

**FACTORES RELACIONADOS CON LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE  
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y LAS TAXONOMÍAS EN 12 UNIDADES DE  
CUIDADO INTENSIVO DE MEDELLÍN 2007.**

**JUAN GUILLERMO ROJAS**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
MEDELLÍN  
2009**

**FACTORES RELACIONADOS CON LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE  
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y LAS TAXONOMÍAS EN 12 UNIDADES DE  
CUIDADO INTENSIVO DE MEDELLÍN 2007.**

**JUAN GUILLERMO ROJAS**

**Trabajo de Grado para optar al título de Magíster en Enfermería**

**Asesora  
MARIA DEL PILAR PASTOR DURANGO  
Docente Facultad de Enfermería U. de A.**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
MEDELLÍN  
2009**

## **AGRADECIMIENTOS**

A Miryam por sus lecciones sobre el verdadero sentido del trabajo y de coraje para enfrentar la adversidad.

A Andrés y Lucas, por su compañía incondicional.

A mis maestros y compañeros de la Maestría en Enfermería, por enseñarme el verdadero valor de cuidar y defender la vida.

A las profesoras Consuelo Castrillón, Maria Cecilia Hincapié, y Constanza Forero por confiar en mí y ser motivos de inspiración en mi carrera docente.

A mi asesora Pilar Pastor Durango, por sus enseñanzas y por inundar de sonrisas los momentos difíciles durante la realización de este proceso.

A los integrantes del Grupo de Investigación de Emergencias y desastres de la Facultad de Enfermería por su incondicional apoyo.

A todos los profesionales de enfermería de Cuidado Intensivo de la ciudad de Medellín que participaron en este estudio.

## CONTENIDO

	<b>pág.</b>
RESUMEN	11
INTRODUCCIÓN	13
OBJETIVOS	17
Objetivo General	17
Objetivos Específicos	17
1. MARCO TEÓRICO	18
1.1 EL CUIDADO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO	18
1.2 EL CUIDADO DE ENFERMERÍA COMO FUENTE DE CONOCIMIENTO	19
1.3 EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA LÓGICA DEL	21
1.3.1 Fases del Proceso de Atención de Enfermería	24
1.4 VENTAJAS DE LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	25
1.5 FACTORES RELACIONADOS CON APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	26
1.5.1 Factores de los profesionales de enfermería	26
1.5.2 Conocimiento y aplicación del Proceso de Atención de Enfermería	28
1.5.3 Factores institucionales	30
1.6 LAS TAXONOMÍAS DE ENFERMERÍA	30
1.7 VALORACIÓN DE LAS ACTITUDES Y LOS CONOCIMIENTOS	33
2. METODOLOGÍA	36
2.1 DISEÑO METODOLÓGICO	36
2.2 POBLACIÓN	36
2.3 VARIABLES DE ESTUDIO	36

2.4 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	
2.4.1 Proceso de recolección	37
2.4.2 Instrumento de recolección	37
2.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	38
2.6 ASPECTOS ÉTICOS	39
3. RESULTADOS	41
3.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	41
3.2 CARACTERÍSTICAS DE FORMACIÓN ACADÉMICA DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	41
3.3 CARACTERÍSTICAS LABORALES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	43
3.4 MÉTODOS DE TRABAJO	47
3.5 APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	49
3.6 FACTORES DE LOS PROFESIONALES RELACIONADOS CON LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	58
3.7 FACTORES INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	61
3.8 ACTITUD FRENTE A LA UTILIDAD DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y LAS TAXONOMÍAS	65
3.9 APTITUD CLÍNICA DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	73
3.10 UTILIDAD DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA: OPINAN LOS PROFESIONALES	77
4. DISCUSIÓN	79
5. CONCLUSIONES	97
6. RECOMENDACIONES	100
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

## LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Edad y sexo de los profesionales de enfermería en 12 UCI de Medellín, 2007.	41
Tabla 2. Universidad y año de graduación del pregrado de los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.	42
Tabla 3. Nivel de formación por edades de los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.	42
Tabla 4. Nivel de formación por instituciones de los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.	43
Tabla 5. Tipos de instituciones y grupos de edades de los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.	43
Tabla 6. Tiempo de experiencia en UCI de los profesionales de enfermería según instituciones en 12 UCI de Medellín, 2007.	44
Tabla 7. Tipo de contratación de los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.	44
Tabla 8. Horas semanales contratadas de los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.	45
Tabla 9. Número de turnos nocturnos por instituciones de los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.	45
Tabla 10. Pacientes asignados por turno según tipo de institución a los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.	46
Tabla 11. Distribución de la jornada laboral según actividades realizadas por los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.	46
Tabla 12. Tiempo dedicado al cuidado directo por institución por los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.	47
Tabla 13. Tiempo dedicado al cuidado directo en relación con el número de pacientes asignados en 12 UCI de Medellín, 2007.	47
Tabla 14. Frecuencia de realización de actividades para el cuidado por los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.	48

Tabla 15. Actividades de valoración de los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.	50
Tabla 16. Realización de actividades de valoración en relación con diagnóstico de enfermería, planeación y evaluación del cuidado en 12 UCI de Medellín, 2007.	51
Tabla 17. Realización de actividades de valoración en relación con otras fases del Proceso de Atención de Enfermería por los profesionales de 12 UCI de Medellín, 2007.	51
Tabla 18. Actividades para la elaboración de diagnósticos de enfermería de los profesionales de 12 UCI de Medellín, 2007.	52
Tabla 19. Formulación de diagnósticos de enfermería en relación con otras etapas del Proceso de Atención de Enfermería por los profesionales de 12 UCI de Medellín, 2007.	52
Tabla 20. Actividades de planeación de los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.	53
Tabla 21. Discusión de objetivos terapéuticos en relación con la coordinación con otros profesionales para el cuidado de los pacientes en 12 UCI de Medellín, 2007.	54
Tabla 22. Actividades de intervención de los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.	55
Tabla 23. Actividades de evaluación de los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.	56
Tabla 24. Realización de las fases del Proceso de Atención de Enfermería por los profesionales de 12 UCI de Medellín, 2007.	57
Tabla 25. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería por los profesionales de 12 UCI de Medellín, 2007.	57
Tabla 26. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en relación con el nivel de formación de los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.	58
Tabla 27. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería según tipo de institución en 12 UCI de Medellín, 2007.	61
Tabla 28. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería según la forma de contratación de los profesionales de 12 UCI de Medellín, 2007.	61

Tabla 29. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en relación con el número de pacientes asignados a los profesionales de 12 UCI de Medellín, 2007.	62
Tabla 30. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería según el porcentaje de tiempo destinado a actividades de cuidado directo por los profesionales de 12 UCI de Medellín, 2007.	62
Tabla 31. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería según el porcentaje de tiempo destinado a las actividades de gestión del cuidado por los profesionales de 12 UCI de Medellín, 2007.	63
Tabla 32. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería según el porcentaje de tiempo destinado a otras actividades por los profesionales de 12 UCI de Medellín, 2007.	63
Tabla 33. Existencia de registros estructurados según la metodología por tipo de institución en 12 UCI de Medellín, 2007.	64
Tabla 34. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en relación con la existencia de registros estructurados según la metodología en 12 UCI de Medellín, 2007.	64
Tabla 35. Actitud frente al Proceso de Atención de Enfermería y las taxonomías de los profesionales de 12 UCI de Medellín, 2007.	66
Tabla 36. Actitud frente al Proceso de Atención de Enfermería y las taxonomías en relación con el tipo de institución donde laboran los profesionales de 12 UCI de Medellín, 2007.	67
Tabla 37. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en relación con la actitud de los profesionales de 12 UCI de Medellín, 2007.	68
Tabla 38. Número de pacientes asignados en relación con la actitud de los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.	70
Tabla 39. Existencia de registros estructurados según la metodología del PAE en relación con la actitud frente al PAE y las taxonomías de los profesionales de 12 UCI de Medellín, 2007.	71
Tabla 40. Tiempo dedicado a las actividades de cuidado directo en relación con la actitud frente al Proceso de Atención de Enfermería de los profesionales de 12 UCI de Medellín, 2007.	71

Tabla 41. Tiempo dedicado a las actividades de gestión del cuidado en relación con la actitud frente al Proceso de Atención de Enfermería de los profesionales de 12 UCI de Medellín, 2007.	72
Tabla 42. Actitud frente al Proceso de Atención de Enfermería y las taxonomías en relación con el año de graduación de los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.	72
Tabla 43. Actitud frente al Proceso de Atención de Enfermería y las taxonomías en relación con el tiempo de experiencia de los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.	73
Tabla 44. Distribución de frecuencias del nivel de aptitud clínica de los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.	73
Tabla 45. Puntuación total de la prueba de aptitud clínica de los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.	74
Tabla 46. Nivel de aptitud clínica en relación con el nivel de formación de los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.	75
Tabla 47. Actitud frente a la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería y las taxonomías en relación con el nivel de aptitud clínica de los profesionales de 12 UCI de Medellín, 2007.	75
Tabla 48. Nivel de aptitud clínica y aplicación del Proceso de Atención de Enfermería de los profesionales de 12 UCI de Medellín, 2007.	76
Tabla 49. Nivel de aptitud clínica en relación con la edad de los profesionales de 12 UCI de Medellín, 2007.	76
Tabla 50. Nivel de aptitud clínica en relación con los años de experiencia en cuidado intensivo de los profesionales de 12 UCI de Medellín, 2007.	77

## LISTA DE FIGURAS

	<b>pág.</b>
Figura 1. Distribución de frecuencias de la puntuación total de la escala de actitud frente a la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería y las taxonomías de los profesionales de 12 UCI de Medellín, 2007.	67
Figura 2. Mapa categorial de las opiniones sobre la utilidad del PAE en la práctica cotidiana de los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.	78

## LISTA DE ANEXOS

	<b>pág.</b>
Anexo 1. Tabla de operacionalización de variables	109
Anexo 2. Encuesta	114
Anexo 3. Consentimiento informado	124

## RESUMEN

Este estudio de corte transversal realizado con 65 profesionales de enfermería describe los factores institucionales y de los profesionales relacionados con la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería –PAE- y las taxonomías en el cuidado de los pacientes en 12 Unidades de Cuidado Intensivo –UCI- de Medellín, Colombia, durante los meses de Abril a Junio de 2007.

La indagación se llevó a cabo con el objetivo de tener una mirada sobre los factores que podrían incidir en la aplicación de la metodología en el cuidado de los pacientes; para ello se exploraron variables de los profesionales y variables de las instituciones.

A los profesionales de enfermería que aceptaron participar voluntariamente se les aplicó un instrumento autoadministrado que contenía una escala Likert (alfa de Cronbach 0.70) y un test de conocimientos sobre el PAE (Kudder Richardson de 0.49). Para el análisis de los datos se empleó estadística descriptiva e inferencial con el programa SPSS versión 15.

Los hallazgos indican que los profesionales son principalmente mujeres menores de 35 años, con experiencia promedio de 4,4 años y formación de pregrado; concentradas principalmente en las instituciones privadas. Las encuestados señalan que no aplican el PAE, no obstante, llevan a cabo actividades de valoración, planean con base en el diagnóstico médico ( $p=0.023$ ), efectúan intervenciones complejas relacionadas con el uso de dispositivos tecnológicos y terapéuticos e interactúan de manera limitada con el paciente y su familia. La formulación de diagnósticos de enfermería y la evaluación son las fases menos realizadas.

En términos generales, manifiestan tener una actitud favorable respecto al Proceso y las taxonomías. Lo consideran útil porque le imprime carácter científico a la práctica profesional, permite tener una visión integral de los pacientes, ayudar a su recuperación y evaluar la calidad del cuidado; señalan que les otorga identidad profesional y autonomía y les demanda ampliar los conocimientos. Indican algunas dificultades principalmente del orden institucional como el número de pacientes asignados, la falta de registros y herramientas para facilitar su visibilización y la delegación de funciones no relacionadas con el cuidado, situaciones igualmente reportadas en estudios previos.

Se encontró un nivel de aptitud clínica bajo que podría estar relacionado con poco conocimiento y escasa utilización del PAE y las taxonomías en su trabajo diario. No se encontró asociación estadística entre la aplicación del PAE y los factores inherentes a los profesionales ni a las instituciones. La información recolectada sugiere la necesidad de realizar otros estudios de tipo cualitativo para revelar los motivos que hacen que los profesionales de enfermería no se apropien de la metodología ni de los lenguajes estandarizados.

## INTRODUCCIÓN

La consolidación disciplinar en enfermería y los desarrollos conceptuales que la sustentan son fruto de la investigación y su articulación dinámica con las prácticas de cuidado en diversos escenarios a lo largo del ciclo vital de los seres humanos.

El aporte de la investigación en enfermería ha permitido delimitar un corpus de conocimientos propios y la búsqueda de identidad profesional y, aunque la trayectoria investigativa en esta disciplina es joven, ha avanzado en los asuntos como la educación, la administración, la conceptualización, la filosofía y el desarrollo de estrategias y metodologías propias de la profesión. No obstante, aún adolece de documentación en sistematización de las experiencias de la práctica cotidiana y la validación de los métodos que permitan evidenciar la eficacia y el impacto del cuidado profesional de enfermería sobre la salud de las personas y de las comunidades.

El PAE es definido por Iyer “como el sistema de la práctica de la enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el cual el profesional utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud” (1). Su desarrollo se inició desde mitad del siglo XX y ha tenido cambios sustanciales a lo largo del tiempo hasta consolidarse como una metodología estructurada con cinco fases –valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación-, que dan cuenta de la aplicación del método científico para abordar sistemáticamente los asuntos y problemas propios del cuidado de enfermería en personas sanas o enfermas.

Según Alfaro (2), el PAE es útil en la práctica profesional porque promueve el desarrollo del pensamiento autónomo y flexible, tiene un enfoque humanista y aumenta la satisfacción a los profesionales de enfermería. Estas bondades redundan en beneficios para las instituciones en la medida en que se reducen la incidencia de reingresos hospitalarios y los costos; además, se mejoran los procesos de registro y documentación; a su vez, para los pacientes, las prerrogativas están determinadas por la agilidad en el diagnóstico de problemas de salud reales y potenciales, el diseño y ejecución de planes de cuidados eficaces y eficientes, la adaptación de las intervenciones a cada individuo y la participación de los pacientes y sus familias.

Desde la perspectiva teórica, el cuidado debe estar orientado hacia la persona como ser humano y no hacia las condiciones internas y externas que vulneren su salud. Como interacción humana busca promover la adaptación de las personas o de los grupos frente a los problemas y alteraciones del orden biológico, psicológico y social mediante la metodología disciplinar. Este proceso facilita una aproximación cualitativa y holística a la problemática de las personas y la realización de acciones conjuntas entre cuidador y sujeto de cuidado para optimizar las capacidades individuales, promover el autocuidado,

el bienestar y el desarrollo humano; proveer cuidados que disminuyan el dolor y faciliten la recuperación, o la muerte en condiciones de dignidad.

Desde la perspectiva práctica, en Colombia, la transformación del Sistema de Salud condicionó la reorganización del trabajo, la forma de prestar los servicios de salud e incidió en el cuidado de enfermería. A partir de las reformas introducidas con la Constitución Política de 1991(3), la Ley 100 de 1993 (4) y sus decretos reglamentarios se desarrolló una política sanitaria enfocada al mejoramiento de la equidad, la ampliación de coberturas, y la facilidad de acceso a la atención de servicios de salud, inclusive a los más pobres, con base en principios como la eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. Estos cambios en la legislación influyeron notablemente en asuntos como la participación del Estado como ente regulatorio, la puesta en marcha de un sistema de mercado con el objeto de facilitar el flujo de recursos hacia la producción y el consumo de servicios, la exploración de nuevas alternativas de financiación y énfasis en la oferta y mercadeo con miras a la autosostenibilidad de las instituciones de salud.

Paradójicamente, la falta de preparación de las instituciones para enfrentar las transformaciones derivadas de la reforma, ocasionaron una serie de efectos poco favorables para los funcionarios del sector, los usuarios y la práctica de los profesionales sanitarios. Gómez (5), al analizar los efectos de la Ley 100 en relación con la institucionalidad de la salud en Colombia, señala algunos cambios en la respuesta social, destaca la fragmentación de las estructuras y los procesos, la desinstalación del sistema de información, la desarticulación del componente de planeación, el deterioro en la calidad de los servicios, la tergiversación del principio de eficiencia y la reinterpretación de los valores y principios de la atención médica.

En el caso concreto de los profesionales de enfermería en Colombia, las consecuencias de la transformación en la política sanitaria se han cristalizado en la emergencia de labores no propias de su perfil que limitan su actuación, por lo tanto, alejándolos del cuidado de los pacientes. Castrillón y colaboradoras (6), al indagar sobre los efectos de la reforma del sector salud y sus implicaciones en la práctica de enfermería encontraron que el cuidado y las actividades asistenciales se delegaron en personal auxiliar y técnico, surgieron nuevas formas de contratación, la dependencia jerárquica pasó a manos de profesionales de otras disciplinas y se dio énfasis a las actividades de facturación, hechos que vulneraron la identidad y autonomía profesional para brindar cuidados eficientes y eficaces; de igual manera, concluyeron que estos cambios en la práctica de enfermería se han reflejado en insatisfacción con la institución, deterioro en las condiciones de trabajo, aumento de la carga laboral, inestabilidad y baja remuneración.

Sumado a las transformaciones en la prestación de los servicios de salud, los cambios en los perfiles epidemiológico y demográfico al igual que en la oferta de servicios impulsaron transformaciones institucionales. En el año 2005 la ciudad de Medellín contaba con 2'093 624 habitantes, una tasa de crecimiento

anual de 1.05 por cada 100 habitantes y una esperanza de vida al nacer de 75.2 años (7). El aumento en la esperanza de vida, la disminución de la tasa de mortalidad infantil, la incidencia de alteraciones agudas por causas externas como las agresiones, las lesiones autoinflingidas, los traumas por accidentes de tránsito y las complicaciones de los problemas crónicos (de vías respiratorias, enfermedades cerebro-vasculares, diabetes mellitus y tumores malignos) son factores que han estimulado la ampliación en la oferta de servicios y la apertura de Unidades de Cuidado Intensivo, cuya oferta de camas en 2004 era de 90, en contraste con las 140 registradas en 2006 (7)(8), estimulando la incorporación de mayor número de profesionales en estas áreas.

En el caso de los profesionales que ejercen su labor en las Unidades de Cuidado Intensivo, las condiciones de gravedad de los pacientes demandan la realización de intervenciones complejas y el uso de la tecnología para monitorizar, detectar y resolver problemas mediante acciones dependientes, independientes e interdependientes; esto implica un elevado nivel de competencias técnico-científicas, capacidad de análisis y resolución de problemas, autocontrol, sentido de lo humano, la moral y la ética (9). A lo sumo, el cuidado de enfermería brindado por estos profesionales en el entorno de los cuidados críticos, debe estar orientado por una metodología científica que les permita llevar a cabo las acciones en un marco de pensamiento lógico mediante el cual logren resultados eficaces y visibilicen la labor profesional.

Esta inserción masiva de profesionales al mercado laboral, en las condiciones inducidas por los cambios en el Sistema de Salud: escaso número de profesionales contratados bajo las nuevas modalidades, carencia de directrices para el cuidado y el reconocimiento de las metodologías de enfermería han limitado la aplicación del Proceso de Atención y los lenguajes propios (taxonomías), con lo cual se ha restringido el desarrollo de la creatividad y la autonomía, amenazando la interacción y lesionando los principios filosóficos, ontológicos y deontológicos de la disciplina enfermera. Así las cosas, existe un deterioro en el reconocimiento disciplinar y profesional de la práctica de enfermería.

Sumado a lo anterior, una vez inmersos en el trabajo, los profesionales se insertan en las dinámicas institucionales llevando a cabo su labor repitiendo patrones y modelos de actuación de sus antecesores; esta situación la ratifica Durán (10), al considerar que la actuación de las enfermeras en el ámbito institucional ha obedecido a un patrón de actuación reactiva de acuerdo a las condiciones y exigencias institucionales.

El anterior marco contextual en el que se ejerce la práctica de la enfermería, en donde se entremezclan diversos factores inherentes a los profesionales o a las instituciones, facilitan o limitan las acciones de cuidado con la aplicación del Proceso de Enfermería y la utilización de los lenguajes estandarizados o taxonomías propias de la disciplina.

Paganin y colaboradoras (11) hacen referencia a factores como la realización de turnos con muchas tareas, el elevado número de pacientes y la asignación de labores administrativas como factores que inhiben el uso del lenguaje de enfermería y la formulación de diagnósticos de enfermería. A su vez, Cox (12), Killeen (13) y Hughes (14) señalan la importancia de la utilización de los lenguajes estandarizados o taxonomías y la teoría de enfermería simultáneamente por los beneficios que representa como estructura organizada para la mejora de los procesos de registro electrónico y la clarificación de aspectos subyacentes al cuidado y que podrían estar ocultos.

En el contexto colombiano, estudios previos como el de Céspedes y colaboradoras (15) y Orozco y colaboradores (16), han hecho aproximaciones a la cuestión de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en el contexto hospitalario antes y después de la entrada en vigencia de la reforma a nivel sanitario y han señalado principalmente las limitaciones que los profesionales han tenido en el ámbito institucional para la provisión de cuidados según la metodología. Evidenciar la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en el contexto de la Unidad de Cuidados Intensivos permite develar el nivel de apropiación teórica y práctica de la metodología profesional como una forma de aproximación a los problemas que puedan presentar los pacientes críticamente enfermos con el propósito de orientar y organizar las acciones de cuidado en un marco lógico de pensamiento que promueva la autonomía profesional, la actuación de acuerdo a las prioridades, la interpretación precisa de los problemas del paciente y su familia y la articulación de los elementos de la gestión, con el objeto de proveer cuidados científicos, humanos, éticos, eficientes y eficaces.

Por otra parte, la indagación de estos asuntos permite descubrir otras posibles metodologías que los profesionales incorporan en su desempeño y la forma como ellos y las instituciones inciden para dar cuenta de las claridades que los profesionales de enfermería tienen sobre su quehacer.

Por las razones antes expuestas, se hace necesario estudiar los factores institucionales y de los profesionales de enfermería que influyen en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería y de las taxonomías en el ámbito clínico, en aras de generar evidencias respecto a la pertinencia de aplicar una metodología para el cuidado que permita un acercamiento real a las necesidades de los pacientes.

En este orden de ideas, y retomando a Medina, “el abismo existente entre la teoría y la práctica es explicado con varios argumentos: la supuesta falta de conocimiento y comprensión que las enfermeras tienen de las teorías y los métodos que deben regir su práctica, la supuesta dificultad de las enfermeras para comprender la relevancia que las teorías de enfermería poseen para la resolución de los problemas con los que ellas se enfrentan, o la falta de deseos por asumir las responsabilidades que conlleva una práctica autónoma derivada de la aplicación del método científico de resolución de problemas –PAE- ” (17).

Con base en lo anterior, este proyecto se orientó por las siguientes preguntas de investigación: ¿Cuáles son los factores institucionales y de los profesionales que se relacionan con la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería y las taxonomías de enfermería en el cuidado de los pacientes en las Unidades de Cuidado Intensivo de Medellín?, ¿qué metodologías utilizan los profesionales para brindar cuidado a sus pacientes?, ¿qué nivel de conocimientos tienen sobre el Proceso de Atención de Enfermería y las taxonomías y cómo los aplican en las labores cotidianas?, ¿cuál es la actitud de los profesionales frente al Proceso de Atención de Enfermería y las taxonomías?.

Finalmente, los resultados derivados de esta investigación evidencian los factores que se relacionan con la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería y las taxonomías para el cuidado de los pacientes en el ámbito clínico, además su opinión sobre la utilidad de dicha metodología en la práctica cotidiana; a mediano plazo estos hallazgos servirán como punto de partida para la elaboración de propuestas de enseñanza del cuidado de enfermería sustentadas en el desarrollo de los patrones empírico, estético, ético, personal y político, con el fin último de orientar las actuaciones profesionales con la filosofía de la disciplina y aportar elementos teóricos que contribuyan al desarrollo de una práctica profesional autónoma para el cuidado de la salud y la vida de los pacientes en los escenarios clínicos.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Identificar los factores que se relacionan con la aplicación de la metodología del Proceso de Atención de Enfermería y las taxonomías de enfermería NANDA (diagnósticos de enfermería), NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería) y NOC (Respuestas Esperadas) en el cuidado brindado por los profesionales de enfermería que laboran en las Unidades de Cuidado Intensivo del Municipio de Medellín.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ❖ Identificar los factores institucionales que se relacionan con la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería y las taxonomías para el cuidado de los pacientes en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de 3º y 4º nivel de complejidad de la ciudad de Medellín.
- ❖ Describir factores de los profesionales -variables sociodemográficas, formación académica, aspectos laborales, actitud y nivel de aptitud clínica- y su relación con la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería.
- ❖ Describir la actitud y la aptitud clínica de los profesionales de enfermería y relacionarlas con la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería y las taxonomías en el cuidado de los pacientes.
- ❖ Describir las metodologías y taxonomías que los profesionales de enfermería utilizan para llevar a cabo las acciones de cuidado de los pacientes en las Unidades de Cuidado Intensivo.

## 1. MARCO TEÓRICO

### **1.1 EI CUIDADO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO**

Desde el punto de vista semántico, el término cuidado tiene múltiples acepciones, para el caso de enfermería, se puede asumir como una relación interpersonal de naturaleza transformativa que tiene como objeto brindar acompañamiento y contribuir al mejoramiento de la salud y bienestar de las personas o colectivos, ya sean sanos o enfermos, y que debe entenderse inmerso en un contexto y enmarcado por los valores, creencias, intereses y expectativas de la persona cuidada y del cuidador.

El cuidado ha estado íntimamente ligado a la naturaleza humana; su evolución, fines y alcances han estado altamente influenciados por los modelos socioeconómicos y culturales imperantes y el valor y significado que las personas, han dado a la salud, la vida y la muerte. Respecto a esto, Porras expresa que “lo que se puede deducir al analizar las diversas acepciones del concepto de cuidado de enfermería, es que éste evoluciona, se desarrolla y se perfecciona a medida que enfermería avanza a consecuencia de su quehacer social como profesión y de su caminar como disciplina” (18)

Para Duque “el cuidado de enfermería se sustenta en una relación de interacción humana y social que caracteriza su naturaleza como objeto. La complejidad estructural del cuidado de enfermería radica en su naturaleza humana y social y en la relación dialógica y de interacción recíproca entre el profesional de enfermería y el sujeto cuidado, en la cual se desarrolla un intercambio de procesos de vida y de desarrollo humano distintos, con una manera particular de entender la vida, la salud, la enfermedad y la muerte. Esta interacción con el sujeto cuidado, individuo o colectivo, la comunicación en su forma verbal, gestual, actitudinal y afectiva se constituye en un escenario para el encuentro con el otro y en un eje para desarrollarse y ser con otros, convirtiéndose el proceso comunicativo en un elemento fundamental del cuidado” (19).

El encuentro e interacción de los sujetos de cuidado permite el encuentro intersubjetivo que favorece la generación de conocimientos derivados de la práctica que constituyen la base del desarrollo gnoseológico de la disciplina, en tanto, se generan cambios en ambos actores del cuidado; este hecho refleja la visión de interacción recíproca y transformativa, fin que persigue la disciplina de enfermería en cumplimiento del encargo social que le asiste.

La interacción humana de carácter científico, técnico y humanístico requiere la articulación de múltiples elementos, entre ellos, el asunto ético en la práctica. Torralba hace referencia a unos constructos éticos necesarios para cuidar, y los define como “las virtudes básicas e ineludibles que se requieren para cuidar a un ser humano con excelencia profesional” (20); este mismo autor, resume estos constructos éticos en las tareas esenciales para cuidar que son: la

compasión, la competencia, la confidencialidad, la confianza y la conciencia. De esta forma, el acto de cuidar trasciende de la realización mecánica de procedimientos y seguimiento de protocolos, hacia un encuentro con el sujeto cuidado en la construcción conjunta que genera salud, bienestar y conocimiento.

