

La implantación de la Enfermera Primaria o Referente en una unidad de Oncología – Hematología Pediátrica a través de un proceso de Investigación – Acción - Participativa

Laura Lahuerta Valls¹, Joan Blanco Blanco², Núria Roca Caparà³

¹Doctoranda en Enfermería. Enfermera, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, España. lahuertalaura@gmail.com

²Doctor en Enfermería. Profesor, Universidad de Lleida, Lleida, España. joan.blanco@dif.udl.cat

³Doctora en Antropología. Profesora, Campus Docent Sant Joan de Déu, adscrita a la Universitat de Barcelona. Grupo de Investigación en Enfermería, Educación y Sociedad (GIEES). España. NRoca@santjoandedeu.edu.es

Resumen: El objetivo fue generar cambios en el Sistema de asignación de enfermería de la unidad de Oncología – Hematología del Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona) mediante un proceso de Investigación – Acción - Participativa. Metodología mixta. El diseño cualitativo se basó en la Investigación-Acción-Participativa (Kemmis y McTaggart). Muestreo intencional por conveniencia. Se llevaron a cabo cuatro grupos focales con enfermeras asistenciales y gestoras, observación participante y diario de campo por la investigadora principal. Participaron 5 enfermeras asistenciales y 5 gestoras en todo el proceso de implantación de este nuevo sistema de asignación y lo valoraron como una forma de brindar cuidados de excelencia. Experiencia positiva y enriquecedora que permite establecer una estrecha relación asistencial con el paciente, potencia competencias profesionales como iniciativa, responsabilidad, reflexión, organización, autonomía en el trabajo y liderazgo. Se efectuaron cambios en la organización de cuidados después de la evaluación de necesidades y propuestas de cambio.

Palabras clave: Enfermería Primaria, Investigación Cualitativa; Investigación en Enfermería; Participación Comunitaria

The implantation of the primary or referring nurse in a pediatric oncology unit through a participatory action research process

Abstract: The aim was to make changes at the system of allocation of nursing in the Oncology-Hematology unit of the Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona) through a participative action research. Mixed methodology. The qualitative design was based on participative action research (Kemmis and McTaggart). Convenience sampling. Four focus groups were carried out with nursing and management nurses, participant observation and field diary by the principal investigator. Five nursing assistants and five managers participated in this new allocation system and valued it as a way to provide excellence care. Positive and enriching experience that allows establishing a close relationship with the patient, empowering professional skills such as initiative, responsibility, reflection, organization, autonomy at work and leadership. Changes were made to the care organization after the needs assessment and changes proposals.

Keywords: Primary Nursing, Qualitative Research, Degree in Nursing, Nursing Research, Consumer Participation.

1 Introducción

La necesidad de personalizar y humanizar los cuidados enfermeros pone de manifiesto el requerimiento de reorientar los sistemas y servicios de salud con nuevos modelos y estrategias de acción a partir de preguntas como: ¿Cómo ofrecer unos cuidados enfermeros más personalizados?, ¿Cómo crear una adherencia terapéutica por parte de la enfermera hacia el usuario y la familia?, ¿Cómo fomentar una relación terapéutica con los usuarios durante todo el período de hospitalización? y ¿Cómo podemos fomentar la continuidad asistencial? (Juárez & et al, 2011)

La personalización de los cuidados es una de las expectativas que aparecen más frecuentemente en los estudios de satisfacción que se realizan en los sistemas sanitarios actuales, ya que el objetivo de las instituciones sanitarias es centrar la actividad enfermera en la persona – paciente, y no sólo en la

patología – paciente. Esta personalización de los cuidados constituye el pilar fundamental para conseguir una atención holística, integral y continuada, orientada al usuario y a la familia (López-Alonso & et al, 2007), y unos cuidados de enfermería basados en la excelencia. No obstante, esto obliga a las distintas instituciones sanitarias a desarrollar una reorientación en el contexto organizativo de la práctica enfermera (Aiken & et al, 2014), con la finalidad de dar respuesta a una atención sanitaria cada vez más compleja y a los retos que afrontan para proporcionar cuidados que sean adecuados a altos niveles de calidad, en un medio cambiante, competitivo e incierto (Aiken, & et al., 2002).

