN Maria-Eulàlia Juvé-Udina, PhD Maribel González-Samartino, PhD Pilar Delgado-Hito, PhD
<b>Abstract:</b>	<p><b>RESUMEN</b></p> <p><b>Objetivo</b></p> <p>Comprender el proceso de individualización del Plan de Cuidados Estandarizado (PCE) utilizado por enfermeras de unidades de hospitalización, a través del análisis de sus etapas.</p> <p><b>Método</b></p> <p>Estudio cualitativo. Según Teoría Fundamentada de Strauss y Corbin. Se seleccionaron mediante muestreo teórico de máxima variación enfermeras de unidades de adultos de 3 hospitales. Los datos se recogieron mediante entrevistas individuales en profundidad, observación participante, análisis de documentos y un grupo focal. El análisis consistió en la comparación constante de los datos. Se realizó codificación abierta, axial y selectiva, hasta la saturación teórica de los datos.</p> <p><b>Resultados</b></p> <p>Participaron 39 enfermeras. Se realizaron 65 horas de observación participante y se analizaron 74 PCE. Del análisis surgieron 3 categorías temáticas: Razonamiento clínico, Procedimiento instrumental y Dimensiones y componentes de la persona consideradas en la individualización.</p> <p><b>Conclusiones</b></p> <p>El proceso de individualización del PCE incluye un razonamiento clínico, en el que a partir del motivo de ingreso, la enfermera decide el PCE conveniente. A continuación adecua los diagnósticos e intervenciones del PCE según la valoración integral del paciente, generando un Plan de Cuidados Individualizado. Esta adecuación debe realizarse periódicamente. El proceso de individualización también incluye un procedimiento instrumental que permite reflejar en el Sistema de Información Asistencial el registro de la individualización. En este proceso las enfermeras consideran todas las dimensiones y la integralidad de la persona pero priorizan los diagnósticos relacionados con el Ser físico e intentan la participación del paciente y la familia.</p>

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

**Proceso de individualización del Plan de Cuidados Estandarizado: una teoría fundamentada**

**¿Qué se conoce?**

El proceso de individualización del Plan de Cuidados permite a las enfermeras adaptar la estandarización de los cuidados a las necesidades específicas de cada paciente y su familia. De esta manera, se favorecen unos cuidados centrados en el paciente y familia.

**¿Qué aporta?**

Las enfermeras realizan el proceso de individualización del Plan de Cuidados Estandarizado de manera sistematizada. Para ello, se sirven de su juicio clínico para tomar decisiones sobre qué cuidados necesita cada paciente, además de priorizarlos. También siguen una serie de etapas en el Sistema de Información Asistencial para registrar este proceso.

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

**Proceso de individualización del Plan de Cuidados Estandarizado: una teoría fundamentada**

**Título abreviado: Individualización del Plan de Cuidados**

**RESUMEN**

**Objetivo:** Comprender el proceso de individualización del Plan de Cuidados Estandarizado (PCE) utilizado por enfermeras de unidades de hospitalización, a través del análisis de sus etapas.

**Método:** Estudio cualitativo. Según Teoría Fundamentada de Strauss y Corbin. Se seleccionaron mediante muestreo teórico de máxima variación enfermeras de unidades de adultos de 3 hospitales. Los datos se recogieron mediante entrevistas individuales en profundidad, observación participante, análisis de documentos y un grupo focal. El análisis consistió en la comparación constante de los datos. Se realizó codificación abierta, axial y selectiva, hasta la saturación teórica de los datos.

**Resultados:** Participaron 39 enfermeras. Se realizaron 65 horas de observación participante y se analizaron 74 PCE. Del análisis surgieron 3 categorías temáticas: Razonamiento clínico, Procedimiento instrumental y Dimensiones y componentes de la persona consideradas en la individualización.

**Conclusiones:** El proceso de individualización del PCE incluye un razonamiento clínico, en el que a partir del motivo de ingreso, la enfermera decide el PCE conveniente. A continuación adecua los diagnósticos e intervenciones del PCE según la valoración integral del paciente, generando un Plan de Cuidados Individualizado. Esta adecuación debe realizarse periódicamente. El proceso de individualización también incluye un procedimiento instrumental que permite reflejar en el Sistema de Información Asistencial el registro de la individualización. En este proceso las enfermeras consideran todas las dimensiones y la integralidad de la persona pero priorizan los diagnósticos relacionados con el Ser físico e intentan la participación del paciente y la familia.

**Palabras clave:** Lenguajes enfermeros estandarizados; Plan de Cuidados Estandarizado; Plan de Cuidados Individualizado; Proceso Enfermero; Registros de Enfermería; Teoría Fundamentada

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

**ABSTRACT**

**Aims:** To understand the individualization process of the Standardized Care Plan (SCP) used by ward nurses, through the analysis of its stages.

**Methods:** Qualitative study. In accordance with Strauss and Corbin’s Grounded Theory. Theoretical sampling with maximum variation was used to select nurses from adult units in three hospitals. In-depth individual interviews, participant observation, document analysis and a focus group discussion were employed to obtain data. Constant comparison was used for analysis. Open, axial and selective coding were performed until data saturation was reached.

**Results:** Thirty-nine nurses participated. The researchers carried out 65 hours of participant observation and 74 SCP were analyzed. The analysis allow the emergence of to three thematic categories: Clinical Reasoning, Instrumental Procedure, and Dimensions and Components of the person considered in the individualization process.

**Conclusions:** SCP individualization process includes clinical reasoning, to enable the nurse to decide the appropriate SCP, basing their decision on the reason for admission. Nurses then adjust the diagnoses and interventions of the SCP according to the patient’s overall assessment, thus creating an Individualized Care Plan. This adjustment should be made periodically. The individualization process also includes an instrumental procedure that is used to reflect the individualization record in the Electronic Health Record. During this process, nurses consider all person’s dimensions and their integrality, although they prioritize the diagnoses related to the “Being Physical” and try to involve the patient and the family.

**Key words:** Grounded Theory; Individualized Care Plan; Nursing Process; Nursing Records; Standardized Care Plan; Standardized nursing languages

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

## Introducción

En la conceptualización del Proceso Enfermero se consideró que el paciente es una persona individual a la que se le debe permitir participar en sus propios cuidados de salud<sup>1</sup>. Esta visión humanista de la práctica enfermera ha sido fomentada en los últimos años por el aumento de la publicación de artículos relacionados con los cuidados centrados en el paciente/familia. Proporcionar los cuidados según este modelo significa que las enfermeras han de tener en cuenta las necesidades, preferencias, voluntades y experiencias de los pacientes y su familia<sup>2</sup>.

Para facilitar la implantación y el registro de las etapas de diagnóstico, planificación y evaluación del Proceso Enfermero se recomienda utilizar Planes de Cuidados Estandarizados (PCE)<sup>3</sup>. Escasos artículos han conceptualizado un PCE<sup>4-6</sup>. Juvé-Udina<sup>7</sup> define un PCE como “una síntesis estructurada de diagnósticos reales y/o de riesgo y las intervenciones enfermeras para la obtención de resultados de salud de un conjunto de pacientes definido en base al motivo de atención”. El Plan de Cuidados (PC) es una herramienta dinámica de conocimiento disciplinar que responde a las preguntas “¿Por qué debe hacerse? (diagnóstico / resultados), ¿Qué debe hacerse? (intervenciones), ¿Cuándo debe hacerse? (programación de las intervenciones) y ¿Quién debe hacerlo? (profesional o cuidador que lo realizará<sup>8</sup>”.

Según la literatura, dos elementos influyen en la utilización de PCE, el uso de lenguajes controlados enfermeros y la informatización de la historia clínica<sup>9</sup>. Los lenguajes enfermeros permiten nombrar y describir el cuerpo de conocimientos enfermeros<sup>10</sup>. Entre estos vocabularios existen las terminologías de interfase; sistemas conceptuales que actúan de puente entre el lenguaje natural y las necesidades de código de los Sistemas de Información Asistenciales (SIA), como la terminología ATIC<sup>11</sup>.

Esta terminología cuya validez y fiabilidad han sido evaluadas<sup>7</sup>, contiene elementos para la representación del proceso enfermero y sus resultados, con un nivel de granularidad más específico que otros vocabularios<sup>11</sup>. Además facilita la individualización del PC en relación al registro de complicaciones o eventos adversos de los pacientes<sup>12</sup>. Su eje diagnóstico está estructurado en 7 dimensiones que proceden de la conceptualización interpretativa de los constructos del metaparadigma disciplinar (persona, salud, entorno y enfermería) y 24 componentes que representan cada una de las partes de las distintas dimensiones<sup>13,14</sup>.



1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

De igual modo, la necesidad de transformar datos en información y conocimiento generó la evolución de la historia clínica en papel a electrónica<sup>15</sup>. Esto ha permitido el uso de PCE electrónicos que posibilitan el registro de la individualización de los cuidados, teniendo en cuenta que el diseño del SIA debería de incorporar la funcionalidad de poder actualizarlos y modificarlos en función de la evolución del estado del paciente<sup>16</sup>.

Existen escasos estudios que expliquen cómo las enfermeras pueden individualizar un PC y ninguno de ellos con diseño cualitativo. Ammenwerth et al.<sup>3</sup> explican la individualización de planes de cuidados predefinidos a través del SIA utilizado en un hospital alemán y Mayilvaganan<sup>17</sup> y Castellà-Creus et al.<sup>18</sup> explican los pasos a realizar mediante un caso clínico. Por ello se cree necesario investigar sobre este fenómeno y profundizar en su comprensión y así, conocer cómo las enfermeras realizan la transición de un PCE a un Plan de Cuidados Individualizado.

El objetivo de esta investigación es comprender el proceso de individualización del Plan de Cuidados Estandarizado utilizado por enfermeras de unidades de hospitalización, a través del análisis de sus etapas.

## **Método**

### **Diseño**

Estudio cualitativo. Se utilizó el método de la Teoría Fundamentada de Strauss y Corbin<sup>19</sup> por ser indicado para explicar y comprender fenómenos en profundidad.

### **Población y muestreo**

Los participantes fueron enfermeras seleccionadas mediante muestreo teórico de máxima variación. Se incluyeron enfermeras de los cuatro niveles de carrera profesional incluidos en nuestro sistema público de salud. El primer nivel comprende una experiencia de hasta 10 años, el segundo de 11 años o más, el tercero de 18 años o más y el cuarto de 25 años o más. Las características de los participantes fueron: a) trabajar más de 6 meses consecutivos en el mismo hospital; b) trabajar con planes de cuidados electrónicos y c) trabajar en una unidad de hospitalización médica, quirúrgica o medico-quirúrgica. Se excluyeron unidades pediátricas y

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

hospitales de día. Se incluyeron participantes hasta llegar a la saturación teórica de los datos. En este estudio se produjo en el participante 39. El proceso de reclutamiento de los participantes se llevó a cabo a través de las supervisoras de las unidades y de las enfermeras superusuarias de sistemas de información y metodología de los hospitales quienes eran las encargadas de proponer a las enfermeras participar en el estudio y de ponerlas en contacto con los investigadores.

### **Ámbito**

El estudio se realizó en tres hospitales metropolitanos. Dos hospitales son de tercer nivel y el tercero es un hospital general básico. Los tres hospitales cumplían criterios de accesibilidad para los investigadores. En los tres hospitales se utiliza el mismo SIA para los registros enfermeros y los mismos PCE electrónicos basados en la terminología ATIC<sup>11</sup>.

### **Recogida de datos**

La recogida de datos duró 2 años, de septiembre de 2015 a octubre de 2017 y se realizaron cuatro técnicas de recogida de información:

Entrevistas individuales en profundidad: se realizaron en salas de reuniones cedidas por cada hospital. El tiempo de duración fue de 1 hora aproximadamente, se grabaron en audio y fueron transcritas textualmente. Las preguntas que se realizaron a las enfermeras fueron: ¿Qué entiendes por individualización del PCE?, ¿Cómo realizas la individualización del PCE? y ¿Qué pasos realizas en el SIA para individualizar el PCE?.

Observación participante: se realizó en varias unidades de los 3 hospitales. Las supervisoras de las unidades informaron a las enfermeras de que se iba a realizar la observación y el motivo de su realización, pero sin entrar en detalles. Dos observaciones fueron realizadas por 2 investigadores simultáneamente para contrastar los datos. Todos los investigadores tomaron notas de campo para su posterior análisis.

Análisis de documentos: para la recogida de datos se elaboró una plantilla especialmente diseñada para este estudio. Se revisaron los diagnósticos enfermeros utilizados en la individualización de los PC electrónicos de pacientes ingresados en las unidades participantes en el estudio. Los diagnósticos revisados fueron tanto los procedentes del PCE confirmados por las enfermeras como los añadidos al estándar. Todos estos diagnósticos fueron clasificados según las dimensiones y

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

componentes del eje diagnóstico de la terminología ATIC<sup>20</sup>. Estas dimensiones y componentes emergieron de la conceptualización interpretativa del concepto metaparadigmático “persona”<sup>13</sup>. También se recogieron los pasos realizados en el SIA para individualizar el PCE.

Grupo focal: se realizó en una sala de reuniones de la sede central de los hospitales con una duración de 2 horas. Una investigadora realizó las funciones de moderadora y otra investigadora las de observadora. Esta última tomaba anotaciones de los temas que consideraba importantes y de las interacciones establecidas entre los participantes. Fue grabado en audio y transcrito textualmente. Su finalidad fue validar los datos que se habían obtenido en las técnicas de recogida de datos anteriores y ampliar información de aquellos códigos que aún no se consideraban saturados.

### **Análisis de datos**

La recogida de datos y el análisis fueron simultáneos mediante comparación constante. Se analizaron los textos resultantes de las transcripciones de las entrevistas y del grupo focal, además de las notas de campo de la observación participante y los registros del análisis de documentos, en los que los diagnósticos utilizados en la individualización fueron clasificados según las dimensiones y componentes del eje diagnóstico de la terminología ATIC. Primero, se realizó la codificación abierta que consistió en el microanálisis de los textos para la generación de códigos. Segundo, se realizó la codificación axial en donde se clasificaron los códigos en subcategorías y categorías y tercero, se realizó la codificación selectiva para establecer las categorías temáticas y explicar su significado. Con el propósito de facilitar el desarrollo del análisis, se utilizó el programa Nvivo v.10.

### **Criterios de rigor y reflexividad**

Se siguieron los criterios de confiabilidad y autenticidad de Guba y Lincoln<sup>21</sup>. Para aumentar el rigor del estudio se realizó triangulación de investigadores, de datos y técnicas de recogida de información. A los participantes de las entrevistas y del grupo focal se les enviaron las transcripciones por correo electrónico para que confirmaran su contenido. El análisis fue apoyado por los memorandos escritos durante todo el proceso analítico. Los investigadores aplicaron la reflexividad durante el análisis para minimizar posibles sesgos relacionados con su experiencia sobre el fenómeno de estudio<sup>22</sup>.

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

### **Consideraciones éticas**

La investigación fue aprobada por el Comité Ético de Investigación Clínica de los hospitales participantes (PI-15-089) y (PR234/15). La participación de las enfermeras fue voluntaria. Se les explicó verbalmente y por escrito la finalidad de la investigación y se procedió a realizar el consentimiento informado. Se utilizaron códigos alfanuméricos para garantizar la confidencialidad de la información proporcionada y el anonimato de los participantes.

### **Resultados**

En total el estudio incluye a 39 enfermeras participantes. En las entrevistas individuales en profundidad participaron 28 (71%) y 11 (29%) en el grupo focal. La observación participante se realizó en 11 unidades de hospitalización: Cirugía General, Traumatología, Ginecología, Cirugía vascular, Neurología y Neurocirugía, Cardiología y Cirugía cardíaca, Nefrología y Urología, Medicina Interna y Neumología, con una duración total de 65 horas. En el análisis de documentos se incluyeron 74 historias clínicas de pacientes ingresados en las mismas unidades donde se realizó la observación participante. Las características de los participantes se muestran en la Tabla 1.

Del análisis de los datos surgen tres categorías temáticas que describen el proceso de individualización del PCE realizado por las enfermeras: a) razonamiento clínico; b) procedimiento instrumental y c) dimensiones y componentes de la persona consideradas en la individualización.

#### **a) Razonamiento clínico**

Entendido como el conjunto de pensamientos y procesos de toma de decisiones relacionados con la individualización del PCE que permite decidir según el juicio de la enfermera, el PCE conveniente y adaptarlo a la situación específica del paciente para individualizarlo.

Las enfermeras refieren que, para iniciar este proceso, primero necesitan obtener datos del paciente a través de la entrevista que le realizan, que también puede incluir a la familia. Además obtienen información de la exploración física y la consulta de la historia clínica y, si es un paciente procedente de otra unidad, como la de cuidados intensivos o urgencias, refieren obtener información del comunicado oral de la enfermera emisora del traslado.

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

*“Lo que es importante y aporta mucha información es hacer una buena entrevista. Si el paciente está desorientado, le pregunto a la familia y después miro al paciente de arriba a abajo... También leo los informes médicos y los registros enfermeros” (E11 - entrevista).*

*Un paciente que ha sufrido un Infarto Agudo de Miocardio va a ser trasladado de la unidad coronaria a la unidad de cardiología. La enfermera emisora del traslado llama por teléfono a la enfermera receptora para explicarle el estado de salud del paciente y los cuidados que necesita (Observación participante 4).*

Con toda esta información, las enfermeras realizan una valoración integral de la persona y la registran en el SIA.

*“Cuando llega el paciente a la unidad, primero le realizo una valoración a partir de la información que he leído en los informes, de la información que el paciente me explica y de lo que observo” (E24 – entrevista).*

Asimismo, averiguan el motivo de ingreso que es la causa principal por la que el paciente requiere ser hospitalizado.

*“Miro en el informe médico la causa del ingreso” (E6 – entrevista).*

A partir del motivo de ingreso en la unidad de hospitalización, las enfermeras deciden el PCE conveniente para el paciente.

*“...el diagnóstico médico o la orientación diagnóstica, me orientan en el PCE que tengo que aplicarle” (E16 – entrevista).*

A continuación, las enfermeras realizan la individualización del plan, considerando los datos de la valoración integral y efectuando la adecuación del contenido del PCE a la situación específica del paciente.

*“Adapto el plan de cuidados al paciente que tengo delante. ...el PCE lo tengo que individualizar para que contenga los cuidados específicos que necesita un paciente determinado” (E13 – entrevista).*

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

*“... es hacer una reflexión sobre qué cuidados necesita ese paciente. Hay personas operadas de una prótesis de cadera que son muy dependientes y otras que son más autónomas y por esta razón, no necesitan los mismos cuidados” (E36 – Grupo focal).*

Las enfermeras inciden en que es muy importante que la individualización se realice con regularidad, según se produzcan cambios en el estado de salud del paciente que precisen una modificación de los juicios clínicos emitidos por las enfermeras y/o de la planificación de los cuidados. Manifiestan que esta individualización se debe realizar hasta el alta del hospital.

*“Hay que ir modificando el plan de cuidados conforme evoluciona el paciente hasta el día del alta” (E3 – entrevista).*

Las enfermeras expresan predisposición para que el paciente y su familia participen en el proceso de individualización de los cuidados, especialmente en los cuidados relacionados con la promoción de la autonomía.

*“...a la familia le realizo educación sanitaria. Les enseño cómo curar la herida o cómo movilizar al paciente” (E32 – Grupo focal).*

Aunque a veces refieren tener dificultades para implicar a la familia debido a su ausencia o por una interpretación errónea del rol de la enfermera.

*“...pero a veces no sabes ni quiénes son los familiares porque están en el trabajo y en ocasiones, por falta de educación o de información se niegan y nos dicen que cuidar de los pacientes es nuestro trabajo y no el suyo” (E34 – Grupo focal).*

Las enfermeras expresan que los cuidados planificados los ejecutan siguiendo un orden de prioridad según el riesgo vital que implican para la persona.

*“Le doy más importancia a lo vital. Lo que será más útil para el paciente en una situación aguda de ingreso en un hospital” (E30 – Grupo focal).*

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

Además esta priorización también se produce cuando individualizan el PC.

*“Priorizamos el registro de los cuidados relacionados con lo físico, como los signos vitales, curas de heridas o los cuidados de los catéteres y drenajes” (E32 – Grupo focal).*

Igualmente, también tienen en cuenta los aspectos psicológicos y familiares en el momento de ejecutar los cuidados. Aunque refieren que relegan a un segundo plano su registro.

*“Yo creo que cuidados relacionados con la ansiedad o cómo la familia está afrontando la enfermedad, si que los hacemos. Pero después, no los registramos tanto en el plan de cuidados, como nos gustaría” (E36 – Grupo focal).*

#### **b) Procedimiento instrumental**

Las enfermeras participantes de este estudio utilizan el mismo SIA que contiene la estructura necesaria para reflejar el registro del Proceso Enfermero. La progresión de pasos que las enfermeras realizan en este SIA cuando individualizan el PC de un paciente que acaba de ingresar son:

Primero, seleccionar un PCE de entre los que contiene la base de datos del SIA.

*Ingresa en la unidad un paciente procedente de urgencias por un Edema Agudo de Pulmón. La enfermera en el apartado “Plan de cuidados” abre el buscador de planes e inserta el PCE de Edema agudo de pulmón\_Fase inestable (Observación participante 3).*

En segundo lugar, eliminar del PCE los diagnósticos que el paciente no presenta y los cuidados que no necesita.

*“Leo el plan y lo que no es necesario, lo elimino (en función de la valoración). Por ejemplo, si un paciente operado ya ha realizado la primera micción, elimino la actividad Primera micción: valoración pero*

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

*mantengo el diagnóstico Riesgo de retención urinaria con la actividad Globo vesical: valorar, si este paciente está recibiendo analgésicos opioides” (E14 – entrevista).*

Tercero, añadir los diagnósticos que el paciente presenta y los cuidados que necesita y que no contiene la estructura del estándar.

*“... añado lo que falta al plan. Si es un paciente diabético y el PCE no contiene los controles de glucemia, pues añado el diagnóstico Riesgo de Hiper/hipoglucemia con la intervención de Control: glucemia capilar” (E23 – entrevista).*

Cuarto, programar los cuidados a la frecuencia de administración adecuada.

*“Si tengo que cambiar la programación de la cura de una lesión por presión a cada 48 horas, pues modifico el horario de la cura en el plan de cuidados” (E10 – entrevista).*

Esta secuencia de cuatro pasos SEAP (Seleccionar, Eliminar, Añadir, Programar) no siempre se realiza completa. A veces, en la instauración del PCE no es necesario porque el estándar se ajusta a las necesidades del paciente y no hace falta eliminar o añadir o programar ningún elemento y en las posteriores actualizaciones del plan, puede que solo sea necesario añadir diagnósticos o intervenciones o simplemente porque el estado del paciente no requiere seleccionar un nuevo PCE.

En la Tabla 2 se muestran los códigos, subcategorías y categorías emergidas en el análisis de las categorías temáticas razonamiento clínico y procedimiento instrumental.

### **c) Dimensiones y componentes de la persona consideradas en la individualización**

La Teoría Fundamentada incluye el análisis de documentos escritos como una fuente para examinar e interpretar datos<sup>19</sup>. En este estudio se analizaron 74 historias clínicas de pacientes adultos ingresados en las unidades de Cirugía General, Traumatología, Ginecología, Cirugía vascular, Neurología y Neurocirugía, Cardiología y Cirugía cardíaca, Nefrología y Urología,



1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

Medicina Interna y Neumología de los 3 hospitales. La media de edad fue de 68 años y el 43% eran mujeres. Los resultados revelan que los diagnósticos de la terminología ATIC relacionados con la dimensión Ser físico de la persona son los pilares que sustentan la estructura de los planes resultantes de la individualización del PCE. Esta dimensión incluye los diagnósticos que afectan a “las funciones biológicas y fisicoquímicas<sup>20</sup>”, como Riesgo de broncoaspiración, hipovolemia o de sepsis. Los diagnósticos de la dimensión Ser consciente, que son los relacionados con “las facultades psíquicas y psicoemocionales<sup>20</sup>”, como Temor o Riesgo de deterioro a la adaptación al nuevo estado de salud y los de la intersección Ser físico – Ser consciente, como Dolor, Desorientación o Agitación psicomotriz también son utilizados en el proceso de individualización. Los diagnósticos de la dimensión Ser autónomo, “que incluye las facultades para responsabilizarse de uno mismo<sup>20</sup>”, como Riesgo de manejo inefectivo del régimen terapéutico; de la dimensión Integralidad “que consiste en la interacción de las dimensiones en su globalidad<sup>20</sup>”, como Riesgo de síndrome de desuso; y de la dimensión Entorno familiar, “referida al conjunto de personas con vínculos de parentesco o emocionales<sup>20</sup>”, como el Riesgo de claudicación familiar o Temor familiar, también forman parte de los planes de cuidados analizados. Estos resultados muestran que las enfermeras en el proceso de individualización consideran todas las dimensiones de la persona, sin que se haya podido encontrar registro de la dimensión Entorno social y priorizan sobre todo los componentes de la dimensión Ser físico.

En la Tabla 3 se muestran las dimensiones, componentes de la persona y diagnósticos en los que se estructura el eje diagnóstico de la terminología ATIC utilizados en la individualización de los PC analizados en el análisis de documentos. En color negro los procedentes del PCE y en color verde los añadidos por las enfermeras.

El diagrama del proceso de individualización del PCE se muestra en la Figura 1.

## Discusión

Las enfermeras participantes en esta investigación utilizan un método específico para individualizar el PCE. Este método incluye un razonamiento clínico, así como el procedimiento instrumental realizado en el SIA para decidir el PCE adecuado y poder individualizarlo a la

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

situación concreta de cada paciente. La selección del PCE está vinculada al motivo de ingreso. Éste puede coincidir con el diagnóstico médico o estar relacionado con una situación de salud o social<sup>8</sup>. Es importante que la toma de decisiones con respecto a la individualización, no sólo se relacione al motivo de ingreso<sup>9,23</sup>, sino también a la valoración integral<sup>3,8,17</sup> y así, poder tener en consideración características del paciente que condicionarán la individualización.

Las enfermeras enfatizan en que el registro de la individualización debe realizarse periódicamente conforme se producen cambios en el estado de salud del paciente. Esto garantiza que la información que ofrece el plan de cuidados esté actualizada<sup>24</sup>. Según Juvé-Udina<sup>8</sup> dos factores influyen en la frecuencia de la individualización, la estabilidad del paciente y la expertía de la enfermera respecto a la intensidad y profundidad de las valoraciones que realiza al paciente. Los resultados de este estudio sugieren que las enfermeras facilitan la participación del paciente y su familia en la individualización de los cuidados, sobre todo en referencia a la promoción de la autonomía. También manifiestan que a veces pueden encontrar reticencias en alguna familia debido a creencias sociales sobre las atribuciones de la enfermera. Investigadores de otros estudios afirman que para que las familias participen las enfermeras han de establecer una relación con ellas y mantener una comunicación efectiva<sup>25,26</sup>.

Priorizar es la capacidad de interpretar la información, eligiendo los diagnósticos y las intervenciones más adecuadas a las necesidades individuales del paciente<sup>27</sup>. La expertía influye en la priorización, por ello los estudiantes o enfermeras principiantes pueden tener mayores dificultades para priorizar que las enfermeras competentes o proficientes<sup>28</sup>. En el proceso de individualización, las enfermeras de esta investigación priorizan los diagnósticos de la dimensión Ser físico de la terminología ATIC, ya que todos los PC analizados contenían diagnósticos de esta dimensión. Esto significa que en un contexto de pacientes agudos hospitalizados y según la valoración realizada<sup>29</sup>, las enfermeras dan preferencia a los diagnósticos que implican un riesgo vital<sup>27</sup> por su impacto en el riesgo de mortalidad del paciente. Añadir que muchos de los diagnósticos analizados de la dimensión Ser físico son el diagnóstico principal del PC por su gravedad, severidad y capacidad de desencadenar complicaciones. Por esta razón, originan la mayor necesidad de cuidados enfermeros des de una perspectiva de inmediatez de su abordaje, intensidad y/o complejidad de cuidados<sup>30</sup>. Sin embargo, priorizar estos diagnósticos no significa

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

relegar los diagnósticos secundarios, siempre que se adopte una filosofía holística de la Enfermería que considera la persona en su integralidad<sup>27,30</sup>.

A diferencia de los SIA de otros estudios que no permiten actualizar el PC, a menos que se cree uno de nuevo<sup>31</sup>, el diseño del SIA de los hospitales participantes en este estudio permite individualizar el PC. Esto es posible porque permite seleccionar un PCE de entre los introducidos en la base de datos y eliminar y añadir elementos a su estructura e incluso modificar su programación. Esta funcionalidad es esencial para el registro de la individualización del PC y así poder reflejar el razonamiento clínico y la metodología de la práctica enfermera<sup>15,32</sup>.

Esta investigación presenta algunas limitaciones. La primera es que no se ha explorado la fase de valoración del Proceso Enfermero y su influencia en la individualización, ya que el estudio se ha centrado en las fases de diagnóstico y planificación. Otra limitación, es que no ha habido la oportunidad de averiguar en profundidad las causas de por qué priorizan los diagnósticos del Ser físico.

### **Conclusiones**

El proceso de individualización del PC incluye un razonamiento clínico, en el que a partir del motivo de ingreso la enfermera decide el PCE, y con la valoración integral adecua los diagnósticos e intervenciones del PCE a las necesidades del paciente, generando un Plan de Cuidados Individualizado. Esta adecuación debe realizarse periódicamente durante toda la estancia hospitalaria, en función de la valoración continua del estado del paciente.

El proceso de individualización también incluye un procedimiento instrumental que permite reflejar en el SIA el registro de la individualización, mediante la selección del PCE y la eliminación, adición y/o programación de los diagnósticos e intervenciones.

En este proceso las enfermeras consideran todas las dimensiones de la persona, pero priorizan los diagnósticos relacionados con el Ser físico e intentan que el paciente y la familia participen.

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

## **Financiación**

Este estudio ha sido financiado por el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña con una beca PERIS 2016-2020. [Número protocolo SLT002/16/00024].

## **Conflicto de intereses**

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## **Agradecimientos**

Los autores agradecen a la Sra. Isabel Andrés-Martínez, Directora de Enfermería del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, su soporte en este trabajo. Así como el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña por su financiación.

## **Bibliografía**

1. Alfaro-LeFevre R. Applying Nursing Process. Promoting collaborative care. 6<sup>a</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
2. Bokhour BG, Fix GM, Mueller NM, Barker AM, Lavela SL, Hill JN, et al. How can health care organizations implement patient centered-care? Examining a large-scale cultural transformation. BMC Health Serv Res. 2018; 18: 168. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2949-5>.
3. Ammenwerth E, Kutscha U, Kutscha A, Mahler C, Eichstädte R, Haux R. Nursing process documentation systems in clinical routine-prerequisites and experiences. Int J Med Inform. 2001; 64: 187-200.
4. Jakobsson J, Wann-Hansson, C. Nurses' perceptions of working according to standardized care plans: a questionnaire study. Scand J Caring Sci. 2013; 27: 945-52. <https://doi.org/10.1111/scs.12009>.
5. Pöder U, Fogelberg-Dahm M, Wadensten B. Implementation of a multi-professional standardized care plan in electronic health records for the care of stroke patients. J Nurs Manag. 2011; 19: 810-9. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01220.x>.

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

6. Svensson S, Ohlsson K, Wann-Hansson C. Development and implementation of a standardized care plan for carotid endarterectomy. *J Vasc Nurs.* 2012; 30: 44-53. <https://doi.org/10.1016/j.jvn.2012.01.002>.
7. Juvé-Udina ME. Evaluación de la validez de una terminología enfermera de interfase. [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2012.
8. Juvé-Udina ME. Plans de cures estandarditzats per a malalts hospitalitzats. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2013. [acceso 12 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/Planscures.pdf>
9. Thoroddsen A, Elnfors, Ehrenberg A. Content and completeness of care plans after implementation of standardized nursing terminologies and computerized records. *Comput Inform Nurs.* 2011; 29: 599-607. <https://doi.org/10.1097/NCN.0b013e3182148c31>.
10. Törnvall E, Jansson I. Preliminary evidence for the usefulness of standardized nursing terminologies in different fields of application: a literature review. *Int J Nurs Knowl.* 2017; 28: 109-19. <http://dx.doi.org/10.1111/2047-3095.12123>.
11. Juvé-Udina ME. What patients' problems do nurses e-chart? Longitudinal study to evaluate the usability of an interface terminology. *Int J Nurs Stud.* 2013; 50: 1698-710. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.04.008>.
12. González-Samartino M, Delgado-Hito P, Adamuz-Tomás J, Viso-Cano MF, Castellà-Creus M, Juvé-Udina ME. Accuracy and completeness of records of adverse events through interface terminology. *Rev Esc Enferm USP.* 2018; 52: e03306. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017011203306>.
13. Juvé-Udina ME. ATIC®. Una terminología enfermera de interfase (II). *Rev ROL Enferm.* 2012; 35: 368-75.
14. Juvé-Udina ME. Salud, entorno y enfermería. Fundamentos teóricos y metodológicos para el desarrollo y la validación de una Terminología Enfermera de interfase (III). *Rev ROL Enferm.* 2012; 35: 409-16.
15. Akhu-Zaheya L, Al-Maaitah R, Hani SB. Quality of nursing documentation: Paper-based health records versus electronic-based health records. *J Clin Nurs.* 2018; 27:e578-e589. <https://doi.org/10.1111/jocn.14097>.