De esta manera, el acto del cuidado se fundamenta en la interacción de naturaleza humana del cuidador y del sujeto cuidado, y en el encuentro de las potencialidades que tanto los pacientes como los profesionales de enfermería poseen y dejan aflorar cuando se establece la relación de cuidado. A este respecto, Travelbee (21) define al paciente y a la enfermera como personas con unas categorías precisas y destaca que la diferencia radica en que la enfermera posee un cuerpo de conocimiento especializado y la capacidad de utilizarlo con el propósito de asistir a otros seres humanos para prevenir la enfermedad, ayudar en su recuperación o mantener el más alto nivel de salud. El cuidado de enfermería al paciente en estado crítico de salud supone, por un lado, el desarrollo de competencias científico técnicas para la ejecución de intervenciones de alta complejidad, la manipulación de instrumentos y equipos de soporte vital y la realización de acciones orientadas hacia la detección y adaptación de las respuestas fisiológicas ante la terapéutica mediante las capacidades para la resolución de problemas, el análisis, la toma de decisiones y las actividades independientes, dependientes e interdependientes (9). Esto es, el desarrollo del patrón empírico de conocimientos, al que hace referencia Carper (22).

Si bien el alto nivel de interferencia de las necesidades fisiológicas básicas de los pacientes implica la realización de múltiples intervenciones que podrían dar como resultado una perspectiva instrumental del cuidado, es imperativo el desarrollo de competencias humanísticas que faciliten la visión holística del ser humano, según Minotas (9), la práctica profesional en este contexto debe estar fundamentada en el ejercicio de la moral, las acciones humanizadas y el autocontrol; visto desde la perspectiva disciplinar es el desarrollo de los patrones de conocimiento ético, personal y estético con el objeto de alcanzar la visión de interacción recíproca y transformativa del acto de cuidado.

A lo sumo, el cuidado de enfermería al paciente en estado crítico supone la aplicación de una metodología científica que contemple todas las esferas de los pacientes y le permita desarrollar las actividades en un marco lógico de pensamiento que propenda por la restitución de la salud o el acompañamiento durante la muerte, y que de cuenta de evidenciar la eficacia de las acciones mediante la utilización de un lenguaje profesional estandarizado que contribuya al desarrollo del conocimiento, la identidad y la autonomía profesional.

## **1.2 EL CUIDADO DE ENFERMERÍA COMO FUENTE DE CONOCIMIENTOS**

Los pronunciamientos de las teoristas en enfermería dan orientaciones claras respecto a que el fin de la investigación es el mejoramiento del cuidado y la consolidación del cuerpo de conocimientos propios de la disciplina; en este

sentido, Durán plantea que “su función es la de generar o probar teoría. La investigación diseñada para generar teoría busca identificar un fenómeno, descubrir sus dimensiones o características, o especificar las relaciones de las dimensiones. La investigación que prueba teoría busca desarrollar evidencias acerca de hipótesis derivadas de la teoría; en otras palabras es una aplicación sistemática de los métodos empíricos que tiene como fin la producción del conocimiento” (23).

En este orden de ideas, el reto para los profesionales de enfermería es hacer investigaciones que nutran la práctica y reviertan su producto en beneficio del cuidado de las personas sanas o enfermas, sobre los asuntos propios del cuidado como las metodologías, los indicadores empíricos, la eficacia de las acciones y la situación de los profesionales de enfermería en el contexto actual.

Desde esta óptica, uno de los desafíos que ha enfrentado la disciplina desde sus inicios y que se acentúa en los tiempos modernos, es la puesta en marcha de investigaciones en la práctica cotidiana, cuyos resultados se dirijan al mejoramiento de la experiencia del cuidado de las personas y de los colectivos. Además se espera que la evidencia generada nutra el referente teórico de la disciplina y se encamine a la resolución de los problemas prácticos de la cotidianidad en la labor profesional, esto es, la abstracción de la teoría que subyace a la práctica y el escalonamiento de la teoría hasta el nivel de una filosofía que oriente el cuidado y haga visible el aporte de la profesión al mantenimiento de la vida y la salud de las personas.

Paralelamente, la filosofía del cuidado permite, tal como lo plantea Durán (24) “criticar y sistematizar el conocimiento de enfermería que ha surgido de la investigación empírica, de la práctica clínica, del aprendizaje racional, y de cualquier otro recurso del conocimiento, incluyendo la intuición”. De esta manera emerge la imperativa necesidad de generar evidencia a partir de la introducción de cambios sustanciales en la formación profesional de enfermería, en el desarrollo de competencias cognitivas, actitudinales y procedimentales para desempeñar actividades asistenciales, docentes, investigativas y de gestión de manera ética, científica, reflexiva, propositiva mediante la implementación de las metodologías propias y con un alto sentido de lo humano.

A este respecto, Diárbora (25) plantea que “el futuro del proceso de cuidar, depende de la estructura del saber constituida a partir de las realidades estudiadas y exploradas exhaustivamente por los enfermeros. El saber específico de cuidar y del cuidado proporciona al enfermero la posibilidad de alcanzar una autonomía profesional donde la competencia y el dominio del hacer y del saber se reflejan sobre los niveles de decisión que le competen”. Son los profesionales de enfermería los que deben construir, depurar y robustecer su base conceptual a partir de las teorías propias y las provenientes de otras disciplinas; de igual manera orientar su práctica profesional con arreglo a los supuestos de enfermería con el fin de interpretar las situaciones, tomar decisiones y proponer intervenciones ajustadas a las necesidades de los

pacientes que de manera eficaz contribuyan al cumplimiento del encargo social.

Estrategias como la enfermería basada en la evidencia responden a la exigencia de construir conocimientos mediante la comprobación y la indagación científica en los ámbitos clínico y comunitario, en los cuales, los profesionales de enfermería aún tienen la responsabilidad de trabajar arduamente para implementar indicadores empíricos como el Proceso de Atención de Enfermería y las taxonomías de enfermería, con el objeto de generar resultados que hagan visible su aporte en el cuidado y a la restitución de la salud. En tal sentido, Castrillón (26) plantea que “se debe pasar del abordaje retórico del Proceso de Atención de Enfermería a una práctica fundamentada en la disciplina del cuidado humanizado y de realizar tareas y rutinas institucionalizadas a la práctica basada en evidencia”.

### **1.3 EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA LÓGICA DEL CUIDADO**

El propósito de la filosofía de enfermería es dar cuenta sobre las orientaciones del fenómeno de interés para la disciplina y fomentar el desarrollo del conocimiento. El componente filosófico declara lo que se cree acerca de los componentes del metaparadigma (persona, salud, enfermería, entorno), sobre los cuales se ha fundamentado el desarrollo del conocimiento en enfermería y su estructuración como ciencia que propende por la comprensión y articulación de los fenómenos que tienen que ver con el hombre y el mundo en que vive (23).

El paradigma de la disciplina de enfermería es una declaración o un conjunto de declaraciones que identifican los fenómenos relevantes para la disciplina constituyendo un elemento estratégico para la formación de la teoría. Podría pensarse que existe un consenso progresivo sobre los componentes del metaparadigma en relación con las respuestas de los seres humanos y sus formas de vivir la salud (23).

La definición y aceptación del metaparadigma y los desarrollos investigativos sobre los fenómenos de interés para la enfermería como disciplina y profesión han favorecido el desarrollo epistemológico orientado por la perspectiva disciplinar que ha servido de marco para la creación y evolución del Proceso de Atención de Enfermería como instrumento para el desarrollo del conocimiento, por cuanto articula teoría y práctica, refleja las visiones de interacción recíproca y del mundo de acción simultánea y los patrones de conocimiento empírico, estético y ético (27)(22). Esta es la teoría que subyace al Proceso como una metodología científica y humanística sobre la cual varias teoristas han elaborado sus propuestas.

Entre las pensadoras que han contribuido al desarrollo del proceso de enfermería se reconoce como pioneras a Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), quienes propusieron un proceso compuesto por 3

fases (valoración, planeación e intervención); posteriormente Yura y Walsh plantearon un proceso conformado por 4 fases (valoración, planeación, intervención, evaluación), y luego hacia la mitad de la década de 1970, se introdujo la fase diagnóstica (1). Ida Jean Orlando, planteó el Proceso de Enfermería al inicio de la década del 60 del siglo XX, como una forma de ganar autonomía de otras disciplinas, entre ellas de la médica (28). Los aportes de Orlando se derivaron de su experiencia docente y asistencial y fueron recopilados en un trabajo investigativo basado en la observación, análisis y conceptualización sobre las experiencias de estudiantes con pacientes, personal médico y de enfermería. Orlando fomenta el desarrollo del pensamiento enfermero apoyado en la lógica; consideraba que las decisiones y acciones de los profesionales de enfermería deberían ser orientadas por ellos mismos y basadas en las experiencias directas con los pacientes.

Al referirse a Orlando, Schmieding, plantea que tenía como objetivo desarrollar una teoría de la práctica enfermera eficaz con un rol diferenciado para las y una base para el estudio sistemático de la enfermería, de manera que propuso un modelo estructurado alrededor de cinco conceptos principales interrelacionados entre sí y que correspondían a la función y responsabilidad de la enfermería profesional, la necesidad y conducta del paciente, la respuesta inmediata o interna de la enfermera o del paciente, las acciones automáticas y reflexivas, el propósito de la enfermería, la disciplina del proceso enfermero y la mejoría del paciente (28).

Esta propuesta teórica que surgió como una respuesta al mejoramiento de la práctica consideraba algunos aspectos que hoy se reconocen como componentes de la disciplina de enfermería, en especial la perspectiva, en lo que concierne a la naturaleza humanística, los aspectos de la práctica, las relaciones de cuidado que se desarrollan entre los actores del cuidado y la perspectiva de salud y bienestar (29).

Posteriormente, el desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería como metodología ha tenido variaciones sustanciales que han dado como resultado un proceso lógico de organización del trabajo de enfermería orientado por el método científico; su estructuración en cinco fases le confiere la visión de integralidad y dinamismo, en tanto se ajusta a las condiciones de la persona o del equipo de profesionales de enfermería según vayan cambiando.

En este sentido, el Proceso de Enfermería se constituye en una metodología que aporta múltiples ventajas, tanto a los profesionales como a los pacientes, en razón de que aquellos ganan autonomía en su desempeño, fortalecen su ser profesional, generan conocimientos a partir de la práctica y se sienten satisfechos por brindar cuidado de calidad; a su vez, los pacientes se benefician de un mejor cuidado de enfermería en el cual participan activamente en su planeación, ejecución y evaluación.

Si se toma como punto de partida el hecho planteado por Carpenito (30), de que “la enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a

los problemas de salud reales o potenciales”, los profesionales de esta disciplina deben poseer un método racional que les permita identificar esas respuestas e intervenir con el propósito de promover la vida y la salud; este método es descrito por Ibáñez (31) como un proceso intelectual ordenado lógicamente y orientado a obtener el bienestar de las personas. De manera similar, Castrillón lo define “como una manera de formalizar la organización de las acciones científico-técnicas de enfermería, en el proceso de trabajo con individuos o colectivos.....es un método lógico y racional que sirve al profesional para planear, ejecutar y evaluar la atención en forma técnicamente adecuada, eficiente y eficaz” (32).

Otras autoras como Iyer (1) y Alfaro (2) definen al Proceso de Enfermería, por una parte como el método práctico que facilita la utilización de las opiniones, conocimientos y habilidades para conocer las respuestas de los pacientes ante los problemas de salud; y por otra, como un proceso lógico, dinámico y sistemático de brindar cuidados humanísticos enfocados hacia el logro de objetivos eficaces.

Estas apreciaciones teóricas apuntan al asunto del desarrollo del pensamiento crítico y el juicio clínico como elementos fundamentales para que las acciones produzcan efectos favorables sobre los sujetos de cuidado y los profesionales de enfermería consoliden la base conceptual que les facilite la toma de decisiones en la gestión. Además, el carácter sistemático fomenta la revisión constante del quehacer profesional con el propósito de mejorarlo, permite la realización de acciones deliberadas para aumentar la eficiencia y obtener beneficios a largo plazo. El carácter dinámico depende del grado de experiencia profesional, para avanzar o retroceder hasta alcanzar el resultado final esperado. El carácter humanístico del Proceso de Enfermería se centra en la comprensión de los intereses, valores y deseos específicos de la persona, su familia o la comunidad, sus problemas de salud y el impacto generado en el bienestar y la realización de las actividades cotidianas. Finalmente, la metodología y sus características están ligadas estrechamente a la gestión, proporcionando una herramienta valiosa para alcanzar la eficacia y la eficiencia de forma que se beneficien los pacientes, las instituciones y los profesionales de enfermería.

En este orden de ideas, la articulación Proceso de Enfermería-Gestión del Cuidado da como resultado la optimización de recursos con el objeto de proporcionar un cuidado profesional de carácter científico, técnico y humano que influye en el mantenimiento o recuperación de la salud, en la reducción de costos de atención en las instituciones, en el compromiso social de velar por el desarrollo humano y en el liderazgo profesional en los asuntos del cuidado de la vida.

**1.3.1 Fases del Proceso de Atención de Enfermería.** *Como metodología que utiliza una lógica analítica y comprensiva, el PAE contempla 5 fases, que han sido desarrolladas como resultado de procesos investigativos desde la década de los 50 en el siglo XX.*

**Valoración:** es la búsqueda de información sobre el estado de salud, la presencia de alteraciones, los factores de riesgo que atenten contra la salud y las posibilidades y recursos de las personas para atender sus problemas. Esta etapa supone entonces, recoger la mayor cantidad de datos provenientes de la entrevista, la observación, el examen físico, las técnicas de exploración, las pruebas diagnósticas y la información aportada por el paciente, la familia y otros integrantes del equipo de salud.

**Diagnóstico de enfermería -identificación de problemas-:** según la NANDA –North American Nursing Diagnosis Association-en 1990, es un juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad a los problemas de salud reales o potenciales y a los procesos vitales. Proporciona los fundamentos para la selección de las intervenciones de enfermería necesarias para la consecución de los resultados que son responsabilidad de las enfermeras. Para elaborar el diagnóstico de enfermería, es indispensable el desarrollo del pensamiento crítico, al analizar la información obtenida durante la valoración y derivar de ella, los problemas reales o potenciales de las personas, y la movilización de recursos necesarios para el desarrollo de planes de cuidado ajustados a la realidad particular y general de los escenarios vitales de los actores del cuidado. La aptitud clínica requerida está fundamentada en los conocimientos adquiridos durante el proceso educativo formal, la experiencia práctica y el pensamiento crítico, combinados con la actitud profesional (33).

**Planeación:** esta fase involucra cuatro elementos claves que son: la determinación de prioridades inmediatas, la fijación de objetivos o resultados esperados, la determinación de las intervenciones o acciones de enfermería y la individualización de un plan de cuidados que responda a la situación específica de la persona. De esta manera, se espera que las intervenciones se planeen con el paciente y estén centradas en el abordaje de los problemas reales o potenciales, para movilizar los recursos de los actores del cuidado efectivamente al igual que se hace uso de las posibilidades ofrecidas por el medio en el que interactúan (2).

**Ejecución:** es la realización de las acciones de cuidado de enfermería para el logro de los objetivos, con base en los principios científicos y las normas de actuación para la ejecución de los procesos y procedimientos. No sólo implica la puesta en práctica de actividades rutinarias, sino un proceso analítico y reflexivo y la toma de decisiones en torno a los objetivos propuestos. De igual forma, se tiene en cuenta la notificación de contingencias derivadas de las intervenciones y el registro detallado y técnico de la ejecución (2).

**Evaluación:** en esta etapa se determina el logro de los objetivos propuestos, la eficacia de las intervenciones y se toma la decisión sobre los ajustes y cambios requeridos en el proceso, para alcanzar con máxima eficiencia resultados en el estado de salud de los pacientes.

#### **1.4 VENTAJAS DE LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

La enseñanza del Proceso de Atención de Enfermería es impartida por un número significativo de instituciones formadoras de profesionales en el contexto mundial, en razón de que la metodología favorece la actuación reflexiva y el desarrollo del pensamiento crítico. En este sentido se proponen como ventajas de la aplicación del Proceso de Enfermería, las siguientes:

- Prevenir la enfermedad y promover, mantener o restaurar la salud (en las enfermedades terminales, para controlar la sintomatología y fomentar el confort y el bienestar hasta la muerte).
- Potenciar la sensación de bienestar y la capacidad para actuar según los roles deseados.
- Proporcionar cuidados eficaces y eficientes de acuerdo con los deseos y necesidades del individuo.
- Hallar formas de aumentar la satisfacción del usuario al administrarle cuidados de salud (2).

El Proceso de Enfermería es una fuente de ideas para el desarrollo teórico, la generación de conocimientos propios en virtud de que permite describir los fenómenos y las situaciones de las personas, de los profesionales de enfermería y del acto de cuidado en si (23).

Un beneficio importante obtenido en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería es su direccionalidad hacia las respuestas humanas ante los problemas de salud, los problemas derivados del tratamiento y los cambios introducidos en la vida diaria. Esto es, el carácter holístico que ha caracterizado siempre a esta metodología propia del cuidado profesional. Alfaro (2) resume los principales beneficios del Proceso de Enfermería, de la siguiente manera:

- Agiliza el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud, reduce la incidencia de ingresos hospitalarios, acorta la estancia hospitalaria.
- Desarrolla un plan eficaz y eficiente, tanto en términos de sufrimiento humano como de gasto económico.
- Requiere una documentación precisa encaminada a mejorar la comunicación, prevenir errores y evitar repeticiones. Deja evidencia sobre la que se evalúa la calidad y se puedan realizar procesos investigativos.
- Evita que se pierda de vista el factor humano.

- Promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente.
- Adapta las intervenciones al individuo (no únicamente a la enfermedad).
- Ayuda a que las personas y sus familias se den cuenta que su aportación es importante y sus puntos fuertes son recursos, y ayuda a que las enfermeras tengan la satisfacción de obtener resultados.

La incorporación de los componentes teóricos, metodológicos, prácticos y técnicos del Proceso de Atención de Enfermería exigen por lo tanto, la apropiación de unos lenguajes y formas propias de realizar la práctica de enfermería, en los cuales las taxonomías contribuyen a la consolidación de una terminología profesional básica, la conformación de grupos académicos para el desarrollo investigativo y la generación de productos conceptuales y metodológicos que nutran el desarrollo disciplinar.

### **1.5 FACTORES RELACIONADOS CON LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

Las investigaciones realizadas por Céspedes (15), Orozco (16), Pérez Rodríguez (34) y Mena Navarro (35), han señalado diversos factores que favorecen o limitan la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en el desempeño profesional, principalmente en el contexto hospitalario; los asuntos referidos indican que hay factores inherentes a los profesionales y a las instituciones.

**1.5.1 Factores de los profesionales de enfermería.** Al revisar estudios previos que abordan el tema de la aplicación del Proceso de Enfermería, varios autores (15)(16)(34)(35), coinciden en señalar factores inherentes a los profesionales que limitan la aplicación de la metodología y no indican algunos que lo favorezcan. En este sentido, indican: la falta de conocimientos sobre el tema, la dificultad en la elaboración de los diagnósticos de enfermería representada en la falta de unificación de criterios, la falta de fundamentación para realizar las intervenciones de cuidado y la tendencia a elaborar el plan de cuidados de enfermería con base en el diagnóstico y las órdenes médicas.

A lo anterior se suma el grado de apropiación que los profesionales tienen de la enfermería como disciplina, es decir, frente a la adopción de modelos y teorías para orientar la práctica, la aplicación de metodologías y la utilización de los lenguajes estandarizados que estructuran la base conceptual; situación mediada por la convergencia de asuntos de índole académico, personal, social y laboral y la forma como factores que inciden para moldear la actitud e identidad profesional en cada persona.

La aplicación del Proceso de Enfermería requiere de habilidades, conocimientos, incluso de tipo práctico, y la experiencia. Benner (36), señala la existencia de dos tipos de conocimientos: el práctico o saber qué y el teórico o saber cómo, y postula la posibilidad de que los profesionales puedan tener muchas habilidades adquiridas en su desempeño sin soporte teórico. En relación con la experiencia, al citar a Heidegger y a Gadamer, señala que ésta

se adquiere cuando las ideas preconcebidas y las expectativas son contradichas o matizadas por una contingencia real. Esta tesis se fundamenta en que para la toma de decisiones humanas de carácter complejo, como ocurre en el cuidado de enfermería al paciente en estado crítico, la pericia profesional facilita la interpretación de las situaciones clínicas, el desempeño de la función asistencial y el desarrollo del conocimiento. El conocimiento se consolida con la experiencia en la medida en que se genera una especie de sabiduría clínica caracterizada por el conjunto variado de saberes de tipo práctico y algunos conocimientos teóricos no depurados que le permiten actuar profesionalmente (37).

Además de los conocimientos y la experiencia, la aplicación de la metodología demanda la elaboración de procesos lógicos de pensamiento que permitan comprender los fenómenos del cuidado, recrearlos e interpretarlos con arreglo al bagaje científico recogido y generar respuestas y decisiones asertivas. Este marco racional denominado pensamiento crítico favorece entonces la realización de unas acciones de cuidado ajustadas a la realidad de los pacientes pero con un profundo carácter científico, técnico y humanístico.

El pensamiento crítico en enfermería es definido por Alfaro como un “pensamiento deliberado, dirigido a un objetivo, que persigue emitir juicios basados en evidencias en vez de suposiciones, basado en principios de la ciencia y del método científico y que requiere estrategias que maximicen el potencial humano y compensen los problemas causados por la naturaleza humana” (38). Una práctica profesional orientada por el pensamiento crítico se evidencia por una serie de características que Richard Paul define como “pensadores activos, conocedores de sus sesgos y limitaciones, imparciales, deseosos de hacer esfuerzos para trabajar planificadamente, buenos comunicadores, empáticos, de mente abierta, pensadores independientes, curiosos y reflexivos, humildes, honestos consigo mismos y con los demás admitiendo que un juicio puede ser erróneo o requiere una mayor reflexión, organizados y sistemáticos en su enfoque, flexibles, conocedores de las reglas de la lógica, realistas, trabajadores en equipo, creativos y comprometidos con la excelencia” (39).

Al asunto del pensamiento crítico y las habilidades procedimentales se suma la actitud. En palabras de Morales (40), la actitud se entiende como “una predisposición aprendida, no innata, favorable o desfavorable, ante un objeto”, lo que significa una respuesta medible a un estímulo. Las actitudes suelen estar estructuradas por tres dominios (componentes estructurales), es decir por los ámbitos reales o imaginarios de una actividad o proceso, cuyas expresiones o manifestaciones sirven de base para determinar su enfoque de medición. El componente cognitivo de la actitud se refiere a la información y las creencias; el afectivo al gusto, disgusto o valoración; y el conductual, denominado también connotivo, representa la tendencia a la acción. Se establece una relación paralela entre los componentes estructurales de las actitudes y los dominios clásicos de la educación, no obstante, el núcleo de las actitudes está en la tendencia afectivo-valorativa.

Esta estructura de las actitudes es particularmente útil en el diseño de escalas de medición, en razón de que la medición de actitudes se apoya en la estimación de las manifestaciones que implican reacciones valorativas antes opiniones referidas a creencias, sentimientos o conductas (40).

En relación con la formación de actitudes de cuidado, y por ende respecto a los elementos disciplinares que lo fundamentan, Villarraga (41) plantea la importancia de reconocer las experiencias y conocimientos previos que tanto docentes como estudiantes poseen y que les permiten percibir la realidad; señala además la existencia de un conjunto filosófico que permite el moldeamiento de la actitud mediante la valoración de la congruencia entre la filosofía y el conocimiento y recaba sobre la preocupación en la formación de actitudes como una aproximación filosófica fenomenológica existencial que señala la ruta de la enfermería y su esencia: el cuidado.

Si bien la percepción individual de la realidad y su interpretación con base en los conocimientos y experiencias matizadas por el componente afectivo de cada persona son el sustrato para la formación de actitudes, el proceso educativo influye significativamente, en tanto responda a la acción comunicativa en la que se pueda orientar a quien está aprendiendo para que desarrolle su capacidad de pensamiento buscando la verdad mediante el descubrimiento, el recuerdo, el encuentro o el reencuentro de ideas (42). Es necesario fomentar el pensamiento, el raciocinio y el razonamiento como estrategias para conseguir la formación integral del enfermero con una actitud creadora y crítica y que constituye la base para la autoevaluación y la reflexión constante (43).

### ***1.5.2 Conocimiento y aplicación del Proceso de Atención de Enfermería.***

La aplicación del Proceso de Enfermería requiere de conocimientos, habilidades y actitudes que permitan su aplicación sistemática y orientada a fines específicos, para lo cual las habilidades intelectuales son esenciales para conferir el carácter lógico al proceso (31).

Los procesos educativos son decisivos para la formación de actitudes y adquisición de competencias necesarias para el desempeño profesional. Existen diversas concepciones acerca del proceso educativo y la forma de evaluar los logros. De manera simple, algunas corrientes educativas han visto al alumno como un ente pasivo en tanto otras le han otorgado un papel protagónico en el que su participación crítica y reflexiva ha promovido el desarrollo de las competencias básicas.

En el enfoque tradicional de la educación, el educador representa la autoridad otorgada por el conocimiento absoluto mientras que el educando es un receptor pasivo de conceptos que al ser evaluado logra el éxito en la medida en que su capacidad memorística le permita repetir fielmente los contenidos sin un proceso reflexivo. A su vez, en las corrientes participativas los educandos analizan, critican y reflexionan sobre los conceptos para reconstruirlos y otorgarles significados. No obstante, sea cual fuere la corriente, el proceso

evaluativo es un desafío para los educadores en virtud de las transformaciones de los educandos cuando se exponen a las diversas experiencias de aprendizaje, no sólo del aula sino en el terreno de la práctica (44).

Son múltiples las dificultades que los profesionales de enfermería enfrentan para llevar a cabo el cuidado siguiendo el Proceso de Atención de Enfermería (15) (16) (34) (35). Se identifican entre ellas el bajo nivel de conocimientos y la escasa posibilidad de aplicarlos en la práctica a causa de la realización de otras actividades, muchas de ellas de carácter administrativo; esta situación requiere de un análisis exhaustivo y el planteamiento de estrategias de intervención tanto en las instituciones de salud como en los establecimientos de formación del recurso humano en enfermería, mediante programas curriculares enmarcados en modelos y estrategias pedagógicas que fomenten la reflexión, el análisis crítico de las situaciones y la apropiación de los elementos esenciales de la disciplina. Por lo tanto, la enseñanza de aspectos como el cuidado y las metodologías profesionales deben fomentar el desarrollo de estrategias que aporten al desarrollo del conocimiento de enfermería y el pensamiento crítico, el cual puede enseñarse, modelarse y medirse.

En este orden de ideas, y a partir del concepto de Facione y Facione (45) de que el pensamiento crítico “es reconocido como el motor cognitivo que guía los procesos de desarrollo del conocimiento y de juicio profesional en una amplia variedad de profesiones”, es preciso desarrollar estrategias que permitan indagar el nivel de apropiación teórica y la capacidad de utilizar los conceptos en situaciones de la práctica cotidiana, lo que determina entonces la competencia clínica.

En este sentido, diversos trabajos realizados por Viniegra (44) encaminados a valorar la competencia clínica, han arrojado resultados interesantes que han permitido permear los programas curriculares de diversas disciplinas en el área de la salud, con el propósito de llevar a cabo procesos de enseñanza con pertinencia social y académica, pero especialmente que se traduzcan en un egresado que sea capaz de ejercer su profesión en cualquier contexto maximizando los recursos humanos y logísticos disponibles.

