

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA TOMA DE DECISIONES ENFERMERAS EN PACIENTES CRÓNICOS CON NECESIDADES COMPLEJAS

FACTORS INFLUENCING NURSES' DECISION-MAKING ON CHRONIC PATIENTS WITH COMPLEX NEEDS

Mercè PRAT MARTÍNEZ¹, Silvia BLEDA GARCÍA¹, Pilar PINEDA-HERRERO², Anna PUJOL GARCÍA³, Vanessa GONZÁLEZ SEQUERO⁴

1. Profesora Titular. Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat. Universidad Autónoma de Barcelona
2. Profesora Titular. Departamento de Pedagogía Sistemática y Social. Universidad Autónoma de Barcelona
3. Enfermera. Gestora asistencial, ámbito sociosanitario. Consorci Corporació Sanitaria Parc Taulí. Sabadell
4. Enfermera. Gestora de casos, ámbito sociosanitario. Consorci Corporació Sanitaria Parc Taulí. Sabadell

Resumen

Durante los últimos años, los cambios sociodemográficos han incrementado la tasa de sobreenvejecimiento. Una de sus consecuencias es el aumento de pacientes con múltiples enfermedades crónicas, más del 50% de la población, de los que un 5% presentará necesidades complejas relacionadas con la morbilidad crónica, ingresos recurrentes, sintomatología difícil de controlar y dificultad en el proceso de toma de decisiones.

Este es un estudio descriptivo, observacional y transversal realizado en dos centros hospitalarios, en el marco de un curso formativo. La muestra es de 50 profesionales de enfermería que cumplieron una matriz DAFO con el objetivo de identificar sus debilidades y fortalezas en relación a la toma de decisiones en el contexto de atención a estos pacientes, así como las amenazas y oportunidades del entorno.

Las debilidades más prevalentes fueron «asentir a las decisiones médicas» (82%), «la indecisión» (71%), causada por «desconocimiento de los objetivos terapéuticos» (36%), la «falta de formación en valoración geriátrica integral» (31%) y en el «manejo ante situaciones difíciles» (65%).

De las fortalezas destacan la «escucha activa» (92%), la «experiencia profesional» (82%), la «capacidad de motivar y empatizar» (72%), y el «ser consecuente con las decisiones tomadas» (45%).

De las amenazas del entorno destacan «la falta de tiempo» (94%), «la alta carga asistencial» (87%) y «la rotación de personal» (79%).

En cuanto a las oportunidades del entorno destacan «la comunicación terapéutica» (53%), y con un 36 %, la existencia de los planes de intervención individual compartida.

Son diversos los factores que condicionan la toma de decisiones en enfermería y que influyen en la asistencia y en la toma de decisiones ante los cuidados de los pacientes crónicos con necesidades complejas, por lo que es necesario incidir en el abordaje de las debilidades y amenazas detectadas, así como fomentar las oportunidades y fortalezas.

Palabras clave: *enfermería, necesidades complejas, paciente crónico, toma de decisiones.*

Summary

In recent years, sociodemographic changes have increased the rate of over aging. One of its consequences is the increase in patients with multiple chronic diseases, more than 50% of the population, of which 5% will present complex needs related to chronic morbidity, recurrent admissions, difficult to control symptoms and difficulty in the process of decision making.

This is a descriptive, observational and cross-sectional study carried out in two hospitals, within the framework of a training course. The sample is of 50 nursing professionals who completed a SWOT matrix with the objective of identifying their weaknesses and strengths in relation to decision-making in the context of care for these patients, as well as the threats and opportunities of the environment.

The most prevalent weaknesses were “assent medical decisions” (82%), “indecision” (71%), caused by “ignorance of therapeutic objectives” (36%), “lack of training in comprehensive geriatric assessment” (31 %) and in “handling in difficult situations” (65%).

The strengths include “active listening” (92%), “professional experience” (82%), “ability to motivate and empathize” (72%), and “be consistent with the decisions made” (45%).

The threats of the environment include “lack of time” (94%), “high care burden” (87%) and “staff turnover” (79%).

As soon as the opportunities of the environment stand out “the therapeutic communication” (53%), and with 36%, the existence of the plans of shared individual intervention.

There are several factors that influence nursing decision making and that influence care and decision making in the care of chronic patients with complex needs, so it is necessary to influence the approach to weaknesses and threats detected, as well as fostering opportunities and strengths.

Key words: *nursing, complex needs, chronic patient, decision making.*

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años, a nivel mundial se están produciendo importantes cambios sociodemográficos. España, junto a Italia y Japón, encabeza un proceso de envejecimiento que habrá pasado del 16,1% en el año 2000 al 35% en el año 2050. Se estima que las enfermedades crónicas serán la principal causa de discapacidad en el año 2020 y que hacia el año 2030 se doblará la incidencia actual en mayores de 75 años. Una de las consecuencias inmediatas de este efecto es el aumento de pacientes con múltiples enfermedades crónicas, que representan más del 50% de la población total (Estrategia para el abordaje de la Cronicidad, 2012); además, aproximadamente el 5% de esta población presenta necesidades complejas de salud relacionadas con cargas relevantes de morbilidad crónica (Pla de Salut de Catalunya, 2016-2020).