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

16. Rouleau G, Gagnon MP, Côte J, Payne-Gagnon J, Hudson E, Dubois CA. Impact of information and communication technologies on nursing care: results of an overview of systematic reviews. *J Med Internet Res.* 2017; 19: e122. <https://doi.org/10.2196/jmir.6686>.
17. Mayilvaganan V. Steps in individualizing a standardized care plan. *Nurs J India.* 2002; 93: 33-5.
18. Castellà-Creus M, Creus-Macia MJ, Díez-Sánchez B, Martí-Carrasco N, Barberà-Llorca M, Andrés-Martínez I. Proceso de individualización de un plan de cuidados estandarizado mediante un sistema de información. Caso clínico: ictus. *Nursing (Ed. Española).* 2011; 29: 52-8.
19. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquía; 2002.
20. Juvé-Udina ME. ATIC Eje diagnóstico. Barcelona: Naaxpot SLU; 2016.
21. Guba EG, Lincoln YS. Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. London: In Denzin NK, Lincoln YS (Eds.). *The sage handbook of qualitative research.* SAGE Publications; 2000.
22. Bover A. Herramientas de reflexividad y posicionalidad para promover la coherencia teórico-metodológica al inicio de una investigación cualitativa. *Enferm Clin.* 2013; 23: 33-7. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2012.11.007>.
23. Olsson PT, Petersson H, Willman A, Gardulf A. Standardized care plans in Swedish health care: their quality and the extend to which they are used. *Scand Jo Caring Sci.* 2009; 23: 820-5. <https://doi.org/10.1111/j.1471.6712.2009.00687.x>.
24. Ballantyne H. Developing nursing care plans. *Nurs Stand.* 2016; 30: 51-7.
25. Andersen IC, Thomsen TG, Bruun P, Bødtger U, Hounsgaard L. Patients' and their family members' experiences of participation in care following an acute exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease: A phenomenological-hermeneutic study. *J Clin Nurs.* 2017; 26: 4877-89. <https://doi.org/10.1111/jocn.13963>.
26. Mackie BR, Marshall A, Mitchell M. Acute care nurses' views on family participation and collaboration in fundamental care. *J Clin Nurs.* 2018; 27: 2346-59. <https://doi.org/10.1111/jocn.14185>.
27. Ramos-Garzón X. Reflexiones sobre el proceso de Enfermería. Desafío para estudiantes, docentes y profesionales de la práctica clínica. *Metas Enferm.* 2017; 20: 75-8.

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

28. Hendry C, Walker A. Priority setting in clinical nursing practice: literature review. *J AdvNurs*. 2004; 47: 427-36.

29. Granero-Molina J, Fernández-Sola C, Peredo de Gonzales M., Aguilera-Manrique G, Mollinedo-Mallea J, Castro-Sánchez AM. Nursing process: what does it mean to nurses from Santa Cruz (Bolivia). *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46: 973-9.

30. Juvé-Udina ME. Capacidad discriminante del diagnóstico enfermero principal con el uso de la terminología ATIC: estimación ponderal preliminar. *Rev ENE Enferm*. 2017; 11. [acceso 7 de abril de 2019]. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/724>.

31. Yu P, Zhang Y, Gong Y, Zhang J. Unintended adverse consequences of introducing electronic health records in residential aged homes. *Int J Med Inform*. 2013; 82: 772-88. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2013.05.008>.

32. Lima AF, de Oliveira Melo T. Nurses' perception regarding the implementation of computer-based clinical nursing documentation. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46: 175-83.

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

**Tabla 1. Características de los participantes de las entrevistas y del grupo focal**

	<b>Femenino</b>		<b>Masculino</b>	
<b>Género</b>	35 (90%)		4 (10%)	
	<b>23 -29 años</b>	<b>30-39 años</b>	<b>40-49 años</b>	<b>50 -59 años</b>
<b>Edad</b>	8 (20,5%)	15 (38,5%)	10 (25,6%)	6 (15,4%)
	<b>Mañana</b>	<b>Tarde</b>	<b>Noche</b>	<b>12h día</b>
<b>Turno</b>	15 (38,5%)	10 (25,6%)	8 (20,5%)	6 (15,4%)
	<b>6 meses a 10 años</b>	<b>11 años o más</b>	<b>18 años o más</b>	<b>25 años o más</b>
<b>Experiencia hospital</b>	12 (30,8%)	12 (30,8%)	7 (17,9%)	8 (20,5%)
	<b>Fijo</b>	<b>Interino</b>		<b>Eventual</b>
<b>Contrato</b>	11 (28,2%)	20 (51,3%)		8 (20,5%)
	<b>6 meses a 2 años</b>		<b>3 años o más</b>	
<b>Experiencia PCE electrónico</b>	11 (28,2%)		28 (71,8%)	
	<b>Si</b>		<b>No</b>	
<b>Experiencia PCE a papel</b>	15 (38,5%)		24 (61,5%)	



1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

**Tabla 2. Códigos, subcategorías y categorías emergidas en el análisis de las categorías temáticas razonamiento clínico y procedimiento instrumental.**

CODIFICACIÓN ABIERTA	CODIFICACIÓN AXIAL		CODIFICACIÓN SELECTIVA
<ul style="list-style-type: none"> <li>Información familia</li> <li>Información paciente</li> <li>Exploración física</li> <li>Información enfermera emisora</li> <li>SAP</li> <li>Hoja quirúrgica</li> <li>Informe alta urgencias</li> <li>Nota ingreso</li> <li>Silicon</li> <li>Documentos impresos SAP</li> <li>Oficina enfermería</li> <li>Valoración necesidades paciente</li> <li>Tra valoración complicada</li> <li>Diagnósticos médicos</li> <li>Adaptar el PDC</li> <li>Modificar elementos del PDC</li> <li>Durante toda estancia</li> <li>Realizar con regularidad</li> <li>Sin implicar paciente/familia registro</li> <li>Familia sin implicación cuidados</li> <li>Educación sanitaria paciente - familia</li> <li>Actualizar</li> <li>Adecuar</li> <li>Dejar</li> <li>Limpieza</li> <li>Pulir</li> <li>Reparar</li> <li>Revisar</li> <li>Priorizar cuidados vitales</li> <li>Priorizar registro ser físico</li> <li>Infraregistro cuidados psicosociales</li> <li>Seleccionar PCE</li> <li>Eliminar elementos</li> <li>Añadir elementos</li> <li>Programar elementos</li> <li>Expandir por elementos</li> <li>Asegurar exposición elementos</li> <li>Costumbre</li> <li>Más laborioso</li> <li>Expandir todo</li> <li>Hábito</li> <li>Más fácil</li> <li>Más rápido</li> <li>Evitar omitir elementos</li> <li>Desconocer expandir todo</li> <li>Omitir expandir todo</li> <li>Mis pardo</li> <li>19 eliminar 20 añadir elementos</li> <li>Añadir requiere más tiempo</li> <li>Aprender en curso</li> <li>Desconocer motivo</li> <li>Eliminar más fácil</li> <li>Eliminar añadir combinado</li> <li>Ignorar motivo</li> <li>No olvidar añadir</li> <li> Tener una continuidad</li> <li>Riesgo de alta de disminución del gasto cardiaco</li> <li>Riesgo de hemorragia o isquemia</li> <li>Riesgo de intolerancia actividad</li> <li>Riesgo de episodio tromboembólico</li> <li>Flabbits</li> <li>Limpieza ineficaz de la vía aérea</li> <li>Riesgo de hipoxemia</li> <li>Riesgo de atelectasia</li> <li>Riesgo de broncoaspiración</li> <li>Riesgo de derrame pleural</li> <li>Riesgo de obstrucción de la vía aérea</li> <li>Riesgo de retención urinaria</li> <li>Riesgo de hipovolemia</li> <li>Riesgo de trastornos hidroelectrolíticos</li> <li>Incontinencia urinaria</li> <li>Ureterostenia</li> <li>Etiama periférico</li> <li>Riesgo de déficit nutricional</li> <li>Riesgo de hipercoagulabilidad</li> <li>Colostomía e ileostomía</li> <li>Riesgo de íleo paralítico</li> <li>Riesgo de insuficiencia hepática</li> <li>Riesgo de estreñimiento</li> <li>Riesgo de intolerancia a la ingesta</li> <li>Riesgo de déficit sensorial o motor</li> <li>Riesgo de convulsiones</li> <li>Riesgo de hipotermia postoperatoria</li> <li>Riesgo de aumento de la PIC</li> <li>Heridas y úlceras por presión</li> <li>Furillo</li> <li>Hemiparesia-Hemiparesia</li> <li>Riesgo de caída</li> <li>Riesgo de toxicidad multigénica</li> <li>Riesgo de sepsis</li> <li>Riesgo de insuficiencia multigénica</li> <li>Riesgo de inestabilidad hemodinámica</li> <li>Incontinencia urinofecal</li> <li>Riesgo de síndrome compartimental</li> <li>Riesgo de infección</li> <li>Temor</li> <li>Ansiedad fisiológica</li> <li>Riesgo de síndrome ansioso depresivo</li> <li>Riesgo de deterioro a la adaptación al nuevo esta</li> <li>Riesgo de estrés posttraumático</li> <li>Discalculación (unidades)</li> <li>Dolor</li> <li>Atasia</li> <li>Síndrome confusional</li> <li>Desorientación</li> <li>Riesgo de autolesión involuntaria</li> <li>Autonexia</li> <li>Agitación psicomotriz</li> <li>Deficit autocuidado alimentación</li> <li>Deficit autocuidado uso del inodoro</li> <li>Deficit autocuidado higiene</li> <li>Riesgo de manejo inefectivo del regimen terapéu</li> <li>Riesgo</li> <li>Riesgo de síndrome de desuso</li> <li>Riesgo de estandarización familiar</li> <li>Temor familiar</li> <li>Impotencia familiar</li> </ul>	Entrevista paciente / familia Exploración física Comunicado enfermera emisora Consulta historia clínica Realización de la valoración del paciente Averiguación del motivo de ingreso Adecuación periódica del PDC durante estancia Predisposición para que el paciente / familia participe en la individualización Modificación Limpieza Corrección Priorización del cuidado y registro de las dimensiones ser físico Seleccionar Eliminar Añadir Programar Parcialmente: seleccionando elemento a elemento Entero: seleccionando opción expandir todo Primero eliminar y después añadir Intercalar eliminar y añadir Componente Cardiovascular Componente Respiratorio Componente Homeostático Excretor Componente Nutricional-Metabólico Componente Digestivo Componente Neuroregulador Componente Tegumentario Componente Neuromotor Componente Multisistémico Componente Locomotor Componente Inmunohematológico Componente Adaptativo emocional Componente Neurocomportamental Componente Sensorio-perceptual Componente Neurocognitivo Componente Neuroregulador Componente Autocuidado Multicomponente Componente Autodeterminación Componente Adaptativo emocional	Obtención de datos del paciente Decisión sobre PCE conveniente Proceso de razonamiento clínico Características de la individualización del PCE Progresión de la individualización en el SI Método expandir el PCE Método eliminar añadir elementos Método de individualización del PCE Ser físico Dimensiones y componentes de la persona consideradas en la individualización Ser consciente Ser autónomo Integridad Entorno familiar	

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

**Tabla 3. Dimensiones, componentes y diagnósticos enfermeros de la Terminología ATIC utilizados en la individualización**

Dimensiones	Ter físico	Ter conductiva	Ter autónoma	Intervenciones	Integridad	Entorno familiar	Entorno social
Multisistémico	Riesgo de inestabilidad hemodinámica Riesgo de modificaciones multiorgánicas Riesgo de vómito Riesgo de toxicidad multiorgánica						
	Riesgo de asfixia Riesgo de hemoconcentración Riesgo de diarrea profusa Riesgo de hipotensión Riesgo de secuencia postoperatoria de la hipotensión Riesgo de obstrucción de la vía aérea						
Respiratoria	Riesgo de asfixia Riesgo de intolerancia a la actividad Riesgo de hemorragia Riesgo de secuencia postoperatoria de la hemorragia Riesgo de toqueña o hemorragia cerebral Riesgo de secuencia postoperatoria de la toqueña o hemorragia						
Cardiovascular	Riesgo de secuencia postoperatoria de la toqueña o hemorragia Riesgo de síndrome de disminución del flujo cardíaco Riesgo de tromboembolismo Riesgo de secuencia postoperatoria del tromboembolismo						
Hemostático / Excrético	Riesgo de secuencia postoperatoria del derrame Riesgo de hipovolemia Riesgo de infección urinaria Riesgo de trastornos hidroelectrolíticos Eutermia						
Digestivo	Deshidratación Eutermia Riesgo de eritema Riesgo de ileo paralítico Riesgo de inestabilidad hepática Riesgo de intolerancia a la comida						
Neurológico	Riesgo de déficit neurocognitivo						
Metabólico	Riesgo de hipovolemia						
Reproductor							
Imunohematológico	Riesgo de infección Riesgo de infección postoperatoria						
Legumentario	Herida quirúrgica Herida quirúrgica / Herida Herida traumática Prurito						
Esquemático	Riesgo de síndrome compartimental						
Neuroregulador	Riesgo de aumento de la presión intracranial Riesgo de convulsiones Riesgo de déficit sensorial						
Neurosensor	Riesgo de cefalea						
Neurocognitivo							
Neuroperceptual							
Neurocomportamental		Riesgo de síndrome de estrés postoperatorio					
Autoperceptual							
Adaptativo Emocional							
Espiritual							
Intelectual							
Autoregulado							
Desarrollo							
Autodeterminación							
Disociación							
Multicomponente							

Figura (Figure) Proceso de individualización

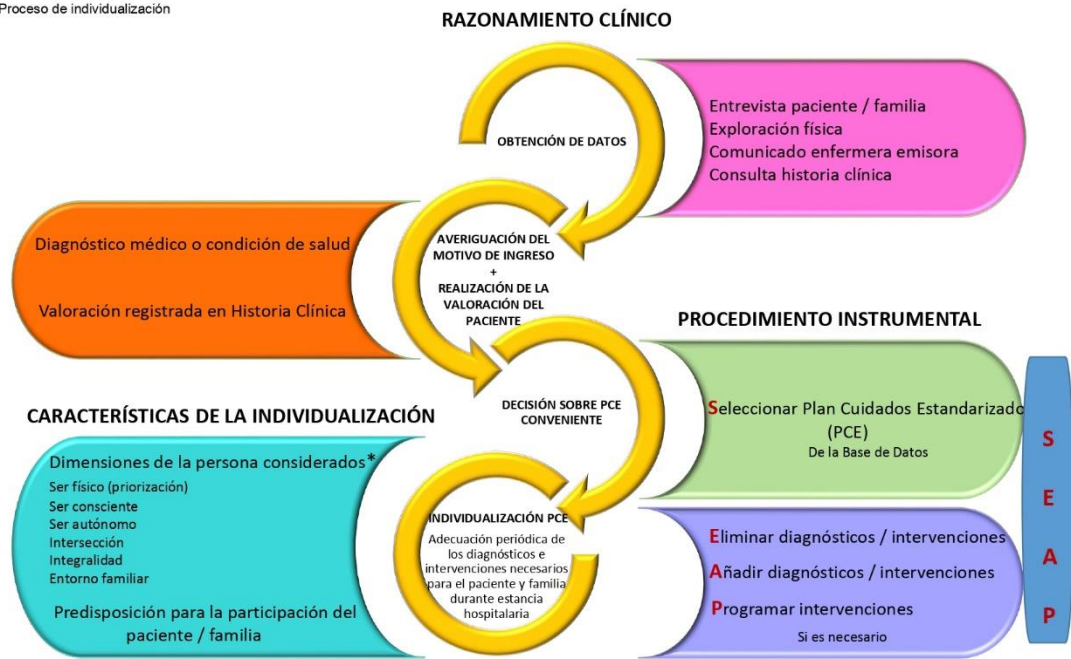


Fig. 1 Proceso de individualización del Plan de Cuidados Estandarizado (PCE). \* Dimensiones de la persona identificados por Juvé-Udina (2012)

## 7.3 Artículo publicado en la revista Journal of Clinical Nursing

Received: 28 April 2019 | Revised: 7 July 2019 | Accepted: 18 August 2019  
DOI: 10.1111/jocn.15059



ORIGINAL ARTICLE

Journal of  
Clinical Nursing WILEY

### Barriers and facilitators involved in standardised care plan individualisation process in acute hospitalisation wards: A grounded theory approach

Mònica Castellà-Creus MSN, RN, Deputy Director of Nursing<sup>1,2</sup>

Pilar Delgado-Hito PhD, MSN, RN, Director, Professor<sup>2,3</sup>

Cristina Casanovas-Cuellar MSN, RN, Deputy Director of Nursing<sup>4</sup> |

Marta Tàpia-Pérez RN, Superuser Nurse<sup>5</sup> |

Maria-Eulàlia Juvé-Udina PhD, MSN, RN, Assistant Professor, Director<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Doctoral Program in Nursing and Health, University of Barcelona, Barcelona, Spain

<sup>2</sup>Institute of Bellvitge Biomedical Research (IDIBELL), L'Hospitalet de Llobregat, Spain

<sup>3</sup>Department of Fundamental Care and Medical-Surgical Nursing, Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Barcelona, Barcelona, Spain

<sup>4</sup>Department of Research and Training, Catalan Institute of Health, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Spain

<sup>5</sup>Department of Health Information Systems, Catalan Institute of Health, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Spain

#### Correspondence

Mònica Castellà-Creus, Doctoral Program in Nursing and Health, University of Barcelona, Barcelona, Catalonia, Spain.  
Email: mocastella.germantrias@gencat.cat

#### Funding Information

This research protocol has received funding from the Health Department of the Government of Catalonia by way of a peer review process and under the funding initiative "Strategic Plan for Research and Innovation in Health (PERIS) 2016-2020" (protocol number: SLT002/16/00024).

#### Abstract

**Objective:** To identify and classify the barriers and facilitators of the individualisation process of the standardised care plan in hospitalisation wards.

**Background:** The administration of individualised care is one of the features of the nursing process. Care plans are the structured record of the diagnosis, planning and evaluation stages of the nursing process. Although the creation of standardised care plan has made recording easier, it is still necessary to record the individualisation of the care. It is important to study the elements that influence the individualisation process from the nurses' perspective.

**Design:** Qualitative study with the grounded theory approach developed by Strauss and Corbin.

**Methods:** Thirty-nine nurses from three hospitals participated by way of theoretical sampling. In-depth interviews were conducted, as well as participant observation, document analysis and focus group discussion. The analysis consisted of open, axial and selective coding until data saturation was reached. EQUATOR guidelines for qualitative research (COREQ) were applied.

**Results:** For both barriers and facilitators, three thematic categories emerged related to organisational, professional and individual aspects. The identified barriers included routines acquired in the wards, the tradition of narrative records, lack of knowledge and limited interest in individualisation. The identified facilitators included holding clinical care sessions, use of standardised care plan and an interface terminology, the nurse's expertise and willingness to individualise.

**Conclusion:** The individualisation process of the standardised care plan involves multiple barriers and facilitators, which influence its degree of accuracy.

**Relevance to clinical practice:** Implementing strategies at an organisational level, professional level and individual level to improve the way the process is carried out would encourage individualising the standardised care plan in a manner that is

consistent with the needs of the patient and family; it would improve the quality of care and patient satisfaction.

#### KEY WORDS

ATIC terminology, grounded theory, individualised care plan, interface terminology, nursing process, nursing records, qualitative research, standardised care plan, standardised nursing languages

## 1 | INTRODUCTION

One of the contributions of the nursing process is that the care must be individualised according to the patient and their family's needs. Individualising means that the nurse formulates diagnoses and plans the necessary care based on the assessment performed on the patient and their family, and evaluates the results obtained. The recording of the diagnosis, planning and evaluation stages of the nursing process materialises by means of the care plan (CP) (Alfaro-LeFevre, 2012). Standardised care plans (SCP) were introduced to facilitate this record. According to Juvé-Udina (2012) "a SCP determines the actual and/or risk diagnoses and nursing interventions so as to obtain health results in a set of patients defined according to the reason for care." In the present century, the use of computerised health records has spread (Juvé-Udina, 2012), paving the way for the implementation of electronic SCP. Multiple factors influence the SCP individualisation process, which contribute towards its level of accuracy.

### 1.1 | Background

The individualisation process consists of a systematic method in which the nurse decides which SCP best adapts to the reason for admission and then individualises it considering the data of the overall assessment. It is important to ensure that the diagnoses and interventions of the CP are adjusted periodically to the patient's needs. This method is carried out by first selecting a SCP from the database of the Electronic Health Record (EHR) and then eliminating, adding or scheduling structural elements of the SCP. As a result, an individualised care plan is generated.

It is convenient to associate the use of SCP with standardised terminologies that represent nursing knowledge (Thoroddsen, Ehnfors, & Ehrenberg, 2011). Nurses participating in this study use ATIC terminology. According to Juvé-Udina (2013) "It is based on six key concepts: Architecture, Terminology, Interface, Information, Nursing (Infermeria) and Knowledge (Coneixement), yielding the acronym ATIC in the Catalan spelling. The ATIC terminology is designed as a nursing concept-oriented, interface controlled vocabulary. The terminology is structured in three main axes: assessment, diagnosis and interventions to represent the patients health status, problems, situations and responses for which nurses are accountable." Their terms and concepts are generated from the analysis of natural language that nurses use in their daily practice. In this way,

#### What does this paper contribute to the wider global clinical community?

- It provides a detailed understanding of the elements that hinder and facilitate the individualisation process of the standardised care plan.
- It points nurse managers, universities and nurses in the direction they need to follow to foster and work with individualised care plans.
- It provides new evidence of the recording procedure of the diagnosis, planning and evaluation stages of the nursing process.

ATIC is a valid and reliable interface nursing terminology that can be used to construct care standards (Juvé-Udina, 2012).

According to nursing ethics, each patient must be treated as a unique person (Rasooli, Zamanzadeh, Rahmani, & Shahbazpoor, 2013). This acknowledgement leads towards patient-focused care and recording this individualised care. A CP enables us to measure the care (Ballantyne, 2016). Consequently, in order to administer individualised care, it is necessary to adapt the nursing staff to the care each patient requires (Rasooli et al., 2013).

Different elements favour the individualisation process, which include the nurses' level of training (Rose, 2016), the use of SCP and standardised languages that improve the recording of care (Thoroddsen et al., 2011) and the nurses' satisfaction with CP. Some nurses consider them manageable and, unlike free text, their structured content makes it possible to record the care planning in a more complete and relevant manner (Svensson, Ohlsson, & Wann-Hansson, 2012). Suhonen, Gustafsson, Katajisto, Välimäki, and Leino-Kilpi (2010) found that nurses' skills, knowledge level and education level are favourably related to nurses' ability to individualise care. Nurses who work in hospitals that facilitate individualised care are more satisfied with their jobs and offer more quality of care to patients. However, some studies reveal difficulties or limitations in the SCP individualisation process. Two of these limitations are a high patient–nurse ratio (Ballantyne, 2016; Baraki et al., 2017) and traditional routines established in wards (Agyeman-Yeboah & Korsah, 2018; Rose, 2016). Furthermore, nurses acknowledge that they do not use the CP as an instrument of communication between them. Because they do not comment on their content, especially if there are discrepancies (Estrada &

Dunn, 2012) and affirm that in decision-making, they prioritise their experience on the content of the plans (Jakobsson & Wann-Hansson, 2013; Svensson et al., 2012). Finally, lack of interest could influence negatively the individualisation process (Baraki et al., 2017).

None of these studies have approached the phenomenon of the SCP individualisation process from an overall perspective, but have analysed each one of the elements separately. Therefore, the aim of this study was to identify and classify the barriers and facilitators of the individualisation process of the standardised care plan in hospitalisation wards.

## 2 | METHODS

### 2.1 | Design

A qualitative study was conducted within the framework of Strauss and Corbin's grounded theory. This method recognises the existence of multiple socially constructed realities. Its purpose is to elaborate interpretations that can explain the behaviours of the study participants and/or explain processes. The grounded theory is adequate to explore in those areas or fields that have not been previously investigated or that need to be explored in greater depth or even from a new perspective (Strauss & Corbin, 1998).

This study followed the COREQ guidelines (see Appendix S1).

### 2.2 | Participants

Theoretical sampling with maximum variation was used to select nurses that encompass the four professional nursing career groups that exist in our public health system. The first level encompasses up to 10 years' experience, the second 11–17 years, the third 18–24 years and the fourth 25 years or more. The participants had to fulfil the following characteristics: (a) they had worked for over six consecutive months in the same hospital; (b) they had worked with electronic care plans, and (c) they worked in a medical, surgical or medical-surgical hospitalisation unit. Paediatric units, day hospitals and home-based hospitalisation were excluded. Thirty-nine nurses were recruited with the characteristics displayed in Table 1. The selection of participants concluded when data saturation was reached. The ward supervisors and knowledge and information system nurses had a key role and were responsible for contacting and recruiting the nurses for the study and putting them in contact with the researchers. No participant refused to participate.

### 2.3 | Setting

Three metropolitan hospitals in Barcelona (Catalonia) participated in the study. Two hospitals are large metropolitan tertiary centres, and the third is a community hospital. The three hospitals use the same EHR for nursing records and the same electronic SCP based on ATIC terminology (Juvé-Udina, 2013). The three hospitals comply with accessibility criteria for the researchers.

Table 1 Interviews and focus group participant characteristics

Gender			
Female	Male		
35 (90%)	4 (10%)		
Age			
23–29 years	30–39 years	40–49 years	50–59 years
8 (20.5%)	15 (38.5%)	10 (25.6%)	6 (15.4%)
Shift			
Morning	Afternoon	Night	12-hr day
15 (38.5%)	10 (25.6%)	8 (20.5%)	6 (15.4%)
Hospital experience			
6 months to 10 years	11 years or more	18 years or more	25 years or more
12 (30.8%)	12 (30.8%)	7 (17.9%)	8 (20.5%)
Contract			
Permanent	Interim	Temporary	
11 (28.2%)	20 (51.3%)	8 (20.5%)	
Electronic SCP work experience			
6 months to 2 years		3 years or more	
11 (28.2%)		28 (71.8%)	
Paper-based SCP work experience			
Yes		No	
15 (38.5%)		24 (61.5%)	

### 2.4 | Data collection

Data were collected between September 2015–October 2017. Four data collection techniques were included:

1. In-depth individual interviews. Principal researcher conducted twenty-eight interviews in meeting rooms provided by each hospital. They lasted for approximately 1 hr; they were audio-recorded and transcribed verbatim. The initial interview script contained the following questions: How does the hospital help or make it difficult for you to work with CP? What is your opinion of SCP, ATIC terminology and individualisation? And do you feel motivated to work with CP?
2. Participant observation. Sixty-five hours of observation was carried out in 11 hospitalisation units: General Surgery, Trauma, Gynaecology, Vascular Surgery, Neurology and Neurosurgery, Cardiology and Cardiac Surgery, Nephrology and Urology, Pneumology and Internal Medicine. The ward supervisors told the nurses that the observation was going to take place and explained the reason, but without going into details. The researchers were allowed to talk to the participants during the observation. Two researchers conducted two observations simultaneously, so as to compare the data. All the researchers took field notes for subsequent analysis.

**TABLE 2** Codes, subcategories and categories that emerged in the analysis of thematic categories: organisational, professional and individual levels

Open coding	Axial coding	Selective coding		
Know unit routine	Routines acquired in the wards	Organisational level	Barriers of the individualisation process	Barriers and facilitators of the SCP individualisation process
Improve organisation				
Prevent unit routine				
Excessive	Perception of excessive workload and nurse-patient ratios			
Desired day shifts				
Desired night shifts				
Excessive workload				
Limited variability	Medium and high complexity care			
Requires low degree individualisation				
Quick progress				
Requires quite individualisation				
Patient's complexity				
CP are of little importance	Perception of limited involvement of nurse managers			
Supervisor has limited knowledge				
Spend time searching	Time-consuming	Requires spending time	Professional level	
Require time				
No time	Need more time			
Not spend time on CP				
Not enough time to individualise				
There is no time				
Not have time				
I don't have time				
Preference on patient's care				
Prioritise patient's care				
Lack time				
Desist from adding elements	Postpone individualisation			
I can't				
Individualise tomorrow				
Record the next day				
Whenever I have time				
Invert methodology order	Pragmatic methodology adaptation			
Select SCP in advance				
Previous computerised records	Use of notes	Use of non-regulated and personal records		
By way of handwritten notes				
By way of notes made on the computer				
Make sure not to forget				
Use in medical rounds				
Use throughout the entire shift				
Consult notes				
Internal consensus				
Transcribe on the computer	Personal notes make nurses waste time and reduce the patients' safety			
Uncertain patient identification				

(Continues)

**TABLE 2** (Continued)

Open coding	Axial coding	Selective coding
By way of free text	Habit of recording and reading descriptive notes	Tradition of narrative records
Ensure reading		
Out of habit		
Lack of habit		
Easier	Better developed skills for recording in a descriptive rather than structured manner	
Write in progress notes		
Express in writing		
Unaware of SCP diversity	Unaware of created elements	Not enough knowledge of the EHR database
Not know which elements have been created		
Distinguish between SCP or protocol		
Difficulties with SCP search engine		
Differentiate element category	Confusion about element classification	
Advanced search		
Not know how to add	Difficulties to add or schedule elements	Not enough knowledge about EHR
Not know how to schedule		
Basic knowledge		
Self-taught	Learning about the EHR without supervision	
Nurse colleagues		
By colleagues working		
Not know what to add	Difficulties to individualise the CP in line with the patient status	Not enough knowledge about nursing methodology
Lack of knowledge		
No CP training	Deficient CP teaching	
Untrained nurses		
Graduated WITHOUT		
Badly influenced by clinical placements		
Inconsistency between university and centres		
Confuse with NANDA NOC NIC	Deficient teaching ATIC Terminology	
Practical ATIC teaching		
Not know denomination of element		
Unspecific SCP		
Not know how to record CP	Lack of integration as regards preventing a complication from recurring or progressing	
Record exceptional complication		
Without knowledge		
Doubt between actual diagnosis or SCP		
Interventions		
On occasions	Limited interest in individualisation	Individual level
Usually		
Pay little attention		
Lack of interest		
Not be in the habit		
Limited involvement		
Motivation WITHOUT		
Confirm missing care		
Be aware		

(Continues)



TABLE 2 (Continued)

Open coding	Axial coding		Selective coding
Attendance to sessions	Organisation of clinical care sessions	Organisational level	Facilitators of the individualisation process
Difficulty to attend sessions			
By reference nurse	Training on Electronic Health Record		
Provided by the hospital			
Use			
Know program well			
Straightforward			
Reference nurses	Support from KISN and supervisor		
Supervisor			
Advisable to know patient	Low patient turnover and fixed allocation of nurses		
Be overwhelmed			
CP progressively becomes less individualised			
Permanent nurses better individualisation			
Permanent nurses responsible for individualisation			
Difficulties to individualise			
Patient is not known			
Patient turnover			
Problems to individualise			
Increase involvement			
Limited involvement			
Suitable standardised timetables	Use of SCP and interface terminology	Professional level	
Facilitate use of CP			
Simplify care planning			
CP more difficult			
Specify individualised care			
Understandable ATIC terminology			
Not master CP	Nurse's expertise		
Expertise favours individualisation			
Have doubts about the individualisation results			
Without difficulty			
By means of a structured record			
Unusually difficult CP			
Motivation WITH	Willingness to individualise	Individual level	
Relative motivation			

- Document analysis. Seventy-four electronic CP were analysed that belonged to patients hospitalised in the units participating in the study. To facilitate data collection, a template was designed for this study. Data collected in this template included nursing diagnoses and planned interventions, as well as the description of the EHR progress notes.
- Focus group discussion. It was held in a meeting room in the head office of the hospitals with eleven participants, different from

those of the interviews and lasted for 2 hr. Principal researcher performed the duties of a moderator, and another acted as the observer. The latter took notes of the subjects she considered important, as well as of the interactions established between the participants. It was recorded and transcribed verbatim. The purpose was to validate the data that had been obtained in the previous data collection techniques and increase the information of the codes that were not considered to have reached saturation.