Otros trabajos inspirados en los de Viniegra, se han orientado a determinar la aptitud clínica, entendida como las habilidades para afrontar los problemas de los pacientes haciendo uso del conocimiento y la experiencia de manera crítica y reflexiva. Tal es el caso de Del Rio y colaboradores (46) y Rivera y colaboradores (47). Estos trabajos dirigidos a la valoración de la capacidad de aplicar los conocimientos de manera reflexiva sobre una situación clínica constituyen una estrategia evaluativa de los conocimientos y la forma de utilizarlos en una situación práctica mediante el análisis y la reflexión, superando las formas de evaluación tradicionales fundamentadas en la memoria y la repetición irreflexiva de conceptos.

**1.5.3 Factores institucionales.** Céspedes (15), Orozco (16), Pérez-Rodríguez (34) y Mena Navarro (35), en sus estudios señalan algunos factores que actúan como limitantes para la aplicación del Proceso en su práctica cotidiana; se refieren a la delegación de labores administrativas cuyo fin es la gestión de los servicios de enfermería, el elevado número de pacientes asignados y el escaso número de profesionales de enfermería que causan un alejamiento de las labores asistenciales; la falta de reconocimiento institucional de la metodología profesional y por ende la carencia de políticas para el cuidado y de registros apropiados que estén ordenados de acuerdo a los componentes del Proceso de Enfermería no permiten hacer visible las acciones de los profesionales para valorar el estado de salud de las personas, determinar los problemas, plantear objetivos, ejecutar las acciones y evaluar la efectividad de las intervenciones. La carencia de registros estructurados de esta manera obliga a emplear más tiempo en el proceso de documentación, por lo tanto, se prefiere omitir la aplicación de la metodología y hacer los registros de la manera tradicional.

De igual manera, la reforma del sistema de Salud en el país ha estimulado cambios en las formas de organizar y distribuir el trabajo al interior de las organizaciones, hecho que ha contribuido a que la función asistencial vaya siendo relegada en otros integrantes del equipo de enfermería; otro efecto de la transformación ha contribuido a una variación del perfil ocupacional de los profesionales ampliándolo a la realización de actividades de gerencia, comercialización de productos y servicios, gestión de la calidad, facturación y auditoría, actividades que requieren de la aplicación de otras metodologías diferentes a la del Proceso de Enfermería. Si bien se ha expandido el horizonte laboral, esta dispersión del objeto central ha hecho que se desdibuje el sentido disciplinar y profesional.

## **1.6 LAS TAXONOMÍAS DE ENFERMERÍA**

Carpenito (30) hace referencia a las taxonomías como el estudio teórico de las clasificaciones que incluyen sus fundamentos, principios, procedimientos y normas, definen el cuerpo de conocimientos de los cuales la disciplina se responsabiliza, estableciendo así el dominio propio de las actuaciones de los profesionales de enfermería y la participación en otras que siendo responsabilidad de otras disciplinas demandan un abordaje conjunto. Para la práctica profesional de enfermería, implica, la posesión de un referente conceptual que permita el ordenamiento, de los problemas que la enfermería aborda agrupados los diagnósticos de enfermería, las intervenciones o las respuestas esperadas en los pacientes ante la actuación profesional.

En la actualidad las taxonomías revelan el desarrollo del componente científico de la disciplina de enfermería, por tanto, reflejan aportes de la investigación y el trabajo de la masa crítica de profesionales que han ayudado a establecer el cuerpo teórico que fundamenta la práctica del cuidado.

### ***Taxonomía de diagnósticos de Enfermería-NANDA.***

Desde la década del 70, la North American Nursing Diagnosis Association – NANDA- ha recopilado de manera sistemática las investigaciones para validar los diagnósticos de enfermería, con los que se ha consolidado la taxonomía. De esta situación se ha derivado una identificación clara del cuerpo de conocimientos de enfermería, mayor compromiso profesional y podría decirse que algún nivel de autonomía (30).

Desde esa época hasta la fecha se han realizado 2 revisiones, la última de ellas en el año 2000, toma como referencia los patrones funcionales de Marjorie Gordon modificados, lo que ha dado como resultado la Taxonomía II de la NANDA, que consta de 13 dominios, 106 clases de diagnósticos y 155 diagnósticos de enfermería aprobados y 10 más en proceso de aprobación (48).

De esta manera, la taxonomía de diagnósticos refleja los esfuerzos de los profesionales de enfermería en los ámbitos académico y clínico por sistematizar el conocimiento derivado de las experiencias del cuidado para evidenciar la importancia del desarrollo de habilidades cognitivas, actitudinales y procedimentales necesarias para brindar un cuidado científico, técnico y humanístico.

El diagnóstico de enfermería implica la realización de un proceso mental del profesional en torno a la situación de los pacientes, de tal forma que se establezcan acciones individualizadas, orientadas hacia la consecución de fines específicos enmarcados dentro de los dominios propios de los profesionales de enfermería (33); de esta forma, los diagnósticos de enfermería permiten a los profesionales la delimitación del cuerpo de conocimientos propios, la realización de intervenciones individualizadas derivadas del cuidado de las personas y la realización de un proceso racional y lógico que desarrolle el pensamiento crítico y fomente la autonomía profesional.

La taxonomía de diagnósticos de la NANDA hace parte de los lenguajes enfermeros reconocidos hasta el momento. Su articulación con otros lenguajes ha sido la base para que los profesionales de enfermería del mundo puedan dar cuenta de sus avances y contribuciones para el cuidado de los pacientes.

### ***Clasificación de Intervenciones de Enfermería –NIC-***

En 1987, un grupo de profesoras de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Iowa, liderado por las doctoras McCloskey y Bulecheck, plantearon el desarrollo investigativo de una clasificación de las intervenciones que los profesionales de enfermería realizaban para el cuidado de los pacientes. De esta forma, se creó el Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness -Centro para la Clasificación de Enfermería y Efectividad Clínica- (49).

Una intervención de enfermería es todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, realizado por un profesional de enfermería para favorecer un

resultado en el paciente. Pueden clasificarse en directas que son prescritas por el profesional de manera independiente; indirectas o prescritas por el facultativo u otros integrantes del equipo de salud que tienen un carácter dependiente, e intervenciones de asesoría (49). Tanto las intervenciones directas como indirectas requieren del juicio independiente del profesional (50).

Las intervenciones directas se subdividen en acciones fisiológicas, sicosociales, y de contacto terapéutico y en las intervenciones indirectas encajan las acciones realizadas lejos de los pacientes pero orientadas a la modificación o mejoramiento del entorno y aquellas acciones realizadas en colaboración para potencializar la efectividad de las acciones en el cuidado de enfermería. La clasificación de intervenciones ha sido traducida a varios idiomas. La última versión está estructurada por 486 intervenciones agrupadas en 30 clases y 7 campos, que son el fisiológico complejo, fisiológico básico, conductual, seguridad, familia, sistema sanitario y comunidad (49).

La taxonomía NIC reúne un número importante de competencias cognitivas, procedimentales y actitudinales que los profesionales de enfermería deben desarrollar para el cuidado en las esferas fisiológica y psicosocial y para los asuntos de fomento de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades (49).

La importancia de la taxonomía radica en que abarca intervenciones útiles en la práctica, se basa en la investigación, proporciona desarrollo inductivo, refleja el estado de la práctica y la investigación, emplea un lenguaje claro que tiene significado clínico, está en proceso de mejora continua, es probada en el campo, se accede a ella mediante publicaciones, se relaciona con los diagnósticos de enfermería, tiene amplio reconocimiento en el contexto norteamericano y se ha empleado en varios sistemas informáticos (49).

El desarrollo de la taxonomía de intervenciones de enfermería se apoyó, según las autoras, en diversas razones, entre otras la de permitir la aplicación del conocimiento propio de enfermería sobre las relaciones entre los diagnósticos, los tratamientos y los resultados. Además del desarrollo de sistemas de información y la enseñanza de toma de decisiones a los profesionales en formación, la planificación de recursos y el establecimiento de un lenguaje que permitiera comunicar la función única de enfermería (49).

### ***Clasificación de Respuestas Esperadas de Enfermería –NOC-***

La Clasificación de Respuestas Esperadas de Enfermería -Nursing Outcomes Classification NOC- surgió a partir de 1991, como resultado del trabajo investigativo liderado por doctoras Marion Johnson y Meridean Mass (51), de la Universidad de Iowa, con el propósito de desarrollar la medición de los resultados para evaluar la práctica de enfermería.

La taxonomía de respuestas esperadas es la organización sistemática de resultados en categorías de acuerdo con sus semejanzas, diferencias y

relaciones entre sí; el resultado está determinado por un estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad, medida a lo largo de un continuo en respuesta a intervenciones de enfermería mediante indicadores (51).

La importancia de la taxonomía de resultados esperados está determinada porque es producto de la investigación, tiene un desarrollo inductivo y deductivo, está basada en la práctica, la organización facilita su uso, utiliza un lenguaje claro, mejora la información para evaluar la efectividad, guarda relación con otros lenguajes de enfermería y la taxonomía NNN (NANDA-NIC-NOC) y ha sido incluida en el desarrollo de sistemas de registro electrónico (51).

El desarrollo de la taxonomía NOC se ha apoyado en un modelo conceptual compuesto por factores inherentes al proveedor de salud, al sistema y la organización, al paciente y por los resultados globales derivados de la acción interdisciplinaria. Para efectos prácticos, la taxonomía se ha organizado en 29 clases y 7 campos que corresponden a salud funcional, salud fisiológica, salud psicosocial, conocimiento y conducta en salud, percepción de salud, salud familiar y salud comunitaria (51).

Para la medición de resultados se utilizan escalas que permiten una aproximación cuantitativa a los problemas de los pacientes; hasta el momento se ha documentado la utilización de 17 escalas para tal fin. Su relevancia radica en que los resultados logrados se midan con exactitud y validez de tal forma que permitan examinar la efectividad de las intervenciones de enfermería, o el replanteamiento de las acciones de cuidado cuando no se alcanza el resultado esperado (51).

En síntesis, la clarificación de los conceptos de los diagnósticos, las intervenciones y los resultados esperados, contribuyen significativamente al desarrollo del conocimiento en enfermería y al mejoramiento de la comunicación de los avances en estos asuntos; de igual forma, el desarrollo de un lenguaje propio de la disciplina permite delimitar los dominios de actuación y autonomía profesional, y hacer visible el aporte de la práctica cotidiana para el desarrollo de teoría prescriptiva de enfermería orientada al cuidado de los seres humanos.

### **1.7 VALORACIÓN DE LAS ACTITUDES Y LOS CONOCIMIENTOS**

La exploración de los dominios cognitivo, afectivo y conductual puede hacerse con la aplicación de pruebas psicológicas que permitan entender la relación entre los conocimientos, las actitudes y prácticas de los profesionales de enfermería en relación con el cuidado, las metodologías, los lenguajes y su desempeño en la cotidianidad (40). Una prueba psicológica representa una muestra de conducta, es decir, una medida objetiva y estandarizada, que tiene valor diagnóstico o predictivo dependiendo de la función de la prueba como indicador de un área de conducta relativa, amplia y significativa. La utilidad de

este tipo de pruebas está determinada por la correspondencia entre los conocimientos y su utilización en el desempeño profesional (52).

En este marco conceptual sobre las actitudes estructuradas en las dimensiones cognitivas, afectivas y conductuales resulta de especial interés la aplicación de instrumentos de medición psicológicos con el propósito de conocer la naturaleza y el grado de diferenciación entre las personas, la organización de rasgos psicológicos, medición de las diferencias grupales y la identificación de factores biológicos y culturales asociados con las variaciones en la conducta (52).

En el campo de la valoración del conocimiento es preciso partir de las formas de aprendizaje. El de tipo memorístico, de acuerdo al planteamiento de Pozo (53) al citar a Ausubel se refiere a los procesos mediante los cuales el individuo codifica, transforma y retiene la información; y al aprendizaje significativo que engloba el concepto de entropía en términos del descubrimiento y apropiación del conocimiento. Visto como producto de la interacción entre una información nueva y la estructura cognitiva preexistente, el aprendizaje significativo está conformado por una escala valorativa determinada por las representaciones, los conceptos y las proposiciones, en la que los significados son una construcción individual en tanto la adquisición de los conocimientos implica una deformación individual de los aprendidos.

En el contexto de la teoría ausubeliana, el aprendizaje se lleva a cabo mediante la formación de conceptos como una abstracción inductiva a partir de la experiencia y mediante la asimilación que consiste en relacionar los conceptos existentes con los nuevos. Este proceso de asimilación es la forma predominante de adquisición de conceptos durante la etapa de formación especialmente durante la adolescencia y la edad adulta. Es así como lo que adquiere significado se aprende y sirve como marco de referencia para entender la realidad, para desarrollar el pensamiento y en consecuencia actuar (53).

El proceso de aprendizaje está determinado por el papel que juegan los actores involucrados en él, este grado de participación y las formas de interacción establecidas entre educadores y educandos han facilitado el establecimiento de dos corrientes educativas, ya sea centradas en el alumno o en el profesor. Los alcances y resultados de los procesos dependen de la corriente educativa que a su vez establece el modelo pedagógico, las estrategias metodológicas y evaluativas y el desarrollo de las aptitudes necesarias para afrontar los problemas de la cotidianidad.

Además de tomar en consideración los asuntos de la teoría cognitiva, se plantean algunos supuestos teóricos de Benner (37) al referirse a la adquisición de habilidades en los profesionales de enfermería. Esta teórica, apoyada en el modelo Dreyfuss, propone 5 categorías que son resultado del desarrollo de habilidades y experiencias en la práctica cotidiana y a partir de la estructura teórica inicial. Las categorías enunciadas por Benner van desde el profesional principiante hasta el avanzado, cada uno con unas características particulares

en cuanto al nivel de introyección, análisis, crítica y aplicación de la teoría para resolver las situaciones y el desarrollo de procesos educativos y evaluativos.

El profesional de enfermería que labora en la UCI debe tener un elevado nivel de competencias cognitivas, procedimentales y actitudinales, para ser identificado como un profesional aventajada o competente en la categorización de Benner. De ser así, las estrategias educativas y evaluativos para este tipo de profesionales, deberá emplear el estudio de casos de la práctica clínica con el objeto de probar su habilidad para hacerse cargo de una situación; con el empleo del método inductivo se espera que puedan demostrar su aptitud para interpretarla y resolverla (37).

Tomando en consideración lo anterior y sumado a que en las investigaciones sobre el PAE revisadas se refieren a la falta de conocimientos como obstáculo para aplicar el Proceso de Atención de Enfermería, en el presente estudio se propone la evaluación de los conocimientos a partir de los planteamientos de Viniegra y de otros autores que se refieren a la aptitud clínica como las habilidades de pensamiento complejo que permiten resolver situaciones clínicas reales (44).

## **2. METODOLOGÍA**

### **2.1 DISEÑO METODOLÓGICO**

Con el objeto de dar respuesta a las preguntas de investigación se utilizó la investigación cuantitativa de tipo descriptivo y corte transversal, como opción para describir los factores relacionados con la aplicación del PAE y las taxonomías NANDA (diagnósticos de enfermería), NIC (intervenciones de enfermería) y NOC (resultados esperados) en el cuidado de los pacientes en las UCI.

Para tal fin, los objetivos se enfocaron, por una parte, a realizar la descripción de los factores inherentes a los profesionales que inciden sobre la aplicación de la metodología profesional y la utilización de las taxonomías en el desempeño cotidiano; por otra parte, a describir los factores del orden institucional que incurren para la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en el cuidado de los pacientes.

### **2.2 POBLACIÓN**

La población del estudio estuvo conformada por el total de profesionales de enfermería (N= 127), que laboraban en las 17 UCI de adultos en las diversas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de 3º y 4º nivel de complejidad, tanto del sector público como del privado en el municipio de Medellín. Este dato por cada Unidad se obtuvo mediante indagación directa o por vía telefónica con profesionales de enfermería de cada institución.

Fueron incluidos los profesionales de enfermería que estaban laborando en las UCI, con una experiencia y/o antigüedad igual o mayor a 3 meses en el área de cuidado intensivo y que aceptaron participar voluntariamente en el estudio; se excluyeron a los profesionales que en el momento de la recolección de la información se encontraran en periodo de vacaciones, licencias o incapacidades.

Se hizo contacto con los profesionales de enfermería de 14 instituciones de salud, se obtuvo la información de los profesionales 12 establecimientos, de los cuales el 14.2% (2) son de naturaleza pública y el 85.7% (10) de carácter privado. De manera general, existe una UCI por institución (carácter polivalente), sin embargo en una de ellas funcionan varias unidades especializadas (trauma, cardiovascular, médica).

### **2.3 VARIABLES DE ESTUDIO**

#### ***Variables de los profesionales de enfermería***

Estas variables comprenden las dimensiones sociodemográfica (sexo, edad), académica (nivel de formación, Universidad y año de graduación de pregrado, Universidad, año de graduación y nombre del programa de postgrado), y

laboral (forma de contratación, el número de horas semanales contratadas, tiempo de experiencia, número de turnos nocturnos, cantidad de pacientes asignados, distribución de la jornada laboral), aplicación del PAE y las taxonomías, metodologías para el cuidado de los pacientes, el nivel de conocimiento, actitud y aptitud clínica.

#### ***Variables de las instituciones***

Se recolectaron: el tipo de institución y la existencia de registros clínicos estructurados según el PAE. (**Anexo 1: Operacionalización de variables**).

## **2.4 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

**2.4.1 Proceso de recolección.** Una vez establecido el marco poblacional y la agenda de trabajo se procedió a realizar la búsqueda de los profesionales de enfermería en cada una de las UCI en las que laboraban para el acercamiento inicial, exponerles los objetivos de la investigación, la naturaleza anónima de la encuesta, el carácter voluntario y solicitar su participación.

La recolección de la información se llevó a cabo durante los meses de abril a junio de 2007 para lo que se estableció una agenda de trabajo que permitió realizar entre 1 y 3 visitas a cada profesional como estrategia para garantizar el retorno del mayor número de encuestas diligenciadas. Esta etapa demoró más del tiempo planeado por cuanto en algunos casos fue necesario realizar más visitas.

Se estableció contacto con 105 profesionales de 12 UCI, 19 profesionales no respondieron la encuesta a pesar del compromiso y 21 no aceptaron participar en el estudio; se recolectaron 65 encuestas diligenciadas entre los profesionales de enfermería de 12 Unidades por fuera de su jornada y entorno laboral.

**2.4.2 Instrumento de recolección.** El instrumento elaborado para la recolección de la información indagaba sobre datos sociodemográficos, formación académica, datos de la institución, metodología y actividades para el cuidado, valoración de la aptitud clínica, opinión en cuanto a la utilidad práctica del Proceso de Enfermería y una escala tipo Likert con 10 reactivos para determinar la actitud en cuanto a la aplicación y utilidad de la metodología y las taxonomías de enfermería NANDA-NIC y NOC durante la formación universitaria y el desempeño profesional. La elaboración del componente para medir la actitud frente al PAE y la aptitud clínica, partió de los supuestos teóricos del investigador derivados de la experiencia en las áreas docente y asistencial, además de la revisión bibliográfica y las asesorías de expertos en el tema. Los encuestados valoraron su opinión en una escala que iba desde 0 (no se) a 5 (totalmente de acuerdo). Para el cálculo total se invirtieron las puntuaciones de los reactivos negativos y se hizo la suma. Posteriormente, para identificar la tendencia de las actitudes y facilitar el análisis se agruparon las respuestas en las categorías “en desacuerdo”, “ni de acuerdo ni en

desacuerdo” y “de acuerdo” y se asignaron rangos numéricos para facilitar su interpretación.

Estos datos permitieron conocer la información sobre la actitud de los encuestados y su favorabilidad o no en cuanto a la aplicación de la metodología y las taxonomías en el cuidado de los pacientes. Para esto se partió del concepto de actitud como una predisposición aprendida, no innata, favorable o desfavorable, ante un objeto, lo que significa una respuesta medible a un estímulo (40). (**Anexo 2: Encuesta**)

Se incluyó en cada encuesta una escala de actitudes y una prueba de aptitud, en virtud de su valor psicométrico para explorar la relación entre los conocimientos, las actitudes y las prácticas de cuidado sobre la aplicación del Proceso de Enfermería y la incidencia de los factores institucionales al respecto (40)(44). Para determinar de una forma más descriptiva si los profesionales aplicaban el Proceso se solicitó a los encuestados señalar la frecuencia de realización de actividades de valoración, formulación de diagnósticos, planeación, ejecución de intervenciones y evaluación; con este propósito se tomó como criterio de cumplimiento la realización del 80% de las actividades en mención.

Con el propósito de garantizar la validez de contenido de la escala Likert y la prueba de aptitud clínica del instrumento, se sometió a revisión por 4 profesores del área de Urgencias y Cuidado Crítico de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia y 3 profesionales de enfermería dedicados a la asistencia, con vasta experiencia en Cuidado Intensivo, quienes hicieron comentarios y ajustes a los diversos componentes del instrumento; estos profesionales no participaron en el estudio.

En aras de cumplir con los criterios de confiabilidad se realizó la prueba piloto con 8 profesionales de enfermería de una Unidad de Cuidado Intensivo polivalente del oriente antioqueño quienes fueron excluidos de la muestra. El cálculo del coeficiente alfa de Cronbach para la escala Likert dio como resultado 0.49, por esta razón y con base en las recomendaciones hechas por los profesionales de enfermería encuestados, se realizaron ajustes al instrumento. La determinación del alfa de Cronbach con los datos de los profesionales de enfermería incluidos en el estudio reportó 0,70 demostrando que la escala para la determinación de las actitudes en relación con la aplicación del PAE y las taxonomías en el cuidado de los pacientes es confiable (54), no obstante hay discrepancias respecto a los valores de este indicador de consistencia interna.

La valoración de la aptitud clínica, entendida como la capacidad para reconocer y analizar la información presentada en una situación de cuidado de enfermería y utilizar de manera crítica los elementos de valoración, diagnóstico de enfermería según las etiquetas de la NANDA, de intervenciones según la taxonomía NIC y de evaluación de acuerdo a la taxonomía NOC, se llevó a cabo mediante un test con 5 casos clínicos de pacientes con alteraciones

respiratorias, cardiovasculares y neurológicas, para un total de 20 preguntas con múltiple opción de respuesta que fueron calificadas como correctas con +1, incorrectas con -1 y no sé con 0.

Para la calificación del test se realizó el cálculo de la distribución de respuestas esperadas por azar empleando la fórmula de Pérez-Padilla y Viniegra (40)(46)(47), con la que se obtuvieron rangos a partir de 4 que permitieron construir la escala de valoración y determinación del nivel de aptitud clínica: de 5 a 7 muy bajo, 8 a 11 bajo, 12 a 15 mediano, 16 a 18 bueno, 19 a 20 excelente. Se tomaron los totales de las pruebas de cada uno de los profesionales encuestados para el análisis. La confiabilidad del instrumento se determinó con la fórmula de Kuder Richardson (KR20) con un resultado de 0,4 indicando bajo nivel (55).

Se planteó una pregunta abierta para indagar la opinión de los profesionales respecto a la utilidad del Proceso de Enfermería y las taxonomías en la práctica, que fue respondida por 55 encuestados (84,6%). Del total de quienes respondieron, el 4,6% manifestó directamente no aplicar el PAE sin agregar comentarios y el 3.1% indicaron desconocer las taxonomías. Las respuestas se analizaron cualitativamente mediante codificación abierta y axial para determinar como categorías principales: la utilidad, los requerimientos, los beneficios y las dificultades para la aplicación del PAE; de esta manera, se logró ampliar el análisis a los datos numéricos obtenidos.

Cada instrumento estaba acompañado del consentimiento informado sobre el que se hicieron claridades y precisiones a cada participante en el momento de la entrega de la encuesta. (**Anexo 3: Consentimiento informado**).

## **2.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

Los datos numéricos se depuraron en una hoja de cálculo de Excel y luego se procesaron en el programa estadístico SPSS versión 15, con el que se realizaron análisis de estadística descriptiva e inferencial (prueba de  $\chi^2$ ). Los datos cualitativos provenientes de la pregunta abierta se procesaron manualmente y se organizaron en categorías para ampliar el análisis de los datos numéricos.

## **2.6 ASPECTOS ÉTICOS**

Para la ejecución del proceso de recolección de la información se tuvieron en cuenta las consideraciones éticas orientadas al respeto por la dignidad humana y que según Gómez y Molina se refieren a “la calificación del riesgo, la confidencialidad de la información, la garantía de guardar la privacidad de los participantes, el respeto a su autonomía al aceptar o no la participación en la investigación, el uso de datos con fines exclusivos para el proyecto y la devolución de los resultados a las personas, comunidades o instituciones participantes” (56).

Además los asuntos éticos estuvieron orientados por los principios de la Resolución 08430 de 1993 del Ministerio Nacional de Salud de Colombia (57), por cuanto la investigación no representaba riesgo para los participantes, se estableció el consentimiento informado, y se garantizó el manejo confidencial de la información. Todos los planteamientos éticos fueron condensados en el consentimiento informado que se propuso a cada profesional encuestado. (Anexo 3).

Por último, se garantizó el respeto por las fuentes y los derechos de autor, tal como lo plantea el Estatuto de Propiedad Intelectual de la Universidad de Antioquia (58).

### 3. RESULTADOS

Los resultados que se detallan a continuación esbozan la situación de los profesionales de enfermería que laboran en 12 Unidades de Cuidado Intensivo de Medellín y señalan los factores que condicionan la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería y las taxonomías en el cuidado de los pacientes.

#### 3.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Para el total de 65 encuestados, la edad mínima fue de 24 años y la máxima 53, con un promedio de 32.9 años (DE 8.136). La edad mínima de los hombres era de 25 años y la máxima de 39 años; a su vez la edad mínima de las mujeres correspondía a 24 años y la máxima a 53. El 75% de los profesionales encuestados tiene menos de 35 años y el 45.3% por debajo de los 30 años, es decir, es un grupo de profesionales jóvenes. Al analizar por sexo, los datos revelan que en estas instituciones trabajan más mujeres (83%), los hombres se distribuyen en los grupos de edad de menos de 40 años. Tabla 1.

**Tabla 1. Edad y sexo de los profesionales de enfermería en 12 UCI, Medellín, 2007**

Grupos de edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
24-29 años	4	6,1	26	40,6	29	45,3
30-34	5	7,8	14	21,9	19	29,7
35-39	2	3,1	1	1,6	3	4,7
40-44	0	0	5	7,8	5	7,8
45 y más	0	0	8	12,5	8	12,5
Total	11	17	54	83	65	100

*n: 65 Fuente: Encuestas aplicación PAE en UCI*

#### 3.2 CARACTERÍSTICAS DE FORMACIÓN ACADÉMICA DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

El 89.4% de los profesionales son egresados de universidades del Departamento, en su gran mayoría provienen de la Universidad de Antioquia, le siguen los profesionales egresados de instituciones del interior del país con 6.1% (Universidad de Caldas, UPTC de Tunja, Universidad Surcolombiana), y de la Costa Atlántica con 4.6% (Universidad Metropolitana de Barranquilla – Universidad de Córdoba) . El 63.1% de los encuestados tienen menos de 10 años de haber egresado (entre 1997 y 2006), Tabla 2.

**Tabla 2. Universidad y año de graduación del pregrado de los profesionales de enfermería en 12 UCI de Medellín, 2007.**

Universidad	Año de graduación pregrado							
	1977-1987		1988-1998		1999-2006		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Univ. Antioquia	6	9.2	16	24.6	29	44.6	51	78.5
Unive. Pontificia Bolivariana	0	0	0	0	7	10.7	7	10.7
Univ. Metropolitana Barranquilla	0	0	0	0	2	3.1	2	3.1
Univ. Caldas	0	0	0	0	2	3.1	2	3.1
Otras Universidades	0	0	0	0	3	4.6	3	4.6
Total	6	9.2	16	24.6	43	66.1	65	100

*n: 65 Fuente: Encuestas aplicación PAE en UCI*

El análisis del nivel de formación respecto a la edad, muestra que el 66,6% de los profesionales son menores de 30 años y con formación de pregrado; el mayor número de profesionales con estudios de especialización se encuentra en el grupo etéreo de 30 a 34 años. De los profesionales con postgrado (17), el 64.7% tienen formación en cuidado al paciente en estado crítico y 29.4% en enfermería cardiovascular. Tabla 3.