Existe una relación directa entre cronicidad y dependencia y se incide especialmente en la tríada edad, multimorbilidad y polimedicación (Contel, Muntané y Camp, 2012). Esta tríada provoca un estado de vulnerabilidad ante factores estresantes por limitación de los mecanismos compensadores (Rodríguez Mañas et al., 2013), que se conoce como fragilidad clínica. Esta, junto con la multimorbilidad, es la más frecuente de las condiciones crónicas (Tinetti, Fried y Boyd, 2012), entendiendo como multimorbilidad la coincidencia en una persona de dos o más problemas de salud, generalmente crónicos.

A menudo los conceptos fragilidad, complejidad y multimorbilidad se confunden, siendo el principal motivo su concurrencia, dado que a menudo suceden a la vez (Blay y Limon, 2016), como ocurre en los pacientes con necesidades complejas. Existen dos perfiles de pacientes con necesidades complejas: los pacientes crónicos complejos (PCC) y, dentro de estos, los pacientes con patologías crónicas avanzadas (MACA), que son PCC pero cuyas patologías se encuentran en fase más avanzada (Gómez Batiste et al, 2013).

Los pacientes MACA tienen alta probabilidad de sufrir crisis en la evolución natural de sus patologías crónicas, con presencia de sintomatología múltiple difícil de controlar. Las crisis pueden ser muy variadas y no seguir un patrón característico. Esto conlleva dificultad en la detección, diagnóstico e intervención, a lo que se suma la respuesta heterogénea a los diferentes tratamientos. Es por ello que la

atención de estos pacientes requiere de la participación de más de un profesional, ya que con frecuencia se generan situaciones de alta complejidad en las que aparecen dudas y en las que es necesario compartir diferentes puntos de vista antes de tomar cualquier decisión (Contel et al., 2012; de la Rica Escuín, García Barrecheguren y Monche Palacín, 2019).

Además de la complejidad clínica, la complejidad en la toma de decisiones también viene determinada por factores relacionados con los profesionales: el modelo tecnológico y biomédico imperante en el medio hospitalario, así como una atención eminentemente centrada en la enfermedad y basada en el pronóstico –habitualmente incierto– más que en la persona (Gionfriddo et al., 2014). Todo ello provoca una parálisis pronóstica y un abordaje dicotómico basado en la incompatibilidad entre los objetivos de curación/supervivencia y la atención paliativa (Blay y Limon, s. f.). Esta visión puede inducir tanto al encarnizamiento terapéutico como a la infravaloración, especialmente en pacientes de perfil geriátrico por motivo de edad (Chi, Wolff, Greer y Dy, 2017). Por otra parte, algunos factores de complejidad en la toma de decisiones están supeditados a la organización hospitalaria: la heterogeneidad de pacientes, así como la variabilidad en los modelos asistenciales y en las cargas de trabajo, pueden determinar en buena parte la calidad de la atención (Kurtzman y Greene, 2016). También dificulta la toma de decisiones la ausencia de objetivos terapéuticos concretos y registrados y la escasa coordinación entre equipos inter y multidisciplinares, lo que provoca una atención disruptiva y un sufrimiento derivado de la complejidad del sistema en la que son atendidos estos pacientes (Amblàs Novellas et al., 2016).

Atendiendo a lo expuesto anteriormente, cabe decir que la toma de decisiones enfermeras en el marco de atención a los pacientes crónicos con necesidades complejas es un proceso cada vez más complicado. Además, las demandas asistenciales y las necesidades de salud de estas personas están presentando cambios y retos constantes a los servicios sanitarios, lo que exige un nuevo perfil de enfermeras con mayor capacidad de trabajar en equipo, más habilidad en el manejo de conflictos, mayor capacidad de coordinar recursos y, sobre todo, más capacidad de empoderar a los pacientes crónicos con necesidades complejas y a su entorno afectivo.

Este estudio pretende conocer, desde el punto de vista de las enfermeras y en este entorno asistencial, cuáles son las fortalezas, debilidades, amenazas y oportuni-

dades que condicionan la toma de decisiones en el cuidado de los pacientes crónicos con necesidades complejas. Todo ello es indispensable identificarlo para reconceptualizar las competencias enfermeras, reflexionar sobre su práctica profesional y detectar elementos que permitan garantizar una mejor calidad asistencial (San Martín Rodríguez, Soto Ruiz y Escalada Hernández, 2019).

OBJETIVOS

- Identificar las debilidades y las fortalezas del colectivo de enfermería que condicionan la toma de decisiones en el contexto de atención a los pacientes crónicos con necesidades complejas.
- Identificar las amenazas y las oportunidades del entorno que se relacionan con la toma de decisiones en este contexto.

MÉTODO

Diseño: Estudio descriptivo observacional y transversal.

Ámbito de estudio: Hospital Comarcal del Vendrell y Consorci Sanitari Parc Taulí (CSPT).