## 2.5 | Data analysis

The data were collected and analysed simultaneously using constant comparison by three researchers. The texts of the interview transcriptions and focus group discussion were analysed, as well as the field notes of the participant observation and records of the document analysis. It consisted in open coding, using the micro-analysis of the texts as the basis to create codes. Axial coding was then performed so as to classify the codes into categories and subcategories, and lastly, the selective coding process was completed to establish the thematic categories and explain their meaning. NVivo v.10 software was used so as to facilitate the analysis.

## 2.6 | Ethical considerations

The study was approved by the Clinical Research Committee of the participating hospitals (PI-15-089) and (PR234/15). Ethical approval was again requested with the subsequent inclusion of participant observation as data collection. Nurses participated voluntarily in the interviews and focus group discussion. The purpose of the study was explained to the participants verbally and in writing; then, they were requested to sign the informed consent. They were assigned an alphanumeric code to ensure confidentiality and anonymity.

## 2.7 | Rigour

Guba and Lincoln's criteria of dependability and authenticity were followed (Guba & Lincoln, 2000). The researchers, data and data collection techniques were triangulated. The transcriptions were sent by email to the people participating in the interview and focus group discussion so they could confirm its content. The analysis was supported by the memorandums written during the entire analytical process. During the analysis, the researchers applied reflexivity so as to avoid biases related to their experience of the phenomenon under study (Rettke, Pretto, Spichiger, Frei, & Spirig, 2018).

## 3 | RESULTS

The iterative process of collecting and analysing information by way of interviews, participant observation, document analysis and focus group discussion brought to light elements that hinder and facilitate the SCP individualisation process. These elements are specified below according to the thematic categories of organisational level, professional level and individual level.

### 3.1 | Barriers

#### 3.1.1 | Organisational level

This category refers to how the management structures of directors, middle managers and the care model can make the individualisation process difficult for nurses. In this regard, the nurses believe that the

following aspects can hinder the procedure: routines acquired in the wards, perception of excessive workload and nurse-patient ratios, medium and high complexity care, and perception of limited involvement of nurse managers.

#### *Routines acquired in the wards*

In some of the wards of the hospitals participating in this study, traditional routines have been established that organise the nurses' work by dividing it into tasks that have to be performed at a certain time or day. This means that nurses do not consult the CP at the start of the shift to know which individualised care is required by each patient.

Our routine does not include consulting the CP at the beginning of the shift. We start off by taking the vital signs; we then administer medication and after we've finished all this, we sit down and look at the CP.

(E25—Interview)

#### *Perception of excessive workload and nurse-patient ratios*

An excessive workload and high nurse-patient ratios may affect negatively the SCP individualisation process.

In my ward we have a significant work overload, which means we can't calmly review the CP.

(E23—Interview)

I think we look after too many patients to be able to update the CP properly. There are afternoons when I can't spend time on the CP. I think they should reduce the nurse-patient ratio.

(E27—Interview)

#### *Medium and high complexity care*

Patient complexity affects the individualisation process. The more complexity, the more difficult the process is.

Some patients are more complex than others and this makes it a bit difficult to work with CP. A patient who has had an appendectomy is not the same as someone who has undergone colorectal surgery or a patient in a step-down unit. The care that have to be reflected in the CP are not the same.

(E6—Interview)

#### *Perception of limited involvement of nurse managers*

Limited involvement and little knowledge of nurse managers may influence adversely the results of the SCP individualisation process.

My supervisor doesn't place much importance on it. When she explains the ward results to us, they are about whether we have recorded the Barthel Index or

Visual Analogue Scale, but she doesn't mention SCP individualization...the supervisors are responsible for care management and they should be concerned about how this care is planned.

(E38—Focus group discussion)

I don't think the supervisors really know how to manage CP. If you ask them something about individualization, they don't know...therefore it does not matter how we do it.

(E16—Focus group discussion)

### 3.1.2 | Professional level

Some professional aspects also make the individualisation process difficult. The nurses identified aspects that included: requires spending time, use of nonregulated and personal records, tradition of narrative records and lack of knowledge.

#### *Requires spending time*

According to the nurses, individualising a CP requires time to think. Not having this time is one of the reasons why they claim they are unable to individualise CP.

To individualize a CP, you need to think and reflect on the situation and we often don't have enough time. We need time to review the CP.

(E17—Interview)

Due to the lack of time, it is possible that the CP are not individualised, the individualisation is postponed until the next shift or following day or, to save time, they even make a pragmatic adaptation of the methodology.

Sometimes I don't have enough time to individualize the CP...I tell myself that I'll check them tomorrow.

(E14—Interview)

While a patient is still in the operating theatre, the nurse selects the post-surgery SCP. The reason is because later, when the patient arrives from the operating theatre, she might have a lot of work and won't have time to do it.

(Participant observation 10)

This pragmatic adaptation that results from the workload and the nurses' prioritisation is not necessarily negative, as the selection of the SCP is based on the reason for admission. Once the patient is in the ward and after they have been assessed, the nurse should individualise the SCP.

#### *Use of nonregulated and personal records*

Prior to entering the records on the computer, the nurses keep to the traditional method of taking notes during the handover and at the start

of the shift. These notes may be written by hand on a sheet of paper or entered into a Word or Excel table. The notes are used to identify the patient, with their room number and first name, without the surname. The information consists of the medical diagnosis and the patient's devices, and also states whether any parameters have to be monitored. These notes act as a reminder throughout the whole shift and are also used for taking note of certain interventions that will be added to the CP before the shift ends. In addition, the nurses admit that the notes save them from having to consult the CP to know the planned care.

I write a scrap paper. We still use pen and paper like in the olden days. I write down all the care each patient needs. Perhaps that's the reason why we don't consult the CP during the shift...if the physician requests an electrocardiogram, I write it down on the scrap paper and before I finish my shift, I add it to the CP...My memory isn't good enough to remember all the care.

(E17—Interview)

At the start of a shift, nurses print out a Word table with columns for the room number, patient's name, medical diagnosis, drainage and urinary catheters, wound dressing and glycemia monitoring. This table is updated every shift and they use it to transmit all the patient information in the handover.

(Participant observation 8)

#### *Tradition of narrative records*

Seemingly, nurses prefer record in a narrative way. The changes in the patient's status are ideally written in free text on the progress notes, instead of adding them to the CP as new diagnoses. They also consider that it is easier to write progress notes than individualise the CP.

The nurse on the afternoon shift writes on the progress notes that a patient has trouble swallowing her food and requests a minced diet. She has not added the nursing diagnosis Risk of pulmonary aspiration to the CP.

(Document analysis 29)

I write on the progress notes out of habit. Because that is what I have always done...There are lots of things that we do not usually record on the CP...I think that the physicians and other nurses will read the progress notes before the CP...It's easier to write on the progress notes than add elements to the CP.

(E15—Interview)

#### *Lack of knowledge*

Participants may present lack of knowledge in three areas: nursing methodology, database elements and EHR management. Lack of

knowledge in any or several of these areas will affect the results of the individualisation process because nurses will not have enough knowledge to do it with competence.

I find individualization hard to do. I have learnt ATIC terminology by working with it. I need further training in the methodology...I wouldn't know how to record a patient's complication in the CP.

(E22—Interview)

I don't know which SCP have been entered in the database. Sometimes I can't find the SCP I want. It's like looking for a needle in a haystack...on occasions I don't know if what I want to add has been entered in the EHR.

(E3—Interview)

A nurse asks me how to insert an intervention in the CP. She tells me that she doesn't know how to do it...A nurse tries to change the wound dressing schedule from every 12 hours to every 24 hours, but she encounters difficulties. She doesn't know how to do it. I explain the procedure to her.

(Participant observation 2)

### 3.1.3 | Individual level

There are also certain individual aspects of each nurse that hinder the individualisation process as limited interest.

#### *Limited interest in individualisation*

Some nurses admit that they are not interested in individualising the CP and they think their colleagues feel the same. This limited interest is due to lack of motivation.

There are nurses who aren't interested in individualizing the CP. They think they're useless...They're seen as a simple record.

(E25—Interview)

I consider working with CP an obligation and I do it because I'm paid for my work. I see it as a duty. How can I feel motivated by something like that?

(E21—Interview)

## 3.2 | Facilitators

### 3.2.1 | Organisational level

This category refers to how management structures of directors and middle managers can make the individualisation process easier for nurses. In this regard, the nurses think that the following aspects could favour the procedure: clinical care sessions, EHR training, support from Knowledge and Information System Nurses (KISN) and

supervisors, low patient turnover and a fixed allocation of nursing staff in a ward.

#### *Organisation of clinical care sessions*

The wards of two hospitals participating in this study hold fortnightly or monthly clinical case sessions for nurses. They are held by a KISN and consist in explaining how one of the ward nurses has individualised a patient's SCP. These sessions are enriching, but because they are held during working hours, nurses are sometimes unable to attend.

Every fortnight we put forward an actual case and go over how we have done the CP. They also tell us if a SCP has been modified or a new one has been created. I think that these sessions are interesting because you learn.

(E10—Interview)

I like the sessions, although I can't always go. Very often, you can't stop caring for a patient to attend the sessions.

(E30—Focus group discussion)

#### *Electronic Health Record training*

Standardised care plan individualisation process involves mastering the EHR. For this reason, it is important that hospitals provide training about it. Conversely, nurses will not be able or will take a long time to carry out the individualisation.

When I started in the hospital, they gave me a course on the EHR.

(E5—Interview)

To individualize an electronic CP, you need to master the EHR.

(E12—Interview)

#### *Support from knowledge and information system nurses (KISN) and supervisor*

KISN and some supervisors are the main aides for nurses in case of doubts. The help of these key figures is unquestionable on the part of the nurses.

When I have doubts about how to individualize a CP, I call the KISN so she can come to the ward to help me.

(E12—Interview)

If I have any doubts and the KISN is in the ward, I ask her. ...I have to admit that my supervisor knows a lot.

(E33—Focus group discussion)

#### *Low patient turnover and fixed allocation of nurses in the ward*

To facilitate the individualisation process, it is convenient that nurses know the patient in-depth. For this reason, it is important to maintain a low patient turnover and a fixed allocation of nurses in the wards.

Patients spend fewer days in hospital...it's easier to update the CP of a patient that was admitted several days ago. Because I've had time to meet him.  
(E35—Focus group discussion)

A nurse comments that she feels lucky because she works in the same ward every day. She believes that a nurse cannot individualize a CP properly unless she knows the patient well.  
(Participant observation 4)

### 3.2.2 | Professional level

Some professional aspects also facilitate the individualisation process. The nurses identified aspects that included: use of SCP and an interface terminology and the nurse's expertise.

#### *Use of standardised care plans and an interface terminology*

Using SCP simplify nurses' work because they include the diagnoses and usual interventions for the population of patients to whom they are addressed: in the first place, because they save nurses from having to add each one of the diagnoses and interventions and, second, because they simplify the decision-making process.

I think that they make our work easier and they make me remember diagnoses and interventions that I could otherwise forget.  
(E16—Interview)

In reference to ATIC terminology, it is clear to understand the meaning of its elements as regards diagnoses, interventions and activities. This is because its concepts are not as abstract as other nursing languages.

The language is easy. It's not difficult to understand... when I read a CP, I understand it. I don't have any doubts.  
(E21—Interview)

I think that ATIC terminology is an understandable nursing language, unlike other languages I learnt at university, such as NANDA, NOC, NIC. In these other languages the diagnoses do not match the way nurses usually express themselves.  
(E7—Interview)

#### *Nurse's expertise*

Expertise plays an important role in the SCP individualisation process. Knowledge associated with the years of experience and holistic vision of an expert nurse help to individualise the CP with greater security and wisdom.

I have the feeling that new nurses who have just started working haven't mastered CP...anyone

without expertise is scared of individualizing a CP. They don't trust them and for that reason, they sometimes prefer not to modify the CP.  
(E29—Expert nurse-Focus group discussion)

I try to individualize the best I can, but that doesn't mean I end up doing it well.  
(E4—Novice nurse-Interview)

### 3.2.3 | Individual level

Each nurse also has certain individual aspects that favour the individualisation process. The nurses mentioned willingness to individualise.

#### *Willingness to individualise*

As regards motivation to individualise CP, the participants show different degrees, ranging from relatively motivated to absolutely motivated.

I don't look forward to individualizing a CP. But I like it when they're well done and reflect the patient.  
(E13—Interview)

...I feel very motivated. I always try to make sure the CP has been individualized in the best way possible. I try to be willing to work well.  
(E30—Focus group discussion)

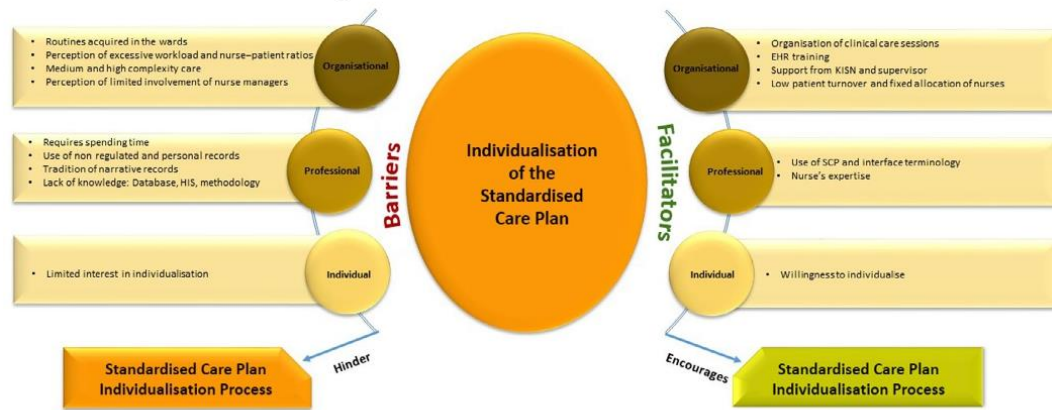
Table 2 shows the codes, subcategories and categories that emerged in the analysis.

Figure 1 shows how the results of this study influence the coherence of the SCP individualisation record.

## 4 | DISCUSSION

This study explores the SCP individualisation phenomenon within the context of acute care hospitalisation wards. Organisational, professional and individual elements have been identified that hinder or facilitate this process; results have been obtained that are grounded on the researchers' observations, participants' opinions and experiences and document analysis.

Two of the hospitals participating in the study organise clinical care sessions, with the purpose of discussing a patient's SCP individualisation. The study conducted by González-Samartino et al. (2018) shows that the nurses who participate in these sessions record adverse events in the individualised care plan with greater diagnostic accuracy and completeness. It would be desirable if hospitals found a way to enable nurses to attend these sessions, during the working hours of each shift, with the reassurance of knowing that the patients are receiving the appropriate care. This would guarantee that all nurses in the ward would be able to attend.



**FIGURE 1** Elements that influence on the standardised care plan individualisation process

It is important that hospitals train nurses in EHR use, to enable them to become familiar with the technology (Chang, Lee, Liu, & Mills, 2016). This would allow nurses to increase their skills in the use of the EHR and make them feel more confident when it comes to individualising a SCP (Nicklaus, Kusser, Zessin, & Amaya, 2015).

The hospitals participating in this study offer nurses support and help in the event they encounter difficulties with SCP individualisation. As shown in other studies, the most valued figure for nurses is the knowledge and information system nurses (Cucciniello, Lapsley, Nasi, & Pagliari, 2015). These expert nurses in clinical knowledge, nursing methodology and EHR management either provide help by telephone or they go to the ward in person. They also encourage changes of attitude, behaviour and ways of working (Svensson et al., 2012). As regards CP, their mission is to ensure nurses become as proficient as possible when they individualise SCP. To achieve this purpose, it is necessary to keep them indefinitely after the implementation of the EHR (Cella & Rebelo, 2015) and to make sure they are available for all the shifts. Another essential figure is the nurse supervisor of each ward. Some of the nurses participating in this research praise their knowledge because they think she knows how to individualise a SCP and she is someone they can turn to in the event of doubts. However, other nurses state that their supervisor does not know how to individualise a SCP and the attitude and care philosophy they promote does not consist in motivating and acknowledging SCP individualisation as an important aspect (Baraki et al., 2017; Rose, 2016). The nurses of our study claim that supervisors should be responsible for planning the care properly. In the research conducted by Akhu-Zaheya, Al-Maaitah, and Hani (2018) one of the reasons that explains why the nursing process is not adequately recorded is the nurse leaders' failure to monitor the process. These leaders usually check the nursing records based on the number of records made, instead of evaluating the quality of the content.

The care individualisation is related to having in-depth knowledge of the patient (Radwin & Alster, 2002). Nurses in this study

consider that a relationship with the patient that persists in time and space facilitates SCP individualisation. This is in conflict with the frequent changes of ward undergone by supplemental nursing staff. These nurses can even be assigned to a different ward every day (Lapeña-Moñux, Cibanal-Juan, Orts-Cortés, Maciá-Soler, & Palacios-Ceña, 2014). Furthermore, there is a high patient turnover in the units (O'Connell, Myers, Twigg, & Entrinken, 2000) and their stays are increasingly shorter (Ballantyne, 2016).

In the 20th century, nursing adopted Taylor's work organisation model. This means that care was administered by way of tasks that used to be performed in rounds (Köberick, Feuchtinger, & Farin, 2016; Rodrigues-Alves, Aires de Freitas-Lopes, & Bessa-Jorge, 2008). This task-based care focused on the activity rather than the patient (Ballantyne, 2016). The subsequent adoption of the nursing process as a work method introduced a new philosophy, patient and family-focused care (Alfaro-LeFevre, 2012; Toney-Butler & Thayer, 2018). The results of different research reveal that this transition from one model to another is complicated and slow. Nursing care is still mainly based on routines established in the wards, which the nurses have learnt by heart, leading them to provide the care automatically (Ledesma-Delgado & Rino-Mendes, 2009; Rodrigues-Alves et al., 2008). They consider care planning to be a bureaucratic task of secondary importance (Rodrigues-Alves et al., 2008). Management models focused on tasks that encourage these routines probably have a negative effect on the patient's care (Juvé-Udina et al., 2017). According to Svensson et al. (2012), the implementation of a SCP implies adapting work routines. However, the results of this study indicate that they have not been adapted; the care is mostly divided into tasks and the nurses hardly ever consult CP to know the individualised and planned care for each patient.

The nurses are subject to working in wards with heavy workloads due to the unpredictability of events, interruptions and multi-task requirements (Baethge, Müller, & Rigotti, 2016). Our research

confirms the results of previous studies in which nurses say that one of the reasons they do not individualise SCP is because they feel they have an excessive workload (Akhu-Zaheya et al., 2018; Banamwana & Smith, 2015; Pöder, Fogelberg-Dahm, & Wadesten, 2011). In addition is the fact that nurses perceive they have been allocated too many patients, affecting the quality and safety of the care (Aiken et al., 2014; Cho et al., 2015; Kim & Bae, 2018), as well as the use of individualised care plans (Agyeman-Yeboah, Korsah, & Okrah, 2017; Mayilvaganan, 2002; Rose, 2016). There is an increasing amount of evidence that the combination of excessive workloads and nurse-patient ratios negatively affect care individualisation, including its recording (Ballantyne, 2016; Radwin & Alster, 2002; Rose, 2016). This association should be borne in mind by health managers.

The patient's complexity is another variable that influences SCP individualisation. The study conducted by Juvé-Udina et al. (2010) concludes that each patient's specific requirements, such as urinary incontinence or psychomotor agitation, unavoidably condition the adaptation of the care standards to each patient's individual needs. The nurses in our study confirm it and state that in these cases, SCP individualisation is more complicated and consequently takes longer.

The participants admit that working with SCP does not exclude the possibility to record care individualisation; in addition, they save time and remind the nurses of the basic care for a group of patients (Turunen-Olsson, Petersson, Willman, & Gardulf, 2009). Likewise, they state that the ATIC terminology used in SCP is easy to understand as it is similar to the nurses' natural language (González-Samartino et al., 2017).

Expertise is another key factor to be able to individualise a SCP with skill (Matney, Staggers, & Clark, 2016). The participants in this study point out that unskilled nurses feel indecisive when they individualise a SCP, due to their lack of theoretical knowledge and experience. On the other hand, expert nurses can individualise with greater determination as they totally understand the patient's status and are able to analyse past events (Benner, 2004).

Individualisation is time-consuming (Agyeman-Yeboah et al., 2017; Chang et al., 2016). If it is also born in mind that some nurses feel that recording reduces the amount of time they spend directly caring for the patient (Rouleau et al., 2017) or, due to their lack of knowledge, individualisation takes them longer, the result is that SCP individualisation process is no longer considered a priority (Ballantyne, 2016; Lima & Melo, 2012). Consequently, they leave the recording of the individualisation for other shifts (Stevenson, Nilsson, Petersson, & Johansson, 2010) or, to move forward with their work and gain time, they select the SCP before the patient is assessed (Lee, Yeh, & Ho, 2002).

As regards the recording procedure used by some nurses, it appears that it has hardly changed with the implementation of EHR: first, due to the fact that these nurses continue to use a scrap paper to transmit and write down the information they consider relevant in the handover. This scrap paper is also used during the rest of the shift to write down the information about the patient that they will enter into the EHR at the end of the shift. These

notes may be written by hand and be for personal use or a non-official computer record agreed by the different shifts. The nurses usually keep them in their pocket or leave them on top of the treatment trolley; they do not usually include psychological features (Hardey, Payne, & Coleman, 2000). As a result, CP are underused and barely individualised (Stevenson et al., 2010). Furthermore, apart from creating a double record, scrap papers do not contain all the patient's identification details, which could lead to incidents related to the patient's safety. Second, some nurses still prefer to use progress notes to record the patient status. The conviction that they will be consulted by other professionals prior to looking at an individualised care plan and the habit of writing descriptions in free text (González-Samartino et al., 2018) means that their use prevails over individualised care plans.

The results obtained by Banamwana and Smith (2015) show that lack of knowledge reduces the use of CP. In this study, the nurses mention three areas where there could be a lack of knowledge. Said areas are made up of the database elements, EHR management and nursing methodology. In order to achieve excellent individualisation, nurses need to have extensive knowledge of methodology that provides them with the skills to diagnose and plan individualised care (Baraki et al., 2017) by means of the structured record upon which the CP are based, together with the ability to skilfully manage the EHR (Chang et al., 2016; Nicklaus et al., 2015) and know the content of its database, although the most important element is probably clinical knowledge and understanding each patient's situation.

Although the relationship between the degree of expertise and the SCP individualisation process has not been studied in depth, the individualisation process requires knowledge and critical thinking that foster skills to take decisions with confidence. This would ensure the care adapts to the patient's needs (Ballantyne, 2016).

At the same time, opposite attitudes coexist in relation to SCP individualisation, whereas some nurses face individualisation with responsibility and interest, similar to the positive opinions expressed in other studies (Pöder et al., 2011; Svensson et al., 2012). Others display lack of motivation and consideration, as they do not realise that CP are useful. Like in the study by Brooks, Lovell, Bee, Sanders, and Rogers (2018), they consider them to be documents aimed towards achieving the targets set by the hospital. In view of these negative attitudes, to increase the relevance of SCP individualisation process, some strategies should be applied, such as conducting training in nursing methodology, adapting nurse-to-patient ratios and educating nurses about the importance of individualisation of care. This would encourage a change of behaviour and, at the same time, strengthen the positive attitude of the nurses who are already motivated.

#### 4.1 | Limitations

The literature contains an explanation of the advantages and disadvantages of working with SCP. The results of this study would probably be different in the case of directly working with individualised

care plans. Neither nurse managers nor university lecturers have participated in the study. Therefore, the phenomenon under study has been researched without taking into account the opinions and experiences of these professional groups, which would probably provide results from a different perspective. Neither does the study explore the relationship between the nurses' expertise and the individualisation process.

## 5 | CONCLUSION

Standardised care plan individualisation forms part of the nursing process. This individualisation is not exempt from elements that make it difficult, such as the routines established in wards, workloads and perceived nurse-patient ratios, as well as the tradition of narrative records, lack of knowledge of both the methodology and the EHR, and limited interest to individualise. At the same time, there are elements that facilitate individualisation, such as holding clinical care sessions, use of SCP and an interface terminology, professional expertise and each nurse's individual willingness. All these facilitating elements encourage nurses to individualise SCP, adapting them to the specific needs of each patient and their family.

## 6 | RELEVANCE TO CLINICAL PRACTICE

The SCP individualisation process is neither easy nor trivial. To ensure it is carried out in the best way possible, knowledge, expertise, time, a positive attitude and support are required. If any one of these factors are missing, the nurses may find individualisation difficult or even omit it. Implementing strategies at an organisational, professional and individual level to improve the way the process is carried out would encourage individualising the SCP in a manner that is consistent with the patient and family needs; it would improve the quality of the care and patient satisfaction.

## ACKNOWLEDGEMENTS

The authors would like to thank Ms Isabel Andrés-Martínez for her support as Nursing Director of Hospital Universitari Germans Trias i Pujol for the development of this project, as well as the funding provided by the Health Department of the Government of Catalonia.

## CONFLICT OF INTEREST

The authors declare no conflicts of interest.

## ORCID

Mònica Castellà-Creus  <https://orcid.org/0000-0001-9017-6533>

Pilar Delgado-Hito  <https://orcid.org/0000-0001-7077-3648>

## REFERENCES

- Agyeman-Yeboah, J., & Korsah, K. A. (2018). Non-application of the nursing process at a hospital in Accra, Ghana: Lessons from descriptive research. *BMC Nursing*, 17, 45. <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0315-x>
- Agyeman-Yeboah, J., Korsah, K. A., & Okrah, J. (2017). Factors that influence the clinical utilization of the nursing process at hospital in Accra, Ghana. *BMC Nursing*, 16, 30. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0228-0>
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., & Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *Lancet*, 383(9931), 1824-1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Akhu-Zaheya, L., Al-Maaitah, R., & Hani, S. B. (2018). Quality of nursing documentation: Paper-based health records versus electronic-based health records. *Journal of Clinical Nursing*, 27, e578-e589. <https://doi.org/10.1111/jocn.14097>
- Alfaro-LeFevre, R. (2012). *Applying nursing process. The foundation for clinical reasoning* (8th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Baethge, A., Müller, A., & Rigotti, T. (2016). Nursing performance under higher workload: A diary study on the moderating role of selection, optimization and compensation strategies. *Journal of Advanced Nursing*, 72(3), 545-557. <https://doi.org/10.1111/jan.12847>
- Ballantyne, H. (2016). Developing nursing care plans. *Nursing Standard*, 30(26), 51-57.
- Banamwana, G., & Smith, A. M. (2015). Evaluation of the use and value of nursing care plans in nursing practice at a Referral Hospital, Kigali, Rwanda: Nurses' perspectives. *Rwanda Journal Series F: Medicine and Health Sciences*, 2(2), 76. <https://doi.org/10.4314/rj.v2i2.14F>
- Baraki, Z., Girmay, F., Kidanu, K., Gerense, H., Gezehgne, D., & Teklay, H. (2017). A cross sectional study on nursing process implementation and associated factors among nurses working in selected hospitals of Central and Northwest zones, Tigray Region, Ethiopia. *BMC Nursing*, 16, 54. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0248-9>
- Benner, P. (2004). Using the Dreyfus model of skill acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgement in nursing practice and education. *Bulletin of Science, Technology & Society*, 24(3), 188-199. <https://doi.org/10.1177/0270467604265061>
- Brooks, H. L., Lovell, K., Bee, P., Sanders, C., & Rogers, A. (2018). Is it time to abandon care planning in mental health services? A qualitative study exploring the views of professionals, service users and carers. *Health Expectations: An International Journal of Public Participations in Health Care and Health Policy*, 21(3), 597-605. <https://doi.org/10.1111/hex.12650>
- Cella, A., & Rebelo, D. (2015). Sustaining the human experience in a high tech environment: EMR implementation. *Medsurg Nursing: Official Journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 24(2), S8-S9.
- Chang, C. P., Lee, T. T., Liu, C. H., & Mills, M. E. (2016). Nurses' experiences of an initial and reimplemented electronic health record use. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 34(4), 183-190. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000222>
- Cho, E., Sloane, D. M., Kim, E.-Y., Kim, S., Choi, M., Yoo, I. Y., ... Aiken, L. H. (2015). Effects of nurse staffing, work environments, and education on patient mortality: An observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(2), 535-542. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.08.006>
- Cucciniello, M., Lapsley, I., Nasi, G., & Pagliari, C. (2015). Understanding key factors affecting electronic medical record implementation: A sociotechnical approach. *BMC Health Services Research*, 15, 268. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0928-7>



- Estrada, N. A., & Dunn, C. R. (2012). Standardized nursing diagnoses in an electronic health record: Nursing survey results. *International Journal of Nursing Knowledge*, 23(2), 86–95. <https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2011.01201.x>
- González-Samartino, M., Delgado-Hito, P., Adamuz-Tomás, J., Matud-Calvo, C., Tapia-Pérez, M., López-Jiménez, M. M., & Juvé-Udina, M. E. (2017). Una terminología de interfase como eje de unos cuidados seguros: Nivel de conocimientos y comprensión de intervenciones enfermeras ATIC [An interface terminology used as the pivotal element of safe care: Level of knowledge and understanding of ATIC nursing interventions]. *Revista ROL De Enfermería*, 40(10), 58–69.
- González-Samartino, M., Delgado-Hito, P., Adamuz-Tomás, J., Viso-Cano, M. F., Castellà-Creus, M., & Juvé-Udina, M. E. (2018). Accuracy and completeness of records of adverse events through interface terminology. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52, e03306. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017011203306>
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (2000). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Eds.), *The sage handbook of qualitative research*. London, UK: SAGE Publications.
- Hardey, M., Payne, S., & Coleman, P. (2000). 'Scraps': Hidden nursing information and its influence on the delivery of care. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 208–214.
- Jakobsson, J., & Wann-Hansson, C. (2013). Nurses' perceptions of working according to standardized care plans: A questionnaire study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 945–952. <https://doi.org/10.1111/scs.12009>
- Juvé-Udina, M. E. (2012). *Evaluación de la validez de una terminología enfermera de interfase [Validity evaluation of an interface nursing terminology]*. Doctoral Thesis. Science Nursing Program. University of Barcelona, Catalonia.
- Juvé-Udina, M. E. (2013). What patients' problems do nurses e-chart? Longitudinal study to evaluate the usability of an interface terminology. *International Journal of Nursing Studies*, 50(12), 1698–1710. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.04.008>
- Juvé-Udina, M. E., Fabrellas-Padrés, N., Adamuz-Tomás, J., Cadenas-González, S., González-Samartino, M., de la Cueva-Ariza, L., & Delgado-Hito, P. (2017). Surveillance nursing diagnoses, ongoing assessment and outcomes on in-patients who suffered a cardiorespiratory arrest. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51, e03286. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017004703286>
- Juvé-Udina, M. E., Matud-Calvo, C., Ferrero-Muñoz, S., Jiménez-Pérez, H., Rodríguez-Gías, E., Martínez-Muñoz, M., & Mesalles-Morredes, M. (2010). Intensidad de cuidados enfermeros: ¿Cargas de trabajo o complejidad individual? [Intensity of nursing care: Workload or individual complexity?]. *Metas de Enfermería*, 13(8), 6–14.
- Kim, C. G., & Bae, K. S. (2018). Relationship between nurse staffing level and adult nursing-sensitive outcomes in tertiary hospitals of Korea: Retrospective observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 80, 155–164. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.01.001>
- Köberick, S., Feuchtinger, J., & Farin, E. (2016). Factors influencing hospitalized patients' perception of individualized nursing care: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 15, 14. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0137-7>
- Lapeña-Moñux, Y. R., Cibanal-Juan, L., Orts-Cortés, M. I., Maciá-Soler, M. L., & Palacios-Ceña, D. (2014). Supplemental nursing staff's experiences at a Spanish hospital: Qualitative phenomenology research. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(Esp2), 62–69. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000800010>
- Ledesma-Delgado, M. E., & Rino-Mendes, M. M. (2009). The nursing process presented as routine care actions: Building its meaning in clinical nurses' perspective. *Revista latino-americana de Enfermagem*, 17(3), 328–334.
- Lee, T. T., Yeh, C. H., & Ho, L. H. (2002). Application of computerized nursing care plan system in one hospital: Experiences of ICU nurses in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 39(1), 61–67.
- Lima, A. F. C., & Melo, T. O. (2012). Nurses' perception regarding the implementation of computer-based clinical nursing documentation. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(1), 170–177.
- Matney, S. A., Stagers, N., & Clark, L. (2016). Nurses' wisdom in action in the emergency department. *Global Qualitative Nursing Research*, 3, 1–10. <https://doi.org/10.1177/2333393616650081>
- Mayilvaganan, V. (2002). Steps in individualizing a standardized care plan. *Nursing Journal of India*, 93(2), 33–35.
- Nicklaus, J., Kusser, J., Zessin, J., & Amaya, M. (2015). Transforming education for electronic health record implementation. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 46(8), 359–363. <https://doi.org/10.3928/00220124-20150721-02>
- O'Connell, B., Myers, H., Twigg, D., & Entringer, F. (2000). Documenting and communicating patient care: Are nursing care plans redundant? *International Journal of Nursing Practice*, 6, 276–280. <https://doi.org/10.1046/j.1440-172x.2000.00249.x>
- Pöder, U., Fogelberg-Dahm, M., & Wadesten, B. (2011). Implementation of a multi-professional standardized care plan in electronic health records for the care of stroke patients. *Journal of Nursing Management*, 19, 810–819. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01220.x>
- Radwin, L. E., & Alster, K. (2002). Individualized nursing care: An empirically generated definition. *International Nursing Review*, 49(1), 54–63.
- Rasooli, A. S., Zamanzadeh, V., Rahmani, A., & Shahbazpoor, M. (2013). Patients' point of view about nurses' support of individualized nursing care in training hospitals affiliated with University of Medical Sciences. *Journal of Caring Sciences*, 2(3), 203–209. <https://doi.org/10.5681/jcs.2013.025>
- Rettke, H., Pretto, M., Spichiger, E., Frei, I. A., & Spirig, R. (2018). Using reflexive thinking to establish rigour in qualitative research. *Nursing Research*, 67(6), 490–497. <https://doi.org/10.1097/NNR.00000000000000307>
- Rodrigues-Alves, A., Aires de Freitas-Lopes, C. H., & Bessa-Jorge, M. S. (2008). The meaning of the nursing process for nurses at intensive therapy units: An interactionist approach. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(4), 649–655.
- Rose, P. M. (2016). Individualized care in the radiation oncology setting from the patients' and nurses' perspectives. *Cancer Nursing*, 39(5), 411–422. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000332>
- Rouleau, G., Gagnon, M. P., Côte, J., Payne-Gagnon, J., Hudson, E., & Dubois, C. A. (2017). Impact of information and communication technologies on nursing care: Results of an overview of systematic reviews. *Journal of Medical Internet Research*, 19(4), e122. <https://doi.org/10.2196/jmir.6686>
- Stevenson, J. E., Nilsson, G. C., Petersson, G. I., & Johansson, P. E. (2010). Nurses' experience of using electronic patient records in everyday practice in acute/inpatient ward settings: A literature review. *Health Informatics Journal*, 16(1), 63–72. <https://doi.org/10.1177/1460458209345901>
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory* (2nd ed.). Medellin: Universidad de Antioquia.
- Suhonen, R., Gustafsson, M. L., Katajisto, J., Välimäki, M., & Leino-Kilpi, H. (2010). Nurses' perceptions of individualized care. *Journal of Advanced Nursing*, 66(5), 1035–1046. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05256.x>
- Svensson, S., Ohlsson, K., & Wann-Hansson, C. (2012). Development and implementation of standardized care plan for carotid endarterectomy. *Journal of Vascular Nursing: Official Publication of the Society for Peripheral Vascular Nursing*, 30(2), 44–53. <https://doi.org/10.1016/j.jvn.2012.01.002>
- Thoroddsen, A., Ehnfors, M., & Ehrenberg, A. (2011). Content and completeness of care plans after implementation of standardized nursing terminologies and computerized records. *CIN: Computers, Informatics,*

*Nursing*, 29(10), 599–607. <https://doi.org/10.1097/NCN.0b013e3182148c31>

Toney-Butler, T. J., & Thayer, J. M. (2018). *Nursing process*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing LLC. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499937/#article-26037.s4>

Turunen-Olsson, P., Petersson, H., Willman, A., & Gardulf, A. (2009). Standardized care plans in Swedish health care: Their quality and the extent to which they are used. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(4), 820–825. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00687.x>

**How to cite this article:** Castellà-Creus M, Delgado-Hito P, Casanovas-Cuellar C, Tàpia-Pérez M, Juvé-Udina M-E. Barriers and facilitators involved in standardised care plan individualisation process in acute hospitalisation wards: A grounded theory approach. *J Clin Nurs*. 2019;28:4606–4620. <https://doi.org/10.1111/jocn.15059>

#### SUPPORTING INFORMATION

Additional supporting information may be found online in the Supporting Information section at the end of the article.