**Tabla 3. Nivel de formación por edades de los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.**

Nivel de formación académica	Grupos de edad (años)											
	24-29		30-34		35-39		40-44		45 y más		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Pregrado	20	66,6	7	36,8	1	33,3	3	60,0	3	37,5	34	52,3
especialización	4	13,3	8	42,1	1	33,3	2	40,0	2	25,0	17	26,1
otro nivel - diploma	6	20,0	4	21,0	1	33,3	0	0	3	37,5	14	21,5
Total	30	100	19	100	3	100	5	100	8	100	65	100

*n: 65 Fuente: encuestas aplicación PAE en UCI*

El nivel de formación más frecuente entre todos los profesionales de enfermería es pregrado, tanto en las instituciones públicas como privadas. Es igual la proporción de profesionales con estudios de postgrado en los sectores privado y público, en razón de que el 47% de ellos tiene especialización o formación de diplomado. Tabla 4.

**Tabla 4. Nivel de formación por instituciones de los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.**

Nivel más alto de formación académica	Tipo de institución donde labora					
	Pública		Privada		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Pregrado	9	52,9	25	53,0	34	52,3
Especialización	5	29,4	12	25,0	17	26,1
Otro nivel - diploma	3	17,6	11	22,9	14	21,5
Total	17	100	48	100	65	100

*n: 65 Fuente: encuestas aplicación PAE en UCI.*

De los profesionales encuestados, el 73.8% labora en Instituciones Prestadoras de Salud –IPS- de carácter privado y en su mayoría tienen menos de 30 años (43,1%). Del total de profesionales con 45 o más años, un porcentaje considerable (87,5%) se ubica en las instituciones del sector público. Tabla 5.

**Tabla 5. Tipos de instituciones y grupos de edades de los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.**

Tipo de institución	Grupos de edad										Total	
	24-29 años		30-34		35-39		40-44		45 y más			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Pública	2	3	5	7,7	1	1,5	2	3	7	10,7	17	26,2
Privada	28	43,1	14	21,5	2	3		4,6	1	1,5	48	73,8
Total	30	46,1	19	29,2	3	4,6	5	7,6	8	12,3	65	100

*n: 65 Fuente: encuesta aplicación PAE en UCI.*

### **3.3 CARACTERÍSTICAS LABORALES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA**

Para analizar los asuntos laborales y su relación con la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, se obtuvo información respecto al tipo de contratación, el número de horas contratadas y efectivamente laboradas, el número de turnos nocturnos en el mes anterior, la cantidad de pacientes asignados, la distribución de la jornada de trabajo y la existencia de registros estructurados según la metodología del Proceso de Enfermería. A continuación se muestran los respectivos resultados.

El 50% de los encuestados cuenta con una experiencia menor o igual a 3 años, con un promedio de 4.49 (DE: 4.57), un mínimo de 3 meses y máximo de 27 años, es decir, hay gran dispersión de los datos sobre el tiempo de experiencia. El 66.6% de profesionales que tiene entre 3 meses y 4 años de experiencia, se concentra en las instituciones privadas; a diferencia de estos el 41.1% de

quienes trabajan en las instituciones públicas cuenta con 8 o más tiempo de experiencia. La prueba de  $\chi^2$  reporta  $p=0.002$  mostrando diferencia estadísticamente significativa en los años de experiencia entre los profesionales de ambos tipos de instituciones; es decir, registran más tiempo de experiencia quienes están vinculados a las entidades públicas. Tabla 6.

**Tabla 6. Tiempo de experiencia en UCI de los profesionales de enfermería según instituciones, en 12 UCI de Medellín. 2007.**

Años experiencia en UCI	Tipo de institución donde labora					
	Pública		Privada		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Entre 3 meses y 1 año	0	0	16	33,3	16	24,6
Entre 1,1 años y 4 años	9	52,9	16	33,3	25	38,0
Más de 4 años	8	47,0	16	33,3	24	37,1
Total	17	100	48	100	65	100

*n: 65 Fuente: encuestas aplicación PAE.*

La modalidad de contratación más frecuente para estos profesionales es el contrato a término indefinido tanto en las entidades privadas como públicas, en contraste, el 29,4% de los vinculados a las instituciones públicas tiene vinculación por cooperativas, fenómeno que sólo ocurre en este tipo de entidades. En las instituciones privadas la contratación más frecuente es a término indefinido, aunque una proporción significativa tiene contratos a término fijo. La prueba de  $\chi^2$  ( $p<0.0001$ ) muestra la diferencia estadísticamente significativa existente en las formas de contratación entre los dos tipos de instituciones. Tabla 7.

**Tabla 7. Tipo de contratación de los profesionales de enfermería según instituciones en 12 UCI de Medellín, 2007.**

Tipo de institución donde labora	Forma de contratación						Total	
	Término indefinido		Término fijo		Cooperativas		Nro.	%
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%		
Pública	10	58.8	2	11.7	5	29.4	17	100
Privada	30	62.5	18	37.5	0	0	48	100

*n: 65 Fuente: Encuestas aplicación PAE en UCI.*

El promedio de horas semanales por las que son contratados los profesionales de enfermería es de 47 con un mínimo de 36 y un máximo de 48 horas (DE 2.90), en contraste con las horas semanales efectivamente laboradas que reportan un promedio de 49 horas (DE: 5.4) con un valor mínimo de 36 y un

máximo de 72 horas. Entre los profesionales de enfermería del sector privado es frecuente la contratación por 48 horas semanales, mientras que en las instituciones públicas son contratados con mayor frecuencia por 44 horas semanales. Cabe resaltar que en el grupo de profesionales de instituciones públicas, el 23,5% manifiesta estar contratado por 48 horas, lo cual guarda relación con los profesionales vinculados por cooperativas que tienen un régimen contractual diferente. Tabla 8.

**Tabla 8. Horas semanales contratadas de los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.**

Tipo de institución donde labora	Número de horas semanales contratadas									
	36 horas		44 horas		45 horas		48 horas		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Pública	1	5,8	11	64,7	1	5,8	4	23,5	17	100
Privada	0	0	0	0	2	4,1	46	95,8	48	100
Total	1	1,5	11	16,9	3	4,6	50	76,9	65	100

*n: 65 Fuente: Encuestas aplicación PAE en UCI.*

En relación con el número de turnos nocturnos que correspondió a cada profesional en el último mes fue de 8, igual al promedio, con valor mínimo de 0 y máximo de 17 turnos (DE: 2.7). El 50% de los profesionales que respondieron la encuesta realizan 7 turnos o menos. En las instituciones privadas el 41.6% de los profesionales realizó más de 8 turnos nocturnos en el último mes. Tabla 9.

**Tabla 9. Número de turnos nocturnos por instituciones de los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.**

Rango turnos nocturnos	Tipo de institución donde labora					
	Pública		Privada			
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
Entre 0 y 4 turnos	1	5,8	2	4,1	3	4,6
Entre 5 y 8 turnos	13	76,4	26	54,1	39	60
Más de 8 turnos	3	17,6	20	41,6	23	35,6
Total	17	100	48	100	65	100

*n: 65 Fuente: encuestas aplicación PAE en UCI.*

Al analizar el número de pacientes por turno, se observa que al 88.2% de los profesionales de instituciones públicas les asignan entre 4 y 6 pacientes. En las instituciones privadas el número de pacientes asignados es variado, a una proporción importante (37.5%), les asignan el mismo número de pacientes, sin embargo a algunos profesionales les asignan más de 7 pacientes para el cuidado. La prueba de Chi<sup>2</sup> ( $p < 0.009$ ) señala la diferencia existente en el número de pacientes asignados en los dos tipos de instituciones. Tabla 10.

**Tabla 10. Pacientes asignados por turno según tipo de institución en 12 UCI de Medellín, 2007.**

Número pacientes asignados en turno	Tipo de institución			
	Pública		Privada	
	No.	%	No.	%
Entre 1 y 3 pacientes	0	0	9	18.7
Entre 4 y 6 pacientes	15	88.2	18	37.5
Entre 7 y 9 pacientes	2	11.7	14	29.1
Entre 10 y 12 pacientes	0	0	5	10.4
Más de 12 pacientes	0	0	2	4.1
Total	17	100	48	100

*n: 65 Fuente: Encuestas aplicación PAE en UCI.*

A los profesionales se les inquirió sobre la distribución porcentual del tiempo en una jornada laboral de 12 horas, para lo que se tomaron como referentes una serie de actividades relacionadas directa o indirectamente con el cuidado de los pacientes. Los hallazgos señalan que el 99,6% dedican hasta el 60% de su jornada en acciones de cuidado directo, el 95% reporta ocupar hasta el 60% del tiempo en las actividades de la gestión del cuidado que hacen referencia a la revisión de historias clínicas, elaboración de pedidos, organización de kárdex, búsqueda de interconsultantes y coordinación con otras disciplinas y dependencias para asegurar la continuidad en la terapéutica. Por otra parte, el 96,9% de los encuestados reportan que dedican hasta un 10% de la jornada laboral en actividades educativas con pacientes, familias o personal a cargo. De igual forma, el 98,3% dedican hasta el 20% de su tiempo de trabajo en labores de apoyo logístico y el 98,4% en otras actividades entre las que se cuentan las relacionadas con la facturación y auditoria de historias clínicas. La mayor parte del tiempo lo emplean en el cuidado directo y a la gestión, en menor proporción se dedican a otras actividades. Los profesionales de ambos tipos de instituciones destinan para las actividades de gestión del cuidado entre el 21 y 40% de la jornada laboral y emplean tiempo adicional a su jornada laboral para realizar las labores. Tabla 11.

**Tabla 11. Distribución la jornada laboral según las actividades realizadas por los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.**

% de la jornada laboral	Cuidado directo	%	Gestión	%	Apoyo logístico	%	Act. educativas	%	Otras actividades	%
0- 20	10	15.3	23	35.2	64	98.3	63	96,9	64	98,4
21 a 40	34	52,1	34	52,2	1	1,5	2	3	1	1,5
41 a 60	20	32,2	5	7,6	0	0	0	0	0	0
61 a 80	1	1,53	2	3,0	0	0	0	0	0	0
81- 100	0	0	1	1,5	0	0	0	0	0	0
Total	65	100	65	100	65	100	65	100	65	100

*n: 65 Fuente: Encuestas aplicación PAE en UCI.*

Al comparar los porcentajes de tiempo de la jornada laboral dedicados a las actividades de cuidado directo por tipo de institución se observa que el 70,5% de los profesionales de las instituciones públicas dedica entre 20 y 40% a las actividades asistenciales directas en contraste con el 45,8% de los centros privados que también lo hacen. Por su parte, el 35,4% de quienes están vinculados a instituciones privadas dedican entre el 40% y 60% del turno a este tipo de actividades. Tabla 12.

**Tabla 12. Tiempo dedicado al cuidado directo por instituciones en 12 UCI de Medellín, 2007.**

Actividades cuidado directo	Tipo de institución			
	Pública		Privada	
	No.	%	No.	%
Entre 5 y 20%	2	11,7	8	16,6
Entre 21 y 40%	12	70,5	22	45,8
Entre 41 y 60%	3	17,6	17	35,4
Entre 61 y 80%	0	0	1	2,1
Total	17	100	48	100

*n: 65 Fuente: Encuestas aplicación PAE en UCI.*

Al analizar el porcentaje de tiempo dedicado por los profesionales a las actividades de cuidado directo en relación con el número de pacientes asignados, se encuentra que al 60% de los profesionales que dedican hasta un 20% de su tiempo en cuidado directo tienen entre 4 y 6 pacientes a su cargo; similar proporción de profesionales (64,7%) ocupan entre el 20 y 40% de su jornada a estas mismas actividades. En contraste, el 35% de profesionales que ocupa entre el 40 y 60% del tiempo a estas actividades tienen asignados menos pacientes. La prueba de  $\chi^2$  ( $p < 0.007$ ), demuestra la asociación estadística entre el número de pacientes asignados y el tiempo dedicado a las actividades de cuidado directo. Tabla 13.

**Tabla 13. Tiempo dedicado al cuidado directo en relación con el número de pacientes asignados en 12 UCI de Medellín, 2007.**

Pacientes asignados por turno	Entre 5 y 20%		Entre 21 y 40%		Entre 41 y 60%		Entre 61 y 80%	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
	1 - 3	0	0	1	2,9	7	35	1
4 - 6	6	60	22	64,7	5	25	0	0
7 - 9	1	10	9	26,4	6	30	0	0
10 - 12	2	20	2	5,8	1	5	0	0
Más de 12	1	10	0	0	1	5	0	0
Total	10	100	34	100	20	100	1	100

*n: 65 Fuente: Encuestas aplicación PAE en UCI.*

### 3.4 MÉTODOS DE TRABAJO

Para indagar sobre la metodología desarrollada para el cuidado de los pacientes, se clasificaron algunas actividades de enfermería habituales en la

UCI según su carácter independiente (intervenciones directas), dependiente o interdependiente (intervenciones indirectas), y se le solicitó a los profesionales señalar la frecuencia de realización de las mismas; en este orden de ideas, los datos muestran, en relación con las actividades independientes, que el 100% de los profesionales valoran al paciente, el 98,5% tienen en cuenta estos hallazgos para la elaboración del plan de cuidados y el 93,8% planea las intervenciones al inicio de la jornada; en cuanto a las actividades dependientes, el 93,8% de los profesionales cumple las órdenes médicas como forma de brindar cuidado de enfermería y el 100% orienta sus acciones de cuidado con base en los protocolos de la Unidad de Cuidado Intensivo. En síntesis, los profesionales realizan la valoración y llevan a cabo la planeación y la intervención siguiendo otras metodologías. Tabla 14.

**Tabla 14. Frecuencia de realización de actividades para el cuidado por los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.**

Actividades	Nunca – a veces		Casi siempre - Siempre		No responde	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
<u>Independientes</u>						
Valora al paciente	0	0	65	100	0	0
Tiene en cuenta hallazgos	1	1,5	64	98,5	0	0
Plantea problemas de resolución autónoma	7	10,8	58	89,3	0	0
Planea intervenciones al inicio de la jornada	4	5,8	61	93,8	0	0
Se plantean acciones de cuidado en equipo	24	36,9	40	61,4	1	1,5
Discute con colegas sobre los pacientes	16	24,6	49	75,3	0	0
<u>Dependientes</u>						
Elabora plan de cuidados con base en Dx médico.	21	32,2	42	64,5	2	3,1
Cumple órdenes médicas para el cuidado de enfer.	3	4,6	61	93,8	1	1,5
<u>Interdependientes</u>						
Guía cuidado con base en protocolos de UCI	0	0	65	100	0	0
Ejecuta la rutina de trabajo en UCI	5	7,7	58	89,1	2	3,1
Sólo resuelve problemas que vayan surgiendo	47	72,2	13	19,6	5	7,6

**n: 65 Fuente: encuestas aplicación PAE en UCI.**

Sin embargo, cuando se cruza la variable valoración del paciente con las variables planeación del cuidado, se encuentra que del total de profesionales de enfermería que siempre valoran a los pacientes, el 83,1% planean las acciones al inicio de la jornada, la prueba de Chi<sup>2</sup> (p=0.899) indica que no hay asociación estadística entre valorar al paciente y planear. El 63% elaboran el plan de cuidados con base en el diagnóstico médico, la prueba de Chi<sup>2</sup> (p=0.023) indica que existe asociación estadística entre valorar al paciente y emplear el juicio médico para planear los cuidados. A su vez el 78,5% utiliza los hallazgos de la valoración para el plan de cuidados la prueba de Chi<sup>2</sup>

( $p < 0.001$ ) señala la asociación estadística entre valorar al paciente y emplear los datos en la planeación de los cuidados.

En cuanto a la ejecución de las acciones de cuidado, de los profesionales de enfermería que siempre valoran a los pacientes, el 84.6% siempre cumple órdenes médicas, la prueba de  $\chi^2$  ( $p = 0.335$ ), muestra que no hay asociación entre la valoración de los pacientes y el cumplimiento de órdenes médicas; a su vez, el 67.7% orienta las acciones con base en los protocolos existentes en las unidades, no se logró demostrar asociación estadística entre la valoración y el seguimiento de protocolos con la prueba de  $\chi^2$  ( $p = 0.287$ ).

Lo anterior da cuenta entonces de que la planeación realizada por los profesionales no se hace totalmente con base en la valoración de enfermería, sino que tiene en cuenta el diagnóstico médico, los protocolos de la Unidad y los problemas identificados por enfermería; podría pensarse en una práctica irreflexiva y profundamente influenciada por el modelo biomédico imperante en las instituciones de salud. En síntesis, no existe una única metodología para realizar la valoración, planeación y ejecución de las acciones de cuidado de los pacientes, y dadas las características del servicio de enfermería en la UCI los profesionales llevan a cabo múltiples acciones indirectas o dependientes y en menor proporción actividades independientes, esto como resultado del engranaje interdisciplinario que demanda el cuidado del paciente en estado crítico.

### **3.5 APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

La aplicación del PAE como metodología para el cuidado de los pacientes en la UCI se estimó a partir de la determinación de la frecuencia de ejecución de actividades propias de la valoración, la formulación de diagnósticos de enfermería, la planeación del cuidado, la realización de intervenciones y la evaluación. El criterio para definir que los encuestados aplicaban cada una de las fases o el proceso en su totalidad se construyó tomando como referencia la realización de al menos el 80% de las actividades que definían la variable en cuestión.

#### **Valoración**

En esta etapa, el 92,3% de los profesionales encuestados señalan que casi siempre o siempre hacen la exploración física de los pacientes, el 98.5% se apoyan en datos derivados de los reportes paraclínicos y el 98.5% interpretan los datos del monitoreo continuo; sin embargo, sólo el 53,9% siempre toma en cuenta a la familia como fuente de información durante esta etapa del proceso. Tabla 15.

**Tabla 15. Actividades de valoración de los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.**

ACTIVIDAD	Nunca – a veces		Casi siempre-siempre	
	No.	%	No.	%
Exploración física	5	7,7	60	92,3
Interpretación de reportes paraclínicos	1	1,5	64	98,5
Correlación de paraclínicos y situación de pacientes	0	0	65	100
Interpretación de datos de monitoreo	1	1,5	64	98,5
Correlación los datos con situación de pacientes	2	3	63	96,9
Revisión de registros clínicos anteriores	23	35,4	42	64,6
Indagación a la familia sobre antecedentes	30	46,2	35	53,9

***n: 65 Fuente: Encuestas aplicación PAE en UCI***

Las respuestas a la pregunta sobre la utilidad del PAE, indican el reconocimiento que los profesionales hacen sobre las fases y lo que cada fase les permite llevar a cabo en las actividades del cuidado, sin enfatizar en el asunto de la secuencialidad.

En cuanto a la valoración indican que les permite conocer las necesidades reales de los pacientes y que la priorización favorece el diseño de esquemas lógicos para la atención.

*“Ayuda a identificar y priorizar necesidades de acuerdo a la condición de salud del paciente, garantizando la satisfacción y cumplimiento de objetivos tendientes a mejorar su estado....” Encuesta 27.*

*“Es una herramienta que le da un orden al pensamiento lógico y crítico a las necesidades del paciente con base en el primer punto que es la valoración....” Encuesta 51.*

### **Valoración y otras etapas del Proceso de Atención de Enfermería**

El 61.5% de los profesionales de enfermería encuestados valora a los pacientes y formula diagnósticos de enfermería, en contraste, el 4.6% no realiza ni una ni otra actividad en el cuidado de los pacientes. La prueba de Chi<sup>2</sup> (p=0.025) muestra que hay asociación estadística entre valorar a los pacientes y plantear diagnósticos de enfermería. Tabla 16.

**Tabla 16. Realización de actividades de valoración en relación con diagnósticos de enfermería, planeación y evaluación del cuidado en 12 UCI de Medellín, 2007.**

Realiza valoración	Formulación diagnóstico enfermería					
	No		Si		No	
	No	%	No	%	No	%
No	3	4,6	0	0	3	4,6
Si	22	33,8	40	61,5	62	95,3
Total	25	38,4	40	61,5	65	100

*n: 65 Fuente: Encuestas aplicación PAE en UCI*

El 72.3% de los profesionales valora al paciente y planea las actividades (Prueba de  $\chi^2$  con  $p = 0.720$ ), el 84.6% valora y ejecuta las intervenciones para el cuidado ( $\chi^2$  con  $p = 0.256$ ), y el 58.5% que valora y también evalúa el proceso. (Prueba de  $\chi^2$  con  $p = 0.334$ ) La valoración sirve principalmente para realizar las acciones de cuidado y poco para planear o evaluar la efectividad de las intervenciones. Tabla 17.

**Tabla 17. Realización de actividades de valoración en relación con otras fases del Proceso de Enfermería en 12 UCI de Medellín, 2007.**

Etapas del PAE	Valoración del paciente				TOTAL	
	No		Si		No	%
	No.	%	No.	%		
<b>Diagnóstico</b>						
Si	0	0	40	61.5	40	61.5
No	3	4.6	22	33.8	25	38.5
<b>Planeación</b>						
Si	2	3.1	47	72.3	49	75.4
No	1	1.5	15	23.1	16	24.6
<b>Ejecución</b>						
Si	2	3.1	55	84.6	57	87.7
No	1	1.5	7	10.8	8	12.3
<b>Evaluación</b>						
Si	1	1.5	38	58.5	39	60
No	2	3.1	24	36.9	26	40

*n: 65 Fuente: Encuestas aplicación PAE en UCI*

**Formulación del diagnóstico de enfermería**

El 80% de los profesionales encuestados contesta que plantea los problemas de los pacientes, en contraste con el 72,3% dice que no determina los diagnósticos de enfermería. Tabla 18.

**Tabla 18. Actividades para la elaboración del diagnóstico de enfermería de los profesionales de 12 UCI de Medellín, 2007.**

ACTIVIDAD	Nunca – a veces		Casi siempre-siempre		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Plantea problemas de los pacientes	13	20	52	80	65	100
Determina diagnósticos de enfermería	47	72.3	18	27,7	65	100

*n: 65 Fuente: encuestas aplicación PAE en UCI.*

En las respuestas sobre la utilidad del Proceso en el desempeño cotidiano, los participantes hacen alusión a que la fase diagnóstica orienta el cuidado hacia los problemas reales del paciente; sin embargo, en muchas oportunidades no se pueden superar dificultades tales como la falta de tiempo y registros, el alto volumen de pacientes o la realización de otras actividades que impiden la formulación de diagnósticos de enfermería, tal como lo señalan dos de los participantes:

*“Los diagnósticos de enfermería son útiles porque contribuyen a la] valoración integral y a enfocar cada una de las acciones de cuidado hacia los reales problemas del paciente, para posteriormente ser evaluadas cada una de las acciones”. Encuesta 61.*

*“Por desgracia los diagnósticos enfermeros son poco utilizados en la vida laboral”. Encuesta 11.*

#### **Formulación del diagnóstico de enfermería y otras etapas**

Hay asociación estadística entre la formulación de diagnósticos de enfermería y la planeación de las acciones de cuidado (Prueba de  $\chi^2$   $p=0.023$ ), igual ocurre cuando se contrastan la formulación diagnóstica y la evaluación (Prueba de  $\chi^2$   $p<0.001$ ). Caso contrario ocurre cuando se contrastan la formulación de diagnósticos y la realización de intervenciones, la prueba de  $\chi^2$  ( $p=0.136$ ). Tabla 19.

**Tabla 19. Formulación de diagnósticos de enfermería en relación con otras etapas del Proceso de Enfermería en 12 UCI de Medellín, 2007.**

Etapas del PAE	Aplicación diagnósticos de enfermería				TOTAL	
	No		Si		No	%
	No.	%	No.	%		
<b>Planeación</b>						
<b>Si</b>	15	23.1	34	52.3	49	75.4
<b>No</b>	10	15.4	6	9.2	16	24.6
<b>Ejecución</b>						
<b>Si</b>	3	4.6	37	56.9	40	61.5
<b>No</b>	5	7.7	20	30.8	25	38.5
<b>Evaluación</b>						
<b>Si</b>	6	9.2	33	50.8	39	60
<b>No</b>	19	29.2	7	10.8	26	40

**n: 65 Fuente: Encuestas aplicación PAE en UCI**

### **Planeación**

Como componente de la planeación las principales actividades realizadas por los profesionales de enfermería son la disposición de los recursos (96.9%) y la determinación de prioridades en el cuidado (90.8%). En contraste con estos datos, una proporción importante no basa su planeación en la discusión de los objetivos terapéuticos con otros miembros del equipo de salud (32.3%).

Por otro lado, se observa que si bien un porcentaje importante de los profesionales dispone de los recursos materiales, humanos y tecnológicos para el cuidado el 3.1% no lo hace, generando algunos efectos de consideración sobre la calidad del cuidado. Tabla 20.

**Tabla 20. Actividades de planeación de los profesionales de 12 UCI de Medellín, 2007.**

ACTIVIDAD	Nunca – a veces		Casi siempre- siempre	
	No.	%	No.	%
Discusión de objetivos terapéuticos con el equipo	21	32,3	44	57,7
Coordinación del cuidado con otros profesionales	12	18,5	53	81,6
Determina prioridades de cuidado de los pacientes	5	7,7	59	90,8
Dispone de recursos para el cuidado	2	3,1	63	96,9

**n: 65 Fuente: encuestas aplicación PAE en UCI.**

Los participantes aluden a la utilidad del Proceso en términos de que la planeación es la priorización de las actividades del servicio y de las acciones de cuidado que se lleva a cabo como un ejercicio mental, no consignado por escrito; les permite además, la organización y optimización del tiempo, el establecimiento de metas para orientar las intervenciones y para facilitar la toma de decisiones.

*“Permite a la enfermera organizar su trabajo esquematizando prioridades y elaborando acciones concretas que ayuden a prestar un servicio técnico ajustado al paciente, satisfaciendo sus necesidades prioritarias y proporcionando un cuidado integral”. Encuesta 5.*

*“Creo que indirectamente el PAE se desarrolla durante las actividades [...] de atención al usuario, pero las múltiples funciones impiden que se escriba o sistematice para que el cuidado se haga contínuo: cada profesional establece sus prioridades en cada turno y así mismo las desarrolla....” Encuesta 59.*

“Ayuda a identificar y priorizar necesidades de acuerdo a la condición de salud del paciente, garantizando la satisfacción y cumplimiento de objetivos tendientes a mejorar su estado....” Encuesta 27.

“Fundamental, ayuda a tomar decisiones con criterios de nuestra profesión....Encuesta 40.

Cuando se contrastan las variables “coordinación con otros profesionales” y “discusión con el equipo de los objetivos terapéuticos” que hacen parte de la planeación, la prueba de Chi<sup>2</sup> indica que hay asociación estadística (p <0.001). Tabla 21.

**Tabla 21. Discusión de objetivos terapéuticos en relación con las coordinaciones con otros profesionales para el cuidado de los pacientes en 12 UCI de Medellín, 2007.**

Discusión de objetivos terapéuticos	Coordinación con otros profesionales para brindar cuidado integral					
	Nunca-a veces		Casi siempre - Siempre		Total	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
Nunca-a veces	9	13,8	12	18,4	21	32,2
Casi siempre-siempre	3	4,6	41	63,0	44	67,6
Total	12	18,4	23	81,4	65	100

*n: 65 Fuente: encuestas aplicación PAE en UCI.*

### **Planeación en relación con la evaluación del Proceso de Enfermería**

Al contrastar los datos de las fases de planeación y evaluación, el 52.3% de los profesionales planea y de igual forma evalúa el Proceso, estos datos contrastan con el 23.1% de profesionales que realizan la planeación pero no evalúan y con el 16.9% que no ejecutan ni una ni otra fase. La prueba de Chi<sup>2</sup> (p=0.007), indica asociación estadística entre la planeación y la evaluación del cuidado.