Muestra: Participaron en el estudio 50 profesionales de enfermería (20 del Hospital 1 y 30 del Hospital 2). De ellos, 44 eran mujeres y 6 hombres, con una edad media de 40 años y un rango de edad de 23 a 56 años. La selección de la muestra fue intencionada y por conveniencia y se utilizó el método Developing a Curriculum (DACUM). Esta técnica permitió seleccionar expertos mediante el análisis de sus puestos de trabajo con el objetivo de conocer sus funciones, habilidades, actitudes y conocimientos de su trabajo en particular (Chaves, Menezes Brito, Cozer Montenegro y Alves, 2010).

Los criterios de inclusión fueron considerar la homogeneidad del grupo, que se consiguió siendo todos ellos profesionales activos laboralmente y con una experiencia de trabajo con este tipo de pacientes mínima de 2 años; y la heterogeneidad, que se consiguió al ser profesionales que trabajaban en diferentes niveles asistenciales, incluyendo atención especializada, Centros de Atención Primaria y Centros Socio-sanitarios (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Variables sociodemográficas de los participantes en el curso formativo de los dos hospitales de estudio

| Participantes | Hospital 1 | | | | | Hospital 2 | | | |
|---------------|------------|------|--------------------|---|---------------|------------|------|-------------------|---|
| | Sexo | Edad | Ámbito de trabajo | Años de experiencia en atención al paciente crónico | Participantes | Sexo | Edad | Ámbito de trabajo | Años de experiencia en atención al paciente crónico |
| P1 | M | 47 | Geriatría Agudos | >20 | P1 | P1 | 52 | Medicina Interna | >20 |
| P2 | H | 35 | Psicogeriatría | 11 a 15 | P2 | P2 | 41 | Atención Primaria | 16 a 20 |
| P3 | M | 34 | Medicina Interna | 11 a 15 | P3 | P3 | 36 | Medicina Interna | 11 a 15 |
| P4 | M | 43 | Geriatría Agudos | 16 a 20 | P4 | P4 | 39 | Atención Primaria | 16 a 20 |
| P5 | M | 40 | Convalecencia | 16 a 20 | P5 | P5 | 32 | Medicina Interna | 11 a 15 |
| P6 | M | 36 | PCC | 11 a 15 | P6 | P6 | 25 | Medicina Interna | 5 a 10 |
| P7 | H | 35 | Convalecencia | 11 a 15 | P7 | P7 | 45 | Medicina Interna | >20 |
| P8 | M | 33 | Convalecencia | 11 a 15 | P8 | P8 | 37 | Medicina Interna | 16 a 20 |
| P9 | M | 45 | Hosp. Domiciliaria | >20 | P9 | P9 | 36 | Medicina Interna | 16 a 20 |

(Continúa)

Tabla 1 (Cont.)

| Participantes | Hospital 1 | | | | Hospital 2 | | | | |
|---------------|------------|------|-------------------|---|---------------|------|------|-------------------|---|
| | Sexo | Edad | Ámbito de trabajo | Años de experiencia en atención al paciente crónico | Participantes | Sexo | Edad | Ámbito de trabajo | Años de experiencia en atención al paciente crónico |
| P10 | M | 33 | Geriatría Agudos | 11 a 15 | P10 | P10 | 43 | UCI | 11 a 15 |
| P11 | M | 34 | Convalescencia | 11 a 15 | P11 | P11 | 37 | Atención Primaria | 11 a 15 |
| P12 | H | 39 | UFISS | 11 a 15 | P12 | P12 | 23 | Medicina Interna | 5 a 10 |
| P13 | M | 36 | PCC | 11 a 15 | P13 | P13 | 56 | UCI | >20 |
| P14 | M | 39 | Medicina Interna | 11 a 15 | P14 | P14 | 30 | Urgencias | 5 a 10 |
| P15 | M | 43 | Urgencias | 16 a 20 | P15 | P15 | 40 | Urgencias | 11 a 15 |
| P16 | M | 56 | PCC | >20 | P16 | P16 | 39 | Medicina Interna | 11 a 15 |
| P17 | M | 47 | Convalescencia | >20 | P17 | P17 | 41 | Atención Primaria | 16 a 20 |
| P18 | M | 53 | Convalescencia | >20 | P18 | P18 | 51 | Atención Primaria | >20 |
| P19 | M | 36 | Geriatría Agudos | 11 a 15 | P19 | P19 | 40 | Medicina Interna | 16 a 20 |

(Continúa)

Tabla 1 (Cont.)