## 7.4 Financiación

Esta investigación ha sido financiada por el *Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya*, mediante un proceso de revisión por pares, con una beca del “*Pla estratègic de recerca i innovació en salut*” PERIS 2016-2020.

Número de beca (SLT002/16/00024).

Dr. Manel Puig Domingo, Director of the Research Institute Germans Trias i Pujol (IGTP),

**CERTIFICIES:**

Ms. MÒNICA CASTELLÀ CREUS, with Personal Identification Number 43439165P, participates in the following competitive Grant

Granter: Department of Health, Generalitat de Catalunya (Spain)

Grant type: PERIS - Contracts for the intensification of the research activity of nursing professionals (suport partially the PI's salary)

Reference number: SLT002/16/00024

Title: Individualization process of the standardized care plan in acute hospitalization units.

Principal Investigator (PI): CASTELLÀ CREUS, MÒNICA

Starting date: 27<sup>th</sup> March 2017

Termination date: 31<sup>st</sup> December 2017

Amount awarded: 20,250 euro

I am extending this certificate in Badalona (Spain), on November 13<sup>th</sup> 2017



IGTP<sup>R</sup>  
Institut de Recerca  
Germans Trias i Pujol

Signature

Manel Puig Domingo

Carretera de Can Ruti, Camí de les Escoles s/n  
08916 Badalona, Barcelona, Spain

Tel: (+34) 497 8655 Fax: (+34) 497 8654 <http://www.germanstrias.org>

Inscrita amb el número 909 en el Registre de Fundacions Privades de la Generalitat de Catalunya VAT code/CIF G-60805462



# Capítulo 8

## Referencias bibliográficas

*“No importa lo ocupado que pienses que estás, debes encontrar tiempo para leer, o entregarte a una ignorancia autoelegida”.*

Confucio (551 aC.- 479 aC.).

Pensador chino. Ideario del confucionismo.



- Adamuz-Tomás, J., González-Samartino, M., Jiménez-Martínez, E., Tàpia-Pérez, M., López-Jiménez, M.M., Ruiz-Martínez, M.J.,...Juvé-Udina, M.E. (2018). Care complexity individual factors associated with hospital readmission: a retrospective cohort study. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(4), 411-421. <https://doi.org/10.1111/jnu.12393>
- Adereti, C.S., & Olaogun, A.A., (2019). Use of electronic and paper-based standardized nursing care plans to improve nurses' documentation quality in a Nigerian teaching hospital. *International Journal of Nursing Knowledge*, 30(40), 219-227. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12232>
- Agyeman-Yeboah, J., Korsah, K.A., & Okrah, J. (2017). Factors that influence the clinical utilization of the nursing process at hospital in Accra, Ghana. *BMC Nursing*, 16(30), eCollection2017. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0228-0>
- Agyeman-Yeboah, J., & Korsah, K.A. (2018). Non-application of the nursing process at a hospital in Accra, Ghana: lessons from descriptive research. *BMC Nursing*, 17(45), eCollection2018. <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0315-x>
- Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., & Sermeus, W. (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 143-153. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009>
- Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R.,...Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 383(9931), 1824-1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Aiken, L.H., Sloane, D.M., Ball, J., Bruyneel, L., Rafferty, A.M., & Griffiths, P. (2018). Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: an observational study. *BMJ Open*, 8(1), e019189. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019189>
- Akhu-Zaheya, L., Al-Maaitah, R., & Hani, S.B. (2018). Quality of nursing documentation: Paper-based health records versus electronic-based health records. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3-4), e578-e589. <https://doi.org/10.1111/jocn.14097>



- Alastalo, M., Salminen, L., Lakanmaa, R.L., & Leino-Kilpi, H. (2017). Seeing beyond monitors-Critical care nurses' multiple skills in patient observation: Descriptive qualitative study. *Intensive & critical care nursing*, 42, 80-87. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.03.004>
- Alfaro-LeFevre, R. (2009). *Applying Nursing Process. Promoting collaborative care*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Alfaro-LeFevre, R. (2012). *Applying Nursing Process. The foundation for clinical reasoning*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Alfaro-LeFevre, R. (2017). *Critical thinking, clinical reasoning, and clinical judgement. A practical approach*. Philadelphia, PA: Elsevier.
- American Nurses Association. (2015). *Nursing: Scope and Standards of Practice*. Silver Spring, MD: ANA.
- Ammenwerth, E., Kutscha, U., Kutscha, A., Mahler, C., Eichstädter, R., & Haux, R. (2001). Nursing process documentation systems in clinical routine-prerequisites and experiences. *International Journal of Medical Informatics*, 64(2-3), 187-200. [https://doi.org/10.1016/s1386-5056\(01\)00216-7](https://doi.org/10.1016/s1386-5056(01)00216-7)
- Andersen, I.C., Thomsen, T.G., Bruun, P., Bødtger, U., & Hounsgaard, L. (2017). Patients' and their family members' experiences of participation in care following an acute exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease: A phenomenological-hermeneutic study. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 4877-4889. <https://doi.org/10.1111/jocn.13963>
- Andréu, J. (2001). *Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada*. Junta de Andalucía: Centro de estudios andaluces, Consejería de la presidencia y administración local. Recuperado de <https://www.centrodeestudiosandaluces.es/publicaciones/tecnicas-de-analisis-de-contenido-una-revision-actualizada>

- Anguera, M.T., Blanco-Villaseñor, A., Losada, J.L., Sánchez-Algarra, P., & Onwuegbuzie, A.J. (2018). Revisiting the difference between mixed methods and multimethods: Is it all in the name?. *Quality and Quantity*, 52, 2757-2770. <https://doi.org/10.1007/s11135-018-0700-2>
- Antinaho, T., Kivinen, T., Turunen, H., & Partanen, P. (2015). Nurses' working time use - how value adding it is?. *Journal of Nursing Management*, 23(8), 1094-1105. <https://doi.org/10.1111/jonm.12258>
- Appleton, J.V., & King, L. (1997). Constructivism: a naturalistic methodology for nursing inquiry. *ANS. Advances in nursing sciences*, 20(2), 13-22. <https://doi.org/10.1097/00012272-199712000-00003>
- Astley, C.M., Ranasinghe, I., Brieger, D., Ellis, C.J., Redfern, J., Briffa, T.,... Chew, D.P. (2018). Expertise and infrastructure capacity impacts acute coronary syndrome outcomes. *Australian Health Review*, 42(3), 277-285. <https://doi.org/10.1071/AH16244>
- Atkinson, P., & Hammersley, M. (1994). *Ethnography and participant observation*. IN: Denzin, N.K., & Lincoln, Y.S. (Eds.), *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ayaad, O., Alloubani, A., Alhajaa, E.A., Farhan, M., Abuseif, S., Al Hroub, A., Akhu-Zaheya, L. (2019). The role of electronic medical records in improving the quality of health care services: Comparative study. *International Journal of Medical Informatics*, 127, 63-67. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2019.04.014>
- Ballantyne, H. (2016). Developing nursing care plans. *Nursing Standard*, 30(26), 51-60. <https://doi.org/10.7748/ns.30.26.51.s48>
- Banamwana, G., & Smith, A. M. (2015). Evaluation of the use and value of nursing care plans in nursing practice at a Referral Hospital, Kigali, Rwanda: nurses' perspectives. *Rwanda Journal Series F: Medicine and Health Sciences*, 2(2), 76. <https://doi.org/10.4314/rj.v2i2.14F>

- Baraki, Z., Girmay, F., Kidanu, K., Gerensea, H., Gezehgne, D., & Teklay, H. (2017). A cross sectional study on nursing process implementation and associated factors among nurses working in selected hospitals of Central and Northwest zones, Tigray Region, Ethiopia. *BMC Nursing*, 16(54), eCollection2017. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0248-9>
- Bartlett, K.W., Parente, V.M., Morales, V., Hauser, J., & McLean, H.S. (2017). Improving the efficiency of care for pediatric patients hospitalized with asthma. *Hospital Pediatrics*, 7(1), 31-38. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2016-0108>
- Benavent, A., Ferrer, E., & Francisco, C. (2003). *Fundamentos de enfermería*. Riba-Roja de Túria, España: Difusión Avances de Enfermería.
- Benner, P. (1982). From novice to expert. *American Journal of Nursing*, 82(3), 402-407.
- Benner, P. (1987). *Práctica progresiva en enfermería. (From Novice to Expert)*. Barcelona, Cataluña: Grijalbo.
- Benner, P. (2000). The wisdom of our practice. *American Journal of Nursing*, 100(10), 99-105.
- Benner, P. (2004). Using the Dreyfus model of skill acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education. *Bulletin of Science, Technology & Society*, 24(3), 188-99. <https://doi.org/10.1177/0270467604265061>
- Bittencourt, G.K.G.D., & Crossetti, M.G.O. (2013). Critical thinking skills in the nursing diagnosis process. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(2), 337-343. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342013000200010>
- Bjarnadottir, R. I., Herzig, C.T.A., Travers, J.L., Castle, N.G., & Stone, P.W. (2017). Implementation of Electronic Health Records in US Nursing Homes. *Computers, Informatics, Nursing: CIN*, 35(8), 417-424. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000344>

- Blair, W., & Smith, B. (2012). Nursing documentation: Frameworks and barriers. *Contemporary Nurse*, 41(2), 160-168. <https://doi.org/10.5172/conu.2012.41.2.160>
- Bokhour, B.G., Fix, G.M., Mueller, N.M. Barker, A.M. Lavela, S.L. Hill, J.N.,...Lukas, CV. (2018). How can health care organizations implement patient centered-care? Examining a large-scale cultural transformation. *BMC Health Services Research*, 18(1), 168. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2949-5>
- Bragadóttir, H., Kalisch, B. J., & Tryggdóttir, G. B. (2017). Correlates and predictors of missed nursing care in hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 26(11-12), 1524-1534. <https://doi.org/10.1111/jocn.13449>
- Bravetti, C., Cocchieri, A., D'Agostino, F., Vellone, E., Alvaro, R., & Zega, M. (2018). A nursing clinical information system for the assessment of the complexity of care. *Annali di Igiene: Medicina Preventiva e di Comunità*, 30(5), 410-420. <https://doi.org/10.7416/ai.2018.2241>
- Bravo, P., Edwards, A., Barr, P.J., Scholl, I., Elwyn, G., McAllister, M., & the Cochrane Health Care Quality Group, Cardiff University. (2015). Conceptualising patient empowerment: a mixed methods study. *BMC Health Services Research*, 15, 252. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0907-z>
- Brier, J., Carolyn, M., Haverly, M., Januario, M.E., Padula, C., Tal, A., & Triosh, H. (2014). Knowing “something is not right” is beyond intuition: development of a clinical algorithm to enhance surveillance and assist nurses to organise and communicate clinical findings. *Journal of Clinical Nursing*, 24(5-6), 832-843. <https://doi.org/10.1111/jocn.12670>
- Brooks, H.L., Lovell, K., Bee, P., Sanders, C., & Rogers, A. (2018). Is it time to abandon care planning in mental health services? A qualitative study exploring the views of professionals, service users and carers. *Health expectations*, 21(3), 597-605. <https://doi.org/10.1111/hex.12650>
- Bruton, J., Norton, C., Smyth, N., Ward, H., & Day, S. (2016). Nurse handover: patient and staff experiences. *British Journal of Nursing*, 25(7), 386-90. <https://doi.org/10.12968/bjon.2016.25.7.386>

- Cachón-Pérez, J.M., Álvarez-López, C., & Palacios-Ceña, D. (2012). El significado del lenguaje estandarizado NANDA-NIC-NOC en las enfermeras de cuidados intensivos madrileñas: abordaje fenomenológico. *Enfermería Intensiva*, 23(2), 68-76. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2011.12.001>
- Calderón, C. (2002). Criterios de calidad de la investigación cualitativa en salud (ICS): Apuntes para un debate necesario. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 473-482.
- Callejo, J. (2001). *El grupo de discusión: Introducción a una práctica de investigación*. Barcelona, Catalunya: Editorial Ariel.
- Carpenito, L.H. (2003). *Diagnósticos de Enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Carrington, J.M. (2012). The usefulness of nursing languages to communicate a clinical event. *Computers, Informatics, Nursing: CIN*, 30(2), 82-88. <https://doi.org/10.1097/NCN.0b013e318224b338>
- de Carvalho, E.C., da Cruz, D., & Herdman, T.H. (2013). Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66 Spec, 134-141. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672013000700017>
- Castellà-Creus, M., Creus-Macia, M.J., Díez-Sánchez, B., Martí-Carrasco, N., Barberà-Llorca, M., & Andrés-Martínez, I. (2011). Proceso de individualización de un plan de cuidados estandarizado mediante un sistema de información. Caso clínico: ictus. *Nursing (Ed. Española.)*, 29(9), 60-66. [https://doi.org/10.1016/S0212-5382\(11\)70304-1](https://doi.org/10.1016/S0212-5382(11)70304-1)
- Cella, A., & Rebelo, D. (2015). Sustaining the human experience in a high tech environment: EMR implementation. *Medsurg Nursing: official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 24(2), 8-9.
- Chang, C. P., Lee, T.T., Liu, C.H., & Mills, M.E. (2016). Nurses' experiences of an initial and reimplemented Electronic Health Record use. *Computers, Informatics, Nursing: CIN*, 34 (4), 183-190. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000222>

- Charmaz, K.C. (2006). *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. Thousands Oaks, CA: Sage Publications.
- Cho, E., Sloane, D.M., Kim, E.Y., Kim, S., Choi, M., Yoo, I.Y.,...Aiken, L.H. (2015). Effects of nurse staffing, work environments, and education on patient mortality: An observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(2), 535-542. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.08.006>
- Collins, S.A., Cato, K., Albers, D., Scott, K., Stetson, P.D., Bakken, S., & Vawdrey, D.K. (2013). Relationship between nursing documentation and patients' mortality. *American Journal of Critical Care*, 22(4), 306-313. <https://doi.org/10.4037/ajcc2013426>
- Collins, S. (2014). How extra nursing notes point to deterioration. *Nursing Times*, 110(22), 19-20.
- Connolly, M. (2014). Individual care plans are the key to good end-of-life care. *Nursing Times*, 110(28), 11.
- Copanitsanou, P., Fotos, N., & Brokalaki, H., (2017). Effects of work environment on patients and nurse outcomes. *British Journal of Nursing*, 26(3), 172-176. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.3.172>
- Cowan, D.T., Wilson-Barnett, D.J., Norman, I.J., & Murrells, T. (2008). Measuring nursing competence: Development of a self-assessment tool for general nurses across Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 45(6), 902-913. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.03.004>
- Creswell, J.W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Londres, Inglaterra: Sage Publications.
- Creswell, J.W. (2015). *A concise introduction to mixed methods research*. Thousands Oaks, CA: Sage Publications.
- Croskerry, P. (2018). Adaptive expertise in medical decision making. *Medical Teacher*, 40(8), 803-808. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1484898>

- Cucciniello, M., Lapsley, I., Nasi, G., & Pagliari, C. (2015). Understanding key factors affecting electronic medical record implementation: a sociotechnical approach. *BMC Health Services Research*, *15*, 268. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0928-7>
- de la Cuesta, C. (1983). The nursing process: from development to implementation. *Journal of Advanced Nursing*, *8*(5), 365-371.
- Denman, C.A. & Haro, J.A. (2002). *Por los rincones. Una antología de métodos cualitativos en la investigación social*. Hermosillo, México: El Colegio de Sonora.
- Dobrow, M.J., Bytautas, J.B., Tharmalingam, S., & Hagens, S. (2019). Interoperable Electronic Health Records and Health Information Exchanges: Systematic Review. *JMIR Medical Informatics*, *7*(2), e12607. <https://doi.org/10.2196/12607>
- Domingo-Pozo, M. (2011). *Asistencia Sanitaria a través de Planes de Cuidados Estandarizados de Enfermería en el Hospital General Universitario de Alicante: resultados y efectos* (Tesis doctoral). Universidad de Alicante, Alicante, España. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=68079>
- Doody, O., & Noonan, M. (2013). Preparing and conducting interviews to collect data. *Nurse Researcher*, *20*(3), 28-32. <https://doi.org/10.7748/nr2013.05.20.5.28.e327>
- Dreyfus, S.E. (2004). The five stage model of adult skill acquisition. *Bulletin of Science, Technology & Society*, *24*(3), 177-181. <https://doi.org/10.1177/0270467604264992>
- Enciclopèdia Catalana. (2019). *Diccionari.cat*. Recuperado de: <http://www.diccionari.cat/>
- Estrada, N.A., & Dunn, C.R. (2012). Standardized nursing diagnoses in an electronic health record: nursing survey results. *International Journal of Nursing Knowledge*, *23*(2), 86-95. <https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2011.01201.x>
- Facione, P.A. (1990). *The Delphi report: Executive summary: Critical thinking: A statement of expert consensus for purposes of educational assessment and instruction*. Millbrae, CA: California Academic Press.

- Fernández-Álvarez, M., López-Jiménez, M.M., Adamuz-Tomás, J., Tàpia-Pérez, M., Juvé-Udina, M.E., & Matud-Calvo, C. (2012). *Percepción y adaptación de las enfermeras a un sistema de información de cuidados*. Libro de resúmenes. IX Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería, Gijón, España.
- Fernández-Rivas, S., & Saiz-Sánchez, C. (2012). Validación y propiedades psicométricas de la prueba de pensamiento crítico PENCRISAL. *Revista electrónica de metodología aplicada*, 17(1), 18-34.
- Finnbakk, E., Wangensteen, S., Skovdahl, K., & Fagerström, L. (2015). The Professional Nurse Self-Assessment Scale: Psychometric testing in Norwegian long term and home care contexts. *BMC Nursing*, 14(59), eCollection 2015. <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0109-3>
- Fukada, M. (2018). Nursing Competency: Definition, Structure and Development. *Yonago Acta Medica*, 61(1), 1-7. <https://doi.org/10.33160/yam.2018.03.001>
- García-Ramírez, S., Navío-Marco, A.M., & Valentín-Morganizo, L. (2007). Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. *Nure investigación*, 28. Recuperado de: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/335>
- Gargallo-López, B., Pérez-Pérez, C., Jiménez-Rodríguez, M. A., Martínez-Hervás, N., & Giménez-Beut, J.A. (2017). Métodos centrados en el aprendizaje, implicación del alumno y percepción del contexto de aprendizaje en estudiantes universitarios. *Educación XXI*, 20(2), 161-187. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70651145007>
- Giménez-Maroto, A.M., & Serrano-Gallardo, P. (2009). Imprecisiones del proceso diagnóstico enfermero. *Metas de Enfermería*, 11(10), 57-62.
- Gomes, M., Hash, P., Orsolini, L., Watkins, A., & Mazzoccoli, A. (2016). Connecting professional practice and technology at the bedside: nurses' beliefs about using Electronic Health Record and their ability to incorporate professional and patient-centered nursing activities in patient care. *Computers, Informatics, Nursing: CIN*, 34(12), 578-586. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000280>



- González-Castillo, M.G., & Monroy-Rojas, A. (2016). Proceso enfermero de tercera generación. *Enfermería Universitaria*, 13(2), 124-129. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.03.003>
- González-Samartino, M. (2017). *Influencia del uso de la terminología ATIC en la seguridad de los enfermos ingresados: impacto en la comunicación profesional y los resultados clínicos* (Tesis doctoral). Universitat de Barcelona, Barcelona, Cataluña. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/118162>
- González-Samartino, M., Delgado-Hito, P., Adamuz, Tomás, J., Matud-Calvo C., Tapia-Pérez, M., López-Jiménez, M.M., & Juvé-Udina, M.E. (2017). Una terminología de interfase como eje de unos cuidados seguros. Nivel de conocimiento y comprensión de intervenciones enfermeras ATIC<sup>®</sup>. *Revista de Enfermería ROL*, 40(10), 58-69.
- González-Samartino, M., Delgado-Hito, P., Adamuz-Tomás, J., Viso-Cano, M.F., Castellà-Creus, M., & Juvé-Udina, M.E. (2018). Accuracy and completeness of records of adverse events through interface terminology. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52, e03306. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017011203306>
- Granero-Molina, J., Fernández-Sola, C., Peredo de Gonzales, M.H., Aguilera-Manrique, G., Mollinedo-Mallea, J., & Castro-Sánchez, A.M. (2012). Nursing process: what does it mean to nurses from Santa Cruz (Bolivia). *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(4), 973-979. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342012000400027>
- Griffiths, P., Recio-Saucedo, A., Dall’Ora, C., Briggs, J., Maruotti, A., Meredith, P.,...Ball, J. On behalf of the Missed Care Study Group. (2018). The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(7), 1474-1487. <https://doi.org/10.1111/jan.13564>
- Grondin, L., Lussier, R.J., Phaneuf, M., & Riopelle, L. (1990). *Planification des soins infirmiers. Modèle d'intervention autonome (Sciences infirmières)*. Montreal, Quebec: Maloine.

- Grøthe, Å, Biong, S., & Grov, E.K. (2015). Acting with dedication and expertise: Relatives' experience of nurses' provision of care in a palliative unit. *Palliative and Supportive Care*, 13(6), 1547-58. <https://doi.org/10.1017/S1478951513000825>
- Guba, E.G., & Lincoln, Y.S. (2000). *Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences*. IN: Denzin, N.K., & Lincoln, Y.S. (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research*. Londres, Inglaterra: SAGE Publications.
- Hardey, M., Payne, S., & Coleman, P. (2000). 'Scraps': hidden nursing information and its influence on the delivery of care. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 208-214. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01443.x>
- Hardiker, N. R., Dowding, D., Dykes, P.C., & Sermeus, W. (2019). Reinterpreting the nursing record for an electronic context. *International Journal of Medical Informatics*, 127, 120–126. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2019.04.021>
- Harris, T. (2015). Grounded theory. *Nursing Standard*, 29(35), 32-39. <https://doi.org/10.7748/ns.29.35.32.e9568>
- Häyrinen, K., Lammintakanenb, J., & Saranto, K. (2010). Evaluation of electronic nursing documentation Nursing process model and standardized terminologies as keys to visible and transparent nursing. *International Journal of Medical Informatics*, 79(8), 554-564. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2010.05.002>
- Heidari, H., & Hamooleh, M.M. (2016). Nursing students' experiences regarding nursing process: a qualitative study. *Research and Development in Medical Education*, 5(2), 101-104. <https://doi.org/doi:10.15171/rdme.2016.021>
- Henderson, V. (1971). *Basic principles of nursing care*. Switzerland: International Council of Nurses.
- Hernández-Conesa, J., & Esteban-Albert, M. (1999). *Fundamentos de la enfermería. Teoría y método*. Madrid, España: McGraw-Hill Interamericana.

- Higginbottom, G., & Lauridsen, E.I. (2014). The roots and development of constructivist grounded theory. *Nurse Researcher*, 21(5), 8-13. <https://doi.org/10.7748/nr.21.5.8.e1208>
- Higgins, L., Shovel, J.A., Bilderback, A. L., Lorenz, H. L., Martin, S.C., Rogers, D. J., Minnier, T. E. (2017). Hospital nurses' work activity in a technology-rich environment. A triangulated quality improvement assessment. *Journal of Nursing Care Quality*, 32(3), 208-2017. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000237>
- Houghton, C., Casey, D., Shaw, D., & Murphy, K. (2013). Rigour in qualitative case-study research. *Nurse Researcher*, 20(4), 12–17. <https://doi.org/10.7748/nr2013.03.20.4.12.e326>
- Hutchinson, M., Higson, M., Cleary, M., & Jackson, D. (2016). Nursing expertise: a course of ambiguity and evolution in a concept. *Nursing Inquiry*, 23(4), 290-304. <https://doi.org/10.1111/nin.12142>
- Jakobsson, J., & Wann-Hansson, C. (2013). Nurses' perceptions of working according to standardized care plans: a questionnaire study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 945-952. <https://doi.org/10.1111/scs.12009>
- Jansson, I., Pilhammar, E., & Forsberg, A. (2009). Obtaining a foundation for nursing care at the time of patient admission: a Grounded Theory study. *The Open Nursing Journal*, 3, 56-64. <https://doi.org/10.2174/1874434600903010056>
- Jayasekara, R. S. (2012). Focus groups in nursing research: Methodological perspectives. *Nursing Outlook*, 60(6), 411-416. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2012.02.001>
- Johanson, L. (2019). An introduction to critical thinking. *Nursing*, 49(6), 42-43. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000558090.23346.fb>
- Jones, T.L. (2016). Outcome measurement in Nursing: Imperatives, Ideals, History, and Challenges. *Online journal of issues in Nursing*, 21(2), 1. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol21No02Man01>
- Jovell, A.J., & Navarro-Rubio, M.D. (1995). Evaluación de la evidencia científica. *Medicina Clínica*, 105, 740-743.

- Juvé-Udina, M.E. (2005). Desarrollo de un sistema para la valoración clínica basado en la teoría de la complejidad y la ciencia enfermera. *Nursing (Ed. Española.)*, 23 (5), 50-55.
- Juvé-Udina, M. E. (2006). Proyecto COM-VA de Definición y Evaluación de competencias enfermeras. EN: C. Carratalà (Presidente), Enfermería tiene espacio. Presentación del III Congreso Nacional de la Sociedad Científica Española de Enfermería. Alicante, España. Recuperado de: [www.scele.org/archivos/eulalia\\_juve.pdf](http://www.scele.org/archivos/eulalia_juve.pdf).
- Juvé-Udina, M.E., Huguet, M., Monterde, D., Sanmartín, M.J., Martí, N., Cuevas, B.,...Alvarez, G. (2007a). Marco teórico y conceptual para la definición y evaluación de competencias del profesional de enfermería en el ámbito hospitalario. Parte I. *Nursing (Ed. Española)*, 25(4), 56-61. [https://doi.org/10.1016/S0212-5382\(07\)70907-X](https://doi.org/10.1016/S0212-5382(07)70907-X)
- Juvé-Udina, M.E., Farrero-Muñoz, S., Matud-Calvo, C., Monterde-Prat, D., Fierro-Barrabés, G., Marsal-Serra, R.,...Flores-Moya, C. (2007b). ¿Cómo definen los profesionales de enfermería hospitalarios sus competencias asistenciales?. *Nursing (Ed. Española)*, 25(7), 50-61. [https://doi.org/10.1016/S0212-5382\(07\)70957-3](https://doi.org/10.1016/S0212-5382(07)70957-3)
- Juvé-Udina, M.E., Farrero-Muñoz, S., Monterde-Prat, D., Hernández-Villen, O., Sistac-Robles, M., Rodríguez-Cala, A.,...Isabel-Martín, A. (2007c). Análisis del contexto organizativo de la práctica enfermera. El Nursing Work Index en los hospitales públicos. *Metas de Enfermería*, 10(7), 67-73.
- Juvé-Udina, M.E. (2008). Umbral de pericia requerido para la ejecución competencial enfermera. *Metas de Enfermería*, 11(10), 8-15.
- Juvé-Udina, M.E., Farrero-Muñoz, S., Matud-Calvo, C., Rius-Ferrús, L., Monterde-Prat, D., Cruz-Llaüna, R., Artigas-Lage, M. (2009). Pesos competenciales asociados a las diferentes áreas de cuidados en el ámbito hospitalario. *Nursing (Ed. Española)*, 27(7), 56-60. [https://doi.org/10.1016/S0212-5382\(09\)70596-5](https://doi.org/10.1016/S0212-5382(09)70596-5)

- Juvé-Udina, M.E., Matud-Calvo, C., Farrero-Muñoz, S., Jiménez-Pérez, H., Rodríguez-Gías, E., Martínez-Muñoz, M.,...Mesalles-Morredes, M. (2010). Intensidad de cuidados enfermeros: ¿Cargas de trabajo o complejidad individual?. *Metas de Enfermería*, 13(8), 6-14.
- Juvé-Udina, M.E. (2012a). Terminología enfermera de interfase. Fundamentos filosóficos y teóricos para su desarrollo y validación (I). *Revista de Enfermería ROL*, 35(4), 20-25.
- Juvé-Udina, M.E. (2012b). ATIC. Una terminología enfermera de interfase (II). *Revista de Enfermería ROL*, 35(5), 48-55.
- Juvé-Udina, M.E. (2012c). Salud, Entorno y Enfermería. Fundamentos filosóficos y teóricos para el desarrollo y la validación de una terminología enfermera de interfase (III). *Revista de Enfermería ROL*, 35(6), 9-14.
- Juvé-Udina, M.E. (2012d). Evaluación inductiva de la estructura de una terminología enfermera de interfase: conceptualización del proceso enfermero. *Nursing (Ed. Española.)*, 30(7), 62-66.
- Juvé-Udina, M.E. (2012e). A Nursing Interface Terminology: Evaluation of face validity. *Open Journal of Nursing*, 2(3), 196-203. <https://doi.org/10.4236/ojn.2012.23030>
- Juvé-Udina, M.E. (2012f). Is the ATIC terminology oriented to nursing phenomena?. *Open Journal of Nursing*, 2(4), 388-395. <https://doi.org/10.4236/ojn.2012.24057>
- Juvé-Udina, M.E. (2012g). Mapping the diagnosis axis of a new interface terminology to the NANDA I taxonomy. *International Scholarly Research Network Nursing, 2012* (Article ID 676905), 6 pages. <https://doi.org/10.5402/2012/676905>
- Juvé-Udina, ME. (2012h). *Evaluación de la validez de una terminología enfermera de interfase* (Tesis doctoral). Universitat de Barcelona, Barcelona, Cataluña. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/35128>
- Juvé-Udina, M.E. (2013a). What patients' problems do nurses e-chart? Longitudinal study to evaluate the usability of an interface terminology. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 1698-1710. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.04.008>

- Juvé-Udina, M.E. (2013b). *Plans de cures estandarditzats per a malalts hospitalitzats*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Institut Català de la Salut. Recuperado de: <http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/Planscures.pdf>
- Juvé-Udina, M.E., Zuriguel-Pérez, E., Fabrellas-Padrés, N., González-Samartino, M., Romero-García, M., Castellà-Creus, M.,...Matud-Calvo, C. (2014). Basic Nursing Care: Retrospective evaluation of communication and psychosocial interventions documented by nurses in the acute care setting. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(1), 65-72. <https://doi.org/10.1111/jnu.12062>
- Juvé-Udina, M.E., Fabrellas-Padrés, N., Delgado-Hito, P., Hurtado-Pardos, B., Martí-Cavallé, M., Gironès-Nogué, M.,...Alonso-Fernández, S. (2015). Newborn physiological immaturity: a concept analysis. *Advances in neonatal care*, 15(2), 86-93. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000162>
- Juvé-Udina ME. (2016). *ATIC Eje diagnóstico*. Barcelona: Naaxpot SLU.
- Juvé-Udina, M.E., Fabrellas-Padrés, N., Adamuz-Tomás, J., Cadenas-González, S., González-Samartino, M., de la Cueva-Ariza, L., & Delgado-Hito, P. (2017a). Surveillance nursing diagnoses, ongoing assessment and outcomes on in-patients who suffered a cardiorespiratory arrest. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51: e03286. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017004703286>
- Juvé-Udina, M.E. (2017b). Capacidad discriminante del diagnóstico enfermero principal con el uso de la terminología ATIC: estimación ponderal preliminar. *ENE Revista de Enfermería*, 11(3). Recuperado de: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/724>.
- Juvé-Udina, M.E. (2017c). La terminología ATIC: consideraciones de uso en la prestación de cuidados. *Metas de Enfermería*, 20(10), 67-76.
- Juvé-Udina, M.E. (2018). La terminología ATIC como herramienta de soporte a la gestión. *Metas de Enfermería*, 21(1), 66-72.