### **Intervención**

En cuanto a la frecuencia de realización de intervenciones, los datos revelan la tendencia que tienen los profesionales de enfermería a la ejecución de procedimientos complejos, el manejo de equipos de alta tecnología para el soporte terapéutico y las acciones de vigilancia epidemiológica. El 100% de los encuestados señala que realiza acciones para prevenir infecciones y efectuar procedimientos para la monitoría invasiva y no invasiva. En contraste, actividades como el acompañamiento al paciente y educación a la familia son realizadas por la mitad o menos de los profesionales. Tabla 22.

**Tabla 22. Actividades de intervención de los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.**

ACTIVIDADES CON EL PACIENTE	Nunca-a veces		Casi siempre- siempre		No responde	
	No.	%	No.	%	No.	%
Comodidad y seguridad	3	4,6	62	95,4	0	0
Cuidado de la piel.	5	7,7	60	92,3	0	0
Promover la movilidad física	15	23	50	76,9	0	0
Monitoria invasiva y no invasiva.	0	0	65	100	0	0
Terapéutica cardiovascular	0	0	65	100	0	0
Soporte mecánica cardiovascular	4	6,1	58	89,2	0	0
Terapia respiratoria	6	9,2	59	90,8	0	0
Soporte nutricional	9	13,8	56	86,2	0	0
Para la asistencia en la eliminación	9	13,8	54	83,1	2	3,1
Prevenir infecciones	0	0	65	100	0	0
Educativas a la familia del paciente	33	50,8	31	47,7	1	1,5
Acompañamiento psicológico al paciente	31	47,7	34	52,3	0	0
Acompañamiento psicológico a la familia	37	56,9	28	43,1	0	0

**n: 65 Fuente: encuestas aplicación PAE en UCI**

Para los participantes la fase de intervención permite la realización de actividades enfocadas hacia los problemas de salud y las necesidades interferidas a causa de las alteraciones físicas y emocionales de los pacientes y sus familias. Las respuestas proporcionadas se refieren a que las intervenciones favorecen la recuperación en términos de resolución de problemas y de cambios en la condición de salud, establecen una conexión estrecha entre las actividades realizadas y su efectividad, por cuanto, la recuperación es un indicador de eficacia de las intervenciones y de satisfacción para el paciente.

*“Apoyar al paciente y a su familia en el proceso de recuperación”. Encuesta 3.*

*“...ver la recuperación satisfactoria en todas las esferas, y devolverlo a la vida cotidiana totalmente recuperado”. Encuesta 19.*

*“Orientar acciones de enfermería en busca de mejorar el estado clínico y sicosocial del usuario y su familia”. Encuesta 26.*

*“Ayuda a identificar y priorizar necesidades de acuerdo a la condición de salud del paciente, garantizando la satisfacción y cumplimiento de objetivos tendientes a mejorar su estado.....” Encuesta 27.*

Otro argumento sobre la utilidad de la fase de intervención se apoya en la posibilidad que otorga de realizar planes de cuidado estandarizados que además de promover la recuperación, facilitan la continuidad del cuidado y la satisfacción de los pacientes.

*“Puede estandarizar el plan de cuidados.” Encuesta 2*

*“Pienso que sería de gran utilidad ya que tiene actividades estandarizadas y organizadas para cada uno de los problemas que puede presentar el paciente de acuerdo con su patología.....” Encuesta 62.*

De acuerdo a las respuestas de los participantes, con la aplicación del PAE se brindan cuidados humanizados e individualizados y que abarcan la integralidad de los pacientes como seres humanos; mejoran el cuidado en tanto llevan a cabo intervenciones que solucionan de manera efectiva las alteraciones físicas, emocionales o derivadas de la patología de base, de manera que brinden comodidad, confianza y seguridad.

*“Realizar un plan de atención individualizado a cada paciente para un cuidado adecuado y acertado en cada caso” Encuesta 31.*

*“Valoración integral del paciente y enfocar cada una de las acciones de cuidado hacia los reales problemas del paciente (diagnósticos de enfermería), para posteriormente ser evaluadas cada una de las acciones.....” Encuesta 61.*

*“Permite a la enfermera organizar su trabajo esquematizando prioridades y elaborando acciones concretas que ayuden a prestar un servicio técnico”. Encuesta 5.*

### **Evaluación**

Para la evaluación del Proceso de Atención de Enfermería, la principal actividad llevada a cabo por los profesionales es la estimación de la efectividad de las intervenciones, en contraste, una proporción significativa de encuestados (32,3%) no responde sobre el asunto de la evaluación de los objetivos terapéuticos. Tabla 23.

**Tabla 23. Actividades de evaluación de los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.**

ACTIVIDAD	Nunca-a veces		Casi siempre- siempre		No responde	
	No.	%	No.	%	No.	%
Evaluación del logro de los objetivos terapéuticos	20	30,7	43	66,1	21	32,3
Evaluación de la efectividad de las intervenciones de cuidado	17	26,1	48	73,9	0	0
Reformulación de objetivos para el cuidado	23	35,4	42	64,6	0	0

**n: 65 Fuente: encuestas aplicación PAE en UCI**

Para los profesionales encuestados, la evaluación, es asumida como una alternativa para visibilizar la gestión del cuidado de enfermería y su efecto en la salud y la recuperación de los pacientes; posibilita la estimación de la calidad del cuidado y de las intervenciones, en términos de eficiencia, eficacia y efectividad.

*“Un orden sistemático de coherencia a la evaluación de resultados esperados después de una acción”. Encuesta 12.*

*“Permite brindar al paciente los cuidados que requiere, priorizando acciones y evaluando resultados para así, darle una atención con calidad.” Encuesta 29.*

*“Pienso que una buena atención al paciente debe basarse en el PAE, ya que se parte de bases precisas para lograr eficacia en el cuidado del paciente....” Encuesta 44.*

*“Como método científico que permite evaluar la situación del paciente, definir sus problemas y planear unos cuidados que ayuden a mejorar o resolver esa situación y evaluar la respuesta, considero que es muy útil”. Encuesta 4.*

*“Permite medir la efectividad de las acciones de enfermería, (.....), permite medir resultados de las intervenciones”. Encuesta 52.*

*“Me parece muy útil porque por medio de él puedo medir resultados, objetivos logrados”. Encuesta 53.*

#### **Realización de las fases del PAE**

Para consolidar la información sobre cada una de las fases de valoración, determinación del diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución de intervenciones y evaluación, se construyó una variable que diera cuenta de la realización de cada una de las mismas, teniendo como criterio el cumplimiento de al menos el 80% de las actividades. Son mayores las proporciones de profesionales que realizan valoración e intervención y menores las de quienes formulan diagnósticos de enfermería y evalúan. Por cada profesional que valora a los pacientes 0,6 formula diagnósticos, 0,8 planea, 0,9 realiza intervenciones y 0,6 evalúa el Proceso Tabla 24.

**Tabla 24. Realización de las fases del PAE de los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.**

Fases del PAE	Si		No	
	Nro.	%	Nro.	%
Valoración	62	95,4	3	4,6
Diagnóstico de enfermería	40	61,5	25	38,5
Planeación	49	75,4	16	24,6
Intervención	57	87,7	8	12,3
Evaluación	39	60	26	40

*n: 65 Fuente: encuestas aplicación PAE en UCI.*

Del total de profesionales encuestados el 78,5% aplica el Proceso de Atención de Enfermería en sus labores de cuidado, si se tiene en cuenta como se indicó en la tabla anterior que realiza el 80% de las actividades descritas para cada fase. Tabla 25.

**Tabla 25. Aplicación del PAE por los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.**

Aplicación del PAE en UCI			
Si		No	
No.	%	No.	%
51	78.5	14	21.5

*n: 65 Fuente: Encuestas aplicación PAE en UCI.*

### **3.6 FACTORES DE LOS PROFESIONALES RELACIONADOS CON LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.**

Entre los profesionales que no aplican en Proceso, la proporción más alta se concentra en quienes tienen solamente formación de pregrado. En proporción similar los encuestados que señalaron aplicar la metodología también cuentan con este tipo de formación. Llama la atención que entre quienes aplican el Proceso, una proporción importante tienen grado de especialización o han hecho alguna formación complementaria –diplomados-; al aplicar la prueba de Chi<sup>2</sup> no hay asociación estadística entre la aplicación del PAE y el nivel de formación ( $p= 0.48$ ). Tabla 26.

**Tabla 26. Aplicación del PAE en relación con el nivel de formación de los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.**

Aplicación del PAE en el cuidado		Nivel de formación académico más alto alcanzado						Total
		Pregrado	%	Especialización	%	Otro nivel - diploma	%	
No	8	57.1	2	14.2	4	28.5	14	100
Si	26	51	15	29.4	10	19.6	51	100

*n: 65 Fuente: Encuestas aplicación PAE en UCI.*

En sus opiniones, los profesionales plantean que la aplicación del PAE tiene unos requerimientos en relación con los conocimientos y criterios necesarios para ejecutar las fases con suficientes y apropiadas bases teóricas que

promuevan el desarrollo de habilidades de tipo cognitivo, actitudinal y procedimental.

*“.....para mi es fundamental en mi práctica profesional, aunque no lo escriba, hago el ejercicio mental y aplico mis conocimientos y criterios según el PAE”. Encuesta 32.*

*“Pienso que una buena atención debe basarse en el PAE (.....), lo que en última instancia hace que nuestro ejercicio se realice con conocimiento, seguridad y nos permite enfocar a cada paciente como ser único según su estado, patología y entorno.” Encuesta 44.*

Otro tópico emergente en las opiniones expresadas por los participantes, indica que la aplicación del PAE tiene relación con la identidad profesional, le otorga validez a la práctica y le confiere estatus dentro del equipo de salud; además, la aplicación de la metodología diferencia la labor de enfermería de la de otros integrantes del equipo de salud, con lo cual le confiere autonomía para realizar algunas acciones y tomar decisiones.

*“Da mayor validez a la práctica profesional de enfermería puesto que guía las intervenciones realizadas a unas metas específicas....” Encuesta 11.*

*“Nos identifica como profesionales”. Encuesta 36.*

*“Es importante porque permite al enfermero realizar un trabajo de acuerdo a su perfil profesional, mostrando la verdadera efectividad de una buena valoración, y muestra la diferencia entre el trabajo médico y de enfermería y permite realizar un plan de cuidados ideal y coherente.” Encuesta 49.*

*“[El PAE] le da identidad a la enfermería, se puede apreciar la efectividad de sus acciones. Nos da autonomía para tomar decisiones.” Encuesta 53.*

*“Darle efectividad, calidad, posicionamiento, identidad y autonomía al proceso de enfermería. Además nos permite medir resultados.” Encuesta 54.*

*“Permite medir la efectividad de las acciones de enfermería. Nos da autonomía para tomar decisiones con respecto al manejo de los pacientes. Permite dirigir intervenciones para lograr metas. Nos da identidad.” Encuesta 56.*

Otro aspecto señalado por los participantes está ligado a que la aplicación del PAE promueve la superación profesional, cualifica la práctica de cuidado y enriquece el desempeño profesional.

*“.....Mejorar la calidad de mi servicio y superación de mis objetivos. Más que útil, necesaria!!”. Encuesta 25.*

*“Es la herramienta que permite al profesional de enfermería desarrollarlo su desempeño como tal.” Encuesta 43.*

*“Brindamos cuidados humanizados. Enriquece la profesión”. Encuesta 41.*

Algunos participantes expresan que una de las dificultades inherentes a los profesionales para la aplicación del PAE tiene su origen en que la metodología no sea asumida por el equipo de profesionales como política institucional para realizar el cuidado de los pacientes. Esta situación incide negativamente en quienes apenas inician su vida laboral.

*“(…) El gran problema es la no aplicación del PAE en las instituciones, así, cuando ingresa el nuevo profesional de enfermería, rápidamente o por comodidad (facilismo) deja de aplicarlo.” Encuesta 33.*

Otros participantes se refieren a algunas limitaciones cognitivas y procedimentales que hacen de la aplicación de la metodología algo difícil, extensa y que no se realizan porque demanda mucho tiempo y con lo que se sacrifican otras actividades del cuidado.

*“El PAE es una de las herramientas que el profesional de enfermería debería utilizar día a día, ya que es un recurso implícito y explícito que siempre está presente. Pero el hecho de renovarlo día a día de forma escrita y como es la “indicación” para ejecutarlo lo hace algo trabajoso.” Encuesta 24.*

*“Sería la forma más objetiva y de calidad para brindar el cuidado de enfermería; pero en la práctica llevarla a cabo al pie de la letra es casi imposible por muchos factores principalmente el tiempo.” Encuesta 13.*

*“Hay veces es demasiado largo y gasta mucho tiempo pero ayuda a prestar una atención integral sin dejar pasar nada.” Encuesta 45.*

*“Ayuda en la priorización del cuidado, pero se hace muy extenso y la realización de otras actividades hace que el cuidado se disperse.” Encuesta 1.*

Algunos profesionales reconocen la utilidad del PAE como estrategia útil en la formación profesional con el objeto de desarrollar las habilidades de pensamiento crítico y la ejecución de intervenciones con carácter científico, no obstante, no lo aplican en su desempeño profesional.

*“El PAE es muy útil, mientras uno está en la universidad aprendiendo cómo se debe trabajar y mientras cada profesional se está formando, pero particularmente considero que llega el momento en el que uno realiza todas sus funciones de manera adecuada y efectiva sin percatarse de que lo está aplicando, es algo del quehacer diario de enfermería que tenemos introyectado gracias a la academia, en mi caso no lo aplico.” Encuesta 37.*

### 3.7 FACTORES INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

El análisis de la aplicación del Proceso de Enfermería en relación con el tipo de institución señala que es mayor la proporción de profesionales que labora en las instituciones públicas y aplica esta metodología que en las instituciones privadas. La prueba de Chi<sup>2</sup> (p= 0.254) indica que no hay asociación estadísticamente significativa entre las variables aplicación del proceso y tipo de institución. Tabla 27.

**Tabla 27. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería según tipo de institución en 12 UCI de Medellín, 2007.**

Tipo de institución donde labora	Aplicación del PAE en el cuidado					
	No.	%	Si	%	Total	%
Pública	2	11,7	15	88,2	17	100
Privada	12	25	36	75	48	100
Total	14	21,5	51	78,4	65	100

*n: 65 Fuente: encuestas aplicación PAE en UCI.*

Al analizar la aplicación del Proceso de Enfermería en relación con la forma de contratación, la proporción de quienes no hacen uso de la metodología es mayor entre los profesionales contratados a término indefinido. De manera similar, la proporción de quienes aplican el Proceso tienen este tipo de contratación, llama la atención que quienes tienen vinculación por cooperativas indican aplicar la metodología; sin embargo, no se encontró asociación estadística entre la aplicación del Proceso de Enfermería y el tipo de contratación de los profesionales (Chi<sup>2</sup> p=0.431). Tabla 28.

**Tabla 28. Aplicación del PAE según la forma de contratación de los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.**

Forma de contratación	Aplicación del PAE en el cuidado			
	No		Si	
	No.	%	No.	%
Término indefinido	10	71.4	30	58.8
Término fijo	4	28.5	16	31.3
Cooperativas	0	0	5	9.8
Total	14	100	51	100

*n: 65 Fuente: encuestas aplicación PAE en UCI.*

Al 54.9% de los profesionales que aplican el Proceso de Enfermería, les asignan entre 4 y 6 pacientes; no se obtuvo asociación estadística entre el número de pacientes asignados y la aplicación del PAE como metodología para el cuidado (Chi<sup>2</sup> = 0.578). Tabla 29.

**Tabla 29. Aplicación del PAE en relación con el número de pacientes asignados a los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.**

Número de pacientes asignados por turno	Aplicación del PAE			
	No		Si	
	No.	%	No.	%
1 - 3	2	14.2	7	13.7
4 - 6	5	35.7	28	54.9
7 - 9	4	28.5	12	23.5
10- 12	2	14.2	3	5.8
Más de 12	1	7.1	1	7.1
Total	14	100	51	100

*n: 65 Fuente: encuestas aplicación PAE en UCI.*

### **Aplicación del PAE y tiempo dedicado al cuidado directo**

La Tabla 30 ilustra como entre los profesionales que si aplican el Proceso de Enfermería, la mayor proporción se observa entre quienes dedican entre 20% y 40% de su jornada a las acciones de cuidado directo. En contraste, el 35,7% de los profesionales que manifiesta no aplicar el Proceso dedican entre 40% y 60% del turno en este tipo de actividades. No se encontró asociación estadística entre el tiempo dedicado a acciones de cuidado directo y la aplicación del PAE ( $\chi^2 = 0.930$   $p>0.05$ ). Tabla 30.

**Tabla 30. Aplicación del PAE según el porcentaje de tiempo destinado a actividades de cuidado directo por los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.**

Actividades cuidado directo	Aplicación del PAE en el cuidado				Total	
	No		Si			
	No.	%	No.	%	No.	%
Entre 5 y 20%	2	14,2	8	15,6	10	15,4
Entre 21 y 40%	7	50	27	52,9	34	52,3
Entre 41 y 60%	5	35,7	15	29,4	20	30,1
Entre 61 y 80%	0	0	1	1,9	1	1,5
Total	14	100	51	100	65	100

*n: 65 Fuente: encuestas aplicación PAE en UCI.*

Algunas opiniones de los encuestados hacen referencia a la dificultad que supone la aplicación el PAE en relación con el tiempo que les demanda.

*“Sería la forma más objetiva y de calidad para brindar el cuidado de enfermería; pero en la práctica llevarla a cabo al pie de la letra es casi imposible por muchos factores principalmente el tiempo.” Encuesta 13.*

*“Hay veces es demasiado largo y gasta mucho tiempo pero ayuda a prestar una atención integral sin dejar pasar nada.” Encuesta 45.*

*“Ayuda en la priorización del cuidado, pero se hace muy extenso y la realización de otras actividades hace que el cuidado se disperse.” Encuesta 1.*

### **Aplicación del PAE y tiempo dedicado a la gestión del cuidado**

De los profesionales encuestados que si aplican el Proceso de Enfermería, el 86,2% dedica menos del 41% de su jornada laboral a la realización de actividades de gestión en contraste con el 92,7% de los profesionales que no aplican el Proceso y que también dedican hasta el 40% de su jornada laboral en este tipo de actividades; sin embargo, no se encontró asociación estadística entre el tiempo dedicado a las actividades de gestión del cuidado y la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería ( $\chi^2 = 0.504$  con  $p > 0.05$ ). Tabla 31.

**Tabla 31. Aplicación del PAE según el porcentaje de tiempo destinado a las actividades de gestión del cuidado por los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.**

Actividades gestión del cuidado	Aplicación del PAE en el cuidado				Total	
	No		Si		No.	%
	No.	%	No.	%		
Entre 5 y 20%	4	28,5	19	37,2	23	35,4
Entre 21 y 40%	9	64,2	25	49	34	52,3
Entre 41 y 60%	0	0	5	9,8	5	7,7
Entre 61 y 80%	1	7,1	1	1,9	2	3,1
Entre 81 y 100%	0	0	1	1,9	1	1,5
Total	14	100	51	100	65	100

*n: 65 Fuente: encuestas aplicación PAE en UCI.*

De los profesionales encuestados, 56 (86.1%) responden a la pregunta sobre la dedicación de tiempo a otras actividades (auditoria de historias clínicas y apoyo en la facturación, entre otras), de los cuales la mayoría les dedica entre 5 y 20% de su jornada laboral a estas actividades. La prueba de Chi<sup>2</sup> no mostró asociación estadística ( $p=0.598$ ). Tabla 32.

**Tabla 32. Aplicación del PAE según el porcentaje de tiempo destinado a otras actividades por los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.**

Dedicación otras actividades	Aplicación del PAE en el cuidado					
	No		Si		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Entre 5 y 20%	12	21,4	43	77	55	84,6
Entre 21 y 40%	0	0	1	1,5	1	1,5
No responden	9	13,8	0	0	9	13,8
Total	21	35,2	44	78,5	65	100

*n: 65 Fuente: encuestas aplicación PAE en UCI.*

### **Aplicación del PAE y existencia de registros**

En relación con la existencia de registros de enfermería, estructurados según la metodología del PAE, es decir, en los que se consignan los datos sobre valoración, diagnóstico de enfermería, intervenciones y evaluación, el 73,8% de los encuestados reportaron su disponibilidad tanto en medio físico, como magnético. Sólo se reportan en medio magnético en instituciones del sector privado, 27,7% de los encuestados señala que no existen registros de una u

otra índole, tanto en instituciones de carácter público como privado. La disponibilidad de registros es mayor en las instituciones privadas. Tabla 33.

**Tabla 33. Existencia de registros estructurados según el Proceso de Atención de Enfermería por tipo de institución, Medellín, 2007.**

Tipo de registros de enfermería	Tipo de institución donde laboran					
	Pública		Privada		Total	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
Medio físico	9	52,9	28	58,3	37	60
Medio magnético	0	0	9	18,8	9	13,8
No existen	8	47,1	10	20,8	18	27,7
No responden	0	0	1	2,1	1	1,5
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100</b>	<b>48</b>	<b>100</b>	<b>65</b>	<b>100</b>

*n: 65 Fuente: Encuestas aplicación PAE en UCI*

El análisis de la existencia de registros estructurados según el PAE y la aplicación de la metodología en el cuidado de los pacientes muestra que el 52,3% de los profesionales que lo aplican cuentan con registros estructurados en medio físico o magnético, es relevante el hecho de que un 24,6% de los encuestados manifieste que aplica el PAE a pesar de no contar con esta facilidad; en contraste con el 18,5% de profesionales que a pesar de contar con registros adecuados señala no aplicar el Proceso. No hay asociación estadística entre estas dos variables ( $\chi^2$  con  $p=0.533$ ). Tabla 34.

**Tabla 34. Aplicación del PAE en relación con la existencia de registros estructurados según la metodología en 12 UCI de Medellín, 2007.**

Tipo de registros	Aplicación del PAE							
	No		Si		Total			
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
Medio físico	10	15,4	27	41,5	37	56,9		
Medio magnético	2	3,1	7	10,8	9	13,8		
No existen	2	3,1	16	24,6	18	27,7		
No responde	0	0	1	1,5	1	1,5		
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>21,6</b>	<b>51</b>	<b>78,5</b>	<b>65</b>	<b>100</b>		

*n: 65 Fuente: encuestas aplicación PAE en UCI*

En cuanto a los requerimientos del orden institucional los participantes señalan que la aplicación de la metodología demanda una mayor cantidad de profesionales; de igual manera, supeditan la aplicación a la puesta en marcha de cambios en las instituciones de salud en relación con la delegación de actividades y la relación pacientes/profesionales. Hacen mención a que el Proceso de Enfermería debe adecuarse a la realidad institucional.

*“El PAE es una herramienta muy útil siempre y cuando la cantidad del personal profesional sea adecuada a la cantidad de actividades y necesidades de la institución (no, la reglamentaria no alcanza).” Encuesta 20.*

*“Es útil en un marco organizado y estratificado propio de enfermería porque imprime la integralidad del cuidado enfermero, sin embargo hay que trabajar más en ello adecuándolo a la situación colombiana.” Encuesta 47.*

*“Sería práctico si fuera menor el número de individuos a cuidar y si existieran registros que facilitaran el trabajo.” Encuesta 63.*

*“(...) Desafortunadamente por el volumen de pacientes y la sobrecarga laboral no se hace visible en el quehacer de la enfermera, no quedan registros que permitan sistematizar el cuidado.” Encuesta 64.*

### **3.8 ACTITUD FRENTE A LA UTILIDAD DEL PAE Y LAS TAXONOMÍAS EN EL CUIDADO DE LOS PACIENTES.**

Los encuestados calificaron mediante una escala de 1 a 5 su opinión. Para expresar total desacuerdo la puntuación era 1, en desacuerdo era 2, ni de acuerdo ni en desacuerdo se calificaba con 3, de acuerdo con 4 y totalmente de acuerdo se calificaba con 5; además se permitió la opción no sé, que carecía de puntuación. Para el cálculo total de la escala, se invirtieron las puntuaciones de los reactivos negativos. Posteriormente para identificar la tendencia de las actitudes y para facilitar el análisis se agruparon las categorías en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo y de acuerdo.

La medición de la actitud se realizó con la combinación de las opiniones frente a todos los reactivos medidos. Una proporción importante de profesionales (84,6%) está de acuerdo en considerar que el PAE es sistemático, en proporciones similares (86,1%) opinan que el diagnóstico de enfermería le otorga autonomía al ejercicio profesional y 87,6% resaltan la importancia de las taxonomías para brindar cuidado integral a los pacientes.

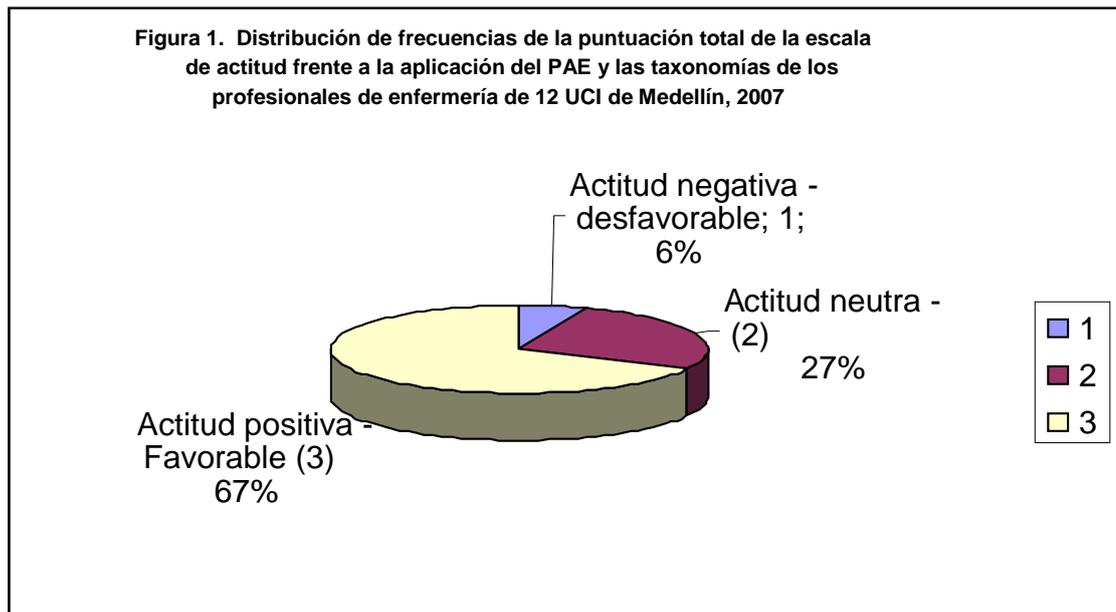
En contraste, algunos profesionales señalan su desacuerdo respecto a que la aplicación del Proceso demora la atención de los pacientes (49,1%), la importancia de la valoración como fase más importante (79,9%) y a que el esfuerzo personal no cambia la situación de la enfermería (55,2%). Las posturas neutrales fueron expresadas, en términos generales, por proporciones pequeñas de encuestados. Tabla 35.