| Participantes | Hospital 1 | | | | | Hospital 2 | | | | |
|---------------|------------|------|----------------------|---|---------------|------------|------|-------------------|---|--|
| | Sexo | Edad | Ámbito de trabajo | Años de experiencia en atención al paciente crónico | Participantes | Sexo | Edad | Ámbito de trabajo | Años de experiencia en atención al paciente crónico | |
| P20 | M | 51 | Hosp. Domiciliaria | >20 | P20 | P20 | 36 | Medicina Interna | 11 a 15 | |
| P21 | M | 47 | EAlA Paciente Frágil | >20 | | | | | | |
| P22 | H | 40 | Psicogeriatría | >20 | | | | | | |
| P23 | M | 39 | PCC | 11 a 15 | | | | | | |
| P24 | M | 40 | PCC | 11 a 15 | | | | | | |
| P25 | M | 44 | Medicina Interna | >20 | | | | | | |
| P26 | M | 46 | Medicina Interna | >20 | | | | | | |
| P27 | M | 38 | Medicina Interna | 16 a 20 | | | | | | |
| P28 | M | 37 | Medicina Interna | 16 a 20 | | | | | | |
| P29 | M | 43 | Medicina Interna | 16 a 20 | | | | | | |
| P30 | M | 42 | Urgencias | 16 a 20 | | | | | | |

Recogida de datos: Se llevó a cabo en mayo de 2018 en el Hospital 1 y en febrero de 2019 en el Hospital 2, en el marco de un curso formativo institucional titulado «Toma de decisiones en enfermería en el contexto de atención a pacientes crónicos con necesidades complejas». El curso estaba integrado por cuatro sesiones formativas que pretendían desarrollar la competencia enfermera *toma de decisiones* mediante la reflexión y el pensamiento crítico. En la tercera sesión se solicitó a los participantes que cumplimentaran una matriz DAFO (Tabla 2) escribiendo por orden de importancia (1 menos importante y 3 más importante) las tres debilidades y amenazas que más condicionaban su proceso de toma de decisiones, así como las fortalezas y oportunidades que el entorno ofrecía para facilitar o no la toma de decisiones. El DAFO es un método analítico que surgió en el ámbito empresarial en los años 60 y que se ha extendido ampliamente en otras áreas, entre ellas el ámbito de la salud (Nebot Adell, Pasarín Rúa, Canela Soler, Sala Álvarez, & Escosa Farga, 2016). Es un método que permite construir estrategias de mejora analizando previamente los factores internos y externos que implican un producto, una acción o un servicio (Aliağa, Gutiérrez Braojos y Fernández Cano, 2018).

Análisis de los datos: El análisis DAFO permitió realizar un diagnóstico de los factores internos y externos que condicionan la toma de decisiones de los profesionales de enfermería en su práctica asistencial y en el contexto de atención al paciente crónico con necesidades complejas.

Los resultados se analizaron mediante un análisis descriptivo de contenido que se inició con la codificación de los datos bajo el criterio de agrupar, reubicar y eliminar datos repetidos y/o redundantes, y mediante un progresivo proceso de abstracción emergieron los códigos, que se agruparon en subcategorías, posteriormente en categorías y finalmente en temas.

Tabla 2. Matriz DAFO que cumplimentaron los participantes en la sesión formativa

| | Negativos para alcanzar el objetivo | Positivos para alcanzar el objetivo |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Origen interno (características propias) | Debilidades | Fortalezas |
| Origen externo (características del entorno) | Amenazas | Oportunidades |

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la realización de este estudio se solicitó la aprobación del Comité de Ética e Investigación de la Corporación Sanitaria Parc Taulí y del Hospital Comarcal del Vendrell. La participación de los profesionales de enfermería en el curso formativo fue voluntaria y todos firmaron el consentimiento informado. Se aseguró el anonimato y el trato confidencial de los datos.

RESULTADOS

En esta investigación el DAFO permitió realizar una reflexión sobre aquellos aspectos que deben tenerse en consideración para la toma de decisiones en pacientes crónicos con necesidades complejas, con el objetivo de reducir/afrentar las amenazas y aprovechar las oportunidades que el entorno externo brinda a los profesionales de enfermería, así como utilizar como palancas las fortalezas identificadas y contrarrestar las debilidades detectadas. La importancia de confeccionar y trabajar con una matriz de análisis DAFO residió en que este proceso permitió buscar y analizar, de forma proactiva y sistemática, todas las variables que intervienen en la toma de decisiones, con el fin de tener más y mejor información al respecto.

Del análisis DAFO se obtuvo que los temas relacionados con las debilidades más prevalentes que mostraba enfermería eran aceptar las decisiones médicas (82%), y un 44% de estos profesionales destacaban que la tendencia era a no reflexionar, no argumentar ni posicionarse ante el acuerdo o desacuerdo con la decisión médica, considerando que la inseguridad era su mayor causa. Otra debilidad fue la indecisión (71%), causada por diferentes motivos, por falta de confianza (23%), desconocimiento de los objetivos terapéuticos (36%), desconocimiento de las opciones en relación con el riesgo-beneficio de la decisión a tomar (48%) y desconocimiento de los valores y preferencias del paciente (14%). Un 41% de los participantes mencionaron como debilidad la falta de formación en la valoración geriátrica integral y en el paciente crónico (31%), destacando que un 11% de estos expresaban la dificultad de prevenir, detectar y tratar síndromes geriátricos concurrentes.