Estos cambios organizativos se definen como la necesidad de disponer de un profesional de enfermería de referencia durante todo el proceso asistencial, con quien el paciente y la familia puedan establecer un vínculo estable que permita una relación terapéutica y una coordinación de los cuidados enfermeros y permita desarrollar una educación sanitaria para que el usuario/familia puedan continuar los cuidados en el domicilio. Este sistema de asignación consiste en el Modelo de Enfermera Primaria o Referente (Manthey, 2002) y se define como: “la asignación en un hospital de un profesional de enfermería de referencia por cada paciente, el cual planifica, ofrece y vigila la atención como responsable desde que ingresa hasta que se va de alta domiciliaria”. A través de este modelo se pueden ofrecer unos cuidados más individualizados, holísticos e integrales, la intervención de una enfermera como recurso terapéutico y la integración de habilidades específicas por parte de este profesional hacia la población.

La mayoría de las enfermeras trabajamos en centros hospitalarios o comunitarios, que se encuentran dirigidos por administraciones muy complejas, con principios de alta burocracia, de gran centralización y excesiva división de tareas. Con frecuencia, la organización, los servicios y el trabajo de enfermería se realizan basándose en un enfoque médico del diagnóstico y del tratamiento. Paralelamente, en las unidades de enfermería también existen elementos que obstaculizan una gestión efectiva de los cuidados como: personal escaso, alta rotación de profesionales o absentismo laboral junto con el afrontamiento de situaciones de estrés, angustia y sufrimiento de los pacientes. Por este motivo, el entorno de gestión de los cuidados requiere de la figura de la Enfermera Referente; con un mayor liderazgo y motivación; dos procesos asistenciales para garantizar unos cuidados de calidad. El liderazgo permite influir en la acción del resto del equipo interdisciplinar; así la enfermera referente puede transmitir los valores de los cuidados y asumir actitudes de apoyo del resto del equipo y reducir los factores que obstaculizan unos cuidados de calidad. Paralelamente, la enfermera referente podrá tener más motivación en su trabajo y generar un clima de trabajo favorable y participativo, involucrando al resto de profesionales en decisiones y demandas, favoreciendo la creatividad, promoviendo el concepto de equipo, fomentando la autonomía profesional y la capacidad de todos los miembros del grupo en brindar cuidados personalizados (Corpa & Hito & García, 2010) (Danet & March & Romera, 2014)

Por todo ello, a nivel institucional, surge la necesidad de implantar el modelo de Enfermera Primaria o Referente, no obstante, esta implantación no es simplemente una forma de asignar enfermeras a los pacientes, sino una visión de la enfermería con una práctica profesional centrada en el paciente. Por tanto, la implantación de estas acciones hacia la personalización de los cuidados, como la relación interpersonal o de ayuda, resultan difíciles de poner en marcha sin un diseño metodológico de Investigación – Acción – Participativa, ya que para conseguir la implantación real y efectiva de evidencias en la compleja realidad de la práctica clínica se necesita entender los mecanismos que motiven los cambios en la organización. Por tanto, a través de esta investigación se dio respuesta a la siguiente pregunta de investigación: “La implantación del Modelo de Enfermera Primaria o Referente permite brindar unos cuidados enfermeros más personalizados y un mayor grado de satisfacción profesional?”

2 Objetivos

Objetivos generales:

1. Generar cambios en el Sistema de asignación de Enfermería del Hospital Sant Joan de Déu a través de un proceso de Investigación – Acción – Participativa.

Objetivos específicos:

1. Promover la reflexión sobre los cuidados de enfermería a través de un proceso participativo de los profesionales con la finalidad de aportar cambios en la práctica enfermera.
2. Explorar el posicionamiento y valoración de los profesionales de enfermería en relación al sistema de asignación de Enfermera Primaria o Referente y sus experiencias delante del cambio.
3. Identificar las ventajas y los inconvenientes del modelo asistencial de enfermería a través del diseño metodológico de la investigación-Acción-Participativa.
4. Analizar si el modelo de Enfermera Referente produce un aumento en la percepción de la calidad asistencial y en la satisfacción laboral de los profesionales.