- Juvé-Udina, M.E., Adamuz-Tomás, J., López-Jiménez, M.M., Tàpia-Pérez, M., Fabrellas-Padrés, N., Matud-Calvo, C., & González-Samartino, M. (2019). Predicting patient acuity according to their main problem. *Journal of Nursing Management*, 27(8), 1845-1858. <https://doi.org/10.1111/jonm.12885>
- Kalisch, B.J., & Begeny, S. (2010). Preparation of nursing students for change and innovation. *Western Journal of Nursing Research*, 32(2), 157-167. <https://doi.org/10.1177/0193945909335052>
- Kärkkäinen, O., Bondas, T., & Eriksson, K. (2005). Documentation of individualized patient care: a qualitative metasynthesis. *Nursing Ethics*, 12(2), 123-132. <https://doi.org/10.1191/0969733005ne769oa>
- Kaya, H., Şenyuva, E., & Bodur, G. (2018). The relationship between critical thinking and emotional intelligence in nursing students: a longitudinal study. *Nurse Education Today*, 68, 26-32. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.05.024>
- Ke, Y. T., Kuo, C.C., & Hung, C.H. (2017). The effects of nursing preceptorship on new nurses' competence, professional socialization, job satisfaction and retention: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 73(10), 2296-2305. <https://doi.org/10.1111/jan.13317>
- Kim, C.G., & Bae, K.S. (2018). Relationship between nurse staffing level and adult nursing-sensitive outcomes in tertiary hospitals of Korea: Retrospective observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 80, 155-164. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.01.001>
- Köberick, S., Feuchtinger, J., & Farin, E. (2016). Factors influencing hospitalized patients' perception of individualized nursing care: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 15, 14. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0137-7>
- Koch, T. (1994). Establishing rigour in qualitative research: The decision trail. *Journal of Advanced Nursing*, 19(5), 976– 986.
- Kozier, B., Erb, G., Blais, K., & Wilkinson, J.M. (1999). *Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y práctica*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

- Kutney-Lee, A., Sloane, D.M., & Aiken, L.H. (2013). An increase in the number of nurses with baccalaureate degrees is linked to lower rates of postsurgery mortality. *Health affairs*, 32(3), 579-586. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.0504>
- Lakanmaa, R.L., Suominen, T., Perttilä, J., Ritmala-Castrén, M., Vahlberg, T., & Leino-Kilpi, H. (2014). Basic competence in intensive and critical care nursing: development and psychometric testing of a competence scale. *Journal of Clinical Nursing*, 23(5-6), 799-810. <https://doi.org/10.1111/jocn.12057>.
- Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing and Health*, 25(3), 176-188. <https://doi.org/10.1002/nur.10032>
- Lake, E.T., Germack, H.D., & Viscardi, M.K. (2015). Missed nursing care is linked to patient satisfaction: a cross-sectional study of US hospitals. *British Medical Journal Quality & Safety*, 25(7), 535-543. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-003961>
- Laustsen, S., & Brahe, L. (2018). Coping with interruptions in clinical nursing. A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7-8), 1497-1506. <https://doi.org/10.1111/jocn.14288>
- Ledesma-Delgado, M.E., & Rino-Mendes, M.M. (2009). The nursing process presented as routine care actions: building its meaning in clinical nurses' perspective. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(3), 328-34. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692009000300008>
- Lee, D., Abdullah, K.L., Subramanian, P., Bachmann, R.T., & Ong, S.L. (2017). An integrated review of the correlation between critical thinking ability and clinical decision-making in nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 4065-4079. <https://doi.org/10.1111/jocn.13901>
- Lee, S., Jeon, M.Y., & Kim, E. O. (2019). Implementation of structured documentation and standard nursing statements. Perceptions of nurses in acute care settings. *Computers, Informatics, Nursing: CIN*, 37(5), 266-275. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000510>



- Lee, T.T., Yeh, C.H., & Ho, L.H. (2002). Application of computerized nursing care plan system in one hospital: experiences of ICU nurses in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 39(1), 61-67. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02242.x>
- Ley 41/2002 de 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, BOE 274 (2002). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2002-22188>
- Li, S., Ye, X., & Chen, W. (2019). Practice and effectiveness of "nursing case-based learning" course on nursing student's critical thinking ability: A comparative study. *Nurse Education in Practice*, 36, 91-96. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.03.007>
- Lima, A.F., & de Oliveira Melo T. (2012). Nurses' perception regarding the implementation of computer-based clinical nursing documentation. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(1), 175-83. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342012000100024>
- Liu, M., Yin, L., Ma, E., Lo, S., & Zeng, L. (2009) Competency inventory for registered nurses in Macao: instrument validation. *Journal of Advanced Nursing*, 65(4), 893-900. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04936>
- López-Cocotle, J.J., Moreno-Monsiváis, M. G., Saavedra-Vélez, C.H., Espinosa-Aguilar, A.L., & Camacho-Martínez, J.U. (2018). La importancia del registro clínico de enfermería: un acercamiento cualitativo. *Nure Investigación*, 15, (93), 2-9.
- Luna, R., Rhine, E., Myhra, M., Sullivan, R., & Kruse, C.E. (2016). Cyber threats to health information systems: A systematic review. *Technology and Health Care*, 24(1), 1-9. <https://doi.org/10.3233/THC-151102>
- Lunney, M. (2010). Use of critical thinking in the diagnostic process. *International Journal of Nursing Terminologies Classification*, 21(2), 82-8. <https://do.org/10.1111/j.1744-618X.2010.01150.x>

- Ma, C., Olds, D.M., & Dunton, N.E. (2015). Nurse work environment and quality of care by units types: a cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(10), 1565-1572. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.05.011>
- Mackie, B.R., Marshall, A., & Mitchell, M. (2018). Acute care nurses' views on family participation and collaboration in fundamental care. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11-12), 2346-2359. <https://doi.org/10.1111/jocn.14185>
- Manetti, W. (2019). Sound clinical judgement in nursing: A concept analysis. *Nursing Forum*, 54(1), 102-110. <https://doi.org/10.1111/nuf.12303>
- Marriner, A. (1983). *El proceso de atención de enfermería. Un enfoque científico*. Ciudad de México, México: El Manual Moderno.
- Matney, S.A., Staggers, N., & Clark, L. (2016). Nurses' wisdom in action in the emergency department. *Global Qualitative Nursing Research*, 3, 2333393616650081. <https://doi.org/10.1177/2333393616650081>
- Mayan, M. J. (2009). *Essential of quality inquiry*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.
- Mayilvaganan, V. (2002). Steps in individualizing a standardized care plan. *Nursing Journal of India*, 93(2), 33-35.
- McCloskey, J., & Bulechek, G. (2005). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Madrid, España: Elsevier.
- McHugh, M.D., & Lake, E.T. (2010). Understanding Clinical Expertise: Nurse Education, Experience, and the Hospital Context. *Research in Nursing and Health*, 33(4), 276-87. <https://doi.org/10.1002/nur.20388>
- Mencías-Morante, L.M., & Pacheco-del Cerro, E. (2017). Metaparadigma enfermero y uso de los diagnósticos de Enfermería. *Metas de Enfermería*, 20(3), 12-19.
- Minvielle, E. (2019). Transforming health care delivery: An imperative for healthcare systems. *Technology and health care: official journal of the European Society for Engineering and Medicine*, 27(1), 103-106. <https://doi.org/10.3233/THC-181494>

- Miskir, Y., & Emishaw, S. (2018). Determinants of nursing process implementation in north east Ethiopia: cross-sectional study. *Nursing Research and Practice*, 2018, 7940854. <https://doi.org/10.1155/2018/7940854>
- Mitchell, G. (2015). Use of interviews in nursing research. *Nursing Standard*, 29(43), 44-48. <https://doi.org/10.7748/ns.29.43.44.e8905>
- Monsen, K.A., Foster, D.J., Gomez, T., Poulsen, J.K., Mast, J., Westra, B.L., & Fishman, E., (2011). Evidence-based standardized care plans for use internationally to improve home care practice and population health. *Applied Clinical Informatics*, 2(3), 373-383. <https://doi.org/10.4338/ACI-2011-03-RA-0023>
- Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M. (2005). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. Madrid, España: Elsevier.
- Moral-Santaella, C. (2006). Criterios de validez en la investigación cualitativa actual. *Revista de Investigación Educativa*, 24(1), 147-164.
- Moucheraud, C., Schwitters, A., Boudreaux, C., Giles, D., Kilmarx, P.H., Ntolo, N.,...Bossert, T. (2017). Sustainability of health information systems: a three-country qualitative study in southern Africa. *BMC Health Services Research*, 17(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1971-8>
- Movlavi, S., & Salehi, S. (2019). Examining the effect of implementation of the nursing process on students' health behaviors. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, /j/ijamh.ahead-of-print/ijamh-2018-0244/ijamh-2018-0244.xml. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2018-0244>
- Müller-Staub, M., Lavin, M.A., Needham, I., & Van Achterberg, T. (2006). Nursing diagnoses, interventions and outcomes – application and impact on nursing practice: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 514-531. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04012.x>
- Náfrádi, L., Nakamoto, K., & Schulz, P.J. (2017). Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. *PloS one*, 12(10), e0186458. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186458>

- Nibbelink, C.W., & Carrington, J. M. (2019). Nurse decision making in acute care. *Computers, Informatics, Nursing: CIN*, 37(3), 151-160. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000521>
- Nicklaus, J., Kusser, J., Zessin, J., & Amaya, M. (2015). Transforming education for electronic health record implementation. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 46(8), 359-363. <https://doi.org/10.3928/00220124-20150721-02>
- Nussbaum, D.P., Penne, K., Stinnett, S.S., Speicher, P.J., Cocieru, A., Blazer III, D.G., ... White, R.R. (2014). A standardized care plan is associated with shorter hospital length of stay in patients undergoing pancreaticoduodenectomy. *Journal of Surgical Research*, 193(1), 237-245. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2014.06.036>
- Olsson, P.T., Petersson, H., Willman, A., & Gardulf, A. (2009). Standardized care plans in Swedish health care: their quality and the extend to which they are used. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(4), 820-825. <https://doi.org/10.1111/j.1471.6712.2009.00687.x>
- Papastavrou, E., Andreou, P., & Vryonides, S. (2014). The hidden ethical element of nursing care rationing. *Nursing Ethics*, 21(5), 583-593. <https://doi.org/10.1177/0969733013513210>
- Papastavrou, E., Acaroglu, R., Sendir, M., Berg, A., Efstathiou, G., Idvall, E.,... Suhonen, R., (2015). The relationship between individualized care and the practice environment: An international study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 121-133. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.05.008>
- Papp, K.K., Huang, G.C., Lauzon-Clabo, L. M., Delva, D., Fisher, M., Konopasek, L.,... Gusic, M. (2014). Milestones of critical thinking: a developmental model for medicine and nursing. *Academic Medicine*, 89(5), 715-720. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000220>
- Páramo-Morales, D. (2015). La Teoría Fundamentada (Grounded Theory), metodología cualitativa de investigación científica. *Pensamiento y gestión*, 39. Universidad del Norte, 119-146.

- Pesut, D. J., & Herman, J. (1998). OPT: Transformation of nursing process for contemporary practice. *Nursing Outlook*, 46(1), 29-36. [https://doi.org/10.1016/s0029-6554\(98\)90022-7](https://doi.org/10.1016/s0029-6554(98)90022-7)
- Phaneuf, M. (1999). *La planificación de los cuidados enfermeros. Un sistema integrado y personalizado*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pöder, U., Fogelberg-Dahm, M., & Wadesten, B. (2011). Implementation of a multi-professional standardized care plan in electronic health records for the care of stroke patients. *Journal of Nursing Management*, 19(6), 810-819. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01220.x>
- Radwin, L.E., & Alster, K. (2002). Individualized nursing care: an empirically generated definition. *International nursing review*, 49(1), 54-63. <https://doi.org/10.1046/j.1466-7657.2002.00101.x>
- Ramós-Garzón, X. (2017). Reflexiones sobre el proceso de Enfermería. Desafío para estudiantes, docentes y profesionales de la práctica clínica. *Metas de Enfermería*, 20(6), 75-78.
- Rasooli, A. S., Zamanzadeh, V., Rahmani, A., & Shahbazpoor, M. (2013). Patients' point of view about nurses' support of individualized nursing care in training hospitals affiliated with University of Medical Sciences. *Journal of Caring Sciences*, 2(3), 203-209. <https://doi.org/10.5681/jcs.2013.025>
- Rettke, H., Pretto, M., Spichiger, E., Frei, I.A., & Spirig, R. (2018). Using reflexive thinking to establish rigour in qualitative research. *Nursing Research*, 67(6), 490-497. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000307>
- del Rincón, D., Arnal, J., Latorre, A., & Sans, A. (1995). *Técnicas de investigación en ciencias sociales*. Madrid, España: Dykinson.
- Rios-Jiménez, A.M., Artigas-Lage, M., Sancho-Gómez, M., Blanco-Aguilar, C., Acedo-Anta, M., Calvet Tort, G.,...Juvé-Udina, M.E. (2019). Lenguajes enfermeros estandarizados y planes de cuidados. Percepción de su empleo y utilidad en atención primaria. *Atención primaria*. [En prensa].

- Risling, T., Martinez, J., Young, J., & Thorp-Froslic, N. (2017). Evaluating patient empowerment in association with ehealth technology: scoping review. *Journal of Medical Internet Research*, 19(9), e329. <https://doi.org/10.2196/jmir.7809>
- Roca-Llobet, J. (2013). *El desarrollo del Pensamiento Crítico a través de diferentes metodologías docentes en el Grado en Enfermería* (Tesis doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Catalunya. Disponible en: [https://ddd.uab.cat/search?ln=ca&sc=1&p=El+desarrollo+del+Pensamiento+Cr%C3%ADtico+a+trav%C3%A9s+de+diferentes+metodolog%C3%ADas+docentes+en+el+Grado+en+Enfermer%C3%ADa&f=title&action\\_search=Cerca&c=artinf&c=jorcon&c=pubper&c=llicol&c=docrec&c=matdid&c=matcur&c=docgra&c=fonper](https://ddd.uab.cat/search?ln=ca&sc=1&p=El+desarrollo+del+Pensamiento+Cr%C3%ADtico+a+trav%C3%A9s+de+diferentes+metodolog%C3%ADas+docentes+en+el+Grado+en+Enfermer%C3%ADa&f=title&action_search=Cerca&c=artinf&c=jorcon&c=pubper&c=llicol&c=docrec&c=matdid&c=matcur&c=docgra&c=fonper)
- Rodrigues-Alves, A. (2007). *O significado do processo de enfermagem para enfermeiros: uma abordagem interacionista* (Tesis doctoral). Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, Ceará. Disponible en: [http://www.uece.br/cmacclis/dmdocuments/albertisa\\_rodrigues\\_alves.pdf](http://www.uece.br/cmacclis/dmdocuments/albertisa_rodrigues_alves.pdf)
- Rodrigues-Alves, A., Aires de Freitas-Lopes, C.H., & Bessa-Jorge, M.S. (2008). The meaning of the nursing process for nurses at intensive therapy units: an interactionist approach. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(4), 649-55. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342008000400006>
- Ronquillo, C., Currie, L. M., Rodney, P. (2016). The evolution of Data-Information-Knowledge-Wisdom in Nursing Informatics. *Advances in Nursing Science*, 39(1), E1-E18. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000107>
- Rose, P.M. (2016). Individualized Care in the Radiation Oncology Setting From the Patients' and Nurses' Perspectives. *Cancer Nursing*, 39(5), 411-22. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000332>
- Rouleau, G., Gagnon, M.P., Côte, J., Payne-Gagnon, J., Hudson, E., & Dubois, C.A., (2017). Impact of information and communication technologies on nursing care: results of an overview of systematic reviews. *Journal of Medical Internet Research*, 19(4), e122. <https://doi.org/10.2196/jmir.6686>

- Ruiz-Olabuénaga, J.I. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao, País Vasco: Universidad de Deusto.
- Safari, Y., & Yoosefpour, N. (2018). Data for professional socialization and professional commitment of nursing students – A case study: Kermanshah University of Medical Sciences, Iran. *Data in Brief*, 21, 2224-2229. <https://doi.org/10.1016/j.dib.2018.11.088>
- Sandelowski, M., Voils, C.I., & Knafl, G. (2009). On Quantitizing, *Journal of Mixed Methods Research*, 3(3), 208-222. <https://doi.org/10.1177/1558689809334210>
- Schatzman, L., & Strauss, A. (1973). *Field research. Strategies for a natural sociology*. New Jersey, NJ: Prentice-Hall Inc.
- Schwirian, P.M., & Thede, L.Q. (2011). Informatics: The standardized nursing terminologies: A national survey of nurses' experiences and attitudes-SURVEY I. *OJIN: The online journal of issues in nursing*, 16(2). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No02InfoCol01>. Recuperado de <http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-16-2011/No2-May-2011/Standardized-Nursing-Terminologies.html>.
- Scruth, E.A. (2014). Quality nursing documentation in the medical record. *Clinical Nurse Specialist*, 28(6), 312-314. <https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000085>
- Solà-Miravete, E., López, C., Martínez-Segura, E., Adell-Lleixà, M., Juvé-Udina, M.E., Lleixà-Fortuño, M. (2018). Nursing assessment as an effective tool for the identification of delirium risk in older in-patients: A case-control study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 345-354. <https://doi/10.1111/jocn.13921>
- Spradley, J. P. (1980). *Participant observation*. Orlando, FL: Harcourt College Publishers.
- Stevenson, J.E., Nilsson, G.C., Petersson, G. I., & Johansson, P.E. (2010). Nurses' experience of using electronic patient records in everyday practice in acute/inpatient ward settings: A literature review. *Health Informatics Journal*, 16(1), 63-72. <https://doi.org/10.1177/1460458209345901>

- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquía.
- Svensson, S., Ohlsson, K., & Wann-Hansson, C. (2012). Development and implementation of standardized care plan for carotid endarterectomy. *Journal of vascular nursing: official publication of the Society for Peripheral Vascular Nursing*, 30(2), 44-53. <https://doi.org/10.1016/j.jvn.2012.01.002>
- Tekin, F., & Findik, U.Y. (2015). Level of perception of individualized care and satisfaction with nursing in orthopaedic surgery patients. *Orthopaedic Nursing*, 34(6), 371-374. <https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000194>
- Thede, L., & Schwirian (2015). Informatics: The standardized nursing terminologies: A national survey of nurses' experiences and attitudes-SURVEY II: Evaluation of Standardized Nursing Terminologies. *OJIN: The online journal of issues in nursing*, 21(1). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol21No01InfoCol01>. Recuperado de <http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/Columns/Informatics/Survey-II-Evaluation-of-Standardized-Nursing-Terminologies.html>
- Then, K. L., Rankin, J. A., & Ali, E. (2014). Focus group research: What is it and how can it be used? *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(1), 16– 22.
- Thoroddsen, A., Ehnfors, M., & Ehrenberg, A. (2011). Content and completeness of care plans after implementation of standardized nursing terminologies and computerized records. *Computers, Informatics, Nursing: CIN*, 29(10), 599-607. <https://doi.org/10.1097/NCN.0b013e3182148c31>
- Toney-Butler, T.J., & Thayer, J.M. (2018). *Nursing Process*. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499937/#article-26037.s4>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>



- Törnvall, E., & Jansson, I. (2017). Preliminary evidence for the usefulness of standardized nursing terminologies in different fields of application: a literature review. *International Journal of Nursing Knowledge*, 28(2), 109-119. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12123>.
- Torrecilla-Cilleros, E. (2015). *Necesidad de registrar en la profesión enfermera*. (Trabajo de fin de grado). Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona, Cataluña. Disponible en: [https://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/252220/TFG\\_Estefan%C3%ADa\\_Torrecilla\\_Cilleros.pdf?sequence=1](https://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/252220/TFG_Estefan%C3%ADa_Torrecilla_Cilleros.pdf?sequence=1)
- Tower, M., Chaboyer, W., Green, Q., Dyer, K., & Wallis, M. (2012). Registered nurses' decision-making regarding documentation in patients' progress notes. *Journal of Clinical Nursing*, 21(19-20), 2917-2929. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04135.x>
- Traynor, M. (2015). Focus group research. *Nursing Standard*, 29(37), 44-48. <https://doi.org/10.7748/ns.29.37.44.e8822>
- Trent-Rosenbloom, S., Miller, R.A., Johnson, K.B., Elkin, P.L., & Brown, S.H. (2006). Interface terminologies: facilitating direct entry of clinical data into electronic health record systems. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 13(3), 277-288. <https://doi.org/10.1197/jamia.M1957>
- Tucker, A., & Fox, P. (2014). Evaluating nursing handover: the REED model. *Nursing Standard*, 28(20), 44-48. <https://doi.org/10.7748/ns2014.01.28.20.44.e7992>
- Turunen-Olsson, P., Petersson, H., Willman, A., & Gardulf, A. (2009). Standardized care plans in Swedish health care: their quality and the extent to which they are used. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(4), 820-825. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00687.x>
- Udod, S.A., & Racine, L. (2017). Empirical and pragmatic adequacy of grounded theory: Advancing nurse empowerment theory for nurses' practice. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 5224-5231. <https://doi.org/10.1111/jocn.13887>

- Uhm, J.Y., Young Lim, E., & Hyeong, J. (2018). The impact of standardized inter-department handover on nurses' perceptions and performance in Republic of Korea. *Journal of Nursing Management*, 26(8), 933-944. <https://doi.org/10.1111/jonm.12608>
- Valles, M. S. (2007). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Vryonides, S., Papastavrou, E., Charalambous, A., Andreou, P., Eleftheriou, C., & Merkouris, A. (2018). Ethical climate and missed nursing care in cancer care units. *Nursing Ethics*, 25(6), 707-723. <https://doi.org/10.1177/0969733016664979>
- Ward, T. D., & Morris, T. (2016). Think like a nurse: a critical thinking initiative. *The ABNF journal: official journal of the Association of Black Nursing Faculty in Higher Education, Inc*, 27(3), 64-66.
- Yu, P., Zhang, Y., Gong, Y., & Zhang, J. (2013). Unintended adverse consequences of introducing electronic health records in residential aged homes. *International Journal of Medical Informatics*, 82(9), 772-788. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2013.05.008>
- Yura, H., & Walsh, M.B. (1967). *The Nursing process; assessing, planning, implementing, and evaluating*. Washington, DC: Catholic University of America Press.
- Zuriguél-Pérez, E., Lluch-Canut, M.T., Falcó-Pegueroles, A., Puig-Llobet, M., Moreno-Arroyo, C., & Roldán-Merino, J. (2015). Critical thinking in nursing: scoping review of the literature. *International Journal of Nursing Practice*, 21(6), 820-830. <https://doi.org/10.1111/ijn.12347>
- Zuriguél-Pérez, E. (2016). *Evaluación del pensamiento crítico en enfermería: construcción de un cuestionario basado en el modelo circular de Alfaró-LeFevre* (Tesis doctoral). Universitat de Barcelona, Barcelona, Cataluña. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/102257>

Zuriguel-Pérez, E., Falcó-Pegueroles, A., Roldán-Merino, J., Agustino-Rodríguez, S., Gómez-Martín, M.C., & Lluch-Canut, M.T. (2017). Development and Psychometric Properties of the Nursing Critical Thinking in Clinical Practice Questionnaire. *Worldviews Evidence-Based Nursing*, 14(4), 257–64. <https://doi.org/10.1111/wvn.12220>

Zuriguel-Pérez, E., Lluch-Canut, M.T., Agustino-Rodríguez, S., Gómez-Martín, M.C., Roldán-Merino, J., & Falcó-Pegueroles, A. (2018). Critical thinking: A comparative analysis between nurse managers and registered nurses. *Journal of Nursing Management*, 26(8), 1083-1090. <https://doi.org/10.1111/jonm.12640>

Zuriguel-Pérez, E., Falcó-Pegueroles, A., Agustino-Rodríguez, S., Gómez-Martín, M.C., Roldán-Merino, J., & Lluch-Canut, M.T. (2019). Clinical nurses's critical thinking level according to sociodemographic and professional variables (Phase II): a correlational study. *Nurse Education in Practice*, 41, 102649. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.102649>

# Capítulo 9

## Anexos

*“A 30.000\$ electronic medical record system is like a 30.000\$ grand piano. Whether you play the equivalent of Beethoven’s “Moonlight” sonata or “Chopsticks” depends on your level of training”*

Robert Lowes (1964- ).

Ex-editor senior de Medical Economics Magazine

Periodista de Medscape Medical News



### Anexo 3.1 COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

#### COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
<b>Domain 1: Research team and reflexivity</b>			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	68
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	68
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	68,70
Gender	4	Was the researcher male or female?	68,70
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	68,70
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	68
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	68
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	68
<b>Domain 2: Study design</b>			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	65-66
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	67
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	67-68
Sample size	12	How many participants were in the study?	79
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	79
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	66-69
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	68
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	80
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	70-71
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	68
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	68,70
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	68,70
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	68-69
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	72
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	68,70

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
		correction?	
<b>Domain 3: analysis and findings</b>			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	71
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	anex4.1,4.3,4.4
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	79
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	72
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	74
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	81 -117
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	81 -117
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	81 -117
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	81 -117

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

**Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.**

### Anexo 3.2 Datos sociodemográficos de los participantes

#### CÓDIGO:

#### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS PARTICIPANTES

**Edad:**

**Género:**  Mujer

Hombre

**Más de 6 meses de trabajo en la unidad actual:**  Sí  No

**Trabajas con PCE electrónicos:**  Sí  No

**Hospital:**  HUGTiP

**Unidad:**  Médica

HUB

Quirúrgica

HV

Médico - quirúrgica

**Tipo de contrato:**

**Horas semanales de trabajo:**

**Turno de trabajo:**

Fijo

Tiempo completo 40h/sem

Mañana

Interino

Tiempo parcial < 40h/sem

Tarde

Eventual

Noche

**Tiempo experiencia en hospital:**

**Tiempo experiencia con PCE electrónicos:**

**Experiencia PCE en papel**

De 6 meses a 10 años

De 6 meses a 2 años

Sí

11 años o más

3 años o más

No

18 años o más

25 años o más



### Anexo 3.3 Guion inicial de las entrevistas

#### GUION INICIAL DE LAS ENTREVISTAS

1. Primer objetivo específico

- a) ¿Qué entiendes por individualización del PCE?
- b) ¿Cómo realizas la individualización del PCE?
- c) ¿Qué pasos realizas en el SIA para individualizar el PCE?

2. Segundo objetivo específico

- a) ¿Cómo piensas que el hospital dificulta o contribuye a que trabajes con PC?
- b) ¿Qué opinas de los PCE, la terminología ATIC y de la individualización?
- c) ¿Te sientes motivado para trabajar con PC?

3. Tercer objetivo específico

- a) ¿Cómo y para qué utilizas el PC en tu práctica clínica diaria?
- b) ¿Cómo te sientes ante la individualización del PCE?

### **Anexo 3.4** Guion de la observación participante

#### **Temas de interés:**

- a. Método utilizado en la individualización del plan de cuidados
- b. De dónde se obtiene la información para saber qué Plan de Cuidados Estandarizado (PCE) es el adecuado al paciente en un ingreso
- c. Cómo solucionan las dudas que tienen cuando quieren insertar un PCE o algún elemento en un plan
- d. Interrupciones durante el periodo de registro de los planes
- e. Sala específica para registrar los cuidados del Hospital Universitari de Bellvitge, denominada “Sala Terapéutica”
- f. Si se comentan aspectos referentes al plan de cuidados en el cambio de turno
- g. Qué lenguaje utilizan durante el cambio de turno
- h. Plantillas y anotaciones realizadas durante el cambio de turno (HUB imprimen datos de cabecera y hacen anotaciones (Neumología)). Hacer fotos.
- i. Consulta del plan de cuidados o evolutivo al inicio del turno
- j. HUB neumología: impresión de datos de cabecera y toma de notas durante el parte en estas hojas
- k. Observación del paciente / “hojeada” al inicio del turno para saber su estado y los dispositivos que lleva
- l. En los ingresos en que se basan para seleccionar el plan de cuidados. (diagnóstico médico y/o valoración del paciente). La valoración la hacen según la entrevista y exploración del enfermo o la rellenan a partir de los datos registrados por el médico.

### Anexo 3.5 Plantilla para el análisis de documentos

#### PLANTILLA ANÁLISIS DE DOCUMENTOS

Fecha recogida de datos:

Nº de documento:

Turno ingreso:

Género:

Fecha de registro:

NHC:

Edad paciente:

Episodio:

1.	<b>Hospital</b>
2.	<b>Unidad</b>
3.	<b>Tipo documento</b>
4.	<b>Selección del PCE según el motivo de ingreso</b> Motivo: PCE:
5.	<b>Nivel de individualización del plan de cuidados (seleccionar, eliminar, añadir y modificar programación horaria)</b> Seleccionar: Eliminar: Añadir: Programar:
6.	<b>Motivos de ingreso en los que hay más de un PCE seleccionado</b>
7.	<b>Los pacientes trasladados de otras unidades que utilizan PCE electrónicos, tienen seleccionado el PCE adecuado según el motivo de ingreso</b>

8.	<b>Momento en el que a los pacientes quirúrgicos se les inserta el PCE postquirúrgico correspondiente (antes o después de la llegada a la unidad)</b>
9.	<b>Sincronía entre el registro de la fase de reacondicionamiento a la actividad entre el plan de cuidados y el curso clínico</b> Plan: Curso clínico: Prescripciones no farmacológicas:
10.	<b>Sincronía entre el registro del grado de autonomía en el uso del WC entre el plan de cuidados y el curso clínico</b> Plan: Curso clínico:
11.	<b>Sincronía entre el registro del grado de autonomía de las AVD entre el plan de cuidados y el curso clínico (excepto Uso del WC)</b> Plan: Curso clínico:
12.	<b>Sincronía entre el registro de dispositivos para administrar oxígeno entre el plan de cuidados y el curso clínico / variables clínicas</b>
13.	<b>Sincronía entre el registro de drenajes entre el plan de cuidados y el curso clínico / variables clínicas</b>

14.	<b>Manera de registrar las complicaciones del paciente (curso clínico vs plan de cuidados)</b>
-----	--

**Observaciones:**

## Anexo 3.6 Guion del grupo focal

### GUION DE DESARROLLO DEL GRUPO FOCAL

#### 3º OBJETIVO

- Me gustaría saber qué pensáis sobre los PC
- ¿Para qué sirve el PC?
- Cuando estáis trabajando ¿Cómo sabéis los cuidados que precisan los pacientes?
- Cómo se dan el comunicado oral
- En qué momento de la jornada laboral utilizan el PC y para qué
- ¿Las enfermeras tienen predisposición para individualizar?
- Cuando un PC no está individualizado ¿cómo os sentís?