Y, por último, un 65% de los profesionales manifestaron como debilidad la dificultad de manejo ante situaciones difíciles, y la mitad de ellos destacaba la dificultad

para gestionar situaciones de últimos días, sobre todo cuando no hay una pauta clara de limitación del esfuerzo terapéutico y pauta de sedación.

De los temas relacionados con las fortalezas resaltaron la escucha activa (92%), la experiencia profesional en el cuidado de estos pacientes en situación de complejidad (82%), la capacidad de motivar y empatizar con el paciente y cuidador (72%), la paciencia y seguridad en uno mismo (25%) y el ser consecuente con las decisiones tomadas (45%).

De las amenazas del entorno destacan la falta de objetivos terapéuticos definidos en los planes de cuidados (65%), la alta carga asistencial (87%), que, junto con la falta de tiempo (94%) para poder revisar historias clínicas, sentarse con el paciente y su entorno afectivo y llevar a cabo planes terapéuticos individualizados, constituyeron la amenaza más prevalente. Por otra parte, cabe añadir la rotación de personal y la falta de implicación y motivación de algunos profesionales por ser polivalentes (79%), es decir, cubrir cada día una plaza distinta en unidades diferentes. Como amenazas del entorno también resaltaron el aumento de exigencia por parte de pacientes y/o familiares (41%) y, además, el 28% expresaron la dificultad que tienen los familiares para entender cambios en la orientación diagnóstica o en el enfoque de tratamiento. También destacaron como dificultad la falta de recursos sanitarios (29%), el incumplimiento terapéutico por parte de los pacientes e incluso de las familias (12%), diferencias entre el criterio médico y el criterio enfermero (32%) y falta de tiempo también para conocer el entorno familiar del paciente, sus deseos y su grado de información en relación a la evolución de la enfermedad y limitación de tratamientos (51%).

En cuanto a los temas relacionados con las oportunidades del entorno que facilitan el proceso de toma de decisiones, destaca que la mitad de los participantes señalaban la buena comunicación entre equipos interdisciplinarios, paciente y familiares (53%), conocer los circuitos internos y externos de atención a estos pacientes (9%), y un 36 % destacaba la existencia de los planes de intervención individual compartida (PIIC), que permiten recoger información sobre las cuatro descompensaciones más habituales de los pacientes con complejidad: fiebre, disnea, dolor y alteraciones de la conciencia o comportamiento. También comentaron que este plan de cuidados permite dar respuesta a preguntas relacionadas con los valores del paciente y con el proceso de planificación de decisiones anticipadas.

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio manifiestan que las debilidades del colectivo de enfermería que condicionan la toma de decisiones en el contexto de atención a los pacientes crónicos con necesidades complejas incluyen variables ya consideradas por otros autores, como son la falta de conocimientos acerca de las opciones disponibles (Mendoza, Jofré y Valenzuela, 2006), falta de seguridad en uno mismo (Kihlgren, Svensson, Lövbrand, Gifford y Adolfsson, 2016), falta de formación tanto en relación al abordaje del paciente crónico como en la gestión de emociones e indecisión (Mosqueda Díaz, Mendoza Parra y Jofre Aravena, 2014). Todo ello dificulta la adquisición de habilidades y destrezas para conseguir un nivel de experticia que permita a enfermería un desempeño profesional de calidad (Carrillo Algarra, García Serrano, Cárdenas Orjuela, Díaz Sánchez y Yabrudy Wilches, 2013). También destacan como debilidad la aceptación frecuente de las decisiones médicas, aun no estando de acuerdo con ellas, tendiendo a no reflexionar ni saber argumentar las posibles alternativas. Estos resultados evidencian lo que Dierckx de Casterlé, Izumi, Godfrey y Denhaerynck (2008) explican del comportamiento de las enfermeras ante la toma de decisiones clínicas. Estos autores exponen que enfermería tiende a mostrar un «patrón uniforme de razonamiento ético» que les lleva a una «práctica conformista», a menudo poco adecuada a las necesidades clínicas y personales de estos pacientes, y que tienden a delegar la decisión al médico. Añaden que esta práctica constituye un importante obstáculo, ya que consideran que, ante esta conformidad, ni la creatividad, ni la argumentación, ni la reflexión crítica están presentes.

La toma de decisiones frente a los nuevos problemas éticos que surgen en el marco sociosanitario de atención a los pacientes crónicos con necesidades complejas es cada vez más complicada. Ante este escenario, los resultados obtenidos evidencian la necesidad de establecer objetivos compartidos con otros profesionales y establecer prioridades junto con el paciente (Vermunt, Harmsen, Westert, Olde Rikkert y Faber, 2017), para elegir el mejor curso de acción. Pero para ello es indispensable considerar como elemento clave de la atención centrada en la persona la toma de decisiones compartida entre pacientes y profesionales, con el objetivo de facilitar una adecuada armonización entre los valores y las preferencias de los pa-

cientes, proponer objetivos asistenciales comunes y determinar la intensidad de las intervenciones realizadas (Amblàs Novellas et al., 2016). Además, deben presentarse evidencias que faciliten la argumentación y reflexión y que contribuyan a disminuir la inseguridad y la indecisión a la que a menudo se enfrenta enfermería (Thompson-Leduc, Clayman, Turcotte y Légaré, 2015).