3 Metodología

Desde una perspectiva crítica se diseñó una metodología mixta. El diseño cualitativo se basó en la Investigación-Acción- Participativa, concretamente en el Modelo de Kemmis y McTaggart (Kemmis & McTaggart & Retallick, 2004) (Kemmis & McTaggart, 2005). Se escogió este modelo porque es muy aplicable a la investigación que se planteaba, ya que incluye diferentes etapas que se consideraron necesarias para desarrollar todo el proceso de cambio a través de una retroalimentación continua.

El proceso de la investigación se desarrolló en tres fases. Inicialmente se hizo un análisis del Sistema Tradicional o Burocrático, modelo de atención de Enfermería en vigor, y que se valoró como un sistema que no proporciona cuidados personalizados. Posteriormente se llevó a cabo el diagnóstico y planificación de la acción utilizando como técnicas de recogida de datos los grupos focales. En la segunda fase se implantó la acción (Modelo de Enfermera Primaria o Referente) durante 12 meses en la unidad de Oncología-Hematología pediátrica del Hospital Sant Joan de Déu. Durante esta fase se realizó una valoración constante por parte de las profesionales y la investigadora principal hizo observación no participante y notas de campo en un diario, con impresiones y anotaciones subjetivas. A los seis meses se llevó a cabo un grupo focal con enfermeras gestoras y asistenciales con la finalidad de hacer seguimiento de la implantación de la acción, potenciar los elementos favorables y mejorar los puntos débiles de este nuevo modelo de asignación. Pasados los 12 meses se inició el período de evaluación de la acción. Se efectuó otro grupo focal con enfermeras gestoras y asistenciales con la finalidad de analizar como se había desarrollado la acción y establecer la acción definitiva. Como técnicas de recolección de datos se efectuaron grupos focales, observación participante y notas de campo.

El muestreo fue intencional y por conveniencia. Para el análisis de datos se utilizó el desarrollo analítico propio de la Investigación – Acción – Participativa. Inicialmente se llevó a cabo una codificación abierta que implicó primero una codificación sustantiva, donde se aplicaron etiquetas de código a los fragmentos de narración y, una vez agrupados en familias relacionadas con los objetivos de la investigación, se llevó a cabo una segunda codificación focalizada en temas para evitar la pérdida de información relevante. En una segunda fase, a partir de las familias de códigos, se elaboraron las categorías provisionales estableciendo sus propiedades y dimensiones (codificación axial). La elaboración del paradigma de codificación, de forma transversal a todo el proceso de análisis, facilitó el ulterior establecimiento de relaciones entre categorías elaborando de esta manera, una narrativa teórica.

La metodología cuantitativa se diseñó para dar respuesta al objetivo específico 4. Diseño cuasi-experimental prospectivo sin aleatorización con dos grupos no equivalentes ni recurrentes formados por 34 usuarios-familias y 20 profesionales asistenciales de la planta de Oncología - Hematología. Se recogió información sobre variables socio demográficas, laborales y de calidad percibida mediante los cuestionarios SERVQHOS, PES-NWI y una encuesta personal diseñada ad-hoc en el Sistema Tradicional o Burocrático y posteriormente en el Modelo de Enfermera Primaria o Referente, para demostrar que en este último se producía un aumento en la calidad asistencial y en la satisfacción laboral. El análisis estadístico consistió en una comparación de medias de la escala PES-NWI y SERVQHOS antes y después de la intervención. Se utilizó el Test T de Student. Para comparar cada ítem por separado, se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney de comparaciones de distribuciones. Las variables categóricas adicionales recogidas en las dos fases del estudio, se compararon mediante el test Chi-Cuadrado o el extracto de Fisher. Se utilizó el software estadístico SPSS 19.0 para realizar el análisis. Se consideran significativos los test estadísticos con p-valor menor de 0,05.

En cuanto a los criterios de rigor (Vallés, 2006), para asegurar la credibilidad se han utilizado fragmentos originales del discurso para ilustrar los resultados, se realizó triangulación de técnicas y se llevó a cabo una auditoría interna de las decisiones tomadas. En referencia a la transferibilidad se ha detallado el contexto del muestreo y se han considerado los resultados meras hipótesis de trabajo y, por lo tanto, no susceptibles de ser generalizadas. Para conseguir la seguridad se han utilizado estándares de trabajo. Por último, la elaboración de un diario reflexivo por parte de la investigadora principal, las auditorías internas dentro del equipo investigador y la lectura crítica de los resultados por parte de los propios participantes ha permitido asegurar la confirmabilidad. El proyecto fue valorado y aceptado por el Comité de ética del Hospital y contó con el apoyo de la dirección de Enfermería. Se pasó consentimiento informado a los participantes y se estableció un protocolo de seguridad para asegurar la confidencialidad de los datos.