**Tabla 35. Actitud frente al PAE y las taxonomías de los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.**

Reactivo	En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		de acuerdo		No sé	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
Actitud frente carácter sistemático PAE	2	3,1	6	9,2	55	84,6	2	3,1
Realización fases del PAE demora cuidado	32	49,1	3	4,6	28	27,6	2	3,1
Utilidad del PAE	2	3,1	6	9,2	48	73,7	9	13,8
Importancia fases del PAE	16	24,5	8	12,3	40	61,4	1	1,5
utilidad taxonomías en formación universitaria	18	27,6	7	10,7	32	49,1	8	12,3
Autonomía otorgada por diagnóstico enfermería	5	7,7	4	6,1	56	86,1	0	0
Importancia de la valoración	52	79,9	2	3,1	10	15,3	1	1,5
Taxonomías reflejan desarrollo investigativo	7	10,7	4	6,1	43	66	11	16,9
Esfuerzo personal no cambia la situación	36	55,2	7	10,7	19	29,2	3	4,6
Taxonomías para cuidado integral	2	3,1	6	9,2	57	87,6	0	0

***n: 65 Fuente: Encuestas aplicación PAE en UCI.***

Para el análisis de los totales de las puntuaciones hechas por los profesionales a los reactivos de la escala de actitudes se consideró que quienes manifestaron su desacuerdo se identificaron con una actitud desfavorable o negativa y quienes opinaron estar de acuerdo con una actitud favorable o positiva en relación con la aplicación y utilidad del PAE y las taxonomías en el cuidado. En este orden de ideas, el 67% de los profesionales de enfermería tiene una actitud positiva en contraste con el 27% que tiene una actitud neutra y el 6% que tiene una actitud negativa. Es pertinente indicar que el porcentaje de profesionales con actitud negativa o neutra puede reflejar la opinión de los profesionales o el poco entendimiento de los reactivos propuestos. Figura 1.



*n: 65 Fuente: encuestas aplicación PAE en UCI.*

Al analizar la actitud de los profesionales frente al PAE y las taxonomías en relación con el tipo de institución donde laboran, quienes están vinculados a las entidades privadas tiene una actitud favorable o positiva (66,6%), registro similar a los de las instituciones del sector público (64,6%). Llama la atención que tanto el 29,4% de los profesionales de las instituciones públicas como el 27,1% de las privadas tiene una actitud neutra, indiferente frente al Proceso de Enfermería o no entendieron los reactivos que conformaban la escala. Al aplicar la prueba de  $\chi^2$  no se encontró asociación estadística entre la naturaleza de la institución y la opinión que los profesionales pudieran tener respecto a la utilidad del Proceso de Enfermería y las taxonomías ( $p=0,975$ ). Tabla 36.

**Tabla 36. Actitud frente al PAE y las taxonomías en relación con el tipo de institución donde laboran los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.**

Puntaje total en escala de actitud	Tipo de institución				Total
	Pública		Privada		
	Nro.	%	Nro.	%	
Entre 0-20 (actitud desfavorable-negativa)	1	5,8	3	6,3	4
Entre 21-30 Neutra	5	29,4	13	27,1	18
Entre 31-50 actitud favorable -positiva.	11	64,6	32	66,6	43
Total	17	100	48	100	65

*n: 65 Fuente: encuestas aplicación PAE en UCI*

En cuanto a la actitud en relación con la aplicación del PAE, se encuentra que las proporciones de favorabilidad entre los profesionales que manifiestan tener

una actitud positiva y aplican la metodología en su desempeño cotidiano, es similar a la observada entre quienes indican tener una actitud favorable y no lo aplican. Al aplicar la prueba de Chi<sup>2</sup> no se encontró asociación estadística entre la actitud y la aplicación del Proceso de Enfermería en el cuidado de los pacientes ( $p=0.58$ ). Llama la atención que un 5.8% de los encuestados manifiesta tener una actitud desfavorable, no obstante, aplican el PAE. Tabla 37.

**Tabla 37. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en relación con la actitud de los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.**

Actitud frente al PAE y las taxonomías	Aplicación del PAE en el cuidado					
	No		Si		Total	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
Actitud desfavorable	0	0	3	5,8	3	4,6
Actitud neutra	5	35,7	14	27,4	19	29,2
Actitud favorable	9	64,2	34	66,6	43	66,2
Total	14	100	51	100	65	100

*n: 65 Fuente: encuestas aplicación PAE en UCI.*

La actitud de los profesionales hacia la aplicación y utilidad del PAE en su práctica diaria guarda relación con su carácter sistemático que involucra todas las fases, incorpora el pensamiento lógico y el método científico al ejercicio profesional en tanto es un proceso organizado e independiente que constituye la base y fundamentación del cuidado; aunque no se evidencia consenso en la definición del PAE como un método o una herramienta.

*“...por ser un método sistemático permite dar soluciones a situaciones que pueden afectar la salud física y mental de los pacientes”. Encuesta 16.*

*“...permite abordar los problemas del paciente en forma deliberada y sistemática, así las intervenciones de enfermería serán más eficaces y eficientes a partir de un plan de cuidados correctamente definido tanto desde el punto de vista administrativo como clínico”. Encuesta 10.*

Otro aspecto importante a tener en cuenta en relación con el carácter sistemático y científico del PAE, está determinado por la naturaleza lógica como resultado de un procedimiento mental que requiere de habilidades cognitivas, procedimentales y actitudinales que se logran con los procesos educativos y que fomentan el desarrollo del pensamiento crítico para discernir y tomar decisiones. En este sentido, algunos de los participantes manifiestan que el Proceso se hace de manera mental como un proceso inconsciente que requiere de habilidades y que no se consigna por escrito debido a circunstancias tales como las múltiples responsabilidades o la carencia de registros apropiados.

*“.....Para mí es fundamental en mi práctica profesional, aunque no lo escriba, hago el ejercicio mental y aplico mis conocimientos y criterios según el PAE”. Encuesta 32.*

*“...lástima que nuestro trabajo esté tan cargado de otras responsabilidades que se nos dificulta ejecutarlo bien como nos lo enseñan, quizás lo hagamos de una manera indirecta e inconsciente”. Encuesta 23.*

Mediante sus respuestas, los participantes destacan que esto facilita la humanización del cuidado en el sentido de que promueve la interacción con los pacientes y los hace sentir importantes en la medida que participan de su cuidado.

*“Interactuar con el paciente sobre su cuidado”. Encuesta 3.*

*“...hacerle sentir que éste es importante para el profesional de enfermería...” Encuesta 19.*

*“Brindamos cuidados humanizados...” Encuesta 41.*

Las dificultades expresadas por los participantes para la aplicación del PAE inciden sobre su actitud. Algunas de las limitaciones parten de los mismos profesionales, por cuanto le restan valor práctico, lo ven como un asunto meramente académico y útil en la formación profesional, pero que no se incorpora en el desempeño laboral a causa de las formas de organización del trabajo, la delegación de otras responsabilidades y la falta de tiempo.

*“El proceso de enfermería con todos sus pasos no es algo que realicemos en todas las instituciones, sin embargo en la medida en que lo interioricemos y lo hagamos parte de nuestra práctica diaria este proceso se desarrollará de manera inconsciente...” Encuesta 22.*

*“El PAE es una de las herramientas que el profesional de enfermería debería utilizar día a día, ya que es un recurso implícito y explícito que siempre está presente. Pero el hecho de renovarlo día a día de forma escrita y como es la “indicación” para ejecutarlo lo hace algo trabajoso.” Encuesta 24.*

*“(.....) cuando ingresa el nuevo profesional de enfermería, rápidamente o por comodidad (facilismo) deja de aplicarlo [El PAE].” Encuesta 33.*

*“Es importante y útil porque permite brindar un mejor cuidado a los pacientes, sin embargo aunque es sistemático no es práctico y además no es manejado dentro del grupo de enfermería.” Encuesta 6.*

*“El PAE es muy útil, mientras uno está en la universidad aprendiendo como se debe trabajar y mientras cada profesional se está formando, pero particularmente considero que llega el momento en el que uno realiza todas sus funciones de manera adecuada y efectiva sin percatarse que lo está aplicando, es algo del quehacer diario de enfermería que tenemos introyectado gracias a la academia, en mi caso no lo aplico.” Encuesta 37.*

Para develar las posibles causas que moldean la actitud de los profesionales encuestados en relación con la aplicación y utilidad del Proceso de Atención de Enfermería y las taxonomías en su práctica cotidiana, se realizó el cruce con algunas variables propias de los profesionales y otras de carácter institucional. Los resultados muestran que a quienes les asignan entre 4 y 6 pacientes, tienen una actitud favorable. Es preciso resaltar que la tendencia de actitud neutra está presente tanto entre los encuestados a quienes les asignan menos de 4 pacientes como a quienes les asignan entre 7 y 9 pacientes. Este dato bien podría reflejar la actitud de los encuestados o el poco entendimiento de la escala. La prueba de  $\chi^2$  ( $p= 0.686$ ) indica que no existe asociación estadística entre la actitud frente al Proceso y el número de pacientes asignados. Tabla 38.

**Tabla 38. Número de pacientes asignados en relación con la actitud de los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.**

Número pacientes asignados en turno	Actitud frente al PAE y las taxonomías							
	Desfavorable		actitud neutra		favorable		Total	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
Entre 1 y 3 pacientes	0	0	3	4,6	6	9,2	9	13,8
Entre 4 y 6 pacientes	2	3,1	7	10,7	24	36,9	33	50,7
Entre 7 y 9 pacientes	1	1,5	6	9,2	9	13,8	16	24,6
Entre 10 y 12 pacientes	0	0	3	4,6	2	3,1	5	7,7
Otro número pacientes	0	0	0	0	2	3,1	2	3,1
Total	3	4,6	19	29,2	43	66,1	65	100

*n: 65 Fuente: Encuestas aplicación PAE en UCI.*

Al referirse a algunas situaciones de la institución que incide sobre la aplicación del PAE y su actitud frente a la metodología, los profesionales participantes lo refieren como una limitación del orden institucional por el volumen de pacientes que les asignan o la carencia de métodos de registro.

*“Sería práctico si fuera menor el número de individuos a cuidar y si existieran registros que facilitaran el trabajo.” Encuesta 63.*

*“(.....) Desafortunadamente por el volumen de pacientes y la sobrecarga laboral no se hace visible en el quehacer de la enfermera, no quedan registros que permitan sistematizar el cuidado.” Encuesta 64.*

Se analizó la existencia de registros estructurados según la metodología del PAE como un factor institucional que pudiera afectar la actitud de los profesionales. Al cruzar dichas variables se encontró una mayor proporción entre los encuestados que tiene actitud favorable reportan la existencia de registros en medio físico (papel). Al aplicar el  $\chi^2$  no se encontró asociación estadística entre estas variables ( $p=0.622$ ). Tabla 39.

**Tabla 39. Existencia de registros estructurados según la metodología del PAE en relación con la actitud frente al PAE de los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.**

Existencia registros enfermería estructurados según PAE	Actitud frente al PAE y las taxonomías							
	Desfavorable		actitud neutra		favorable		Total	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
Registros medio físico	2	3,1	11	16,9	24	36,9	37	56,9
No existen	0	0	5	7,6	13	20	18	27,6
Registros medios físico y magnético	1	1,5	2	3,1	6	9,2	9	13,8
No responde	0	0	1	1,5	0	0	1	1,5
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>4,6</b>	<b>19</b>	<b>29,2</b>	<b>43</b>	<b>66,1</b>	<b>65</b>	<b>100</b>

*n= 65 Fuente: Encuestas aplicación PAE en UCI.*

Al analizar la distribución porcentual del tiempo dedicado a las actividades de cuidado directo en relación con la actitud frente al PAE y las taxonomías, llama la atención que de los profesionales con actitud neutra, el 47.3% dedica entre el 40 y 60% del tiempo de su jornada laboral a las actividades de cuidado directo. Por otra parte, de los encuestados que reportan una actitud favorable, el 62.7% ocupa entre el 21 y 40% de la jornada en cuidado directo a los pacientes. No hay asociación estadística entre estas variables. ( $\chi^2$ ,  $p=0.307$ ).  
Tabla 40.

**Tabla 40. Tiempo dedicado a las actividades de cuidado directo en relación con la actitud frente al PAE de los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.**

Distribución porcentual tiempo en actividades cuidado directo	Actitud frente al PAE y las taxonomías							
	Desfavorable		Neutra		Favorable		Total	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
5 al 20%	0	0	5	26.3	5	26.3	10	15,3
21 al 40%	3	100	4	21	27	62.7	34	51
41 al 60%	0	0	9	47.3	11	25.5	20	30
más del 61%	0	0	1	5.2	0	0	1	1,5
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>43</b>	<b>100</b>	<b>65</b>	<b>100</b>

*n: 65 Fuente: Encuestas aplicación PAE en UCI.*

Otro de los factores institucionales que podría incidir sobre la actitud de los profesionales de enfermería en relación con la aplicación del PAE y las taxonomías en el cuidado de los pacientes es el tiempo dedicado a las labores de gestión. En este sentido, de los encuestados que reportan una actitud favorable el 93% dedica entre 5 y 40% (entre 0.6 y 4,8 horas) de su jornada laboral a las labores propias de la gestión del cuidado. Es notable que los encuestados que dedican más del 60% de su tiempo de trabajo a la gestión se ubican entre los que tienen actitud neutra o favorable. La prueba de  $\chi^2$

(p=0.059) indica que no existe asociación estadística entre estas dos variables. Tabla 41.

**Tabla 41. Tiempo dedicado a las actividades de gestión de cuidado en relación con la actitud frente al PAE de los profesionales de 12 UCI de Medellín, 2007.**

Distribución porcentual tiempo gestión del cuidado	Actitud frente al PAE y las taxonomías							
	Desfavorable		Neutra		Favorable		Total	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
5 al 20%	0	0	7	36,8	16	37,2	23	35,3
21 al 40%	3	100	7	36,8	24	55,8	34	52,3
41 al 60%	0	0	3	15,7	2	4,6	5	7,7
60 al 80%	0	0	1	5,26	1	2,3	2	3,1
más del 80%	0	0	1	5,26	0	0	1	1,5
Total	3	100	19	100	43	100	65	100

*n: 65 Fuente: Encuestas aplicación PAE en UCI.*

Para ampliar el panorama en torno a los factores que inciden sobre la actitud respecto a la aplicación del Proceso de Enfermería y las taxonomías se quiso indagar sobre algunos factores inherentes a los profesionales, entre ellos el año de graduación y los años de experiencia en cuidado intensivo. En este orden de ideas, del total de profesionales encuestados que reporta actitud desfavorable respecto al PAE el 4,6% son graduados entre 1992 y 2006, en contraste con los que señalan tener una actitud favorable que son graduados en el mismo periodo de tiempo y que suman el 55.4% del total de encuestados. No hay asociación estadística entre la actitud y el año de graduación ( $\chi^2$  con  $p=0.998$ ). Tabla 42

**Tabla 42. Actitud frente al PAE y las taxonomías en relación con el año de graduación de los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.**

Año de graduación del pregrado	Actitud frente al PAE y las taxonomías							
	Desfavorable		Neutra		Favorable		Total	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
1977 - 1981	0	0	1	1,5	1	1,5	2	3,1
1982 - 1986	0	0	1	1,5	3	4,6	4	6,2
1987 - 1991	0	0	1	1,5	3	4,6	4	6,2
1992 - 1996	1	1,5	3	4,6	10	15,4	14	21,5
1997 - 2001	1	1,5	5	7,7	10	15,4	16	24,6
2002 -2006	1	1,5	8	12,3	16	24,6	25	38,5
Total	3	4,6	19	29,2	43	66,2	65	100

*n: 65 Fuente: encuestas aplicación PAE en UCI.*

El análisis de los años de experiencia en relación con la actitud de los profesionales, señala que los encuestados con una actitud desfavorable, el 66.6% tienen 4 años o menos de experiencia. De los profesionales que

indicaron una actitud neutra, el 31.5% tiene entre 3 meses y 1 año. La prueba de Chi<sup>2</sup> (p=0.540) indica que no hay asociación estadística. Tabla 43.

**Tabla 43. Actitud frente al PAE y las taxonomías en relación con el tiempo de experiencia de los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.**

Rango años experiencia en UCI	Actitud frente al PAE y las taxonomías							
	Actitud desfavorable		Actitud neutra		Actitud favorable		Total	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
3 meses - 1 año	1	33.3	6	31.5	9	20.9	16	24,6
1.1 años - 4 años	1	33.3	5	26.3	19	44.1	25	38,5
4.1 años - 8 años	0	0	4	21	9	20.9	13	20
8,1 años - 12 años	1	33.3	1	5.2	5	11.6	7	10,8
12,1 años - 16 años	0	0	2	10.5	1	2.3	3	4,6
más de 16 años	0	0	1	5.2	0	0	1	1,5
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>43</b>	<b>100</b>	<b>65</b>	<b>100</b>

*n: 65 Fuente: encuestas aplicación PAE en UCI.*

### 3.9 APTITUD CLÍNICA DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Se tomaron los totales de las pruebas de cada uno de los profesionales encuestados para el análisis. La calificación mínima obtenida fue de -1 y la máxima de 18 puntos con una media de 9 (Mediana: 10, Moda: 12, DE: 4.3).

Al analizar los puntajes obtenidos por los profesionales encuestados se encontró que el 58.4% tiene un nivel de aptitud clínica entre muy bajo y bajo. Tabla 44.

**Tabla 44. Distribución de frecuencias del nivel de aptitud clínica de los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.**

Aptitud clínica de los profesionales de enfermería		
	No.	%
Entre 5 y 7 Muy bajo	22	33,8
Entre 8 y 10 Bajo	16	24,6
Entre 11 y 13 Mediano	20	30,7
Entre 14 y 16 Bueno	6	9,2
Entre 17 y 20 Muy bueno	1	1,5
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100</b>

*n: 65 Fuente: encuestas aplicación PAE en UCI*

La sumatoria de los puntajes obtenidos en la totalidad de los casos por todos los profesionales encuestados fue de 588 puntos en relación con el total esperado de 1300 puntos. En los casos que se evaluó la habilidad para la valoración se obtuvieron en total 194/325 puntos, con calificaciones que oscilaban entre -41 y 61; en la fase de diagnóstico se obtuvo el puntaje más bajo (62 de 325) desde -38 hasta 65. El puntaje total más alto se consiguió en el tema de las intervenciones con 194/325 y variación entre 18 y 59 puntos. A su vez en la valoración se alcanzó un puntaje total de 167/325 variando desde 0 hasta 49 puntos. Llama la atención que en la calificación de los casos referentes al diagnóstico de enfermería, se obtuvo el mayor número de respuestas incorrectas por parte de los encuestados reflejadas en las puntuaciones negativas (-55 puntos en total). Esta situación pone de manifiesto la dificultad que representa para los encuestados la etapa de diagnóstico de enfermería y la poca familiaridad con la taxonomía NANDA II. Tabla 45.

**Tabla 45. Puntuación total de la prueba de aptitud clínica de los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.**

Componente de la prueba/ fase del PAE	Valor obtenido (suma de todos los puntajes)	Valor esperado
<b>Valoración</b>		
Puntajes entre : -41 y 61.	165	325
<b>Diagnóstico de enfermería – taxonomía NANDA II</b>		
Puntajes entre : -17 y 65.	62	325
<b>Intervenciones- taxonomía NIC</b>		
Puntajes entre: 18 y 59.	194	325
<b>Evaluación – taxonomía NOC</b>		
Puntajes entre: 0 y 49.	167	325
<b>Total</b>	<b>588</b>	<b>1300</b>

*n: 65 Fuente: encuestas aplicación PAE en UCI*

El análisis del nivel de aptitud clínica en relación con el nivel de formación señala que del total de profesionales que tiene pregrado en enfermería sólo el 8.8% posee un nivel bueno de aptitud clínica (puntaje entre 14 y 16), la mayoría de ellos (91%) tiene nivel entre muy bajo y mediano. Entre los encuestados que tienen especialización es particular observar que el 35.2% registra un nivel muy bajo, en contraste con el 23.3% cuyo puntaje le permitió ubicarse entre bueno y muy bueno. De los encuestados que indican tener diplomados, el 71.4% tiene un nivel de aptitud clínica entre muy bajo y bajo. La prueba de Chi cuadrado tiene un valor de  $p=0.530$  indicando que no hay asociación estadística entre el nivel de formación y la aptitud clínica. Tabla 46.

**Tabla 46. Nivel de aptitud clínica en relación con el nivel de formación de los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.**

Nivel de aptitud clínica	Pregrado		Especialización		Otro nivel diplomado		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Muy bajo (5 a 7)	11	32,3	6	35,2	5	35,7	22	33,8
Bajo (8 a 10)	8	23,5	3	17,6	5	35,7	16	24,6
Mediano (11 a 13)	12	35,2	4	23,5	4	28,5	20	30,7
Bueno (14 a 16)	3	8,8	3	17,6	0	0	6	9,2
Muy bueno (17 y 20)	0	0	1	5,8	0	0	1	1,5
Total	34	100	17	100	14	100	65	100

*n: 65 Fuente: encuestas aplicación PAE en UCI.*

El análisis de la actitud frente al Proceso de Enfermería en relación con el nivel de aptitud clínica muestra como el 24,6% de los profesionales que demuestran una actitud favorable hacia la metodología y las taxonomías tienen un nivel de aptitud clínica entre bajo y muy bajo, en contraste con el 1.5% de encuestados que señala tener una actitud desfavorable frente al PAE sin embargo poseen un nivel de aptitud clínica bueno, al aplicar la prueba  $\chi^2$ , no se encontró asociación estadística entre la actitud frente al Proceso de Enfermería y el nivel de aptitud clínica ( $p=0.835$ ). Tabla 47.

**Tabla 47. Actitud frente a la aplicación del PAE y las taxonomías en relación con el nivel de aptitud clínica de los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.**

Calificación aptitud clínica	Actitud frente al PAE y las taxonomías									
	Desfavorable		Actitud neutra		Favorable		Total			
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
Muy bajo	0	0	4	6,2	8	12,3	12	18,5		
Bajo	2	3,1	3	4,6	8	12,3	13	20		
Mediano	0	0	8	12,3	19	29,2	27	41,5		
Bueno	1	1,5	4	6,2	7	10,8	12	18,5		
Muy bueno	0	0	0	0	1	1,5	1	1,5		
Total	3	4,6	19	29,2	43	66,2	65	100		

*n: 65 Fuente: encuestas aplicación PAE en UCI.*

Al revisar el nivel de aptitud clínica en relación con la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, el 45,1% de los profesionales que si aplican el Proceso tienen un nivel de aptitud clínica mediano, sólo el 17,5% de los encuestados que aplican la metodología tiene un nivel entre bueno y muy bueno. No se encontró asociación estadística entre el nivel de aptitud clínica y la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en el cuidado de los pacientes ( $p=0.720$ ). Los datos que se presentan no son coherentes en virtud de que quienes tienen un nivel de aptitud bueno no aplican el PAE, esta contradicción podría indicar deficiencia en la confiabilidad del instrumento empleado para la valoración de la aptitud clínica. Tabla 48.

**Tabla 48. Nivel de aptitud clínica y aplicación del Proceso de Atención de Enfermería por los profesionales de 12 UCI de Medellín, 2007.**

Calificación de aptitud clínica	Aplicación del PAE en el cuidado					
	No		Si		Total	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
Muy bajo	3	21,4	9	17,6	12	18,5
Bajo	3	21,46	10	19,6	13	20
Mediano	4	28,5	23	45,1	27	41,5
Bueno	4	28,5	8	15,6	12	18,5
Muy bueno	0	0	1	1,9	1	1,5
Total	14	100	51	100	65	100

*n: 65 Fuente: encuestas aplicación PAE en UCI*

Al analizar el nivel de aptitud clínica y los grupos de edad, se encuentra que el 53.3% de los encuestados entre 24 y 29 años obtuvo un nivel de aptitud clínica mediano, en este mismo grupo de edad se ubica el único profesional con nivel de aptitud clínica muy bueno. En el grupo de profesionales entre 30 y 34 años el 31.5% alcanzó un nivel bueno de aptitud clínica en contraste con el 21% que obtuvo un nivel bajo. A su vez, en el grupo de encuestados con 45 y más años la totalidad se ubica en un nivel de aptitud clínica entre muy bajo y mediano. No hay asociación estadística entre estas variables ( $\text{Chi}^2$  con  $p=0.458$ ). Tabla 49.

**Tabla 49. Nivel de aptitud clínica en relación con la edad de los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.**

Calificación nivel aptitud clínica	Grupos de edad											
	24 - 29 años		30 - 34 años		35 - 39 años		40 - 44 años		45 y más		Total	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
Muy bajo	4	13.3	4	21	0	0	2	40	2	25	12	18,5
Bajo	6	20	5	26.3	1	33.3	0	0	1	12.5	13	20
Mediano	16	53.3	4	21	1	33.3	1	20	5	62.5	27	41,5
Bueno	3	10	6	31.5	1	33.3	2	40	0	0	12	18,5
Muy bueno	1	3.3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,5
Total	30	100	19	100	3	100	5	100	8	100	65	100

*n: 65 fuente: encuestas aplicación PAE en UCI*

Al cruzar el nivel de aptitud clínica con los años de experiencia en unidades de cuidado intensivo, entre los profesionales con muy bajo nivel, el 41.6% tienen

entre 1 y 4 años de experiencia. En el grupo de encuestados con nivel bajo el 61.5% tienen entre 1 y 4 años de experiencia, en este mismo grupo el 30.6% tienen una experiencia superior a 8 años. Por su parte, el 41.6% de los profesionales con nivel bueno de aptitud se ubica en el rango de 4 a 8 años de experiencia. El único profesional con nivel de aptitud clínica muy bueno cuenta tiene una experiencia entre 1 y 4 años. La prueba de Chi<sup>2</sup> (p=0.307), indica que no hay asociación estadística entre estos dos factores. Tabla 50.

**Tabla 50. Nivel de aptitud clínica en y los años de experiencia en cuidado intensivo de los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.**

Años de experiencia en UCI	Calificación nivel de aptitud clínica											
	Muy bajo		Bajo		Mediano		Bueno		Muy bueno		Total	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
< 1 año	3	25,0	2	15,3	10	37	1	8,3	0	0	16	24,6
Entre 1,1 - 4	5	41,6	8	61,5	9	33,3	2	16,6	1	100	25	38,5
Entre 4,1 - 8	2	16,6	1	7,6	5	18,5	5	41,6	0	0	13	20
Entre 8,1 - 12	1	8,3	2	15,3	1	3,7	3	25	0	0	7	10,8
Entre 12,1 - 16	0	0	2	15,3	1	3,7	0	0	0	0	3	4,6
> de 16	1	8,3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,5
Total	12	100	13	100	27	100	12	100	1	100	65	100

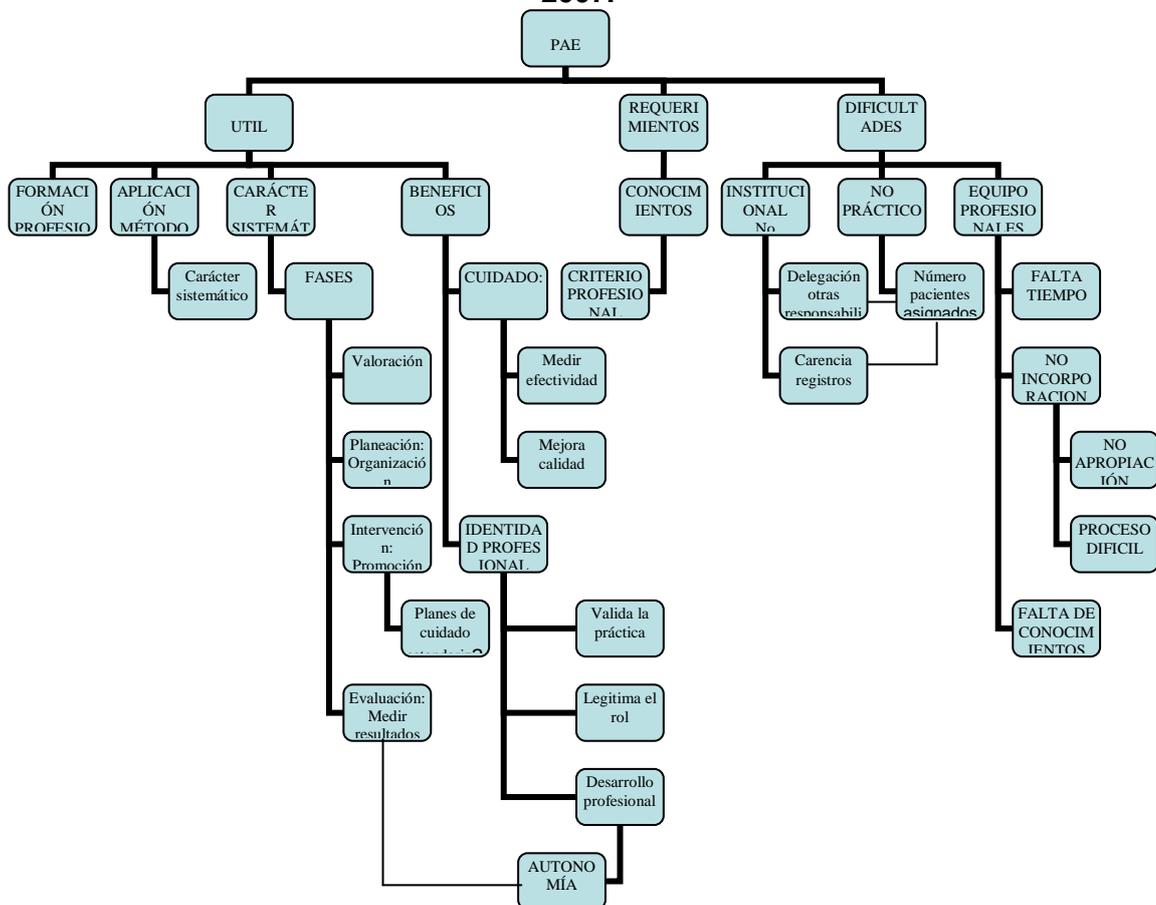
*n: 65 fuente: encuestas aplicación PAE en UCI*

### **3.10 UTILIDAD DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA: opinan los profesionales.**

En las opiniones expresadas por los profesionales en torno a la utilidad del PAE en su desempeño cotidiano, se identificaron las categorías: utilidad, requerimientos y dificultades.