En relación con las fortalezas que manifiesta tener enfermería ante la toma de decisiones, hubo acuerdo en que la experiencia profesional ante el cuidado de estos pacientes, la capacidad de motivar y empatizar, la escucha activa y el ser congruente con la decisión tomada son factores internos que facilitan la toma de decisiones. Estos resultados apoyan que los profesionales de enfermería con habilidades comunicativas favorecen la relación terapéutica, siendo este proceso crucial para que el paciente participe de la toma de decisiones (Bonal Ruiz, 2012), y ayudan a potenciar el empoderamiento de los pacientes; es decir, un paciente que percibe escucha activa y empatía, considerados valores troncales de la práctica clínica, aumenta su capacidad para tomar decisiones y ejercer control sobre su salud (Borrell Carrió, 2011). A su vez, estos valores también ayudan a disminuir la incertidumbre y lo que O'Connor et al. (2003) definen como «conflicto decisional» que surge de las diferentes decisiones que los pacientes y su entorno afectivo deben tomar.

El efecto de la toma de decisiones compartida en el contexto de pacientes crónicos con necesidades complejas está ampliamente estudiado, y autores como Gionfriddo et al. (2014) explican que la variable predictiva del desempeño de un médico o una enfermera en relación a la toma de decisiones compartida es la intención y la actitud del profesional en querer llevarla a cabo y considerarla indispensable no solo como un proceso que se adapte a las preferencias de las personas, sino como una herramienta que permite potenciar su participación y, a su vez, asegurar una atención centrada en la persona (Vermunt et al., 2017). Con todo ello evitaremos lo que comentaba Orbegozo (2009) en su artículo: *«la asistencia médica no puede prestarse en un entorno de incertidumbre ética en el que los médicos y profesionales de enfermería se limiten a dejarse llevar por sus preferencias personales. El modo en que se trata al paciente no puede depender de quién realiza el tratamiento o dónde se lleva a cabo»*.

En relación al análisis de los factores externos que condicionan la toma de decisiones en los profesionales de enfermería, cabe destacar que las amenazas del entor-

no que más identificaron fueron la falta de definición de los objetivos terapéuticos, la alta carga asistencial, la falta de tiempo y la falta de recursos. Estos resultados coinciden con los que Dierckx de Casterlé, Izumi, Godfrey y Denhaerynck (2008) concluyeron en su trabajo, que consistió en explorar, a través de un metaanálisis, la toma de decisiones de las enfermeras ante los dilemas éticos más frecuentes de su práctica profesional. Concluyeron que la preocupación por la competencia ética de las enfermeras está creciendo y que la mayoría perciben barreras en su entorno de trabajo que dificultan su práctica ética, asociadas sobre todo a dificultades en el trabajo de equipo, sobrecarga laboral, escasez de recursos y falta de información clínica. También resaltaron como amenaza del entorno la rotación de personal y la falta de implicación y motivación de algunos profesionales por ser polivalentes, y añadían que todo ello dificultaba su desempeño profesional. Estos resultados apoyan la necesidad de reflexionar al respecto, ya que a mayores índices de rotación más probabilidad tienen los pacientes de sufrir efectos adversos y complicaciones en su proceso patológico; de igual manera, el desconocimiento de los protocolos internos de los servicios a los que son desplazados genera en los profesionales mayor inseguridad y aumento del estrés, repercutiendo todo ello de forma negativa en el proceso de toma de decisiones durante el proceso de cuidado de estos pacientes (Campos, Gutiérrez y Matzumura, 2019).

En resumen, la falta de personal ante la gran demanda de pacientes, las condiciones inadecuadas del entorno, la falta de tiempo, la falta de instrumentos que permitan medir variables asociadas al sufrimiento y a la calidad de vida de estos pacientes crónicos avanzados, entre otros, influyen negativamente en el desempeño del profesional de enfermería, lo que como consecuencia se traduce en enfermeras menos eficientes que reducen la productividad hospitalaria y, por ende, los indicadores hospitalarios (Decramer et al., 2015).

Cabe destacar que lo que algunos profesionales consideran una amenaza del entorno para tomar decisiones, otros lo consideran una oportunidad, como es el hecho de trabajar de forma colaborativa y conocer los circuitos internos e instrumentos que la institución ofrece para gestionar a estos pacientes crónicos avanzados, enfatizando el uso de los planes de intervención individual compartida (PIIC), que además de permitir recoger información sobre las cuatro descompensaciones más habituales de los pacientes con complejidad: fiebre, disnea, dolor y alteraciones de

la conciencia, también permite conocer los valores del paciente y el proceso de planificación de decisiones anticipadas. Estos resultados apoyan la necesidad de seguir consensuando con el paciente su PIIC para que incluya un plan de decisiones anticipadas que permita la reflexión en el proceso de toma de decisiones acorde a sus preferencias y valores (Gómez Batiste et al.)