4 Resultados

4.1.-Fase inicial de diagnóstico y planificación de la acción:

En el primer grupo de discusión participaron cinco enfermeras gestoras de la institución. Eran enfermeras con una trayectoria de prestigio que aportaban perspectivas diversas sobre la profesión y asesoraban desde su visión gestora en el nuevo sistema de asignación de enfermera Primaria o Referente. La realización de este grupo focal tuvo los siguientes objetivos: hacer un análisis de la organización de los cuidados de enfermería en el Sistema Tradicional o Burocrático que imperaba en aquel momento, presentar el Modelo de Enfermera Primaria o Referente con la finalidad de fomentar el debate y la reflexión conjunta, y definir propuestas de mejora desde su experiencia gestora. Posteriormente, se desarrolló un grupo focal con enfermeras asistenciales de la unidad de Oncología – Hematología, con el objetivo de reflexionar sobre la práctica asistencial existente y presentar el protocolo de la Enfermera Primaria o Referente (mejorada por el grupo de expertos), con la finalidad de que hicieran aportaciones para mejorarlo desde su experiencia asistencial. Los grupos focales se realizaron en la misma institución y fueron conducidos por la investigadora principal que actuó de moderadora y de relatora. Cabe citar que quince días antes de los grupos de focales la investigadora principal envió dos artículos a todos los asistentes con la finalidad de que las profesionales conocieran el nuevo protocolo. Además de los grupos focales con gestoras y profesionales asistenciales, la investigadora principal efectuó una reunión informativa con todo el

equipo interdisciplinar: oncólogos, supervisora, enfermeras y auxiliares para explicar el Modelo de Enfermera Primaria o Referente.

Los resultados de esta fase inicial de diagnóstico fueron:

- **Análisis de la situación actual: Sistema Tradicional o Burocrático**

Las profesionales de enfermería gestoras, que participaron en el grupo focal en la fase inicial de diagnóstico de la investigación, manifestaron que en ese momento no se disponía de un profesional de enfermería de referencia, que las familias y los usuarios no identificaban un enfermero como responsable durante la estancia hospitalaria, sino que el Sistema de asignación estaba basado en un modelo biomédico; las enfermeras realizaban los cuidados pero no existía un profesional de enfermería responsable que fuera percibido por los usuarios/familias como referente de sus cuidados. Las gestoras valoraron que esto supone una dificultad en el momento de crear un vínculo terapéutico con los pacientes/familias, elemento que se podía mejorar con la presencia de una enfermera de referencia durante todo el ingreso. La figura de una enfermera referente podía producir un aumento en la calidad asistencial que percibían usuarios/familias,

“El sistema de asignación que tenemos actualmente dificulta establecer un vínculo terapéutico con los pacientes y las familias. Al no tener este vínculo no se puede establecer una relación de confianza con el profesional de enfermería para resolver dudas y todos sus problemas en el ingreso actual y prevenir ingresos futuros (...)”

Las profesionales de enfermería asistenciales que participaron en el grupo focal en la fase inicial de diagnóstico también opinaron que no se disponía de un Modelo asistencial de enfermería que designara a un profesional enfermero de referencia, pero que, indirectamente, los distintos usuarios y familias con una estancia hospitalaria larga tenían alguna enfermera como referente durante el período de hospitalización. No obstante, consideraron que la presencia de un profesional de enfermería de referencia facilitaría la adherencia terapéutica con el paciente/familia, elemento que favorecería que los usuarios se sintieran más acompañados durante toda la estancia hospitalaria,

“Los usuarios y las familias con un profesional de enfermería de referencia les parecería que siempre van acompañados con sus enfermeras referentes, sería mejor (...)”