El siguiente mapa enlaza las categorías emergentes en las respuestas de los participantes. Los testimonios y su interpretación han sido descritos en la presentación de los resultados con el objeto de facilitar su análisis y discusión. Figura 2.

**Figura 2. Mapa categorial de las opiniones sobre la utilidad del PAE en la práctica cotidiana de los profesionales de enfermería de 12 UCI de Medellín, 2007.**



De manera general, los participantes consideran que el PAE es útil principalmente durante la formación profesional, en razón de su carácter sistemático que favorece la aplicación del método científico al cuidado de enfermería. Las fases que componen el Proceso, les permiten tener un acercamiento a las condiciones y realidades de los pacientes, planear y organizar el trabajo como estrategias para optimizar el tiempo, llevar a cabo intervenciones de todo tipo para la recuperación de los pacientes y medir la calidad del cuidado. La aplicación de la metodología trae consigo varios beneficios, entre ellos: la interacción con los pacientes, la humanización de la práctica y la identidad profesional.

Los profesionales encuestados señalan que la aplicación del PAE requiere principalmente de conocimientos para desarrollar el pensamiento crítico y el criterio profesional. Reconocen que para su aplicación existen una serie de dificultades, entre ellas las de tipo institucional (delegación de otras responsabilidades), la falta de apropiación por el grupo de profesionales (proceso difícil de ejecutar, falta de conocimientos), y la consideración del carácter poco práctico para el cuidado de enfermería en el contexto actual de prestación de servicios de salud.

#### **4. DISCUSIÓN**

El objeto del presente estudio era describir los factores relacionados con la aplicación del PAE en el cuidado a los pacientes en las UCI de Medellín. Los hallazgos señalan la existencia de factores inherentes a las instituciones y a los profesionales que se relacionan con su actitud y aptitud y por lo tanto con su utilización como metodología para el cuidado de los pacientes.

##### **Factores de los profesionales relacionados con la aplicación del PAE**

Los hallazgos muestran que estos profesionales son predominantemente del sexo femenino (83%) y jóvenes (el 75% tiene menos de 35 años), por su parte Zambrano (59) encontró un promedio de edad similar al de los profesionales de este estudio (34 años); a su vez, Orozco y colaboradores (16), reportaron en 1997 datos parecidos, sin embargo, en dicho estudio la proporción de población femenina fue mayor (97%) y las edades mínima y máxima fueron menores (19 y 50 años, respectivamente). La diferencia respecto a la distribución por sexos entre los resultados de esta investigación y los datos de Orozco, puede deberse al aumento del número de hombres que egresan de los programas de enfermería, pero la desproporción numérica que se mantiene puede explicarse por el antecedente histórico de la influencia femenina en el desarrollo de la enfermería en el mundo. En el caso concreto del país, la incursión masculina en la formación universitaria se registró en la Universidad Nacional (60) en el año 1966; en la Universidad de Antioquia (61), se encuentran registros de ingreso de hombres en el año 1974, época caracterizada por cambios sociales y tensiones en el acontecer nacional y local.

La presencia de un mayor número de profesionales de sexo masculino en las UCI puede explicarse porque las condiciones críticas de salud de los pacientes, los hacen más dependientes del cuidado de enfermería y ante la escasez de ayudas mecánicas, se recurre a la fuerza corporal masculina como estrategia para las movilizaciones y traslados.

Si bien se espera que el cuidado de enfermería en las UCI sea proporcionado por personal capacitado y experimentado, ante su escasez se recurre a la contratación de profesionales recién egresados, en su mayoría jóvenes. Por otro lado, las políticas de algunas instituciones promueven la vinculación de profesionales con poca experiencia cuando se abren servicios con el propósito de capacitarlos y orientar su desempeño laboral hacia el cumplimiento de sus metas y objetivos. En relación con el tiempo de experiencia en la UCI, el promedio en los encuestados fue de 4.4 años y su experiencia profesional en todas las áreas en promedio de 9.3 años (mínimo 1 y máximo 30 años de egresados del programa de enfermería), con poco o ningún entrenamiento en cuidado intensivo. Un hallazgo similar reportó Zambrano (59) con una experiencia entre 1 y 5 años entre sus encuestados.

Dadas las características de los pacientes y la utilización de equipos de alta tecnología, el profesional de enfermería de UCI debe poseer unas competencias cognitivas y procedimentales específicas que le permitan tomar decisiones para resolver e intervenir asuntos críticos del cuidado. Sin embargo, más allá del tiempo, de acuerdo con el planteamiento de Benner (37), al citar a Heidegger y a Gadamer, la experiencia se adquiere cuando las ideas preconcebidas y las expectativas son contradichas o matizadas por una contingencia real. Esta tesis se fundamenta en que para la toma de decisiones humanas de carácter complejo, como ocurre en el cuidado de enfermería al paciente en estado crítico, la pericia profesional facilita la interpretación de situaciones clínicas, el desempeño de la función asistencial y el desarrollo del conocimiento.

Por otro lado, respecto a la experiencia, Benner (37) aplica el modelo Dreyfus de adquisición de habilidades o de capacitación profesional para clasificar a los profesionales de enfermería en cinco categorías: principiante, principiante avanzado, competente, aventajado y experto. Los profesionales de enfermería participantes en este estudio se encuentran principalmente entre las categorías de principiante y principiante avanzado. Los principiantes, tienen como características la carencia de experiencia en lo que habrán de desempeñarse, se le proporcionan reglas o pautas no supeditadas a situaciones concretas y su postura ante las normas es limitada e inflexible; a su vez, los principiantes avanzados han logrado un desempeño aceptable a partir de la experiencia recogida bajo la supervisión de un tutor.

Una mínima proporción de profesionales encuestados (10.7%) provenían de ciudades del interior del país, lo que podría explicarse por semejanzas en las características socioculturales, la cercanía geográfica y las posibilidades de cualificar la práctica profesional mediante el acceso a programas de educación continua o postgrado existentes en la ciudad de Medellín. Céspedes y colaboradoras (15), en 1991 encontraron que el 2.7% de las encuestadas provenían de otras universidades del país; las diferencias entre ambos estudios pueden explicarse por la expansión de camas en UCI en respuesta a los cambios en los perfiles epidemiológico y demográfico, el fenómeno migratorio de los profesionales de enfermería, y la transformación que ha tenido la ciudad en los últimos años convirtiéndola en icono de desarrollo académico y científico y destino atractivo para los interesados en el crecimiento profesional tanto en la región como en el país.

El 52,3% de los encuestados tiene formación de pregrado, no obstante, los datos indican la tendencia a la cualificación profesional (estudios de especialización en cuidado crítico o cuidado intensivo y diplomados), como alternativa que les permite adquirir las competencias cognitivas y procedimentales para su desempeño laboral y responder a las demandas del cuidado al paciente en estado crítico.

En Colombia, el Decreto 2309 de 2002 definió el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de

Seguridad Social en Salud (62), reglamentado por las Resoluciones 1445 (63) y 1043(64) de 2006 y sus Anexos Técnicos. Este sistema incluye los estándares del proceso de atención al cliente asistencial y las condiciones que deben cumplir las instituciones para habilitar sus servicios, al igual que las competencias técnicas del personal y la certificación requerida. En las unidades de alta complejidad, el recurso humano debe tener entrenamiento específico, debidamente certificado; uno de los hallazgos en el presente estudio señala que la mayor proporción de profesionales que aplican el PAE tiene estudios de postgrado o diplomados, situación que podría favorecer la utilización de la metodología en la provisión de cuidados y por ende contribuiría a que en las instituciones se cumpla el requisito de tener el equipo de enfermería con la respectiva certificación. No obstante, hay que tener en cuenta para éste análisis que una proporción significativa de profesionales sin estudios de postgrado, también manifiesta aplicar la metodología, a pesar de las limitaciones en el conocimiento o las impuestas por las instituciones mismas.

A este respecto, es importante considerar que la base de conocimientos que fundamentan la práctica profesional de enfermería es amplia, como resultado de los cambios en la conceptualización sobre el ser humano y sus fenómenos biológicos, emocionales y la influencia del contexto sobre él. En este proceso de consolidación conceptual los modelos socioeconómicos, las corrientes educativas e investigativas y los modelos y teorías, principalmente de las escuelas norteamericana y francesa, han jugado un papel preponderante en la delimitación disciplinar que orienta los procesos de formación profesional en el intento por desarrollar las competencias cognitivas, procedimentales y actitudinales necesarias para el desempeño. Visto de otro modo los cambios en el macro y microcontexto obligan a repensar la disciplina de enfermería en un mundo globalizado en el que los procesos formativos estén enfocados al desarrollo de los patrones de conocimiento disciplinar con pertinencia social y académica.

El 73.8% de los encuestados está vinculado a entidades del sector privado. En Medellín, de las 17 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de 3º y 4º nivel que cuentan con este tipo de servicio sólo 2 son entidades del sector público y tienen el 15% de los profesionales. Estos hallazgos son opuestos a los reportados por Orozco y colaboradores (16), en su estudio de Bucaramanga, (1997) en el que el 52.3% de los encuestados laboraba o realizaba su práctica en instituciones oficiales en contraste con el 37% vinculado al sector privado; esta diferencia podría deberse a que en dicha ciudad no hay un número elevado de instituciones privadas ni de IPS de alta complejidad. La reforma sanitaria propició la participación creciente del sector privado en la prestación de servicios de salud y la libre competencia con el objeto de ampliar las coberturas y mejorar la calidad (65); esto ha inducido a un aumento importante en el número de UCI's en la ciudad durante los últimos años; situación confirmada también por Zambrano (59) en su estudio realizado en Cúcuta.

En este estudio la mayor proporción de profesionales encuestados están vinculados en instituciones del sector privado, son predominantemente menores de 35 años, con experiencia en UCI menor a 4.5 años y con contratos a término indefinido. Entre los profesionales de las instituciones públicas fue mayor la proporción de quienes aplicaban el PAE, y sólo algunos de este tipo de instituciones indicaron tener vinculación mediante cooperativas de trabajo asociado. Caso parecido encontró Zambrano (59), quien reportó predominio de personas con contrato a término indefinido y una proporción importante de vinculados por cooperativas, como fenómeno emergente en los asuntos del recurso humano en enfermería. A pesar de que las cooperativas se establecieron como “empresas asociativas sin ánimo de lucro, que vinculan el trabajo personal de sus asociados y sus aportes económicos para la producción de bienes, ejecución de obras o la prestación de servicios en forma autoaccionaria” (66), la realidad ha mostrado que se han utilizado como intermediarios de contratación temporal que han servido a las instituciones en el suministro de personal a bajo costo.

En este marco de prestación de servicios de salud, la complejidad de los procesos inmersos en el SGSSS ha facilitado la evasión y elusión de los recursos, de forma que no llegan al destinatario final; este asunto incide desfavorablemente sobre la demanda, motivación y remuneración del recurso humano en salud, por cuanto se controla el uso de procedimientos diagnósticos, terapéuticos y la utilización de tecnologías duras y blandas en el cuidado de los pacientes (67). Visto como estrategia o tecnología blanda para el cuidado de los pacientes, la aplicación del PAE y las taxonomías es limitada para los profesionales de enfermería vinculados mediante las cooperativas de trabajo asociado.

Las cooperativas de trabajo asociado se reglamentaron en Colombia a finales de la década de 1980. En ellas, los asociados aportan su trabajo y sus capacidades para llevar a cabo labores materiales o intelectuales y prestar servicios personales de acuerdo con las aptitudes y capacidades requeridas para el mismo. La regulación en cuanto al régimen de previsión, seguridad social y compensaciones se establece con arreglo a lo estipulado por la instancia administrativa de la cooperativa y se consigna en los estatutos. Las cooperativas generan trabajo y no empleo, en razón de que las relaciones de trabajo se rigen por las disposiciones laborales vigentes y además están sujetas a las disposiciones de la economía solidaria, por lo tanto, en ellas no se hace referencia al salario sino a la compensación. No obstante, en algunos casos las cooperativas han ejercido un papel de intermediación laboral que ha significado para los terceros contratistas ahorros de hasta 15% de lo que se pagaba en empresas temporales, representadas en obligaciones parafiscales y gastos de administración de nómina (68).

Guevara y Mendias (69), reportaron el incremento en los contratos flexibles de trabajo reflejado en la inestabilidad laboral o contratación temporal; en el caso colombiano encontraron que el fraccionamiento de los servicios ha disminuido la continuidad en el cuidado, incrementado la exigencia en el diligenciamiento

de papelería; además de las pobres condiciones de trabajo, los bajos salarios y la insatisfacción laboral; Zambrano (59) hace también referencia a la forma de contratación por cooperativas como causante de insatisfacción laboral. Al afectar la continuidad del cuidado podría afectarse la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en su totalidad y los profesionales se limitarían a ejecutar intervenciones derivadas del diagnóstico médico y orientadas por los protocolos de los servicios, sin ofrecer un cuidado individualizado específico o independiente de enfermería.

En las instituciones privadas donde trabajan los profesionales de este estudio, el número de pacientes asignados varía entre 1 y más de 12; en tanto que en las públicas hay mayor homogeneidad (de 4 a 6 pacientes). Las enfermeras opinan que el mayor número de pacientes que deben cuidar les impide aplicar la metodología y por esta razón no la encuentran práctica para el desempeño de sus funciones.

Al igual que el tipo de vinculación, la cantidad de pacientes asignados puede influir negativamente sobre la calidad del cuidado, puesto que si el número es alto, los profesionales deben simplificar sus tareas y limitarse a la ejecución de intervenciones aisladas enfocadas a las alteraciones fisiológicas o necesidades básicas interferidas, dejando de lado los asuntos psicológicos o sociales, debido a que buscan optimizar el tiempo y los recursos, de acuerdo con las exigencias del sector salud. Los estudios de Céspedes (15), Orozco (16), Pérez-Rodríguez (34) y Zambrano (59), han coincidido en señalar, al igual que en el presente, que la sobrecarga laboral en términos del elevado número de pacientes es una de las dificultades experimentadas por los profesionales para aplicar el PAE en el cuidado de los pacientes.

En Colombia la asignación de los pacientes en la UCI se hace con base en la relación enfermera-cama y no en la complejidad de los pacientes; igual caso se registra en México (70). Se encuentra una relación de 1:2 o 1:3 principalmente en el sector privado. No obstante, algunos trabajos han demostrado la utilidad del empleo de escalas de valoración clínica, como el Therapeutic Intervention Score System -TISS 28- para la asignación de los pacientes en enfermería (70).

En este estudio los profesionales manifestaron realizar en promedio 8 turnos nocturnos por mes, factor que podría incidir desfavorablemente sobre la aplicación del PAE y las taxonomías por cuanto es un indicador de sobrecarga e insatisfacción laboral. Al respecto Zambrano (59), señala esta situación como causante de estrés por las alteraciones biológicas constantes y el marcado esfuerzo adaptativo que causan alteraciones biológicas, psicológicas y sociales que inciden sobre su desempeño.

Los resultados señalan que los profesionales emplean entre el 21 y 40% de su jornada de trabajo principalmente en actividades de cuidado directo, le siguen la gestión del cuidado y una quinta parte del tiempo es utilizado para actividades educativas, de apoyo logístico, auditoría y facturación. Es en las

instituciones del sector privado es donde se concentra una gran proporción de profesionales que dedica entre el 20 y 60% de su jornada al cuidado directo. En la gestión del cuidado la proporción de encuestados que dedica entre el 21 y 40% de su jornada a esta actividad es similar en ambos tipos de instituciones. Adicionalmente algunas de las opiniones describen que les delegan responsabilidades adicionales a las del cuidado de los pacientes, como son las de apoyo logístico, auditoría y facturación; lo que coincide con lo planteado por otros autores (15) (16).

Al respecto, ya en 1991, Céspedes (15) había reportado como dificultad para la aplicación del PAE, la realización de funciones administrativas, la falta de continuidad en los turnos y las funciones no inherentes a su profesión; situación que no ha variado mucho en la actualidad, toda vez que han surgido nuevas tareas como resultado de las dinámicas institucionales. De esta manera, queda claro que el ejercicio profesional de enfermería en el contexto actual está orientado a la realización de intervenciones derivadas de la prescripción médica y de las normas institucionales que van diluyendo el cuidado como eje fundamental de la práctica (71).

La indagación sobre el método de trabajo empleado arrojó que los profesionales encuestados realizan primordialmente actividades de carácter dependiente, derivadas del diagnóstico médico, el cumplimiento de órdenes y el seguimiento de protocolos; sin embargo, a pesar del reconocimiento hecho a la valoración como un insumo esencial para la elaboración del plan de cuidados, el tiempo y la información obtenida se pierden. Orozco (16) por su parte, reportó que los métodos utilizados por los encuestados para brindar cuidado a los pacientes, en su orden, eran la aplicación del Proceso de Enfermería, el cumplimiento de órdenes médicas, el método de solución de problemas, el diagnóstico médico y la rutina de los servicios; hallazgos que coinciden ciertamente con los reportados en el presente estudio.

Podría señalarse que no existe una metodología unificada entre los profesionales de enfermería y que por la complejidad del cuidado a los pacientes en estado crítico, sus actuaciones son principalmente dependientes e interdependientes en concordancia con el abordaje interdisciplinario de los problemas hecho en la UCI, en el que la participación del equipo de enfermería se enfoca a la satisfacción de necesidades, la monitoría y las actividades terapéuticas delegadas. Orozco (16) reportó falta de claridad en la conceptualización del Proceso, por cuanto era asumido como el método particular utilizado para la realización de las actividades diarias siguiendo una serie de pasos dirigidos a un resultado y que guardaba similitud con otros métodos como el de solución de problemas. La multiplicidad de definiciones sobre la metodología, encontradas en la literatura, hacen mención al Proceso como método racional, sistema de la práctica, o como proceso intelectual (30) (1)(31), lo que podría incidir en la falta de claridad conceptual y su utilización en la práctica.

A pesar de que en su discurso habitual es común que los profesionales manifiesten que no aplican el PAE, en este estudio se logró establecer que una alta proporción de los que laboran en las UCI de Medellín si lo hacen, por cuanto llevan a cabo el 80% de actividades de las fases; sin embargo, no hay homogeneidad en cuanto a la realización de las mismas. García y colaboradoras (71), señalan que en el desempeño cotidiano de los profesionales, se unen al Proceso de Enfermería los componentes del manejo administrativo de los servicios y del personal, convirtiéndolo en todo un proceso de gestión que facilita la dinámica profesional en sus campos de acción desde la planeación, organización, coordinación, dirección y control.

Algunos encuestados hacen mención a que cuando aplican la metodología, lo hacen de manera inconsciente porque lo tienen como rutina de trabajo, por lo tanto, no lo escriben. El cuidado en un servicio de enfermería podría suponer la adopción de rutinas y esquemas de trabajo que no impliquen procesos complejos de pensamiento a lo que los profesionales se refieren como actos inconscientes; en este sentido, Ortiz (72), aclara la relación que hay entre los medios que se adoptan y los fines que se persiguen y que para asegurar el logro de los objetivos es necesario el pensamiento crítico, es decir el pensamiento deliberado y consciente.

En lo referente a la valoración, una proporción significativa de los encuestados la lleva a cabo; y se ratifican los datos con las opiniones expresadas que se refieren a la utilidad del Proceso, en tanto mediante la valoración, pueden conocer las necesidades reales de los pacientes, priorizarlas y proponer un esquema lógico para la atención. En este sentido, existe una marcada tendencia a realizar la valoración de los pacientes empleando las técnicas tradicionales (cefalocaudal) y cotejando esta información con los reportes de los paraclínicos. Hallazgo similar reportó Céspedes (15), en el sentido de que la valoración completa servía para emitir juicios independientes sobre el estado de salud del usuario.

De acuerdo con Ibáñez (31), el propósito de la valoración como etapa inicial del Proceso de Enfermería está orientado a la recolección, análisis y validación de los datos sobre el estado de salud de la persona y que reviste importancia en el sentido que nutre la información para el progreso hacia las otras fases y considera 3 aspectos fundamentales en torno al profesional de enfermería que la lleva a cabo e influyen decisivamente para su desarrollo, son: la naturaleza de la información, las circunstancias en las que se recogen los datos y las capacidades cognitivo-perceptuales. Por su parte, Wiedenbach (73), señala que las actividades de valoración van dirigidas a descubrir la necesidad del paciente, si éste reconoce su necesidad, si dicha necesidad interfiere en su capacidad o si requiere ayuda.

En este estudio se reporta que en la fase de diagnóstico se encuentra la menor proporción de profesionales que los formulan, no obstante, indican que emplean otras estrategias como la determinación y priorización de problemas de los pacientes. Respecto a esta fase, las pocas opiniones de los

encuestados reflejaron una postura dual, por un lado los diagnósticos de enfermería orientan el cuidado, y por el otro, manifiestan que no son útiles y no los aplican por falta de tiempo, de interés, de registros, elevado número de pacientes y delegación de otras responsabilidades. Al igual que en reportes de otros estudios, los profesionales encuestados no parten de la prescripción de los diagnósticos de enfermería y planean las intervenciones a partir del diagnóstico médico.

Céspedes y colaboradoras (15) señalan que no encontraron un marco de referencia que permitiera un lenguaje común acerca del juicio en enfermería respecto a su quehacer profesional. En sus hallazgos reportaron que indistintamente los profesionales utilizaban las etiquetas diagnósticas de la NANDA o el diagnóstico médico para la elaboración del plan de cuidados. En el presente estudio hay similitudes por cuanto los profesionales encuestados en las UCI utilizan el diagnóstico médico para orientar las acciones de cuidado y se refieren a los diagnósticos de enfermería como difíciles de elaborar y poco prácticos. Orozco (16) señala que la etapa de diagnóstico es la menos comprendida, la más polémica y el eslabón más débil de todo el proceso a causa de dificultades en el conocimiento y aplicación; esto lo ratifican Mena Navarro y colaboradores (35), quienes reportaron que a pesar de que los diagnósticos ofrecían múltiples ventajas (unificación de criterios, continuidad del cuidado, planificación del trabajo), los profesionales encuestados poco los utilizaban señalando entre otras, dificultades respecto al nivel de conocimientos.

En este estudio, el 75.4% de los profesionales de enfermería indicaron hacer la planeación, mediante actividades como la priorización de actividades, la coordinación y discusión de objetivos terapéuticos con otros profesionales; algunos de los encuestados señalaron no coordinar ni discutir con los otros miembros del equipo de salud, con el consecuente efecto negativo sobre la calidad del cuidado. Para los profesionales de este estudio, la planeación no siempre parte de la valoración ni del diagnóstico de enfermería, sino del diagnóstico médico o de las rutinas de trabajo establecidas. En sus opiniones le confieren utilidad a la planeación en razón de que les permite priorizar las acciones de cuidado y actividades propias del servicio a pesar de que este proceso de planeación se realiza mentalmente y no se registra.

Hallazgos similares fueron descritos por Céspedes y colaboradoras (15) entre sus encuestados, que indicaron la jerarquización de problemas, el establecimiento de metas, la planeación y ejecución de actividades según la etiología, como componentes de la planeación; los profesionales encuestados en aquella época de manera similar a los del presente estudio dependen del diagnóstico médico para planear sus actividades. Orozco (16) por su parte encontró entre sus encuestados, algunos que consideraban la aprobación del personal médico como condición para la aplicación del Proceso de Enfermería. Es decir, la planeación del cuidado no se deriva de la valoración de los pacientes, situación que ha prevalecido a causa de la hegemonía del diagnóstico médico en el ámbito institucional, los vacíos cognitivos respecto a

la aplicación del Proceso, la escasa apropiación de la metodología en las instituciones y la influencia de los cambios derivados de la reforma del Sistema General de Seguridad Social que ha fomentado el ejercicio profesional de enfermería centrado en intervenciones derivadas de la prescripción médica y las normas institucionales (71).

En la fase de intervención, una alta proporción de profesionales de enfermería de las UCI de Medellín llevan a cabo intervenciones para el cuidado. Las actividades que realizan son primordialmente procedimientos complejos, manejo de equipos de alta tecnología y acciones de vigilancia epidemiológica. Menos del 60% de los encuestados realiza actividades que sean propias de enfermería. Céspedes y colaboradoras (15) encontraron una proporción importante de profesionales que realizaban el cuidado dependiendo de las órdenes médicas o de la rutina del servicio, situación reflejada en el presente estudio por cuanto algunos encuestados llevan a cabo, entre otras, acciones no propias de la profesión. Estos hallazgos comunes ratifican la carencia de criterios autónomos para valorar, planear e intervenir en el cuidado. Es preciso, señalar que la mitad de encuestados no realiza actividades educativas con la familia ni llevan a cabo acciones de acompañamiento a los pacientes.

En la opinión expresada por los profesionales, se reconoce la utilidad del PAE en relación con las intervenciones que realizan para resolver los problemas y favorecer cambios en la condición de los pacientes (recuperación) como indicadores de la efectividad del cuidado de enfermería. Estas apreciaciones reflejan una postura instrumentalista del cuidado de enfermería, en la que la interacción humana pasa a un plano secundario. A diferencia de los hallazgos de esta investigación, la elaborada por Céspedes con profesionales de enfermería de servicios hospitalarios diferentes a la UCI (15), indicaba que la ejecución de la atención directa era delegada a otro personal de enfermería a causa de la asignación de actividades administrativas y la carencia de criterios autónomos para sustentar las intervenciones de enfermería.

Estos hallazgos se contrastan con el planteamiento de Ibáñez y Sarmiento (31), quienes anotan que para fomentar y cuidar la salud de las personas se requiere de la interacción que se beneficia del Proceso de Enfermería como un instrumento que permite identificar las fortalezas y debilidades de los pacientes para planear el cuidado; así mismo, Alfaro (2) propone que el carácter humanístico de esta metodología está determinado porque los cuidados deben comprender los intereses, valores y deseos específicos de la persona, familia o comunidad. La fundamentación de los profesionales para desempeñarse en UCI debe estar enfocada a los aspectos técnicos y al desarrollo de actitudes favorables hacia la interacción para establecer las indicaciones y precauciones de técnicas y procedimientos y proponer nuevas guías de atención y cuidados acordes con el avance tecnológico en las prácticas de cuidado (74).