Limitaciones

Entre las limitaciones de la investigación es preciso mencionar que los centros sanitarios estudiados son de la misma comunidad autónoma, y aunque las características de la población de referencia son distintas, la política que rige el modelo de gestión de atención a la cronicidad es parecida. Por tanto, sería conveniente estudiar poblaciones de otras Comunidades Autónomas para detectar si existen diferencias en los factores encontrados en este estudio y descubrir, a su vez, otras variables que puedan condicionar la toma de decisiones.

Conclusiones y propuestas de futuro

- Las enfermeras tienen tendencia a aceptar las decisiones médicas aun no estando de acuerdo con ellas. A menudo, tienen dificultades para argumentar otras alternativas y defender las necesidades del paciente.
- La falta de seguridad en uno mismo, la indecisión y la tendencia a delegar las decisiones al colectivo médico dificultan la adquisición de habilidades y destrezas para conseguir un nivel de experticia que permita a enfermería un desempeño profesional autónomo de calidad.
- La empatía y la escucha activa potencian y facilitan la participación de los pacientes en la toma de decisiones, ya que son valores que favorecen la relación terapéutica.
- La actitud del profesional de enfermería basada en la intención y en la motivación son dos variables indispensables para que se lleve a cabo una toma de decisiones compartida.
- La falta de personal ante la gran demanda de pacientes, las condiciones inadecuadas del entorno, la falta de tiempo, la falta de instrumentos que permitan

medir variables asociadas al sufrimiento y a la calidad de vida de estos pacientes crónicos avanzados, entre otros, influyen negativamente en el desempeño del profesional de enfermería.

Como se ha visto, son muchos los factores que condicionan la toma de decisiones en enfermería, y muchos de ellos pueden ser percibidos como positivos o negativos por diferentes profesionales. Por ello resulta indispensable apostar por la formación continua, basada en la práctica reflexiva, para desarrollar las habilidades y destrezas necesarias en cualquier proceso de toma de decisiones. A su vez, es necesario seguir investigando cómo se involucran las enfermeras en la toma de decisiones de los pacientes crónicos con necesidades complejas, así como conocer de qué manera repercute la mirada ética en su cuidado.

BIBLIOGRAFÍA

ALIAGA, F.M., GUTIÉRREZ BRAOJOS, C. y FERNÁNDEZ CANO, A. (2018).

Las revistas de investigación en educación: Análisis DAFO. *Revista de Investigación Educativa*, 36(2), 563-579. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.6018/rie.36.2.312461>

AMBLÀS NOVELLAS, J., CASAS, S., CATALÁN, R.M., ORIOL RUSCALLEDÀ, M., LUCCHETTI, G.E. y QUER VALL, F.X. (2016). Innovando en la toma de decisiones compartida con pacientes hospitalizados: Descripción y evaluación de una herramienta de registro de nivel de intensidad terapéutica. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 51(3), 154-158. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.07.004>

BLAY, C. y LIMON, E. (s. f.). *Bases per a un Model català d'Atenció a les persones amb necessitats complexes: conceptualització i introducció als elements operatius. Pla de Salut 2011-2015*. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

BONAL RUIZ, R. (2012). La complejidad de la educación al paciente crónico en Atención Primaria. *Revista Finlay*, 3(2), 14. Recuperado de: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/130>

- BORRELL CARRIÓ, F. (2011). Empatía, un valor troncal en la práctica clínica. *Medicina Clínica*, 136(9), 390-397. Recuperado de: <http://doi.org/10.1016/j.medcli.2009.06.032>
- CAMPOS, P.I.A., GUTIÉRREZ, H.C. y MATZUMURA, J.P.K. (2019). Rotación y desempeño laboral de los profesionales de enfermería en un instituto especializado. *Revista Cuidarte*, 10(2), e626. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.626>
- CARRILLO ALGARRA, A.J., GARCÍA SERRANO, L., CÁRDENAS ORJUELA, C.M., DÍAZ SÁNCHEZ, I.R. y YABRUDY WILCHES, N. (2013). La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. *Enferm Global*, 12(32), 346-361.
- CHAVES, M.M., MENEZES BRITO, M.J., COZER MONTENEGRO, L. y ALVES, M. (2010). Competencias profesionales de los enfermeros: el método *developing a curriculum* como posibilidad para elaborar un proyecto pedagógico. *Enferm Global*, 18, 1-18. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412010000100012>
- CHI, W.C., WOLFF, J., GREER, R. y DY, S. (2017). Multimorbidity and Decision-Making Preferences Among Older Adults. *The Annals of Family Medicine*, 15(6), 546-551. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1370/afm.2106>
- CONTEL, J.C., MUNTANÉ, B. y CAMP, L. (2012). La atención al paciente crónico en situación de complejidad: El reto de construir un escenario de atención integrada. *Aten Primaria*, 44(2), 107-113. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2011.01.013>
- DE LA RICA ESCUÍN, M., GARCÍA BARRECHEGUREN, A. y MONCHE PALACÍN, A.M. (2019). Valoración de la necesidad de atención paliativa de pacientes crónicos avanzados en el momento del alta hospitalaria. *Enfermería Clínica*, 29(1), 18-26. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/J.ENFCLI.2018.07.004>
- DECRAMER, A., AUDENAERT, M., VAN WAEYENBERG, T., CLAEYS, T., CLAES, C., VANDEVELDE, S. y ... CRUCKE, S. (2015). Does performance management