Paralelamente, los profesionales gestores, opinaron que los profesionales de enfermería no acababan de sentirse completamente realizados con su tarea asistencial, ya que no había ningún enfermero que se sintiera líder del proceso asistencial del paciente y la familia. Las enfermeras del turno de mañana son las que presentan una relación más próxima con el paciente y la familia, y el equipo interdisciplinar, no obstante, el resto de turnos manifiestan la necesidad de sentirse más líderes asistenciales de todo el proceso de hospitalización,

“Yo pienso que las enfermeras de mañana si tienen una vinculación más estrecha que las enfermeras de tarde y noche con los pacientes y otros profesionales en el momento de planificar cuidados (...). Hay enfermeras que te “exigen” que quisieran formar parte de esto y ser más líderes. Pero...bueno, pues la de la mañana es la que tiene contacto con el médico, que puede planificar más cuidados o intentar hablar más con las familias, o dedicarle más tiempo. La de tarde y noche hacen más cuidados de delegación (...)”

En resumen, las profesionales gestoras y asistenciales, valoraron el Sistema Tradicional o Burocrático como un sistema de asignación a mejorar.

- **Modelo de Enfermera Primaria o Referente**

El equipo de profesionales gestores valoró el Modelo de Enfermera Primaria o Referente como una oportunidad para el colectivo de enfermería, ya que actualmente los cuidados enfermeros aún están

muy centrados en un diagnóstico médico, y enfermería aún desarrolla su rol en función de unas tareas asistenciales basadas en la subordinación dentro del equipo interdisciplinar,

“Yo pienso que sí. Pienso que con este modelo se pueden ofrecer unos cuidados de proximidad. Que tú como enfermera eres más próximo e identificas una serie de cosas que con los cuidados que ofrecemos actualmente no se permite detectar. Es una relación distinta. Te permite ofrecer unos cuidados que ahora no están (...)”

Las profesionales gestoras postulaban que el Sistema de asignación de Enfermera Primaria o Referente podría generar una responsabilidad mayor a la enfermera en la toma de decisiones sobre los cuidados del paciente y la familia, elemento que les podría generar más motivación y satisfacción laboral. La enfermera Primaria o Referente sería el profesional que realizaría la planificación de los cuidados y quien figuraría como interlocutora principal en materia de cuidados dentro el equipo enfermero. Las profesionales asistenciales valoraron el Modelo de Enfermera Primaria o Referente como una nueva organización que permitiría brindar unos cuidados más personalizados y organizados, atribuyendo un papel a cada profesional de enfermería,

“Es poner orden al que hacemos ahora, porque ahora indirectamente las familias que están más tiempo ya tienen referentes dentro del colectivo de enfermería (...)”

Las limitaciones que se percibieron en el grupo focal de enfermeras gestoras, así como en el de enfermeras asistenciales, fue la falta de tiempo para brindar unos cuidados personalizados debido al elevado ratio enfermera/paciente, así que se tendría que observar la carga asistencial de enfermería con este nuevo modelo de cuidados. Otro elemento que se detectó como limitación es la dificultad de que cuando un niño/familia reingrese en la unidad pueda ser llevado por su enfermera referente, elemento que las gestoras valoraron como un tema pendiente de organizar. Otra limitación detectada por las enfermeras asistenciales fue que las enfermeras de turno de fin de semana no podían actuar como referente, debido a la falta de continuidad asistencial. Las gestoras opinaron lo mismo, así que se incluyó en los criterios de exclusión de enfermera referente a las profesionales de enfermería que sólo trabajaban el fin de semana.

4.2.-Fase de desarrollo de la acción:

Además de la observación no participante, la recogida de notas de campo y la valoración continuada a las profesionales asistenciales sobre la implantación del nuevo modelo, a la mitad del desarrollo de la acción, se llevó a cabo otro grupo focal con profesionales de enfermería gestoras y asistenciales. Los objetivos de este grupo focal fueron valorar los elementos susceptibles de mejora de este nuevo modelo para brindar cuidados de enfermería, así como los elementos potenciables.

- Elementos potenciables en el Modelo de Enfermera Primaria o Referente.