#### 1º OBJETIVO

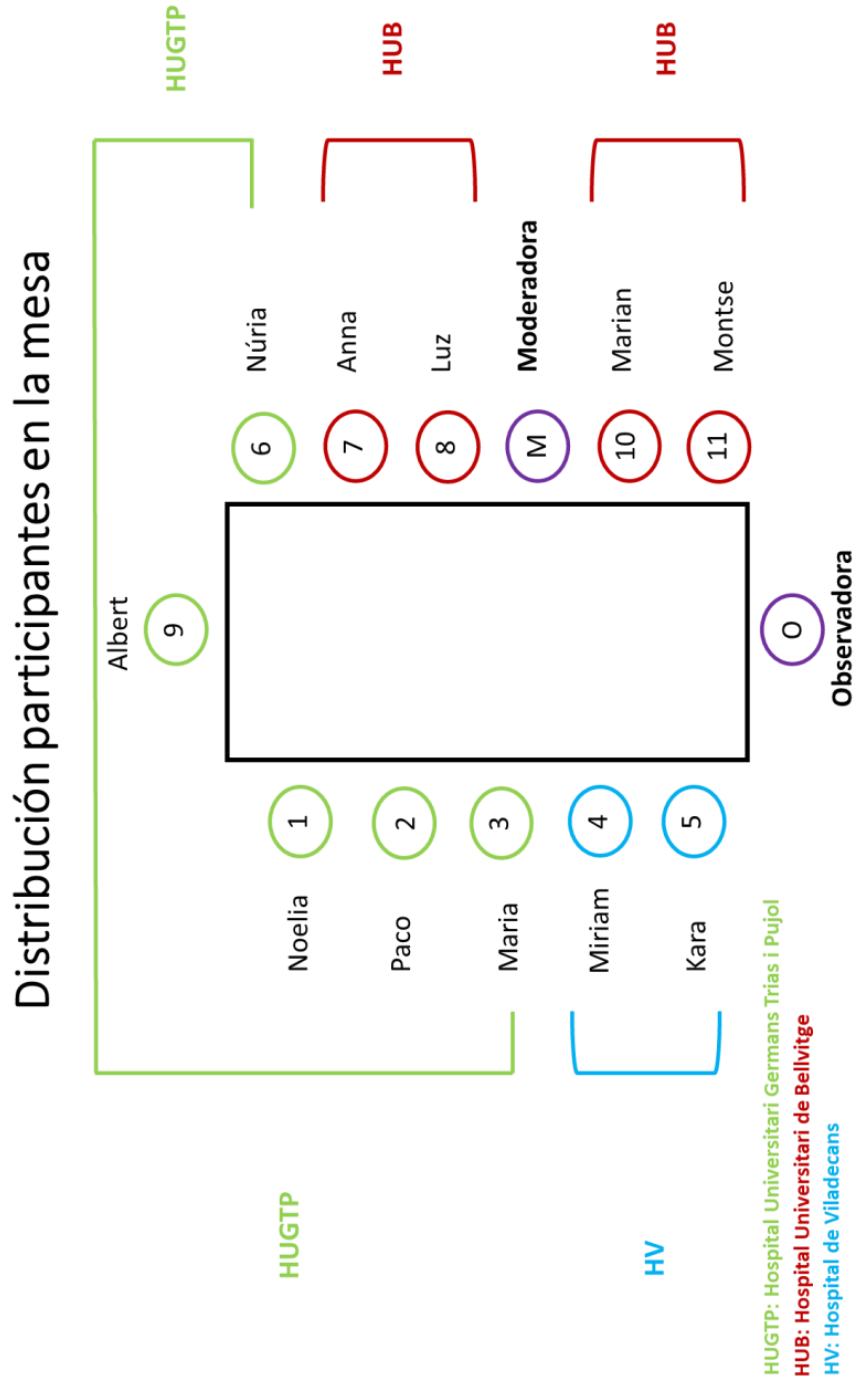
- ¿Qué entendéis por individualización del PCE?
- ¿En base a qué decidís cuál es el PCE adecuado para un paciente?
- Cuando tenéis un ingreso de dónde obtenéis la información para saber el PC que hay que ponerle al paciente
- ¿Una vez está el PCE cargado, priorizáis los problemas o intervenciones de alguna manera?
- ¿Qué pasos hacen en el SIA para hacer esta priorización?
- ¿Qué pasos hacéis en el SIA para hacer esta individualización?

#### 2º OBJETIVO

- ¿Los PCE facilitan el trabajar con PC? ¿Qué opináis del lenguaje que utilizamos? ¿Facilita la individualización?
- Cuando tenéis dudas del PCE adecuado o no encontráis alguna intervención ¿Qué hacéis?

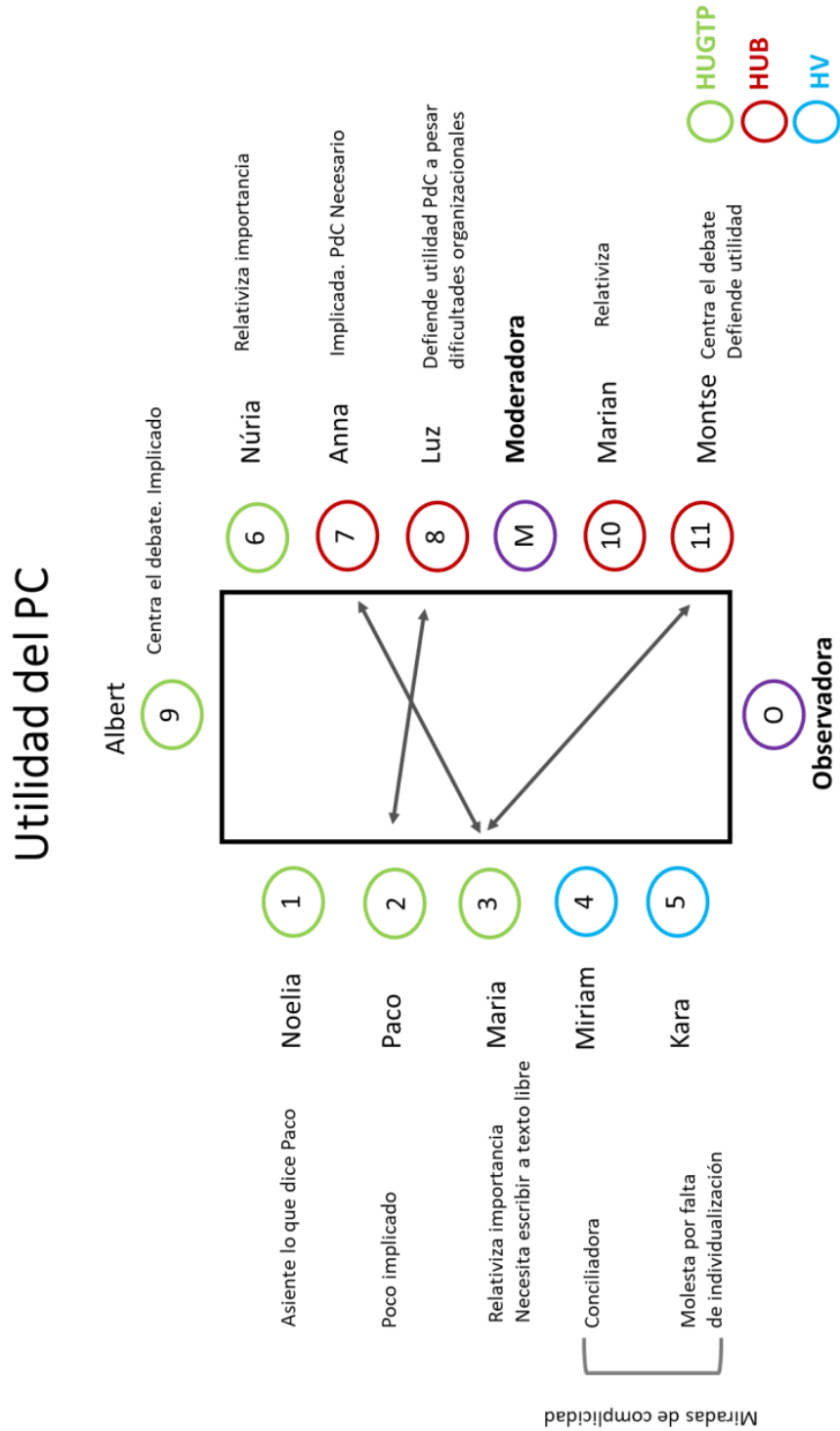
- Los conocimientos adquiridos en la universidad o cursos hospital ¿facilitan la individualización?
- Expertía de la enfermera ¿Cómo influye?
- ¿Tenéis tiempo suficiente para individualizar?
- ¿Pensáis que os pueden faltar conocimientos?
- ¿Cómo registráis las complicaciones de un paciente?
- ¿En qué casos tenéis dudas de qué PCE seleccionar?
- ¿Alguna cosa más os dificulta la individualización del PC?

**Anexo 3.7** Diagrama de la observadora del grupo focal: distribución de los participantes en la mesa

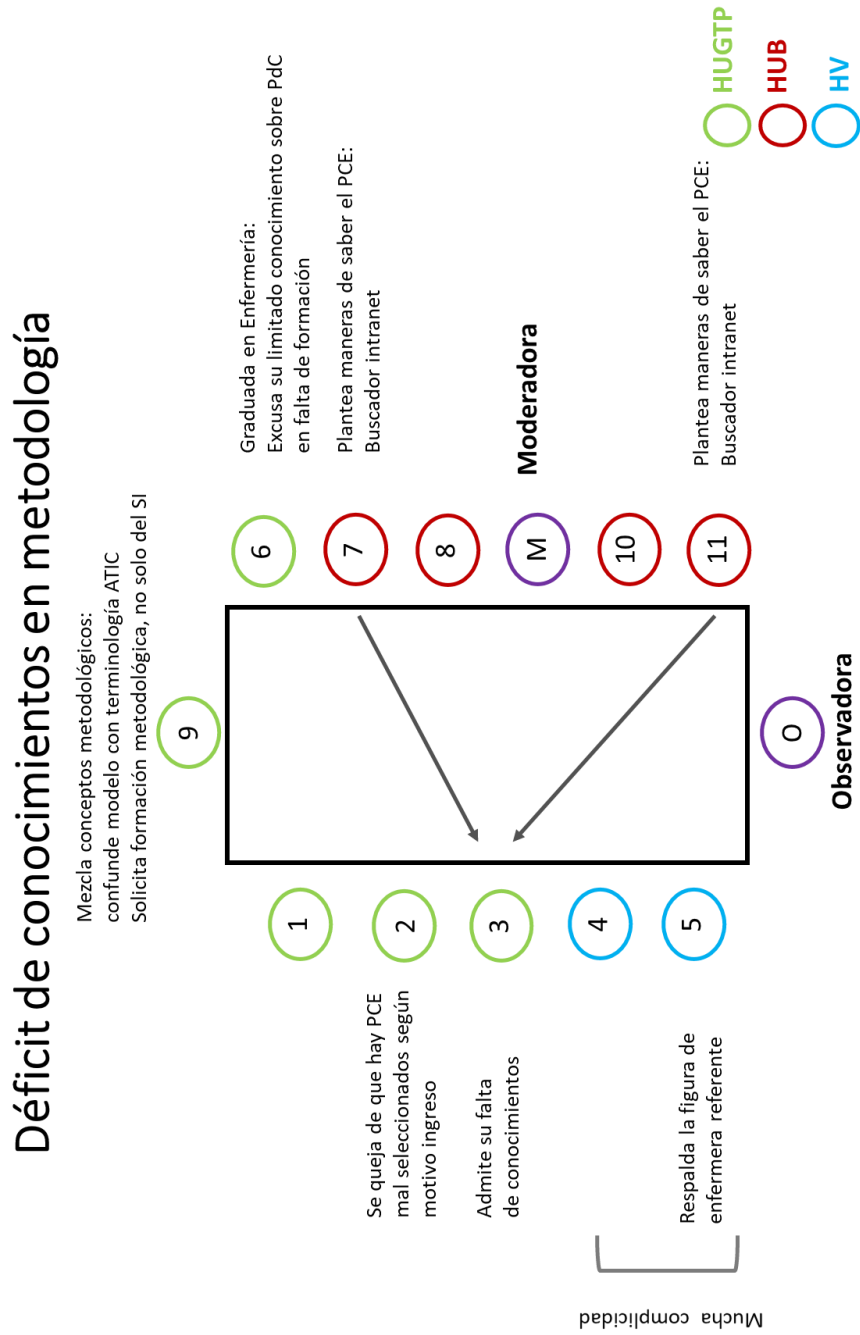




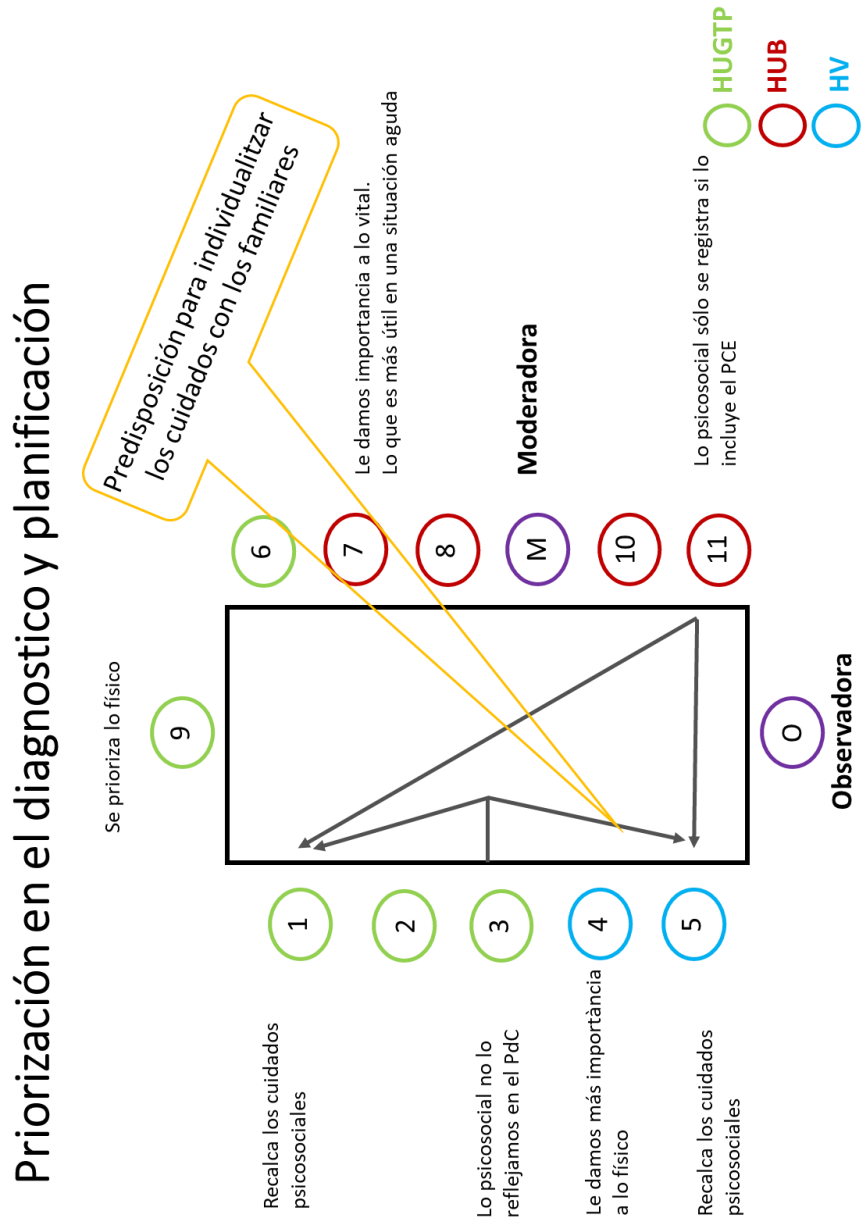
Anexo 3.8 Diagrama de la observadora del grupo focal: utilidad del PC



**Anexo 3.9** Diagrama de la observadora del grupo focal: déficit de conocimientos en metodología



**Anexo 3.10** Diagrama de la observadora del grupo focal: priorización en el diagnóstico y planificación



**Anexo 3.11 Nursing Critical Thinking in Clinical Practice Questionnaire (N-CT-4 Practice)**

## **Cuestionario de evaluación del Pensamiento Crítico en el ámbito clínico (CuePC-AC)**

© Esperanza Zuriguel Pérez(2015)

En el Cuestionario de evaluación del Pensamiento Crítico en el ámbito clínico, se detallan una serie de comportamientos característicos de su actividad diaria.

Por favor conteste sinceramente a TODAS las preguntas, teniendo en cuenta que esta información no se utilizará para otros fines distintos a la de esta investigación y que NO EXISTEN RESPUESTAS MEJORES NI PEORES.

### **Instrucciones para contestar el cuestionario**

---

Marque con una "X" la opción que mejor describa la frecuencia en que se manifiesta el comportamiento descrito en cada afirmación, en su ámbito clínico.

### **Bloque I. Dimensión personal**

---

**1. Reconozco mis propias emociones.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

**2. Conozco mis puntos fuertes y debilidades.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

**3. Demuestro mis sentimientos a los demás.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

4. **Soy fiel a mis principios y valores.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

5. **Sé ponerme en el lugar de otra persona para comprenderla.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

6. **Me resulta fácil saber cómo se sienten los demás.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

7. **Indago sobre respuestas alternativas cuando encuentro una que no me satisface.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

8. **Soy capaz de identificar el momento y la situación de manifestarme de manera constructiva y crítica.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

9. **Cuando poseo cualquier información, trato de interpretarla bien antes de manifestar alguna conclusión.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca  
 Algunas veces (menos de la mitad de las veces)  
 Frecuentemente (más de la mitad de las veces)  
 Siempre o Casi Siempre

10. **Antes de actuar reflexiono sobre las ventajas y desventajas de mi decisión.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca  
 Algunas veces (menos de la mitad de las veces)  
 Frecuentemente (más de la mitad de las veces)  
 Siempre o Casi Siempre

11. **Pienso antes de actuar.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca  
 Algunas veces (menos de la mitad de las veces)  
 Frecuentemente (más de la mitad de las veces)  
 Siempre o Casi Siempre

12. **Actúo razonando de una manera secuencial y racional.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca  
 Algunas veces (menos de la mitad de las veces)  
 Frecuentemente (más de la mitad de las veces)  
 Siempre o Casi Siempre

13. **Reconozco cuando actúo de manera intuitiva.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca  
 Algunas veces (menos de la mitad de las veces)  
 Frecuentemente (más de la mitad de las veces)  
 Siempre o Casi Siempre

14. **Creo en mí mismo y en los demás y actúo en consecuencia.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca  
 Algunas veces (menos de la mitad de las veces)  
 Frecuentemente (más de la mitad de las veces)  
 Siempre o Casi Siempre

15. **Veo los problemas como retos a superar y no como amenazas.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

16. **Considero que mi manera de actuar es firme.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

17. **Mi comportamiento es firme.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

18. **Empiezo y completo tareas de manera autónoma.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

19. **Soy responsable de mis propios actos.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

20. **Me considero una persona minuciosa en los actos.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

21. **Me considero una persona prudente en mis actuaciones.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

22. **Acepto que existan distintas formas de posicionarse en la vida.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

23. **Tomo las decisiones con objetividad.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

24. **Acepto diferentes formas de respuestas culturales de las personas.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

25. **Busco soluciones reales a los problemas.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

26. **Busco soluciones adecuadas a cada situación.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre



27. **Me anticipo a las consecuencias.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

28. **Creo oportunidades de mejora y apporto innovación.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

29. **Actúo cuando tengo oportunidad de hacerlo.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

30. **Me mantengo firme a mis valores frente a la oposición de otras personas.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

31. **Cuanto mayor sea la posibilidad de fracasar en algo, más dispuesto estoy en seguir adelante.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

32. **Sé esperar para conseguir un objetivo.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

33. **Me considero persistente en mis objetivos.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

34. **No impongo mis pensamientos y me encuentro en disposición de cambiar.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

35. **Me considero una persona con un estilo de vida saludable.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

36. **Promuevo actitudes de estilos de vida saludables hacia los demás.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

37. **Busco automejora en la forma de pensar.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

38. **Promuevo la salud de los pacientes.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

39. **Promuevo acciones de mejora en la organización en cuanto a seguridad y calidad.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

## **Bloque 2. Dimensión intelectual**

---

40. **Dispongo de los conocimientos científicos necesarios para el ejercicio de mi práctica profesional.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

41. **Dispongo de conocimientos teóricos suficientes sobre metodología enfermera para aplicarla en mi práctica profesional.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

42. **Dispongo de los conocimientos que me permiten abordar los aspectos psicosociales de la persona.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

43. **Aplico los conocimientos que se derivan de la evidencia científica en la prestación de cuidados.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

44. **Soy capaz de comunicarme de forma eficaz.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

45. **Cumplimiento los registros de enfermería de manera completa y rigurosa.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

46. **Considero que las personas a quien cuido son iguales a pesar de las diferencias sociales o culturales.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

47. **Proporciono cuidados seguros, competentes y compasivos.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

48. **Desarrollo una práctica profesional fundamentada en el respeto de los derechos del paciente.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

49. **Preservo la intimidad y confidencialidad del paciente.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

50. **Tengo capacidad de compromiso para materializar los valores de la profesión.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

51. **Realizo actividades para la prevención de riesgos del paciente.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

52. **Procuro un entorno de trabajo seguro.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

53. **Escojo entre diferentes alternativas, valorando las consecuencias de las mismas.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

54. **Utilizo estrategias para favorecer la participación del paciente y familia/cuidador en las decisiones sobre su proceso de salud.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

55. **Realizo una valoración sistemática, organizada, para descubrir toda la información necesaria para identificar los problemas de salud.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca  
 Algunas veces (menos de la mitad de las veces)  
 Frecuentemente (más de la mitad de las veces)  
 Siempre o Casi Siempre

56. **Obtengo los datos clave para determinar los factores que pueden influir en los cuidados del paciente.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca  
 Algunas veces (menos de la mitad de las veces)  
 Frecuentemente (más de la mitad de las veces)  
 Siempre o Casi Siempre

57. **Detecto que signos o síntomas del paciente están dentro de los límites de normalidad y cuáles no.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca  
 Algunas veces (menos de la mitad de las veces)  
 Frecuentemente (más de la mitad de las veces)  
 Siempre o Casi Siempre

58. **Decido cuando los datos fuera de los límites de normalidad pueden ser signos o síntomas de problemas específicos.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca  
 Algunas veces (menos de la mitad de las veces)  
 Frecuentemente (más de la mitad de las veces)  
 Siempre o Casi Siempre

59. **Identifico que información es relevante para comprender un problema de salud específico.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca  
 Algunas veces (menos de la mitad de las veces)  
 Frecuentemente (más de la mitad de las veces)  
 Siempre o Casi Siempre

60. **Comparo lo que dice el paciente (datos subjetivos) con lo que observo (datos objetivos).**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

61. **Reconozco cuando los datos objetivos y subjetivos se contradicen entre sí.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

62. **Analizo los datos e identifico posibles omisiones.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

63. **Busco la información necesaria, en el caso de que ésta no esté completa, para comprender una situación clínica.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

64. **De acuerdo con los datos recogidos, identifico los problemas reales y/o potenciales del paciente.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

65. **Determino las causas o los factores relacionados de los problemas.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

66. **Identifico que resultados espero observar en el paciente tras el proceso de cuidados.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

67. **Priorizo las actuaciones a realizar en función de la situación de cada paciente.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

68. **Considero al paciente y/o familia/cuidador como elemento central a la hora de tomar decisiones sobre el manejo de su salud.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

69. **Determino las intervenciones apropiadas para lograr los resultados esperados.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre



70. **Individualizo las intervenciones y actividades enfermeras para prevenir y controlar los problemas.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

71. **Reconozco cuando aparecen cambios relevantes en el estado del paciente.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

72. **Interpreto los signos y síntomas indicativos de complicaciones del estado del paciente.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

73. **Me anticipo a la aparición de una complicación del paciente, aplicando medidas preventivas.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

74. **Modifico el plan de cuidados o el plan terapéutico según el estado del paciente.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

75. **Realizo acciones para la promoción de la salud de los pacientes y/o familia/cuidador.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

76. **Educo al paciente en la prevención de complicaciones de su salud.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

77. **Sé diferenciar los conflictos éticos de los que no lo son.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

78. **Utilizo los recursos de información documentales de una manera crítica.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

79. **Utilizo los recursos de información documentales como apoyo a mi práctica clínica.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

80. **Conozco cuales son mis principales habilidades utilizadas para alcanzar lo que me propongo.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca  
 Algunas veces (menos de la mitad de las veces)  
 Frecuentemente (más de la mitad de las veces)  
 Siempre o Casi Siempre

81. **Cuando incorporo un aprendizaje nuevo, trato de descubrir como he llegado a aprenderlo.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca  
 Algunas veces (menos de la mitad de las veces)  
 Frecuentemente (más de la mitad de las veces)  
 Siempre o Casi Siempre

82. **Cuando necesito aprender algo conozco cuales son las acciones más adecuadas para lograrlo.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca  
 Algunas veces (menos de la mitad de las veces)  
 Frecuentemente (más de la mitad de las veces)  
 Siempre o Casi Siempre

83. **Comparto la misión, la visión y los valores de mi organización.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca  
 Algunas veces (menos de la mitad de las veces)  
 Frecuentemente (más de la mitad de las veces)  
 Siempre o Casi Siempre

### **Bloque 3: Dimensión interpersonal**

---

84. **Adecuo la información a las necesidades y capacidades del paciente.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca  
 Algunas veces (menos de la mitad de las veces)  
 Frecuentemente (más de la mitad de las veces)  
 Siempre o Casi Siempre

85. **Ofrezco soporte emocional al paciente y/o familia/cuidador.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

86. **Defiendo los derechos de los pacientes y su familia/cuidador.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

87. **Utilizo estrategias para favorecer el empoderamiento (refuerzo de sus capacidades, implicación) del paciente o familia/cuidador en su proceso de cuidados.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

88. **Aplico estrategias para resolver conflictos derivados de las relaciones con el paciente i/o familia/cuidador, en caso necesario.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

89. **Defiendo los derechos del equipo profesional.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

90. **Utilizo estrategias para favorecer el empoderamiento de los miembros del equipo profesional.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

91. **Utilizo estrategias para resolver conflictos derivados de las relaciones profesionales.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

92. **Me adapto a los cambios organizacionales de mi entorno laboral.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

93. **Facilito la adaptación al cambio organizacional de los miembros del equipo laboral.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

94. **Intercambio mis experiencias, con el equipo de enfermería, para lograr objetivos comunes.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

95. **Intercambio mis experiencias, con otros profesionales, para lograr objetivos comunes.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

96. **Gestiono el tiempo de manera óptima.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

97. **Utilizo estrategias (fijar prioridades, organizar el tiempo, organizar el entorno de trabajo) para gestionar el tiempo.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

98. **Utilizo la crítica para proponer nuevas soluciones a los problemas planteados.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

99. **Delego las actividades de acuerdo con los conocimientos, habilidades y capacidades de quien ha de realizar la tarea.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

100. **Realizo el seguimiento de las actividades delegadas.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

101. **Influyo positivamente en los demás miembros del equipo profesional para contribuir a que alcancen los objetivos propuestos.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

102. **Soy capaz de dirigir a un grupo profesional para conseguir los objetivos.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

103. **Fomento un entorno de trabajo saludable.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

## **Bloque 4: Dimensión técnica**

---

104. **Ante una duda clínica sé localizar información de calidad en las bases de datos científicas.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca
- Algunas veces (menos de la mitad de las veces)
- Frecuentemente (más de la mitad de las veces)
- Siempre o Casi Siempre

105. **Dispongo de habilidades en el uso de las tecnologías de la información y de la comunicación que me permiten dar resultados óptimos a los requerimientos profesionales.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca  
 Algunas veces (menos de la mitad de las veces)  
 Frecuentemente (más de la mitad de las veces)  
 Siempre o Casi Siempre

106. **Realizo de forma adecuada las técnicas y/o procedimientos necesarios, dependiendo de la complejidad del paciente.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca  
 Algunas veces (menos de la mitad de las veces)  
 Frecuentemente (más de la mitad de las veces)  
 Siempre o Casi Siempre

107. **Adecuo el procedimiento al contexto de realización.**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca  
 Algunas veces (menos de la mitad de las veces)  
 Frecuentemente (más de la mitad de las veces)  
 Siempre o Casi Siempre

108. **Administro de manera segura los medicamentos (interpretación de dosis, preparación y manejo de los dispositivos de administración).**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca  
 Algunas veces (menos de la mitad de las veces)  
 Frecuentemente (más de la mitad de las veces)  
 Siempre o Casi Siempre

109. **Realizo correctamente los cuidados asociados a la administración de medicamentos (valorar la respuesta terapéutica o realizar los controles previos o posteriores necesarios).**

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca o Casi Nunca  
 Algunas veces (menos de la mitad de las veces)  
 Frecuentemente (más de la mitad de las veces)  
 Siempre o Casi Siempre

---

Con la tecnología de



### **Anexo 3.12** Autorización cuestionario (*N-CT-4 Practice*)

Esperanza Zuriguel Pérez, autora del cuestionario Nursing Critical Thinking in Clinical Practice (N-CT-4 Practice),

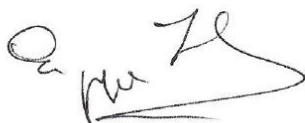
autoriza a

Mònica Castellà Creus a utilizar dicho cuestionario exclusivamente para su uso en el trabajo de investigación relacionado con su Tesis Doctoral, que lleva por título:

#### **Proceso de individualización del**

#### **Plan de Cuidados Estandarizado en unidades de hospitalización de agudos**

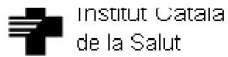
Y para que así conste a estos efectos



Dra. Esperanza Zuriguel Pérez

Barcelona, 10 de noviembre de 2014

## **Anexo 3.13** Cuestionario de evaluación de competencias para enfermeras asistenciales en el ámbito hospitalario (COM-VA)



### **COM-VA Qüestionari d'avaluació de competències per a infermeres assistencials a l'àmbit hospitalari**

---

#### **INSTRUCCIONS**

---

#### **Avaluació de competències COM-VA**

El projecte COM VA inclou la definició i avaluació de competències de les infermeres i altres diplomats sanitaris.

En el projecte de definició de competències han participat més de 500 infermeres dels hospitals de l'ICS.

A partir de la definició, s'han construït les eines d'avaluació que contenen els 6 dominis competencials i els 30 elements competencials amb els seus corresponents criteris d'avaluació/conductes a valorar.

L'instrument COM VA d'avaluació ha estat sotmès a un procés de validació de les propietats psicomètriques per garantir que l'instrument és viable, vàlid i fiable.

#### **Com s'utilitza l'instrument?**

L'eina és molt fàcil d'utilitzar.

Cal puntuar cada element competencial en una escala de 0 a 10 (sent 0 molt deficient i 10 excel·lent), tenint en compte la conducta o execució habitual de la persona avaluada.

En la següent pàgina comença el qüestionari.