- affect nurses' well-being? *Evaluation and Program Planning*, 49, 98-105.
Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/J.EVALPROGPLAN.2014.12.018>
- DIERCKX DE CASTERLÉ, B., IZUMI, S., GODFREY, N.S. y DENHAERYNCK, K. (2008). Nurses' responses to ethical dilemmas in nursing practice: meta-analysis. *Journal of advanced nursing*, 63(6), 540-549. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04702.x>
- GIONFRIDDO, M.R., LEPPIN, A.L., BRITO, J.P., LEBLANC, A., BOEHMER, K.R., MORRIS, M.A. y ... MONTORI, V.M. (2014). A systematic review of shared decision making interventions in chronic conditions: a review protocol. *Systematic reviews*, 3(1), 38. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1186/2046-4053-3-38>
- GÓMEZ BATISTE X., LASMARÍAS C., GONZÁLEZ BARBOTEJO J., CALSINA A., AMBLAS NOVELLAS J., CONTEL J.C., LEDESMA A., GONZÁLEZ-MESTRE A. y BLAY, C., (2013). *Reflexions ètiques sobre la identificació, registre i millora de l'atenció de les persones en situació crònica de complexitat clínica i malaltia avançada (PCC i MACA)*. Barcelona. Recuperado de: <http://comitebioetica.cat/wp-content/uploads/2013/12/Maca-deseembre2013.pdf>
- KIHLGREN, A., SVENSSON, F., LÖVBRAND, C., GIFFORD, M. y ADOLFSSON, A. (2016). A Decision support system (DSS) for municipal nurses encountering health deterioration among older people. *BMC Nursing*, 15(1), 63. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1186/s12912-016-0184-0>
- KURTZMAN, E.T. y GREENE, J. (2016). Effective presentation of health care performance information for consumer decision making: A systematic review. *Patient education and counseling*, 99(1), 36-43. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.07.030>
- MENDOZA, S., JOFRÉ, V. y VALENZUELA, S. (2006). La toma de decisiones en salud y el modelo conceptual de Ottawa. *Investigación en educaciones enfermería*, XXIV, 86-92.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, 80. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532005000100005>

MOSQUEDA DIAZ, A., MENDOZA PARRA, S. y JOFRE ARAVENA, V. (2014). Nursing contribution in health decision making. *Rev Bras Enferm*, 67(3), 462-467. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140062>

NEBOT ADELL, C., PASARIN RUA, M., CANELA SOLER, J., SALA ALVAREZ, C. y ESCOSA FARGA, A. (2016). La salud comunitaria en los equipos de atención primaria: objetivo de dirección. *Atención Primaria*, 48(10), 642-648. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/J.APRIM.2015.10.009>

O'CONNOR, A.M., BENNETT, C.L., STACEY, D., BARRY, M., COL, N.F., EDEN, K.B. y ... ROVNER, D. (2003). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858;D001431>.

Pla de Salut de Catalunya 2016-2020 (s. f.). Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.

RODRÍGUEZ MAÑAS, L., FÉART, C., MANN, G., VIÑA, J., CHATTERJI, S., CHODZKO-ZAJKO, W. y VEGA, E. (2013). Searching for an operational definition of frailty: a Delphi method based consensus statement: the frailty operative definition-consensus conference project. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 68(1), 62-67. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/gls119>

SAN MARTÍN RODRÍGUEZ, L., SOTO RUIZ, N. y ESCALADA HERNÁNDEZ, P. (2019). Formación de las enfermeras de práctica avanzada: perspectiva internacional. *Enfermería Clínica*, 29(2), 125-130. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/J.ENFCLI.2018.08.004>

THOMPSON LEDUC, P., CLAYMAN, M.L., TURCOTTE, S. y LÉGARÉ, F. (2015). Shared decision-making behaviours in health professionals: A systematic review of studies based on the Theory of Planned Behaviour. *Health*

Expectations, 18(5), 754-774. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1111/hex.12176>

TINETTI, M.E., FRIED, T.R. y BOYD, C.M. (2012). Designing health care for the most common chronic condition–multimorbidity. *JAMA*, 307(23), 2493-2494. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1111/hex.12176>

VERMUNT, N.P.C.A., HARMSSEN, M., WESTERT, G.P., OLDE RIKKERT, M.G.M. y FABER, M.J. (2017). Collaborative goal setting with elderly patients with chronic disease or multimorbidity: a systematic review. *BMC Geriatrics*, 17(1), 167. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-017-0534-0>

Recepción: 24.07.2019 / Aceptación: 17.08.2019