Las profesionales de enfermería asistenciales hacían una valoración muy positiva de esta forma de organización de los cuidados. Como profesionales, tenían la posibilidad de crear una adherencia terapéutica más exhaustiva con los padres y usuarios, que les permitía hacer un abordaje holístico, contemplando aspectos físicos, pero también psicosociales y emocionales de forma paralela a la complejidad técnica i al tratamiento físico y/o biomédico. Las profesionales expresaron que establecían una interacción con el niño y la familia más intensa, hecho que para ellas era la esencia del cuidado. Paralelamente, las profesionales también sentían más responsabilidad delante del niño/familia de quien eran referentes, así como un impacto más grande en la importancia de los cuidados durante todo el proceso de hospitalización, elemento que producía más visibilidad del profesional de enfermería y un papel más destacado dentro del equipo interdisciplinario. Esta

responsabilidad en la gestión de los cuidados y visibilidad del trabajo bien hecho producía un aumento de la motivación del personal y profesional de las enfermeras de la unidad, que podía favorecer la obtención de mejores indicadores de calidad. Las profesionales gestoras manifestaron que con el modelo de Enfermera Primaria se percibía una mejora del clima y cooperación profesional dentro del equipo interdisciplinario por parte de las enfermeras, disminuyendo los conflictos relacionales y mejorando la comunicación de los profesionales de enfermería con el resto del equipo.

- **Elementos de mejora en el Modelo de Enfermera Primaria o Referente.**

Como aspectos de mejora de este modelo, las profesionales asistenciales opinaron que las cargas de trabajo eran tan elevadas dentro de la unidad, que a veces no había tiempo suficiente para hacer un abordaje holístico tal y como les gustaría a ellas, y a los pacientes y las familias. Otro aspecto que las profesionales y las gestoras vivieron de forma negativa fue que durante la implantación de este modelo hubo algunas habitaciones que tuvieron que ser sometidas a limpieza exhaustiva para evitar posibles infecciones, y algunos niños/familias tuvieron que ser trasladados cambiando de referente. Las profesionales y los usuarios/familias vivieron este proceso de forma negativa ya que habían hecho una adherencia terapéutica con su enfermera referente. Finalmente, un último elemento que las profesionales de enfermería gestoras y asistenciales percibían como limitación importante en el nuevo modelo de organización de cuidados de enfermería, era la dificultad de ubicar a un niño/familia que reingresaba en las habitaciones de su enfermera referente. Este elemento ya se evaluó en la fase inicial de diagnóstico de la acción, no obstante, las profesionales lo valoraron de la siguiente forma,

"(...) Tenemos un gran número de niños/familias que reinciden en sus ingresos, entonces si por ejemplo tenemos un reingreso de un niño y la zona de su enfermera referente está completa, tenemos una dificultad ya que este niño y esta familia no podrán tener su enfermera referente con quien había hecho una adherencia terapéutica (...)"

Las profesionales gestoras y asistenciales establecieron que todo paciente que reingresara se ubicaría en la zona de su referente prioritariamente, no obstante si esto no fuera posible se tendría que hacer un cambio de referente y volver a hacer una adherencia terapéutica con otro profesional de enfermería.

4.3.-Fase de evaluación de la acción:

Pasados los doce meses de implantación de la acción, se llevó a cabo otro grupo focal con enfermeras asistenciales y gestoras con los siguientes objetivos: Percepciones y vivencias en el Modelo de Enfermera Primaria o Referente definitivo y valoración de todo el proceso de desarrollo de la acción.

- **Percepciones y vivencias en el Modelo de Enfermera Primaria o Referente definitivo**

En conjunto, tanto las enfermeras asistenciales como las gestoras valoraron el Modelo de Enfermera Primaria o Referente como una organización de cuidados de excelencia. La vivencia asistencial de las enfermeras era positiva, enriquecedora. Con este sistema de asignación, enfermería tenía más visibilidad dentro del equipo interdisciplinario, podían establecer una estrecha relación profesional con el paciente y la familia y potenciaba una mayor motivación y mejor entorno laboral. Paralelamente, las enfermeras gestoras coincidían con las enfermeras asistenciales, en que este modelo potencia el rol autónomo de enfermería y fomenta una mayor implicación del profesional en los cuidados brindados a usuarios/familias. Este elemento se percibía como una mejora en indicadores de calidad como: registros de enfermería al ingreso, pulseras identificativas de los pacientes, registros de

alergias, registros del dolor. El profesional tenía más responsabilidad en los pacientes de los que era referente y, como consecuencia, mayor motivación y se conseguía una mayor calidad asistencial,

“En este modelo de enfermería, las enfermeras tienen una repercusión más directa en algunos indicadores de calidad de la estancia hospitalaria de los pacientes/familias de los que es referente, como consecuencia, esto provoca una mayor motivación y unos mejores indicadores de calidad (...)”