**COM-VA Qüestionari d'avaluació de competències per a infermeres assistencials a l'àmbit hospitalari**

**Competència 1 COM-VA. TENIR CURA**

Codi	Element Competencial	Criteris d'avaluació / Conductes a valorar	Puntuació
1	Establir una relació terapèutica i ser present.	Empatia. Actitud d'ajuda. Cordialitat i tracte amable. Escolta activa. Accessibilitat i disponibilitat. Transmet tranquil·litat. Inspira	
2	Adequar les actuacions als principis bioètics.	Beneficència: Procura el benestar. Justícia: No fa diferències per raó d'edat, sexe, ètnia, religió o capacitats (discriminació positiva) Autonomia: Implica el pacient en la presa de decisions.	
3	Preservar la dignitat, la confidencialitat i la intimitat, malgrat les limitacions estructurals i	Discreció. Manté la privacitat de la informació personal i clínica (verbal i escrita). Actua protegint la privacitat física i emocional del malalt. És mostra respectuós amb la situació del malalt.	
4	Suplir, ajudar o supervisar al malalt en la realització d'activitats que contribueixen a mantenir o millorar el seu estat de salut (o a una mort digna).	Afavoreix la participació del malalt/família en l'autocura. Es sensible a les necessitats. Orienta les actuacions cap a la independència del pacient.	
5	Proporcionar informació i suport emocional.	Adequa la informació a les necessitats i capacitats del malalt. S'expressa clarament amb un llenguatge a l'abast del pacient. Transmet optimisme. Dóna ànims, evitant seguretats prematures. Canalitza l'expressió	

**Puntuació**

0, 1 o 2	Execució molt deficient.
3 o 4	Execució insuficient. Requereix supervisió i/o ajuda constant.
5	Execució mínima acceptable. Pot requerir ajuda ocasional.
6 o 7	Execució autònoma, correcte.
8 o 9	Execució molt bona.
10	Execució excel·lent, molt destacada.

**Execució fa referència a l'actuació/conducta habitual; la forma de fer natural, quotidiana del professional**

© ICS. Tots els drets reservats.

© Els instruments COM-VA i COM-VAs i de la resta de material relacionat al projecte de Definició i avaluació de competències, poden reproduir-se per a finalitats públiques no comercials, com activitats docents o de recerca, especificant l'autoria. L'ús d'aquest materials o qualsevol de les seves parts amb altres finalitats requereix l'autorització de l'Institut Català de la Salut.

**COM-VA Qüestionari d'avaluació de competències per a infermeres assistencials a l'àmbit hospitalari**

**Competència 2 COM-VA. VALORAR, DIAGNOSTICAR I ABORDAR SITUACIONS CANVIANTS**

Codi	Element Competencial	Criteris d'avaluació / Conductes a valorar	Puntuació
1	Identificar l'estat basal del malalt i planifica les cures adients	Realitza la valoració inicial, identifica els problemes principals que se'n deriven i pauta les cures adients. Situació: ingrés o primer contacte	
2	Identificar canvis significatius en l'estat del malalt i actua en conseqüència	Coneix l'estat del pacient i reconeix noves manifestacions. Contrasta i analitza la informació prèvia amb la valoració actual. Actua o planifica l'actuació en concordança amb la nova situació. Situació: evolució, el malalt presenta signes o símptomes nous	
3	Identificar precoçment senyals d'alarma: previsió de complicacions abans de que es confirmin clarament les	Sap interpretar signes inespecífics i anticipar l'inici d'una complicació. Detecta precoçment i s'anticipa al problema. Intensificant la vigilància i iniciant accions correctores i/o preventives. Ràpidesa i seguretat de criteri. Situació: el malalt es troba en les fases més	
4	Identificar i executar correctament i a temps, actuacions en casos d'extrema urgència amb risc per la vida del malalt o en el cas d'una crisi o complicació greu sobtada, fins a l'arribada del metge	Valora i identifica la gravetat de la complicació. Aplica el protocol d'actuació urgent correctament adaptat al pacient. Actua coordinant-se amb la resta de professionals. Situació: complicació greu amb risc vital ; situació d'emergència (un malalt)	
5	Preparar amb antelació i abordar de forma ordenada i eficient el desenvolupament de situacions greus o d'alta intensitat de cures quasi-simultànies o "en	Preveu i prioritza les actuacions en situacions de pic de pressió assistencial. S'organitza adequadament el temps i es coordina amb els altres, actuant com a líder en cas necessari. Actua de forma ràpida i eficaç (aplicació protocol d'actuació urgent si escau). Situació: Pic de pressió assistencial o situació d'urgència (varis malalts)	

**Puntuació**

0, 1 o 2	Execució molt deficient.
3 o 4	Execució insuficient. Requereix supervisió i/o ajuda constant.
5	Execució mínima acceptable. Pot requerir ajuda ocasional.
6 o 7	Execució autònoma, correcte.
8 o 9	Execució molt bona.
10	Execució excel·lent, molt destacada.

**Execució fa referència a l'actuació/conducta habitual; la forma de fer natural, quotidiana del professional**

© ICS. Tots els drets reservats.

© Els instruments COM-VA i COM-VAs i de la resta de material relacionat al projecte de Definició i avaluació de competències, poden reproduir-se per a finalitats públiques no comercials, com activitats docents o de recerca, especificant l'autoria. L'ús d'aquests materials o qualsevol de les seves parts amb altres finalitats requereix l'autorització de l'Institut Català de la Salut.

**COM-VA Qüestionari d'avaluació de competències per a infermeres assistencials a l'àmbit hospitalari**
**Competència 3 COM-VA. AJUDAR EL PACIENT A COMPLIR AMB EL TRACTAMENT I FER-LO PARTÍCIPI**

Codi	Element Competencial	Criteris d'avaluació / Conductes a valorar	Puntuació
1	Realitzar de forma adequada procediments bàsics	Informació (si cal). Asèpsia. Col·laboració del malalt. Privacitat. Organització. Ús adequat del material. Realització correcta de la tècnica o de la intervenció terapèutica Procediments bàsics: Catèter venós perifèric, constants vitals, extracció de sang venosa, ECG, higiene, cura tòpica, irrigació de ferida, retirar sutura, glicèmia capil·lar, estat mental, embenat, balanç, exercicis respiratoris, sedestació, educació	
2	Realitzar de forma adequada procediments complexos	Informació (si cal). Asèpsia. Col·laboració del malalt. Privacitat. Organització. Ús adequat del material. Realització correcta de la tècnica o de la intervenció terapèutica Procediments complexos: Cura ferida oberta/infectada, cura ferida+fístula, cura UPP grau III, Drum, reconducció d'emocions, gasometria arterial; suport a l'afrontament, cures traqueotòmies, RCP, col·laboració en procediments	
3	Realitzar de forma adequada procediments d'alta complexitat, /o/ Realitzar de forma adequada qualsevol procediment en situacions complexos /o/ Administrar de manera correcta multiteràpia d'alt risc simultàniament en diferents malalts	Informació (si cal). Asèpsia. Col·laboració del malalt (si escau). Privacitat. Organització. Ús adequat del material. Realització correcta de la tècnica o de la intervenció terapèutica // Procediments d'alta complexitat* :Cura ferides catastròfiques; cura ferides neoplàsiques, Drum a femoral, Catèter amb baló de contrapulsació, hemofiltració, ventilació mecànica, etc... /o/ Realització de procediments en situacions complexos, emergència vital (xoc, crisi),extremes d'edat (prematur, nadó, ancians), extremes de pes (caquèxia, obesitat, obesitat mòrbida), situacions de gran impacte emocional (xoc emocional per diagnòstic de càncer, recaiguda, amputació, dol), alteracions de la funció cognitiva/percepció (desorientació, obnubilació, psicosi, demència, inhibició), agressivitat, factors culturals (altre llengua, conflicte terapèutic...) /o/ Multiteràpia d'alt risc: Executa adequadament les prescripcions de medicaments amb alt potencial de provocar efectes adversos greus o toxicitat (quimioteràpia, vasoactius, hemoderivats, bioteràpia, immunosupressores,	
4	Administrar de manera correcta i segura els medicaments	Sap interpretar les prescripcions farmacològiques i realitzar la planificació de l'administració. Descarta al·lèrgies/intoleràncies. Realització correcta de la tècnica de preparació (càlcul dosis, ritme, etc) i administració (totes les vies d'administració) Maneig adequat dels dispositius d'administració (bombes de	

**COM-VA Qüestionari d'avaluació de competències per a infermer assistencials a l'àmbit hospitalari**

**Competència 3 COM-VA. AJUDAR EL PACIENT A FER-LO PARTÍCI**

Codi	Element Competencial	Criteris d'avaluació / Conductes a valorar	Puntuació
5	Realitzar correctament les cures associades a l'administració de medicaments	Valora la resposta terapèutica si cal (antitèrmics, analgèsics, antihipertensius, ansiolítics, antiarítmics, etc...)* Realitza els controls previs o posteriors necessaris (glicèmia - insulina; TA - antihipertensiu)* Realitza la planificació de l'administració tenint en compte les incompatibilitats medicamentoses. Vigila la simptomatologia associada a reaccions o toxicitats i actua en conseqüència. Aborda adequadament els diferents problemes de la teràpia endovenosa ( vasos comunicants, etc..)	

**Puntuació**

0, 1 o 2	Execució molt deficient.
3 o 4	Execució insuficient. Requereix supervisió i/o ajuda constant.
5	Execució mínima acceptable. Pot requerir ajuda ocasional.
6 o 7	Execució autònoma, correcte.
8 o 9	Execució molt bona.
10	Execució excel·lent, molt destacada.

**Execució fa referència a l'actuació/conducta habitual; la forma de fer natural, quotidiana del professional**

© ICS. Tots els drets reservats.

© Els instruments COM-VA i COM-VAs i de la resta de material relacionat al projecte de Definició i avaluació de competències, poden reproduir-se per a finalitats públiques no comercials, com activitats docents o de recerca, especificant l'autoria. L'ús d'aquest materials o qualsevol de les seves parts amb altres finalitats requereix l'autorització de l'Institut Català de la Salut.

**COM-VA Qüestionari d'avaluació de competències per a infermeres assistencials a l'àmbit hospitalari**
**Competència 4 COM-VA. CONTRIBUIR A GARANTIR LA SEGURETAT I EL PROCÉS ASSISTENCIAL**

Codi	Element Competencial	Criteris d'avaluació / Conductes a valorar	Puntuació
1	Prevenir lesions i/o abordar adequadament les respostes emocionals que posen en perill la seguretat del pacient o d'altres al seu voltant.	Realitza activitats per garantir la integritat física i els dispositius terapèutics. Assertivitat. Pacte , negociació. Procura un entorn segur. Recondueix el desbordament emocional/ agressivitat. Situació: alteracions de la consciència o psicoemocionals per encefalopaties, demències, intoxicacions farmacològiques, abús de substàncies, tumors cerebrals... Dificultats d'adaptació, procés de dol,	
2	Utilitzar la documentació necessària i complimentar adequadament els	Fa un us correcte de la història clínica. Registra l'activitat i l'evolució de l'estat del pacient. Segueix les normes bàsiques de complementació dels registres (llenguatge clar, llegible...).	
3	Modificar els plans de cures i/o els plans terapèutics segons l'estat del pacient i actuar en	Contrasta de manera continuada l'estat del pacient amb la prescripció a realitzar, retardant, suspenen o modificant puntualment el pla terapèutic.	
4	Comunicar-se amb el metge per suggerir, obtenir i/o pactar modificacions del pla terapèutic més adients a	Demostra habilitats de comunicació i relació. Sap descriure l'estat del pacient. Sap argumentar les propostes terapèutiques. Pacta/consensua les modificacions el pla terapèutic.	
5	Organitzar, planificar i coordinar les necessitats d'atenció de múltiples pacients simultàniament. I/o Comunicar-se amb els serveis de suport per adequar les intervencions clíniques a l'estat del	Es capaç de processar la informació rellevant de diferents malalts. Sense obviar dades importants. Sap prioritzar. Sap coordinar-se amb altres professionals de diferents serveis (dietètica, RX, admissions, fisioteràpia...).	

**Puntuació**

0, 1 o 2	Execució molt deficient.
3 o 4	Execució insuficient. Requereix supervisió i/o ajuda constant.
5	Execució mínima acceptable. Pot requerir ajuda ocasional.
6 o 7	Execució autònoma, correcte.
8 o 9	Execució molt bona.
10	Execució excel·lent, molt destacada.

**Execució fa referència a l'actuació/conducta habitual; la forma de fer natural, quotidiana del professional**

© ICS. Tots els drets reservats.

© Els instruments COM-VA i COM-VAs i de la resta de material relacionat al projecte de Definició i avaluació de competències, poden reproduir-se per a finalitats públiques no comercials, com activitats docents o de recerca, especificant l'autoria. L'us d'aquest materials o qualsevol de les seves parts amb altres finalitats requereix l'autorització de l'Institut Català de la Salut.

**COM-VA Qüestionari d'avaluació de competències per a infermeres assistencials a l'àmbit hospitalari**

**Competència 5 COM-VA. FACILITAR EL PROCÉS D'ADAPTACIÓ/ AFRONTAMENT**

Codi	Element Competencial	Criteris d'avaluació / Conductes a valorar	Puntuació
1	Valorar l'estat i els recursos del malalt per afrontar el procés.	Identificar la interpretació que el malalt fa del seu estat de salut, tenint en compte les seves creences i valors. Avalua la capacitat/voluntat del pacient per implicar-se en l'autocura.	
2	Facilitar una interpretació adequada del seu estat i proporcionar pautes explicatives que afavoreixin recuperar la	Realitza mesures informatives i de suport per ajudar-lo a comprendre els canvis i les pèrdues (dol). Dosifica adequadament la informació en funció de l'estat del pacient.	
3	Influir en l'aptitud del malalt per recuperar-se i respondre a les teràpies. Ensenyar al pacient a realitzar les activitats terapèutiques prescrites que pugui dur a terme ell	Transmet esperança amb una visió realista. Realitza adequadament activitats educacionals per potenciar la participació del pacient en la seva recuperació física i per implicar-lo en la prevenció de la dependència.	
4	Valorar l'estat i els recursos de la família/ cuidador per afrontar el procés i potenciar-lo si	Identifica la interpretació que fa la família/ cuidador principal de l'estat de salut del pacient. Avalua la capacitat/ voluntat de la família/cuidador principal per implicar-se en l'autocura.	
5	Influir en l'aptitud de la família/cuidador per afrontar el procés. Ensenyar a la família/cuidador a realitzar les activitats terapèutiques prescrites	Realitza activitats educacionals per potenciar la participació de la família/cuidador en el procés de recuperació i en la prevenció de la dependència. Tutela, quan cal, el procés d'adaptació al rol de cuidador	

**Puntuació**

0, 1 o 2	Execució molt deficient.
3 o 4	Execució insuficient. Requereix supervisió i/o ajuda constant.
5	Execució mínima acceptable. Pot requerir ajuda ocasional.
6 o 7	Execució autònoma, correcte.
8 o 9	Execució molt bona.
10	Execució excel·lent, molt destacada.

**Execució fa referència a l'actuació/conducta habitual; la forma de fer natural, quotidiana del professional**

© ICS. Tots els drets reservats.

© Els instruments COM-VA i COM-VAs i de la resta de material relacionat al projecte de Definició i avaluació de competències, poden reproduir-se per a finalitats públiques no comercials, com activitats docents o de recerca, especificant l'autoria. L'ús d'aquests materials o qualsevol de les seves parts amb altres finalitats requereix l'autorització de l'Institut Català de la Salut.



**COM-VA Qüestionari d'avaluació de competències per a infermeres assistencials a l'àmbit hospitalari**

**Competència 6 COM-VA. TREBALLAR EN EQUIP I ADAPTAR-SE A UN ENTORN CANVIANT**

Codi	Element Competencial	Criteris d'avaluació / Conductes a valorar Puntuació	
1	Integrar-se en l'equip de treball.	Cordialitat. Sintonia. Ofereix disponibilitat i col·laboració amb l'equip de treball immediat. S'adapta a la dinàmica del grup. Situació: equip	
2	Crear cohesió i facilitar el treball en equip, dins l'equip d'infermeria.	Procura equilibrar la demanda i l'oferta d'ajuda. Es mostra assertiu. Transmet tranquil·litat en situacions d'estrès. Canalitza els esforços propis i dels altres cap a la consecució d'objectius comuns. S'implica i manté	
3	Crear cohesió i facilitar el treball en equip, amb diferents professionals de múltiples disciplines.	Procura equilibrar la demanda i l'oferta d'ajuda. Es mostra assertiu. Transmet tranquil·litat en situacions d'estrès. Canalitza els esforços propis i dels altres cap a la consecució d'objectius comuns. Situació:	
4	Delegar tasques al personal auxiliar o de suport en base a : les normatives assistencials, el pacte en el servei i la valoració de la capacitat per a la	Afavoreix i adequa la participació en el procés de cures. Sap organitzar i coordinar la distribució de tasques i n'assumeix la responsabilitat. Situació: altres professionals	
5	Participar en el procés d'aprenentatge propi, dels nous membres de l'equip i dels alumnes d'infermeria.	S'expressa clarament amb un llenguatge adequat a l'interlocutor. Comparteix el seu coneixement. Reforça positivament l'aprenentatge. Reconeix les pròpies limitacions de coneixements o habilitats. Actitud oberta a l'aprenentatge	

**Puntuació**

0, 1 o 2	Execució molt deficient.
3 o 4	Execució insuficient. Requereix supervisió i/o ajuda constant.
5	Execució mínima acceptable. Pot requerir ajuda ocasional.
6 o 7	Execució autònoma, correcta.
8 o 9	Execució molt bona.
10	Execució excel·lent, molt destacada.

**Execució fa referència a l'actuació/conducta habitual; la forma de fer natural, quotidiana del professional**

© ICS. Tots els drets reservats.

© Els instruments COM-VA i COM-VAs i de la resta de material relacionat al projecte de Definició i avaluació de competències, poden reproduir-se per a finalitats públiques no comercials, com activitats docents o de recerca, especificant l'autoria. L'ús d'aquest materials o qualsevol de les seves parts amb altres finalitats requereix l'autorització de l'Institut Català de la Salut.

**Anexo 3.14** Autorización cuestionario COM-VA y del uso de elementos estructurales y contenidos originales de la terminología ATIC

Maria Eulàlia Juvé i Udina, autora del Cuestionario de evaluación de competencias para enfermeras asistenciales en el ámbito hospitalario (COM-VA) y de la terminología ATIC,

autoriza a

Mònica Castellà Creus a utilizar dicho cuestionario y la terminología ATIC exclusivamente para su uso en el trabajo de investigación relacionado con su Tesis Doctoral, que lleva por título:

**Proceso de individualización del**

**Plan de Cuidados Estandarizado en unidades de hospitalización de agudos**

Y para que así conste a estos efectos



Dra. Maria Eulàlia Juvé i Udina

Barcelona, 8 de noviembre de 2014

**Anexo 3.15** Plantilla recogida de datos sobre congruencia del proceso de individualización

**PLANTILLA RECOGIDA DATOS PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO**

Fecha recogida de datos:

Nº de participante:

Turno ingreso:

Fecha de ingreso:

NHC:

Edad paciente:

Episodio:

Hospital:

Unidad:

1.	<b>Motivo de ingreso:</b> <b>Valoración del paciente:</b> <b>PCE seleccionado:</b> <b>PCE adecuado al motivo de ingreso y valoración del paciente</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>SI</span> <span>NO</span> </div>
2.	<b>Valoración nivel autocuidado higiene:</b> <b>Intervención planificada:</b> <b>La planificación de la intervención es adecuada al nivel valorado</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>SI</span> <span>NO</span> </div>
3.	<b>Valoración de herida o lesión:</b> <b>Diagnóstico de herida o lesión:</b> <b>Consta el diagnóstico de la herida o la lesión</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>SI</span> <span>NO</span> </div>
4.	<b>Valoración de drenaje u ostomía:</b> <b>Intervención de cuidado del drenaje:</b> <b>Diagnóstico de ostomía:</b> <b>Consta el diagnóstico de la ostomía o las intervenciones de cuidado del drenaje</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>SI</span> <span>NO</span> </div>
5.	<b>Valoración de vía venosa o sonda vesical:</b> <b>Intervenciones de cuidado de la vía o sonda:</b> <b>Constan las intervenciones de cuidado de la vía venosa o de la sonda vesical</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>SI</span> <span>NO</span> </div>
6.	<b>Valoración del reposo o nivel recondicionamiento:</b> <b>Intervenciones de reposo o recondicionamiento:</b> <b>Constan las intervenciones de reposo o recondicionamiento</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>SI</span> <span>NO</span> </div>

## HOJA INFORMATIVA

### Proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado en unidades de hospitalización de agudos

En el año 2007 el Institut Català de la Salut empezó la implantación progresiva de un Sistema de Información Asistencial (Gacelacare®) que permite el registro de los cuidados enfermeros en unidades de hospitalización de agudos. Este registro electrónico incluye el diagnóstico de los problemas de los pacientes, la planificación de los cuidados y su evaluación mediante el empleo de Planes de Cuidados Estandarizados.

Esta entrevista forma parte de un estudio para una Tesis Doctoral cuyo objetivo es comprender el uso de estos planes por parte de las enfermeras con la finalidad de mejorar la calidad de los registros.

Usted ha sido elegido/a para participar en este estudio por considerarle un/a profesional que puede aportar información relevante sobre el tema a investigar.

Consideraciones éticas: Su participación es voluntaria y una vez aceptada, puede abandonar el estudio en cualquier momento, sin explicar los motivos y sin perjuicio alguno. La entrevista será grabada en audio para su posterior transcripción. Puede negarse a contestar cualquier pregunta. La información proporcionada será confidencial y sólo el equipo investigador tendrá acceso a los datos. Para preservar el anonimato en los documentos del estudio y en la posterior publicación de los resultados, usted será identificado con un código. La participación no implica ninguna compensación económica u horaria.

**Mònica Castellà Creus**

*Doctoranda, Investigadora principal*

*Enfermera clínica calidad HUGTiP*

[mocastella.germanstrias@gencat.cat](mailto:mocastella.germanstrias@gencat.cat)

## HOJA INFORMATIVA

### Proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado en unidades de hospitalización de agudos

En el año 2007 el Institut Català de la Salut empezó la implantación progresiva de un Sistema de Información Asistencial (Gacelacare®) que permite el registro de los cuidados enfermeros en unidades de hospitalización de agudos. Este registro electrónico incluye el diagnóstico de los problemas de los pacientes, la planificación de los cuidados y su evaluación mediante el empleo de Planes de Cuidados Estandarizados.

Este grupo focal forma parte de un estudio para una Tesis Doctoral cuyo objetivo es comprender el uso de estos planes por parte de las enfermeras con la finalidad de mejorar la calidad de los registros.

Usted ha sido elegido/a para participar en este estudio por considerarle un/a profesional que puede aportar información relevante sobre el tema a investigar.

Consideraciones éticas: Su participación es voluntaria y una vez aceptada, puede abandonar el estudio en cualquier momento, sin explicar los motivos y sin perjuicio alguno. El grupo focal será grabado en audio para su posterior transcripción. La información proporcionada será tratada con confidencialidad y sólo el equipo investigador tendrá acceso a los datos. Usted también se compromete a tratar con confidencialidad lo que otras personas de este grupo expresen. Para preservar el anonimato en los documentos del estudio y en la posterior publicación de los resultados, usted será identificado con un código. La participación no implica ninguna compensación económica.

***Mònica Castellà Creus***

*Doctoranda, Investigadora principal*

*Enfermera clínica calidad HUGTiP*

[mocastella.germanstrias@gencat.cat](mailto:mocastella.germanstrias@gencat.cat)

**Anexo 3.18** Consentimiento informado para las entrevistas y grupo focal

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado en unidades de hospitalización de agudos**

Entrevista en profundidad

Grupo focal

Yo, .....DNI.....

DECLARO que he comprendido la información oral y escrita que se me ha facilitado sobre el estudio; que todas mis dudas y preguntas han sido convenientemente aclaradas y por ello doy libremente mi CONSENTIMIENTO, a participar en el estudio: ***Proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado en unidades de hospitalización de agudos.***

-----

Firma del participante

-----

Firma de la investigadora

-----

Fecha del consentimiento

-----

Fecha del consentimiento

## Anexo 3.19 Autorizaciones de las Direcciones Enfermeras, de los Comités de Ética de Investigación Clínica y de la Universitat de Barcelona



### RESOLUCIÓ PROPOSTA DE RECERCA CLÍNICA

La Sra. Núria Martí Carrasco, Directora d'Infermeria de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol,

#### CERTIFICA


Que el projecte de recerca *Proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado en unidades de hospitalización de agudos* CODI: IndividualiPlan 01/2015, promogut pel investigador/a **Mònica Catellà Creus**, del servei de **Qualitat i Seguretat del Pacient**, ha estat avaluat per la Unitat de Recerca en Cures.

Fa constar que:

- Es compleix amb els requisits d'idoneïtat metodològica per l'assoliment dels objectius plantejats.
- L'equip investigador es compromet al compliment de les normes bioètiques en recerca clínica i bones pràctiques clíniques vigents, així com les normatives pròpies del centre.
- La capacitat de l'equip investigador, així com recursos plantejats són adequats pel desenvolupament de l'estudi.

La Direcció d'infermeria **accepta** el desenvolupament de l'estudi en L'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol per l'investigador/a **Mònica Catellà Creus**.

Símbol, Badalona, a 10 de juny de 2015

  
Germans Trias i Pujol Hospital Institut Català de la Salut  
Núria Martí Carrasco  
Directora d'Infermeria

Sra. Núria Martí  
Directora d'Infermeria  
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

---

La Direcció d'Infermeria es reserva el dret a revocar aquesta autorització en cas que es detecti qualsevol irregularitat.

## AUTORIZACIÓN DEL JEFE DE SERVICIO

D/D<sup>na</sup>: Antonia Casado García

Como Directora Enfermería del Hospital Universitari de Bellvitge

Declaro:

Que conozco la documentación relativa al proyecto que lleva por código de protocolo

**IndividualiPlan 1/2015** y título:

**Proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado en unidades de hospitalización de agudos**

Y cuyo investigador principal será la enfermera Mònica Castellà Creus

Que el investigador principal, reúne las características de competencia necesarias para realizar el proyecto de investigación.

Que autorizo la realización de este proyecto en el Servicio/Unidad que dirijo: Hospital Universitari de Bellvitge y Hospital de Viladecans

En L'Hospitalet de Llobregat a 9 de junio de 2015



Fdo. Antonia Casado García

Directora Enfermería de l'Hospital Universitari de Bellvitge





**Germans Trias i Pujol**  
Hospital



**Comitè d'Ètica de la Investigació**

Ctra. De Canyet, s/n - 08916 Badalona  
Tel. 93 497 89 56 Fax 93 497 89 74  
E-mail: ceic.germanstrias@gencat.cat

A/A.: Sra. Mónica Castellà Creus  
Direcció Infermeria (Qualitat i seguretat de pacients)  
Hospital U. Germans Trias i Pujol  
08916 - Badalona

CÓDIGO	Individual/Plan 1/2015	PROMOTOR	Sra. M. Castellà Creus (Infermeria - HUGTIP)	REF. CEI	PI-15-089
TÍTULO: Proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado en unidades de hospitalización de agudos. Versión 1 (09/06/2015)					
INVESTIGADOR PRINCIPAL: Sra. Mónica Castellà Creus					

El Dr. Magí Farré Albaladejo, Presidente del Comitè de Ètica de la Investigació del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

**CERTIFICA**


Que en la reunió de fecha 24 de julio de 2015 se aprobó el estudio arriba mencionado cumpliendo los requisitos establecidos en la legislación vigente para que la decisión del citado CEI sea válida.

Que en el supuesto que algún miembro del CEI sea investigador principal o colaborador del estudio evaluado, éste se ausentará de la reunión durante la deliberación y toma de decisión.

Que el CEI, tanto en su composición como en los PNT, cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95) y que su composición actual es la siguiente:

- Presidente**  
Farré Albaladejo, Magí. Farmacología Clínica
- Vicepresidenta**  
Balañá Quintero, Carme. Oncología Médica (ICO)
- Secretaria**  
López Andrés, Anna. Farmacología Clínica (IGTP)
- Secretaria Técnica**  
Fortes Villegas, Àngels. (IGTP)
- Vocales**  
Avecilla Palau, Mª Àngels. Ginecologia y Obstetricia (BSA)  
Bayés Genís, Beatriu. Direcció Médica  
Cabrera Jaime, Sandra. Enfermeria  
Casanovas Cuellar, Cristina. Enfermeria  
Dachary Jiménez, Natàlia. Jurista  
Jiménez López, Irene. Unidad de Atención al Usuario  
López Sisamón, David. Farmacia (ICO)  
Montané Esteve, Eva. Farmacología Clínica  
Oriol Rocafiguera, Albert. Hematología y Hemoterapia (ICO)  
Palomo Nicolau, Antonio. Psiquiatria. (CEM)  
Peláez de Loño, Jordi. Farmacia (CATSALUT)  
Pérez Reche, Cristina. Farmacia  
Puyalto Depablo, Paloma. Radiología  
Ramo Tello, Cristina. Neurologia  
Romeu Fontanillas, Joan. Medicina Interna - VIH  
Sánchez Fernández, Mª del Carmen. Biología-Genética (IJC)  
Solà Suárez, Montserrat. Medicina Nuclear

Atentamente,

  
Dr. Magí Farré Albaladejo  
Presidente CEI  
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol  
Badalona, 24 de julio de 2015  
MFA/mpm

  
Comitè d'Ètica de la Investigació



**Germans Trias i Pujol  
Hospital**

**Comitè d'Ètica de la Investigació**

Ctra. De Canyet, s/n - 08926 Badalona  
Tel. 93 497.89.56 Fax 93 497.89.74  
E-mail: cei.germanstrias@gencat.cat



**Institut Català  
de la Salut**

## INFORME DEL COMITÈ DE ÈTICA DE LA INVESTIGACIÓ

El Dr. Magí Farré Albaladejo, Presidente del Comitè de Ètica de la Investigació del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol,

### CERTIFICA

Que este Comitè ha evaluado la propuesta de la Sra. M. Castellà Creus (Infermeria - HUGTiP) para que se realice el proyecto de investigación, código de protocolo IndividualiPlan 1/2015 titulado:

**"Proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado en unidades de hospitalización de agudos." Versión 1 (09/06/2015)**

Hoja de Información al Paciente y Consentimiento Informado Versión 1 (09/06/2015)

y considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y que el estudio cumple con los aspectos que se recogen en la Ley de Investigación Biomédica 14/2007.

El procedimiento para obtener el consentimiento informado, incluyendo la hoja de información para los sujetos y el plan de reclutamiento de sujetos previstos son adecuados.

La capacidad del investigador y sus colaboradores, así como los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Y que este Comitè acepta que dicho estudio sea realizado en el Hospital Universitario Germans Trias i Pujol por la Sra. Mónica Castellà Creus del Servicio de Enfermería (Calidad y seguridad de pacientes) como investigadora principal.

Lo que firmo en Badalona a 24 de julio de 2015

Firmado:

  
Comitè d'Ètica de la Investigació

Dr. Magí Farré Albaladejo

Ref. CEI: PI-15-089



**Germans Trias i Pujol**  
Hospital

Direcció centre  
Ctra. De Canyet, s/n  
08916 Badalona



Institut Català  
de la Salut

#### CONFORMIDAD DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO

El Dr. Jordi Ara del Rey, Director del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, y vista la autorización del Comité de Ética de la Investigación.

#### CERTIFICA

Que conoce la propuesta realizada por la Sra. M. Castellà Creus (Infermeria - HUGTiP), para que sea realizado en este Centro el estudio titulado:

"Proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado en unidades de hospitalización de agudos.", código de protocolo: IndividualiPlan 1/2015 y versión 1 (09/06/2015), y que será realizado por la Sra. Mónica Castellà Creus del Servicio de Enfermería (Calidad y seguridad de pacientes) como investigadora principal.

Que está de acuerdo con su viabilidad desde el punto de vista económico.

Que acepta la realización de dicho estudio en este Centro.

Lo que firma en Badalona a 27 de julio de 2015

Firmado:

 **Germans Trias i Pujol**  
Hospital  **Institut Català**  
de la Salut  
**Direcció mèdica**

Dr. Jordi Ara del Rey

Ref. CEI: PI-15-089



**Germans Trias i Pujol  
Hospital**



**Comitè d'Ètica de la Investigació**

Ctra. De Canyet, s/n - 08916 Badalona  
Tel.: 93 497 89 56 Fax: 93 497 89 74  
E-mail: celc.germanstrias@gencat.cat

A/A.: Sra. Mònica Castellà Creus  
**Direcció Infermeria (Qualitat i seguretat de pacients)**  
Hospital U. Germans Trias i Pujol  
08916 - Badalona

<b>CÓDIGO</b>	IndividualPlan 1/2015	<b>REF.CEI</b>	PI-15-089	<b>EudraCT</b>	no aplica
<b>TÍTULO</b>	Proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado en unidades de hospitalización de agudos.				
<b>PROMOTOR</b>	Sra. M. Castellà Creus (Infermeria - HUGTIP)				
<b>INVESTIGADOR PRINCIPAL</b>	Sra. Mònica Castellà Creus				

Apreciados Señores,

Por la presente les informamos que el Comité de Ética de la Investigación de nuestro centro en su reunión ordinaria del día 8 de julio de 2016 y con relación al estudio arriba mencionado **APROBÓ**:

- **Modificación Relevante (06/07/2016):** Protocolo Versión 2016

Que en dicha reunión se cumplieron los requisitos establecidos en la legislación vigente para que la decisión del citado CEI sea válida.