- Valoración de todo el proceso de desarrollo de la acción

Todas las profesionales de enfermería asistenciales y las gestoras valoraron el desarrollo de la acción de forma muy positiva. Compartir experiencias, opiniones e información sobre el nuevo Modelo de organización de cuidado, ayudó a todas las profesionales y les motivó. Según las enfermeras, en los grupos focales, se generaba un espacio de debate e intercambio de opiniones y experiencias que enriquecía a todo el grupo, tanto a gestoras como a enfermeras asistenciales. La parte vivencial, experiencial y de relación entre enfermeras gestoras y asistenciales durante la planificación de la acción es el aspecto que se valoró más positivamente,

“Implantar una organización de cuidados con la voz de las gestoras y las enfermeras asistenciales es muy buena idea, y hacer grupos de debate juntos también, porque compartimos información, la parte gestora que ven ellas no la vemos nosotras y la asistencial que vemos nosotras no la ven ellas..., es decir, los grupos focales de profesionales y gestoras fueron fantásticos...”

Las profesionales se sintieron participes de este proyecto desde el primer momento. A pesar de que sabían que implantar este modelo de cuidados era una apuesta de la institución, el hecho de haber tenido la oportunidad de manifestar su opinión, hacer un seguimiento de la implantación de la acción, saber que la investigadora principal recogía la voz de todas las profesionales y que se podían mencionar los elementos destacables y mejorables de este proyecto, les hizo sentirse protagonistas principales en todo este proceso, elemento que fomentó la buena aceptación del cambio por parte de las profesionales. Las gestoras también valoraron la metodología de implantación de la acción de forma muy positiva, recalando que el hecho de haber participado en todo el proceso de desarrollo hace que se haya podido adaptar a las características de la institución de forma muy precisa, corrigiendo los elementos mejorables y potenciando los destacables a tiempo. También expresaron sentirse protagonistas principales en esta investigación,

“Ser partícipe de todo el proceso es muy positivo porque lo puedes ir adaptando a las necesidades de tu institución, y paralelamente potenciar todo lo destacable y mejorar todo lo mejorable a tiempo (...)”

Los resultados obtenidos en las escalas PES-NWI entre el Sistema Tradicional o Burocrático y el Modelo de Enfermera Primaria o Referente presentan un ligero incremento en la media de algunos ítems de la escala en el Modelo de Enfermera Primaria. Paralelamente en la escala SERVQHOS se ha presentado un incremento de 7 puntos ($p=0,006$) en el t de Student de comparaciones de medias para muestras independientes en el Modelo de Enfermería Primaria. En resumen, podemos afirmar que con el Modelo de Enfermera Primaria los profesionales perciben mejor entorno laboral y los usuarios/familias más calidad asistencial.

5 Discusión

La investigación indica que el modelo de la Enfermera Primaria o Referente en una planta de Oncología- Hematología pediátrica es una organización de cuidados de enfermería estratégica en la personalización de los cuidados (Manthey, 2003) y un avance significativo en la mejoría del entorno laboral por parte de los profesionales, elemento fundamental para dar cuidados de calidad, tal y como se refleja en estudios previos (Gunnarsdóttir & Clarke & Rafferty & Nutbeam, 2009), donde se pone de manifiesto que las enfermeras de las instituciones sanitarias con peor entorno laboral padecen insatisfacción laboral, agotamiento emocional y dificultad para proporcionar cuidados de

calidad. No solo eso, sino que muchos autores concluyen que la percepción del entorno laboral desfavorable por parte del profesional de enfermería podría ser un riesgo para el paciente y para la prestación de cuidados de calidad (Aiken & Sloane & Bruynee & Van den Heede & Griffith & Busse & McHugh, 2014).