Que en el supuesto que algún miembro del CEI sea investigador principal o colaborador del estudio evaluado, éste se ausentará de la reunión durante la deliberación y toma de decisión.

Que el CEI, tanto en su composición como en los PNT, cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95) y que su composición actual es la siguiente:

**Presidente**  
Farré Albaladejo, Magí. Farmacología Clínica  
**Vicepresidenta**  
Balañá Quintero, Carme. Oncología Médica (ICO)  
**Secretaria**  
López Andrés, Anna. Farmacología Clínica (IGTP)  
**Secretaria Técnica**  
Fortes Villegas, Àngels. (IGTP)  
**Vocales**  
Avecilla Palau, M<sup>a</sup> Àngels. Ginecología y Obstetricia (BSA)  
Bayés Genís, Beatriu. Direcció de Centro  
Cabrera Jaime, Sandra. Enfermeria  
Casanovas Cuellar, Cristina. Enfermeria  
Dachary Jiménez, Natàlia. Jurista  
Jiménez López, Irene. Unidad de Atención a la Ciudadanía  
López Sisamón, David. Farmacia (ICO)  
Montané Esteva, Eva. Farmacología Clínica  
Oriol Rocafiguera, Albert. Hematología y Hemoterapia (ICO)  
Palomo Nicolau, Antonio. Psiquiatria. (CEM)  
Peláez de Loño, Jordi. Farmacia (CATSALUT)  
Pérez Reche, Cristina. Farmacia  
Puyalto Depablo, Paloma. Radiología  
Ramo Tello, Cristina. Neurología  
Romeu Fontanillas, Joan. Medicina Interna -VIH  
Sánchez Fernández, M<sup>a</sup> del Carmen. Biología-Genética (IJC)  
Solà Suárez, Montserrat. Medicina Nuclear

Lo que firmo en Badalona, a 8 de julio de 2016

Dr. Magí Farré Albaladejo  
Presidente CEI  
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol  
MFA/mpm

Generalitat de Catalunya  
Departament de Salut

Germans Trias i Pujol  
Hospital  
Institut Català de la Salut

**Comitè d'Ètica de la Investigació**

**INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA  
SOBRE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN**

El Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitari de Bellvitge, en su reunión de fecha 23 de Julio de 2015 (Acta 14/15), tras examinar toda la documentación presentada sobre el proyecto de Tesis Doctoral con nuestra ref. **PR234/15**, titulado:

**"PROCESO DE INDIVIDUALIZACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS"**, código: IndividualiPlan 1/2015

De la Sra. Mònica Castellà Creus (Dirigida por la Sra. M<sup>a</sup> Eulàlia Juvé Udina de la Dirección de Gerencia del Institut Català de la Salut (ICS) y la Dirección de Enfermería del Hospital Universitari de Bellvitge y la Sra. Pilar Delgado Hito Profesora de la Universitat de Barcelona) Enfermera Clínica del Área de Calidad y Seguridad de los pacientes del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol y miembro del Programa ARES del ICS, como DOCTORANDA, se ha acordado dar INFORME FAVORABLE al mencionado proyecto.

Presidente	Dr. Francesc Esteve Urbano	Médico-Medicina Intensiva
Vicepresidente	Dra. Pilar Hereu Boher	Médico-Farmacología Clínica
Secretario	Dr. Enric Sospedra Martínez	Farmacia-Farmacia Hospitalaria
Vocales:	Dr. Josep M <sup>a</sup> Arnau de Bolós	Médico-Farmacología Clínica
	Dra. María Berdasco Menéndez	Biólogo-miembro no sanitario
	Dr. Enric Condom Mundo	Médico-Anatomía Patológica
	Dr. Xavier Corbella Virós	Médico-Medicina Interna
	Sra. Consol Felip Farrás	Miembro laico-Docencia Investigación
	Dr. José Luis Ferreiro Gutiérrez	Médico-Cardiología
	Dra. Ana María Ferrer Artola	Farmacia-miembro sanitario
	Dr. Xavier Fulladosa Oliveras	Médico-Nefrología
	Dra. Margarita García Martín	Médico-Oncología Médica
	Dra. Laura Lladó Garriga	Médico-Cirugía General Digestiva
	Sra. Sonia López Ortega	Graduado Social-Atención Usuario
	Sra. Gemma Martínez Estalella	Enfermera-Enfermería
	Dr. Sergio Morchón Ramos	Medicina Preventiva
	Dr. Joan Josep Queralt Jiménez	Jurista
	Dr. Ricard Ramos Izquierdo	Medicina-Cirugía Torácica
	Dra. Gemma Rodríguez Palomar	Farmacia – Atención Primaria
	Dra. Nuria Sala Serra	Biólogo-miembro no sanitario
	Dr. Petru Cristian Simon	Médico-Farmacología Clínica

Que este Comité cumple la legislación española vigente para este tipo de proyectos, así como las normas ICH y las Normas de Buena Práctica Clínica.

Que en dicha reunión del Comité Ético de Investigación Clínica se cumplió el quórum preceptivo legalmente.

Lo que firmo en L'Hospitalet de Llobregat, a 23 de Julio de 2015


Fdo. Dr. Enric Sospedra Martínez  
Secretario del CEIC

**Observaciones a la aprobación para uso exclusivo del investigador\*:**

El informe favorable está **CONDICIONADO** a la presentación antes del inicio del estudio, del modelo de hoja de información al paciente y consentimiento informado.

\* *Una vez implementados los cambios, puede remitirse las respuestas a [presidenciaceic@bellvitgehospital.cat](mailto:presidenciaceic@bellvitgehospital.cat)*

### INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA SOBRE ENMIENDAS A PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

El Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitari de Bellvitge, en su reunión de fecha 21 de Julio de 2016 (Acta 14/16), tras examinar toda la documentación presentada sobre el proyecto de investigación con nuestra ref. **PR234/15**, titulado:

"PROCESO DE INDIVIDUALIZACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS", código: **IndividualiPlan 1/2015**.

- Enmienda relevante: se incluye como técnica de recogida de datos la observación del participante.

Presentada por la Sra. Mònica Castellà Creus (Dirigida por la Sra. M<sup>a</sup> Eulàlia Juvé Udina de la Dirección de Gerencia del Institut Català de la Salut (ICS) y la Dirección de Enfermería del Hospital Universitari de Bellvitge y la Sra. Pilar Delgado Hito Profesora de la Universitat de Barcelona) Enfermera Clínica del Área de Calidad y Seguridad de los pacientes del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol y miembro del Programa ARES del ICS, como DOCTORANDA, ha acordado dar INFORME FAVORABLE a la documentación mencionada.

Que la composición actual del Comité Ético de Investigación Clínica es la siguiente:

Presidente	Dr. Francesc Esteve Urbano	Médico-Medicina Intensiva
Vicepresidente	Dra. Pilar Hereu Boher	Médico-Farmacología Clínica
Secretario	Dr. Enric Sospedra Martínez	Farmacia-Farmacia Hospitalaria
Vocales:	Dr. Josep M <sup>a</sup> Arnau de Bolós	Médico-Farmacología Clínica
	Dra. María Berdasco Menéndez	Biólogo-miembro no sanitario
	Dr. Enric Condom Mundo	Médico-Anatomía Patológica
	Dr. Xavier Corbella Virós	Médico-Medicina Interna
	Sra. Consol Felip Farrás	Miembro laico-Docencia Investigación
	Dr. José Luis Ferreiro Gutiérrez	Médico-Cardiología
	Dra. Ana María Ferrer Artola	Farmacia-miembro sanitario
	Dr. Xavier Fulladosa Oliveras	Médico-Nefrología
	Dra. Margarita García Martín	Médico-Oncología Médica
	Dra. Laura Lladó Garriga	Médico-Cirugía General Digestiva
	Sra. Sonia López Ortega	Graduado Social-Atención Usuario
	Sra. Gemma Martínez Estalella	Enfermera-Enfermería
	Dr. Sergio Morchón Ramos	Medicina Preventiva
	Dr. Joan Josep Queralt Jiménez	Jurista
	Dr. Ricard Ramos Izquierdo	Medicina-Cirugía Torácica



Dra. Gemma Rodríguez Palomar      Farmacia – Atención Primaria  
Dra. Nuria Sala Serra                      Biólogo-miembro no sanitario  
Dr. Petru Cristian Simon                   Médico-Farmacología Clínica

Que este Comité cumple la legislación española vigente para este tipo de proyectos, así como las normas ICH y las Normas de Buena Práctica Clínica.

Que en dicha reunión del Comité Ético de Investigación Clínica se cumplió el quórum preceptivo legalmente.

Lo que firmo en L'Hospitalet de Llobregat a 21 de Julio de 2016

  
 **Bellvitge**  
Hospital  
Comitè Ètic d'Investigació  
Clínica

Dr. Enric Sospedra Martínez  
Secretario del CEIC

**Observaciones a la aprobación para uso exclusivo del investigador\*:**

Dado que con esta modificación del protocolo se instaura un período de observación activa en tres unidades de hospitalización, la investigadora debería valorar la posibilidad de solicitar la conformidad del jefe de servicio de cada una de las unidades (ACV y NML en el Hospital Universitari de Bellvitge; y MIR en el Hospital de Viladecans). Se trata de una recomendación a la doctoranda.

\* *Una vez implementados los cambios, puede remitirse las respuestas a [presidenciaceic@bellvitgehospital.cat](mailto:presidenciaceic@bellvitgehospital.cat)*

**Anexo 4.1** Códigos, subcategorías y categorías emergidos en el análisis del primer objetivo específico

CODIFICACIÓN ABIERTA	CODIFICACIÓN AXIAL			CODIFICACIÓN SELECTIVA
§ Información familia	Entrevista paciente / familia	Obtención de datos del paciente	Decisión sobre PCE conveniente	Proceso de razonamiento clínico
§ Información paciente	Exploración física			
§ Exploración física	Comunicado enfermera emisora			
§ Información enfermera emisora	Consulta historia clínica	Obtención de datos del paciente	Decisión sobre PCE conveniente	
§ SAP				
§ Hoja quirúrgica				
§ Informe alta urgencias				
§ Nota ingreso				
§ Silicon				
§ Documentos impresos SAP				
§ Gráfica enfermería	Realización de la valoración del paciente	Obtención de datos del paciente	Decisión sobre PCE conveniente	
§ Valoración necesidades paciente				
§ TN valoración complicada	Averiguación del motivo de ingreso	Obtención de datos del paciente	Decisión sobre PCE conveniente	
§ Diagnósticos médicos				
§ Adaptar el PC	Adecuación periódica del PCE durante estancia	Obtención de datos del paciente	Decisión sobre PCE conveniente	Proceso de razonamiento clínico
§ Modificar elementos del PC				
§ Durante toda estancia				
§ Realizar con regularidad	Predisposición para que el paciente / familia participe en la individualización	Obtención de datos del paciente	Decisión sobre PCE conveniente	
§ Sin implicar paciente-familia registro				
§ Familia sin implicación cuidados				
§ Educación sanitaria paciente - familia				
§ Actualizar	Modificación	Obtención de datos del paciente	Decisión sobre PCE conveniente	
§ Adecuar				
§ Depurar	Limpieza	Obtención de datos del paciente	Decisión sobre PCE conveniente	
§ Limpiar				
§ Pulir				
§ Repasar	Corrección	Obtención de datos del paciente	Decisión sobre PCE conveniente	
§ Revisar				
§ Priorizar cuidados vitales	Priorización del cuidado y registro de las dimensiones ser físico	Obtención de datos del paciente	Decisión sobre PCE conveniente	
§ Priorizar registro ser físico				
§ Infraregistro cuidados psicosociales				

§ Seleccionar PCE	Seleccionar	Progresión de la individualización en el SI	
§ Eliminar elementos	Eliminar		
§ Añadir elementos	Añadir		
§ Programar elementos	Programar		
§ Expandir por elementos § Asegurar revisión elementos § Costumbre § Más laborioso	Parcialmente: seleccionando elemento a elemento	Método expandir el PCE	Procedimiento instrumental
§ Expandir todo § Hábito § Más fácil § Más rápido § Evitar omitir elementos § Desconocer expandir todo § Olvidar expandir todo § Me pierdo	Entero: seleccionando opción expandir todo		
§ 1º eliminar 2º añadir elementos § Añadir requiere más tiempo § Aprender en curso § Desconocer motivo § Eliminar más fácil	Primero eliminar y después añadir	Método eliminar añadir elementos	
§ Eliminar añadir combinado § Ignorar motivo § No olvidar añadir § Tener una continuidad	Intercalar eliminar y añadir		

§ Riesgo de sde de disminución del gasto cardíaco § Riesgo de hemorragia o isquemia § Riesgo de intolerancia actividad § Riesgo de episodio tromboembólico § Flebitis	Componente Cardiocirculatorio	Ser físico	Método de individualización del PCE	
§ Limpieza ineficaz de la vía aérea § Riesgo de hipoxemia § Riesgo de atelectasia § Riesgo de broncoaspiración § Riesgo de derrame pleural § Riesgo de obstrucción de la vía aérea	Componente Respiratorio			
§ Riesgo de retención urinaria § Riesgo de hipovolemia § Riesgo de trastornos hidroelectrolíticos § Incontinencia urinaria § Ureterostomía § Edema periférico	Componente Homeostático Excretor			
§ Riesgo de déficit nutricional § Riesgo de hiper-hipoglucemia	Componente Nutricional-Metabólico			
§ Colostomía e ileostomía § Riesgo de ileo paralítico § Riesgo de insuficiencia hepática § Riesgo de estreñimiento § Riesgo de intolerancia a la ingesta	Componente Digestivo			
§ Riesgo de déficit sensorial o motor § Riesgo de convulsiones § Riesgo de hipotermia postoperatoria § Riesgo de aumento de la PIC	Componente Neuroregulador			
§ Heridas y Úlceras por presión § Prurito	Componente Tegumentario			
§ Hemiplejia-Hemiparesia § Riesgo de caída	Componente Neuromotor			
§ Riesgo de toxicidad multiorgánica § Riesgo de sepsis § Riesgo de insuficiencia multiorgánica § Riesgo de inestabilidad hemodinámica § Incontinencia urinofecal	Componente Multisistémico			
§ Riesgo de síndrome compartimental	Componente Locomotor			
§ Riesgo de infección	Componente Inmunoematológico			
				Dimensiones y componentes de la persona consideradas en la individualización

§ Temor § Ansiedad fisiológica § Riesgo de síndrome ansioso depresivo § Riesgo de deterioro a la adaptación al nuevo estado salud	Componente Adaptativo emocional	Ser consciente
§ Riesgo de estrés postraumático	Componente Neurocomportamental	
§ Desatención unilateral § Dolor	Componente Sensoperceptual	Intersección ser físico ser consciente
§ Afasia § Síndrome confusional § Desorientación § Riesgo de autolesión involuntaria	Componente Neurocognitivo	
§ Anorexia § Agitación psicomotriz	Componente Neuroregulador	
§ Déficit autocuidado alimentación § Déficit autocuidado uso del inodoro § Déficit autocuidado higiene § Riesgo de manejo inefectivo del regimen terapéutico	Componente Autocuidado	Ser autónomo
§ Fatiga § Riesgo de síndrome de desuso	Multicomponente	Integralidad
§ Riesgo de claudicación familiar	Componente Autodeterminación	Entorno familiar
§ Temor familiar § Impotencia familiar	Componente Adaptativo emocional	

**Anexo 4.2 Ejemplos de registros no regulados y de bolsillo**

Registro no regulado y de bolsillo escrito a mano. Unidad de Traumatología

<p><b>25A Camen</b> (COT)</p> <p>Artículo x pte nudo D (recato pte)</p> <table border="1"> <tr> <td>ATB cv</td> <td>96%</td> <td>164/91</td> </tr> <tr> <td>ARC <u>suplar D</u></td> <td>44%</td> <td>36/12</td> </tr> </table> <p>De Co Ge</p> <table border="1"> <tr> <td>100</td> <td>104</td> </tr> </table>	ATB cv	96%	164/91	ARC <u>suplar D</u>	44%	36/12	100	104	<p><b>25B Delfino</b> (COT) CyD</p> <p>Fco de femur 20/8 (Mortuaria)</p> <p>Sedosa</p> <p>Parial + SV Fenda → <u>Curca</u> ✓</p> <table border="1"> <tr> <td>Azte parcial</td> <td>3A, 2C</td> <td>10/78</td> </tr> <tr> <td>Pte OS Camen</td> <td>97 1/2 B</td> <td>86</td> </tr> </table>	Azte parcial	3A, 2C	10/78	Pte OS Camen	97 1/2 B	86
ATB cv	96%	164/91													
ARC <u>suplar D</u>	44%	36/12													
100	104														
Azte parcial	3A, 2C	10/78													
Pte OS Camen	97 1/2 B	86													
<p><b>26A Jose</b> (911) (COT)</p> <p>Puntos de Ranc sig</p> <p>SU</p> <p>CV 290</p> <p>Apart - Fenda ✓</p> <p><u>Capon antiabombio</u></p> <p>AR feta</p> <p>Pot sedentar</p> <p>Amplje sig</p> <p>Ab 18 en nudo</p> <table border="1"> <tr> <td>122/66</td> <td>36/12</td> </tr> <tr> <td>100%</td> <td>55x?</td> </tr> </table>	122/66	36/12	100%	55x?	<p><b>26B Pecho</b> (COT)</p> <p>PTR D 21/8</p> <p>Blin de la</p> <p>Masa esponjosa</p> <p>Masa de contid feta</p> <p>Cambios vedes (3 veces cambiado sin raso)</p> <p>Torn Tarda</p> <p>Devia</p> <p>AG feta</p> <p>Ritmo 13 ✓</p> <p>707 + 801</p> <table border="1"> <tr> <td>97 1/2 B</td> </tr> <tr> <td>73x</td> </tr> <tr> <td>122/66</td> </tr> <tr> <td>36C</td> </tr> </table>	97 1/2 B	73x	122/66	36C						
122/66	36/12														
100%	55x?														
97 1/2 B															
73x															
122/66															
36C															
<p><b>27A Elisbeth Pireno</b> IA Tarda (3)</p> <p>Transpiralbac (poco pte sig)</p> <p>Grage (Mancos)</p> <p>CO7660328</p> <p>115/75</p> <p>100% 73x</p> <p>36/12</p> <p>96-1/4 ✓</p>	<p><b>27B Miria Verdell</b></p> <p>Transplac orai (Linfoma T Apoptico)</p> <p>du IQP</p>														
<p><b>28A Kea Dbas</b> (COT)</p> <p>Reconstruccion neuu cakra-pptico P</p> <p>Sotio de yaso</p> <p>Indgre uo</p> <p>ambler e desoja / Sednacion</p> <p>de alta HANJANA</p> <table border="1"> <tr> <td>95%</td> </tr> <tr> <td>36x</td> </tr> <tr> <td>102/68</td> </tr> <tr> <td>36C</td> </tr> </table>	95%	36x	102/68	36C	<p><b>28B</b></p>										
95%															
36x															
102/68															
36C															


Registro no regulado y de bolsillo escrito a mano. Unidad de Cirugía General

15] Yegno O pte. pasado Shablon NPT. 19-10	Rosana- 80/61 7/1 3/4 98/B De-Co-Ce + PP		
16A] Biloma Dorrea x 10 mm. STOP AAS → bilos	Baldano 102/62 8/1 3/5 De-Co-Ce. 98/B 147	16B] Anocainas, BQ + dolor Jorge. (AP: Guillem Barre) (Futter Blocker) A.T. Silla medica. Doya tapado. Dox SET preco. (A)	115/93 6/21 3/3 98/B
17A] @ Krogococumene 27/7 Penrose J Neumanz Clavusis (A) DET + Cominador.	Salva U7/68 7/1 3/5 96/B De-Co-Ce	17B] Loop. 2p (A) Ej. seme. subcut. GN 2/1 SE + DE. SRA preceber Piano O	Conos. 709/80 8/1 3/5 97/B
18A] Hemorroidectomia 29mm (N. P. 20, 11mm) (Hep B)	Risa 169/74 6/1 3/4 95/B	18B] Anocainas, GACP hoy. Uchuro, (A) Dox. ← Hiluch OK.	TlenSe 135/80 8/1 3/3 96/B 1
19A] Fístula entro anal. Coast → Urologias Bricker. (A)	Domanc. 95/63 6/1 3/3 98/B	19B]	
20A] Steere gástrico 10 HFA → Gaptopri Fenarulo 3A3. D2P10 (272) Omp. 20/1	Diva. 136/80 8/1 3/5 96/B	20B] Fiebre post Clavusocumene. Dolores. dolor cabeza.	127/74 6/1 3/3 92/B
21A] Hemicolect. 6A Sudabio SV Coast O Deraje O Penrose. HVP No coaboa.	Israel 118/70 9/1 3/4 89/13	21B] JFmua en estudio RAN aspar. (A)	Carmen 112/76 8/1 3/3 98/B 0



Registro no regulado y de bolsillo escrito a ordenador. Unidad Cirugía Vasculár

17/03/2017



<p>7-1 mariano 78 años (ACV)  <b>PTC (15/03)</b></p> <p>AP: HTA                      Alergias: no conocidas                      Movilidad: reposo absoluto                      Catéter: abocat n18 15/03 y abocat n20 15/03                      Cura: aposito limpio</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reposo absoluto</li> <li>• Aposito limpio</li> <li>• No algias</li> <li>• Fiebre 38,3 medico que expectante.</li> </ul> <p>Dieta: BASICA sin sal</p>	<p>7-2 Enrique 67 años (ACV)  <b>Bypass Po-Po EII (08/03)</b></p> <p>AP: HTA                      Alergias: No                      Movilidad: Sedesta y deambula.                      Catéter: CVP                      Cura: HQ Cura TÓPICA c/12h (cura seca). Exudado seroso. Y zona macerada</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor controlado analgesia vo.</li> <li>• Pdte alta 16/03</li> <li>• Analítica CER.</li> <li>• obeso</li> </ul> <p>Dieta: FD sin sal.</p>
<p>8-1 Ercio. 54a (AVC)  <b>By-Pass Axilo-femoral + hemicolectmía D+ Ileo Terminal por perforación(09/02).</b></p> <p>AP: IAM, DLP, HTA, by-pass F-P                      Alergias: No                      Movilidad: Autónomo                      Catéter: ESI abocath.ATB EV                      Cura: VAC herida abdominal, cambio c/72h, puesta 3/03.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ileoostomía (14/03 cambio placa) Funcionante.</li> </ul>	<p>8-2 Josep 72a (ACV)  <b>By-Pass F-Poplíteo EII(01/03)</b></p> <p>AP: IAM, CH x enol, cardiopatia isqué,DM, DLP                      Alergias: No                      Movilidad: RA por linforragia                      Catéter:No                      Cura: Tópica.inginal izquierda exudativa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ulcera en zona dorsal Pie Izdo: Urgoclean c/48 h curado día 14/03</li> </ul>

**Anexo 4.3** Códigos, subcategorías y categorías emergidos en el análisis del segundo objetivo específico

CODIFICACIÓN ABIERTA	CODIFICACIÓN AXIAL		CODIFICACIÓN SELECTIVA	
Asistencia a sesiones Dificultad asistencia sesiones	Realización de sesiones clínicas de cuidados	Nivel organizacional	Elementos facilitadores del proceso de individualización	
De enfermera referente Impartida por hospital Uso Conocer bien programa Poco complicado	Formación sobre el Sistema de Información Asistencial			
Buscador PCE intranet Guías PCE papel	Buscadores de PCE intranet / papel			
Enfermeras referentes Supervisora	Soporte de enfermeras superusuarias y enfermeras gestoras asistenciales			
Conveniente conocer paciente Agobiarse Progresiva desindividualización del PC Preferible individualizar ubicadas Individualizar responsabilidad ubicada Dificultades para individualizar No conocer al paciente Rotación de pacientes Problemas para individualizar Aumentar implicación Poca implicación	Baja rotación de pacientes y asignación fija de las enfermeras			
Horarios estandarizados adecuados Facilitar uso PC Simplificar planificación cuidados PC más laborioso Especificar cuidados individualizados Terminología ATIC entendible	Uso de PCE y de la Terminología ATIC	Nivel profesional		
Compañeros Idéntico motivo ingreso Ayuda para registrar	Ayuda de otras enfermeras asistenciales			
Grado Postgrado, Máster o Especialidad Graduadas CON Estar mejor preparadas Motivar en PC Me sirvió	Conocimientos sobre metodología adquiridos en universidad			
No dominar los PC Experiencia favorece individualización Dudar resultados individualización Sin dificultad Mediante registro estructurado Dificultad PC inusual	Expertía de la enfermera			

CODIFICACION ABIERTA	CODIFICACIÓN AXIAL		CODIFICACIÓN SELECTIVA	
Seleccionar PCE habitualmente Confirmar cuidados realizados Actualizar plan Detectar auxiliares	Compromiso personal		Nivel individual	
Motivación CON Motivación relativa	Predisposición para individualizar			
Conocer rutina unidad Mejorar organización Impedir rutina unidad	Rutinas adquiridas en las unidades			
Excesivo Deseado turnos diurnos Deseado turnos nocturnos Demasiada carga de trabajo	Percepción de carga de trabajo y ratios excesivas			
Escasa variabilidad Precisar poca individualización Progresión rápida Precisar bastante individualización Complejidad paciente	Cuidados de mediana y alta complejidad		Nivel organizacional	
Poca importancia PC Supervisora saber poco	Percepción de implicación escasa de enfermeras gestoras			
Incidencias informáticas Insuficientes ordenadores Hibernación o caducidad rápida	Disponibilidad y rendimiento de infraestructuras informáticas			
Invertir tiempo buscando Necesitar tiempo buscando Requerir tiempo Disminuir tiempo dedicado paciente	Consumo de tiempo			
Carecer de tiempo No dedicar tiempo PC Faltar tiempo individualizar No hay tiempo No tener tiempo No tengo tiempo Preferencia cuidado paciente Priorizar cuidado paciente Faltar tiempo	Necesitar más tiempo		Tiempo de dedicación	
Desistir añadir elementos No puedo Individualizar mañana Registrar día siguiente Cuando tengo tiempo	Posposición de la individualización			
Invertir orden metodología Selección anticipada PCE	Adecuación pragmática de la metodología			
Anteriores informatización registros Mediante anotaciones a mano Mediante anotaciones a ordenador Asegurar no olvidar Utilizar en pase visita Utilizar todo el turno Consultar anotaciones Consenso interno	Utilización de anotaciones		Utilización de registros no regulados y de bolsillo	
Transcribir al ordenador Identificación paciente insegura	Anotaciones personales provocan pérdida de tiempo a las enfermeras y de seguridad a los pacientes			
Mediante texto libre Asegurar lectura Por costumbre Faltar hábito	Costumbre de registrar y leer anotaciones descriptivas		Tradición del registro narrativo	
Más fácil Escribir en curso clínico Expresar por escrito	Habilidades más desarrolladas para registrar de forma descriptiva que estructurada			
Asignatura ser un tocho Sin motivar en PC No recordar explicaciones	Docencia universitaria con contenidos poco motivadores		Nivel profesional	Elementos limitadores del proceso de individualización
Desconocer diversidad PCE Desconocer elementos creados Discernir entre PCE o protocolo Dificultades buscador PCE	Ignorancia de los elementos creados		Déficit de conocimientos de la base de datos del SIA	
Diferenciar clase elemento Búsqueda avanzada Chuleta con indicaciones	Confusión sobre la clasificación de los elementos			

Elementos facilitadores y limitadores del proceso de individualización del PCE

CODIFICACIÓN ABIERTA	CODIFICACIÓN AXIAL		CODIFICACIÓN SELECTIVA	
Desconocer manejo añadir No saber programar Conocimientos básicos	Dificultades en el uso de añadir y programar elementos	Déficit de conocimientos en el Sistema de Información		
Autodidacta Compañeras Por compañeras trabajando	Aprendizaje no supervisado del SIA			
Desconocer qué añadir Faltar conocimientos Preguntar dudas a CTU	Dificultades para individualizar el PC al estado del paciente	Déficit de conocimientos en metodología enfermera		
Sin formación en PC Enfermeras sin formación Graduadas SIN Mala influencia prácticas Incongruencia universidad y centros	Aprendizaje deficitario en PC			
Ignorar existencia Desconocer nombre Confundir con NANDA NOC NIC ATIC aprendizaje práctico Desconocer denominación elemento Ignorar significado elemento PCE no específico	Aprendizaje deficitario en terminología ATIC			
No saber registrar PC Registrar complicación puntual Sin conocimiento Son muy médicas Dudar entre diagnóstico real o PCE Intervenciones Pruebas analíticas Dispositivos PCE	Falta de integración sobre la prevención de la recurrencia o progresión de una complicación	Inseguridad al seleccionar PCE	Nivel Individual	
Desconocer PCE adecuado Seleccionar PCE aproximado	Dudas para seleccionar el PCE			
Paciente pluripatológico Paciente politraumatizado Seleccionar diversos PCE-diagnósticos	Paciente con diversidad de problemas de salud			
Paciente procedente unidades críticos	Paciente post crítico			
Paciente crónico Seleccionar según antecedente	Paciente con descompensación aguda de enfermedad crónica			
Paciente ectópico	Paciente con motivo ingreso no habitual en la unidad			
En ocasiones Habitualmente Prestar poca atención Faltar interés No tener costumbre Implicación escasa Motivación SIN Confirmar cuidados no realizados Ser conscientes	Interés escaso para individualizar			

**Anexo 4.4** Códigos, subcategorías y categorías emergidos en el análisis del tercer objetivo específico

CODIFICACIÓN ABIERTA	CODIFICACIÓN AXIAL		CODIFICACIÓN SELECTIVA	
§ Mejorar calidad cuidados § Aportar cuidados seguros § Documento legal	Proporcionar cuidados de calidad, seguros y con protección legal			
§ Asegurar continuidad cuidados	Mejorar la comunicación entre profesionales			
§ Avance profesional § Dar más importancia § Reivindicar lenguaje enfermero	Oportunidad de progreso profesional			
§ Demostrar carga trabajo § Demostrar lo que hacemos § Instrumento para trabajar § Reflejar cuidados paciente § Ampliar información paciente	Herramienta para saber los cuidados que necesita el paciente	Significación vinculada al contexto organizativo		
§ Saber posibles complicaciones § Guía a seguir § Guía de cuidados § Guía para trabajar	Guía para la práctica clínica de enfermeras principiantes			
§ GT Control enfermería para registrar § HB y HV Sala para registrar § Interrupciones durante el registro § Utópico registrar ininterrumpidamente § No saber qué hago	Tiempo y condiciones del registro de la individualización		Construcción de significados	
§ Nivel muy bajo § Nivel bajo § Nivel medio § Nivel alto § Nivel muy alto § Escasa adecuación § Cuidados adecuados § Disminuir calidad cuidados	Nivel de adecuación del PCE al motivo de ingreso			
§ Comunicado oral § Curso clínico § Observación del paciente § Anotaciones médicas	Obtención de información por comunicación oral/ anotaciones/ observación directa	Significación vinculada a la prestación de cuidados		
§ Uso implícito del PC § Lenguaje natural § Sin utilizar ordenador § Actividad del paciente § Dispositivos del paciente § Curas heridas § Pruebas diagnósticas § Signos vitales alterados	Transmisión oral de información con uso indirecto del SIA			Significado del proceso de individualización del PCE
§ Mejoría registro UPP § Registrar lo que necesita § Especificar cuidados individualizados § Reflejar cuidados paciente	Registro de la planificación y administración de cuidados individualizados			

CODIFICACIÓN ABIERTA	CODIFICACIÓN AXIAL		CODIFICACIÓN SELECTIVA	
§ Comentar § Con conocimiento § Actualizar plan	Sentir responsabilidad	Positivos	Construcción de sentimientos	
§ Me gustan § Manejar sin dificultad § Aportar información útil § Mejoría registro UPP	Sentir satisfacción			
§ Dedicar más tiempo § Individualizar siempre yo § Da trabajo § No es fácil	Sentir un esfuerzo	Ambiguos		
§ Sin plantear repercusión § Individualizar otras enfermeras § Continuar sin individualizar § Olvidar § Sin malestar § Sin protestar	Sentir indiferencia			
§ Frustrada § Malestar § Rabia § No individualizo más § Solicitar individualización por CTU	Sentir frustración y rabia			
§ Es una obligación § No creo en ellos § No son útiles § Dar pereza § Es secundario § No me lo miro § Sólo es enfermero § Muy extensos § Utilizar al ingreso § Sin comentar	Sentir desaprobación	Negativos		





UNIVERSITAT DE  
BARCELONA