En los resultados obtenidos en esta Investigación – Acción – Participativa se observa que una mayor visibilidad y responsabilidad del profesional de enfermería mediante un modelo de organización de cuidados como el Modelo de Enfermera Primaria o Referente, no solo produce un aumento de la motivación del profesional, sino que permite brindar a nuestros usuarios y familias una mayor calidad asistencial. La implantación de este sistema de asignación mediante una Investigación – Acción – Participativa ha conseguido crear un entorno en el que los profesionales han trabajado juntos, de manera colaborativa, formas más comprensibles de actuar desde su rol lugar de trabajo, potenciando que los mismos profesionales tengan la agencia para cambiar y transformar el entorno que los rodea, sintiéndose protagonistas en todo momento del proceso del cambio, y por tanto con más probabilidades de éxito en el momento de la implantación de la acción (Corpa & Hito & García, 2010)

6 Conclusiones

En esta investigación queríamos explorar si el Modelo de Enfermera Primaria o Referente es una organización de cuidados de enfermería que facilita la personalización de los cuidados y la visibilidad y satisfacción del profesional de enfermería. Aunque cambiar un sistema de organización de cuidados enfermeros es difícil, los resultados permiten afirmar que el Modelo de Enfermera Primaria en una unidad de Oncología – Hematología pediátrica ha aumentado la motivación profesional de las enfermeras, una mayor visibilidad en los cuidados y una mejoría en algunos indicadores de calidad a nivel institucional. La figura de la enfermera Primaria o Referente permite desarrollar una atención integral y holística al paciente y a la familia y, a la vez, proporciona un mayor liderazgo y visibilidad del profesional de enfermería durante todo el proceso de hospitalización.

Durante el periodo de hospitalización, el abordaje holístico del paciente/familia por la enfermera referente favorece la creación de una adherencia terapéutica del profesional con el usuario, que produce una mayor motivación profesional, así como una mejor calidad asistencial percibida por usuario y familia. Se fomenta la autonomía profesional de la enfermera, el liderazgo, la responsabilidad y la iniciativa así como el compromiso y responsabilidad. La implantación de un cambio de estas características tan importantes en el contexto sanitario, como cambiar el sistema de organización de cuidados de enfermería de una unidad, no se podría haber realizado sin la voz y participación de los profesionales y gestores mediante una Investigación – Acción – Participativa, en la que han participado durante todo el proceso. Tanto gestoras como profesionales hacen una valoración positiva de la metodología empleada para desarrollar la implantación del Modelo de Enfermera Primaria o Referente. La Investigación-Acción-Participación es un diseño metodológico apropiado para realizar acciones de mejora en enfermería ya que promueve la reflexión sobre la práctica profesional a través de la acción y de la participación de los profesionales implicados.

Referencias

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., McHugh, M. D. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824-1830

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Jama*, 288(16), 1987-1993.
- Corpa, E. A., Hito, M. P. D., & García, J. C. (2010). La investigación-acción-participativa: una forma de investigar en la práctica enfermera. *Investigación y educación en enfermería*, 28(3), 464-474.
- Danet, A., March, J. C., & Romera, I. G. (2014). Communication, participation and leadership in the perception of the emotional climate in a university hospital in Andalusia, Spain. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(3), 546-558.
- Gunnarsdóttir, S., Clarke, S. P., Rafferty, A. M., & Nutbeam, D. (2009). Front-line management, staffing and nurse–doctor relationships as predictors of nurse and patient outcomes. A survey of Icelandic hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 46(7), 920-927.
- Juárez, M. D. R. G., Alonso, S. R. L., Cózar, M. J. O., Quesada, R. C., Osquet, G. R., Borrego, M. J. M., Pedrero, C. S. (2011). Personalización enfermera y calidad percibida del cuidado en el ámbito hospitalario. *Gaceta Sanitaria*, 25(6), 474-482.
- Kemmis, S., McTaggart, R., & Retallick, J. (2004). The action research planner.
- Kemmis, S. McTaggart (2005). Participatory Action Research. *Handbook of qualitative research*, 567-605.
- López Alonso, S. R., Gala Fernández, B., Rodríguez Gómez, S., & Rodríguez Morilla, F. (2007). Metodología participativa como estrategia para la personalización de los cuidados. *Index de Enfermería*, 16(56), 7-9.
- Manthey, M. (2003). Aka primary nursing. *Journal of Nursing Administration*, 33(7/8), 369-370
- Manthey, M. (2002). *The practice of primary nursing*. Creative Health Care Management, Inc.
- Vallés, M. (2006). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Editorial Síntesis S.A.