Más de la mitad de los encuestados indica que realiza la evaluación del PAE, no obstante, una tercera parte indica que no evalúa, indicando que al igual que en el diagnóstico hay falencias al respecto. Para esto, los profesionales indican

que evalúan la efectividad de las intervenciones y en menor proporción el logro de los objetivos terapéuticos. Aunque las proporciones de este estudio son diferentes a las reportadas por Céspedes y colaboradoras (15), existen elementos comunes por cuanto los encuestados identifican esta etapa con base en el logro de metas y objetivos y la solución de los problemas de los pacientes. En Andalucía-España, Feria y colaboradores (75), encontraron que los profesionales de enfermería encuestados aplicaban el PAE en todas sus fases, excepto la fase de evaluación.

Cuando se contrastan estos hallazgos numéricos con la opinión expresada por los profesionales encuestados en cuanto a la utilidad del PAE algunos expresan que la fase de evaluación les permite determinar la calidad del cuidado en relación con el resultado obtenido es decir, la recuperación del paciente.

Según Ibáñez y Sarmiento (31), esta fase posibilita la retroalimentación al final y a lo largo del proceso, como aspecto para lograr la excelencia; mediante la consideración de aspectos tales como la determinación del logro de objetivos, la identificación de aspectos que dificultan los logros y la toma de decisiones para mantener o modificar el plan de intervención.

En relación con la aplicación del PAE, el 78.5% de los profesionales si lo aplica, a pesar de que en las respuestas manifiesta no hacerlo. No obstante, se encontraron asociaciones estadísticas entre la formulación de diagnósticos y la valoración ( $p=0.025$ ), la planeación ( $p=0.023$ ), y la evaluación ( $p<0.001$ ); al igual que en otras fases como planeación y evaluación ( $p=0.007$ ). Estos hallazgos de manera general indican que los encuestados valoran a los pacientes, planean casi siempre con base en los criterios del diagnóstico médico, plantean problemas de los pacientes y los priorizan, y evalúan la efectividad de las intervenciones, lo cual no permite hacer visible el aporte de la labor de enfermería en el cuidado de los pacientes.

Algunas opiniones de los profesionales sobre la utilidad del PAE, coincidieron en manifestar el asunto de la identidad profesional, el estatus profesional dentro del equipo de salud y la autonomía para realizar algunas acciones y tomar decisiones, derivadas de la aplicación de la metodología. Hallazgo similar fue reportado por Orozco (16). En contraste, en el estudio de Céspedes (15), se concluyó que aunque los profesionales reconocían las ventajas de aplicar el PAE aún en aquella época se carecía de un método sistemático que propendiera por la construcción de identidad profesional y el establecimiento de un lenguaje común.

Como uno de los beneficios que otorga la aplicación del PAE, Ibáñez (31) y Sarmiento, anotan que facilita la identificación de la profesión, es así como los profesionales revelan lo que hacen y cómo contribuyen para la recuperación de la salud. A su vez, Diárbora y Rossi (76) plantean que la autonomía significa que los miembros de la profesión controlen sus funciones, lo que implica

independencia, disposición a correr riesgos, responsabilidad en los actos, autodeterminación y auto reglamentación.

### ***Aptitud clínica***

En cuanto al Proceso de Enfermería, Ibáñez y Sarmiento (31), plantean que su aplicación requiere de conocimientos, habilidades y actitudes. Se refieren concretamente a las habilidades intelectuales indispensables para resolver los problemas y tomar decisiones, es decir, que se tenga un buen nivel de aptitud clínica.

En este estudio se determinó el nivel de aptitud clínica en relación con las fases de valoración, diagnóstico y evaluación del Proceso de Atención de Enfermería y los conocimientos y habilidades para aplicar las taxonomías NANDA, NIC y NOC en una serie de casos clínicos. El número de respuestas esperado por azar fue de 4, a partir de ese número se establecieron rangos para determinar cinco niveles de aptitud. Entre los profesionales encuestados, el nivel de aptitud clínica predominante fue muy bajo y bajo y sólo uno se ubicó en el nivel de muy bueno.

En México, Del Río y colaboradores (46) valoraron la aptitud clínica de las enfermeras en los servicios de medicina interna y cirugía mediante indicadores como el reconocimiento de signos y síntomas, la integración diagnóstica y las acciones de enfermería. En este estudio el grado de aptitud clínica predominante fue el incipiente, que se equipara en el presente con el nivel muy bajo; hallazgo similar fue reportado en cuanto a la proporción de profesionales que alcanzaron niveles destacados de aptitud. Por su parte García y colaboradoras (77), al evaluar la aplicación del PAE en el cuidado a pacientes geriátricos en 3 grupos de enfermeras, encontraron también en gran proporción de los examinados, un nivel de aptitud clínica bajo. A diferencia de los estudios mexicanos, en esta investigación una proporción significativa de profesionales examinados tiene un nivel mediano de aptitud clínica.

Si bien las características entre este estudio y los citados son diferentes en cuanto a la población y los contextos de actuación de los encuestados, se utilizaron como referentes para la discusión, por la similitud en los parámetros valorados y las estrategias empleadas. Sin embargo, para explicar el comportamiento del fenómeno, Viniegra (78), plantea que en la mayoría de los casos las experiencias de aprendizaje disocian la teoría de la práctica y particularmente el desempeño en el área asistencial tiende a ser rutinario, razón por la cual la competencia clínica, aptitud clínica en este caso, suele ser bajo.

Los bajos niveles de aptitud clínica encontrados en esta investigación se correlacionan con los problemas de conocimiento en cuanto al Proceso y el uso de las taxonomías NANDA, NIC y NOC. En 1991, Céspedes y colaboradoras (15) reportaron desconocimiento y falta de estudio de los profesionales. Reporte similar fue hecho por Orozco (16) en 1997 y Pérez y colaboradores (34) en 2006; es decir, que la falta de conocimientos constituye uno de las

principales dificultades para aplicar el PAE y los lenguajes estandarizados en el cuidado de los pacientes. Llama la atención que dicha situación se prevalezca en el tiempo y en diferentes ámbitos, lo cual representa un reto importante para las instituciones formadoras del recurso humano, para desarrollar estrategias pedagógicas que favorezcan el desarrollo de las competencias cognitivas, actitudinales y procedimentales necesarias para brindar cuidado con la aplicación de esta metodología.

Otro factor que podría ser determinante en el bajo nivel de aptitud clínica, podría estar relacionado con el desarrollo histórico de los procesos educativos que han sido influidos por la dependencia y sumisión al cuerpo médico, y las herencias femenina y religiosa caracterizadas por la obediencia, receptividad y pasividad; las cuales han promovido en varias generaciones de profesionales la interiorización de actitudes de subordinación que limitan la iniciativa y que los convierten en ejecutores de acciones delegadas (46).

De manera consecuente con los datos reportados en cuanto a la aplicación del PAE y la discriminación por fases, las puntuaciones obtenidas de manera global muestran la habilidad de los profesionales para desarrollar la fase de intervención en la que se obtuvo la calificación global más alta obtenida, le siguen los puntajes de la valoración y evaluación; la calificación más baja se obtuvo en la fase diagnóstica que registró el mayor número de respuestas incorrectas indicando las dificultades que los profesionales tienen para la formulación de etiquetas diagnósticas, en este caso de la taxonomía NANDA. Dato que se ratifica con las opiniones expresadas por los encuestados sobre el asunto y que tienen similitud con las conclusiones de los estudios de Céspedes (15) y Orozco (16) que también reportaron debilidades en cuanto al diagnóstico de enfermería en sus respectivas investigaciones. Es importante señalar que en México, Pérez-Rodríguez (34), a diferencia de lo encontrado en el presente estudio, reportó asociación positiva entre el nivel de conocimientos y las fases del PAE, especialmente con la del diagnóstico.

Aunque la mayoría de profesionales manifiestan desconocer las taxonomías NIC y NOC, eligen las etiquetas correctas para describir las intervenciones y respuestas esperadas en los casos clínicos propuestos. Este hecho es interesante desde dos perspectivas: por un lado el carácter práctico y útil de las taxonomías que son derivadas de investigaciones del acto del cuidado y por el otro, la falta de apropiación de los profesionales de un lenguaje que les permita expresar de manera sistemática lo que realmente hacen en su práctica. Emplear las etiquetas de las taxonomías pudiera resultar para muchos profesionales como una forma de encasillar el pensamiento, pero en el contexto de la UCI, por las características del trabajo de enfermería, se requiere un lenguaje esquemático que de manera continua y rápida permita intervenir y evaluar, en tanto las condiciones de los pacientes lo requieren.

En este estudio no se encontró asociación entre la aptitud clínica y el nivel de formación; entre los encuestados con bajos niveles de aptitud clínica se encuentran profesionales con nivel de formación en pregrado, postgrado o

diplomatura. En cuanto al análisis de la aptitud clínica y la actitud, no hay datos consistentes en virtud de que se encontraron profesionales con actitud favorable que no aplicaban el PAE y otros con actitud desfavorable que si lo hacían.

El análisis de los años de experiencia y el nivel de aptitud clínica no mostró asociación por cuanto se encontraron profesionales con experiencia variable con nivel de aptitud entre muy bajo y bajo. Al revisar el nivel de aptitud clínica y su relación con la aplicación del PAE no se halló asociación, por cuanto se encontraron profesionales con nivel de aptitud clínica bueno que no aplicaban el PAE y entre quienes lo hacían una proporción significativa tenía un nivel de aptitud mediano. En este sentido, la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería requiere, entre otras, de competencia técnica, habilidades e interacción. El primer requerimiento es el resultado de un proceso formativo que debe orientarse, de acuerdo al planteamiento de Ibáñez y Sarmiento (31), a la adquisición de competencia en el manejo de la metodología como resultado del punto de unión entre los conocimientos, las habilidades y la actitud.

Collière (79) plantea que para caracterizar una profesión que ofrece una prestación de servicio, el cuidado en este caso, deben mirarse algunos aspectos tales como los conocimientos, la tecnología utilizada y las creencias y valores en los que se basa. En cuanto a los conocimientos es importante considerar que sean facilitados por la formación y la experiencia práctica a partir de unas estrategias pedagógicas actualizadas cuyos recursos estén fundamentados en las fuentes de vida y que fomenten la capacidad de los profesionales para mantener una apertura al aprovechamiento de las fuentes de información; de esta manera se logra que los conocimientos sean significativos y útiles para la práctica profesional. Propone el método como una forma de organizar y utilizar los conocimientos, no sólo como una técnica ni un marco conceptual preestablecido, sino como los principios operativos que ayudan a los profesionales a pensar por si mismos.

En cuanto a las habilidades, Wiedenbach (73), las define como acciones de diversa índole en las que se deben armonizar el movimiento, la expresión, la intención, la precisión y el uso apropiado del yo con el propósito de lograr resultados concretos y sostiene que en el ejercicio de la práctica profesional el conocimiento, el juicio y las habilidades son necesarias para que la práctica resulte eficaz. Al referirse al conocimiento lo define como todo lo que se ha percibido y recogido en la mente humana y lo categoriza en tres tipos: el conocimiento objetivo, el especulativo y el práctico; es entonces, la definición de este último tipo de conocimiento la que permite describir y entender las actuaciones de los profesionales de enfermería, por cuanto representa saber cómo aplicar el conocimiento objetivo o especulativo en una situación de la vida cotidiana.

En el asunto de la competencia, es importante considerar la conceptualización que al respecto hace Benner (80), al referirse a la competencia como una

actuación cualificada que es conocida y descrita según su intención, funciones y significados; pero más allá de la competencia, es importante la experiencia que en palabras de esta autora trasciende la dimensión temporal para establecerse como un proceso de redefinición y cambio de los conceptos teóricos, nociones e ideas que los profesionales tienen y que les permiten, al ser contrastados con las situaciones reales, un proceso dialógico entre los conocimientos, la práctica y lo que esperaban de ella.

Finalmente, es preciso considerar que la práctica profesional de enfermería debe ser concebida según el planteamiento de K rouac (81), como un campo de experiencias en la que se viven las creencias y los valores arraigados en los esencial de la disciplina, la aplicaci3n de conocimientos y la aplicaci3n del juicio clínico para llevar a cabo intervenciones reflexivas.

### **Actitud**

En este estudio se encontr3 que los profesionales de enfermería tienen una tendencia a la actitud favorable o positiva con respecto a la aplicaci3n del Proceso de Atenci3n de Enfermería y las taxonomías en el cuidado de los pacientes, sin embargo una proporci3n considerable (27%) tienen una actitud neutra o negativa (6%); los hallazgos sobre la postura negativa o neutral bien podrían reflejar realmente la posici3n de los encuestados en la escala hipotética de la actitud o indicar desconocimiento o duda en el momento de responder la encuesta.

Ospina y colaboradores (82) afirman que los profesionales de enfermería toman una posici3n o viven las situaciones con ayuda de los conocimientos y su significado, con lo que logran desarrollar una práctica aut3noma con características particulares de acuerdo al contexto; agregan además que los componentes de la actitud son el cognoscitivo, el afectivo y el tendencial, con lo que se ratifica que las perspectivas de cada profesional están influenciadas de manera directa por lo que aprenden durante la etapa educativa formal, los insumos aprendidos al interior de las familias, la forma de establecer las relaciones interpersonales, las representaciones sobre la salud y la enfermedad, las condiciones socioecon3micas y los asuntos laborales.

Otro planteamiento hecho por Castrill3n (32), le otorga importancia a la influencia social y a la profesi3n como moldeadores de la actitud frente al desempeño, agrega que los beneficios sociales y econ3micos, el estatus profesional, los asuntos de gremio y la autonomía en el ejercicio profesional deben ser entendidos analizando las actitudes.

Al analizar la tendencia en la actitud de los profesionales en relaci3n con algunos factores inherentes a ellos como el año de graduaci3n, tiempo de experiencia, y aplicaci3n del PAE, no se encontr3 asociaci3n positiva; sin embargo, es preciso destacar que la mitad de los encuestados con actitud favorable fueron egresados entre 1992 y 2006, época durante la que ocurrieron cambios importantes en el currículo de Enfermería de la Universidad de Antioquia y la apertura de otro programa de formaci3n profesional en la ciudad.

Al carecer de estudios de referencia, se parte de los planteamientos de Villarraga (41) en cuanto a la formación de actitudes de cuidado, y los elementos disciplinares que lo fundamentan; en este sentido es importante reconocer las experiencias y conocimientos previos que tanto docentes como estudiantes poseen y que les permiten percibir la realidad, y la existencia de un conjunto filosófico que les facilita el moldeamiento de la actitud mediante la valoración de la congruencia entre la filosofía y el conocimiento. Es decir, que la formación de actitudes es un proceso de aproximación filosófica fenomenológica existencial orientado por el cuidado como esencia de la disciplina. Según Benner (37), la experiencia contribuye al moldeamiento de la actitud y la adquisición de competencias, que se logra entre 1 y 2 años, dependiendo de los aprendizajes derivados de la práctica.

Ibáñez y Sarmiento (31) señalan la interrelación de 3 elementos para manejar con competencia el Proceso de Enfermería: los conocimientos, las habilidades y las actitudes. Este último componente es definido como el deseo de cuidar y la capacidad para hacerlo. Visto bajo la óptica de estas autoras, la aplicación del PAE implica una acción reflexiva constante que anteponga la interacción humana recíproca, el respeto a los valores y pensamientos del paciente y comprender las respuestas ante los diversos fenómenos de la vida, para identificar de manera conjunta las necesidades interferidas, establecer prioridades y trabajar de manera conjunta en la solución de los mismos.

En este orden de ideas es necesario prestar especial atención al asunto de la formación profesional y su direccionamiento al fortalecimiento de los patrones de conocimiento definidos por Carper (22), el empírico, ético, personal y estético; es decir, el desarrollo de un proceso educativo estructurado con los argumentos propios y los de otras disciplinas necesarios para entender la realidad humana y promover actitudes de cuidado.

Podría esperarse que existiera una correlación positiva entre tener actitud positiva con respecto a la metodología y aplicarla en el desempeño cotidiano, sin embargo, no es el caso encontrado en el presente estudio, en el que los profesionales señalan tener una actitud favorable sobre el PAE sin embargo manifiestan explícitamente que no lo aplican, lo ven poco útil y práctico y resaltan la utilidad de la valoración, la planeación, la intervención y en poca medida de la fase diagnóstica y de evaluación. Algunas opiniones expresadas hacen referencia a las ventajas del Proceso en el sentido de que les permita resolver los problemas de los pacientes de manera sencilla, realizar intervenciones con calidad y medir el impacto de las mismas al promover la recuperación y finalmente que les otorgue identidad y estatus dentro del equipo de salud. Aunque en el estudio de Orozco y colaboradores (16) no indagaron sobre las actitudes, se han referido a la falta de interés de las enfermeras en cuanto a los asuntos de la profesión como la poca iniciativa para la solución de problemas, la participación en el equipo interdisciplinario o los asuntos políticos.

### ***Factores institucionales relacionados con la aplicación del PAE***

En relación con la aplicación del PAE en la UCI, el 88,2% de los profesionales de las instituciones públicas manifiesta que lo aplica y el 75% de los que laboran en las privadas señala lo mismo; aunque esta información no aparece discriminada en los estudios revisados podría suponerse que la no aplicación de la metodología está directamente relacionada con la falta de reconocimiento, motivación y compromiso de las instituciones por fomentar la ejecución del Proceso en el cuidado de enfermería y por ende el desarrollo profesional, estas limitantes institucionales si fueron reportadas por Céspedes y colaboradores (15) y Orozco y colaboradores (16) en sus respectivas investigaciones.

No se encontró asociación entre el tipo de vinculación y la aplicación del PAE, no obstante, estudios como los de García (71) y Zambrano (59) se refieren a las nuevas formas de contratación y el carácter de temporalidad que revisten, como causantes de insatisfacción laboral que podrían afectar el desempeño laboral de los profesionales.

De acuerdo con la opinión de los profesionales de enfermería encuestados, una de las limitaciones para aplicar el PAE tiene que ver con el número de pacientes que les asignan como un indicador de sobrecarga laboral. En este estudio no se encontró asociación directa entre estas variables; sin embargo, en los estudios de Céspedes (15), Orozco (16) y Pérez (34) se reportó el número de pacientes y la sobrecarga laboral como dificultades para aplicar la metodología.

En este estudio se encontró que los profesionales dedicaban hasta el 40% de su jornada laboral a las actividades de cuidado directo y en igual proporción a las actividades de gestión del cuidado. No se encontró asociación estadística entre la aplicación del PAE y los tiempos dedicados al cuidado directo, la gestión u otras actividades (apoyo logístico, facturación, auditoría). Es decir, en su desempeño cotidiano, los encuestados se enfrentan a las exigencias institucionales del cumplimiento de metas, el rendimiento económico y la instrumentalización del cuidado; además, han coincidido en señalar estos aspectos como limitantes para la aplicación de la metodología en el cuidado de los pacientes.

Céspedes y colaboradoras (15) concluyeron que la falta de motivación y compromiso institucional para asumir el PAE como metodología de trabajo profesional, la delegación de funciones administrativas, la instrumentalización del cuidado y el alto número de pacientes asignados constituían las principales limitantes para su aplicación; posteriormente Orozco y colaboradores (16) encontraron que el 79.2% de sus encuestados mencionaban la falta de compromiso y reconocimiento institucional como un obstáculo para aplicar el PAE. Todos esos hallazgos previos han coincidido con los del presente estudio en razón de que el alto volumen de pacientes y la realización de actividades no propias de la profesión (responsabilidades administrativas, auditoría y facturación), les disminuye el tiempo dedicado a cuidado directo de los

pacientes. Además algunas de las opiniones de los encuestados se refieren al “facilismo” que podría equipararse a la ejecución de las actividades de cuidado sin la elaboración de un proceso reflexivo previo ni orientación metodológica clara, la repetición de rutinas o la adopción de los modelos de trabajo de los profesionales que no realizan su práctica bajo el esquema del PAE.

Aunque una proporción relevante de encuestados indicó aplicar el PAE y contar en su institución con registros estructurados según la metodología, no se encontró asociación entre estas variables. La existencia en algunas instituciones de recursos informáticos no ha sido la solución total, por cuanto su estructura no se contempla las fases del PAE ni las taxonomías, y los desarrollos en este sentido son aún incipientes. En sus opiniones, algunos profesionales aludieron a la falta de registros como una dificultad para la puesta en marcha del Proceso, por cuanto la elaboración de los mismos implicaba invertir más tiempo. Los datos encontrados coinciden con los reportados por Céspedes (15), Orozco (16) y Pérez (34), al mostrar la carencia de registros como una limitación para aplicar el PAE en la práctica cotidiana.

Podría asumirse que la delegación de responsabilidades diferentes al cuidado y la falta de registros estructurados según el Proceso de Enfermería es consecuencia de la actitud de indiferencia característica de los profesionales de enfermería (16). Diárbora (76) se refiere a este fenómeno como una carencia de identidad colectiva motivada por desacuerdos internos y rivalidades entre los profesionales lo que ha generado fragmentación del grupo de enfermeros con sentimientos de impotencia política e ineficiencia profesional, y por consiguiente la imposición de normas y políticas por parte de otros profesionales casi siempre del sector administrativo.

El 62.7% de los encuestados que tienen una actitud favorable dedican entre el 20 y 40% a las acciones de cuidado directo, es decir, actividades instrumentales de soporte terapéutico, vigilancia epidemiológica, comodidad y seguridad y, en menor medida, de acompañamiento e interacción. Llama la atención que quienes reportan una actitud neutra frente al PAE dedican más tiempo a este tipo de actividades, lo que podría estar relacionado directamente con la relación profesional de enfermería/número de pacientes, la existencia de funcionarios para el apoyo logístico (secretarías, facturadores, mensajeros, servicios generales), y la aplicación y cumplimiento de protocolos estructurados de acuerdo a la normativa vigente de garantía de la calidad.

Entre las características del trabajo de enfermería en la UCI, la dependencia e interdependencia con otros actores del equipo de salud favorece que las intervenciones de enfermería sean medico-delegadas y que se lleven a cabo mediante protocolos de cuidado o guías de manejo estructuradas con las normas técnicas o con un enfoque morbicéntrico orientadas exclusivamente a la terapéutica médica.

Los datos mostrados señalan que si bien las actividades de cuidado directo ocupan un porcentaje importante durante la jornada laboral de los

profesionales, las acciones de gestión del cuidado y las funciones no inherentes a la profesión les demandan la dedicación de algún tiempo que contribuye a que se alejen de las actividades sustantivas del cuidado, el cual, en última instancia es delegado al personal técnico auxiliar. Este planteamiento fue hecho por Castrillón (6) y Céspedes (15).

Podría considerarse, que como metodología para el cuidado, el PAE, se recrea en la interacción humana entre el profesional de enfermería y el paciente; por lo tanto, para llevar a cabo actividades como las de tipo administrativo no se requiere la aplicación de este método sistemático, de esta manera si los profesionales dedican más tiempo a actividades diferentes a la asistencia directa de los pacientes no ven útil el Proceso de Atención de Enfermería y su actitud ante él no es favorable. Al respecto, García y colaboradoras (71) al referirse a la actitud plantean que el resultado de una actividad está en función de las competencias y de la motivación o el esfuerzo que está dispuesto a dedicar a su trabajo, señalan además que el personal de salud debe cumplir normas y estándares de ejercicio profesional, políticas institucionales y preceptos de autoridad y de alguna manera adaptar su comportamiento para satisfacer las necesidades de la institución, del gremio y las necesidades propias.

De manera paralela al desconocimiento institucional del PAE, subyace un asunto de identidad colectiva. La desfragmentación es la causante de la impotencia política e ineficiencia profesional, que sumados al desinterés por asumir la responsabilidad de solucionar los problemas propios, ocasiona que otras personas, incluso de disciplinas diferentes, tomen las decisiones que afectan tanto a los profesionales de enfermería como a los pacientes, en los asuntos de la gestión y del cuidado (76).

## **5. CONCLUSIONES**

El desarrollo de la enfermería como profesión ha sido determinado por el modelo médico, igualmente por la influencia femenina y los legados de los valores religiosos, militares y étnicos (60). No obstante, a pesar de que han transcurrido algo más de 150 años de historia durante los cuales se ha trabajado en la definición del objeto disciplinar, el referente metodológico y un cuerpo de conocimientos derivado de la investigación; la dependencia de otras profesiones, como la médica, es aún notoria a pesar del esfuerzo hecho en las instituciones formadoras del recurso humano por fortalecer la enseñanza del componente disciplinar.

El Proceso de Atención de Enfermería como metodología para el cuidado de los pacientes en estado crítico de salud ayuda a la realización de una práctica profesional bajo la perspectiva disciplinar que promueve el cuidado científico, técnico, humanístico y ético. Paralelamente, las taxonomías constituyen un lenguaje que permite la visibilización de la práctica profesional para establecer unos estándares de gestión con los cuales se puedan dispensar cuidados de calidad y disponer de sistemas de información eficientes y eficaces.

A pesar de que de manera abierta los encuestados manifiestan no aplicar la metodología si llevan a cabo acciones de valoración, formulación de diagnósticos de enfermería, planeación y evaluación de la efectividad del cuidado. Existe una marcada tendencia entre los profesionales de este estudio a valorar con las técnicas tradicionales y a cruzar la información con los reportes de los paraclínicos; no se formulan diagnósticos de enfermería, o se hace muy poco y de manera general planean las intervenciones con base en los datos de la valoración y el diagnóstico médico. Las intervenciones que llevan a cabo son subsidiarias a la terapéutica prescrita por los demás integrantes del equipo de salud y se orientan por el cumplimiento de órdenes médicas o el seguimiento de los protocolos institucionales existentes. Las acciones propias de enfermería como la interacción con los pacientes o sus familias y la educación no ocupan un lugar importante dentro del plan de cuidados de enfermería. La evaluación se asume como un proceso de revisión de objetivos logrados y como indicador de la calidad. Los profesionales reconocen la utilidad del PAE porque les permite aproximarse a la problemática de los pacientes de manera científica para actuar de manera eficiente en la resolución de los mismos.

De manera general, puede concluirse que el cuidado se realiza como una práctica irreflexiva y dependiente del modelo biomédico.

A pesar de que han transcurrido algo más de 10 años entre la realización de los estudios citados y el presente, la situación continúa igual; esto podría indicar que la falta de motivación y compromiso no es sólo de las instituciones sino de los profesionales de enfermería que no han asumido el liderazgo que les corresponde para proponer y mantener las políticas institucionales sobre el

cuidado de los pacientes con base en las teorías de enfermería y las metodologías propias de la disciplina. Esta situación es preocupante en el sentido de que la enseñanza del PAE y los elementos disciplinares se han venido fortaleciendo en la formación universitaria de enfermería desde la década de los años 80.

Resulta contradictorio entonces que en los hallazgos de los estudios citados al igual que los del presente, los encuestados identifiquen la aplicación del PAE como una estrategia que les permite tener identidad y ganar autonomía profesional cuando lo que ocurre en la práctica cotidiana demuestra que la dependencia de la profesión médica es aún latente. Durante la etapa de formación, los profesionales, aprenden y aplican el Proceso como cumplimiento de un requisito académico, no obstante, no lo apropian e incorporan como metodología útil en el desempeño profesional a causa de la divergencia conceptual, la falencia en la inclusión de la perspectiva disciplinar en los proyectos educativos y la falta de diálogo académico al interior de las instituciones formadoras, las instituciones de salud y entre ambas en relación con la filosofía del cuidado y las estrategias para llevarlo a cabo.

Al analizar la actitud de los profesionales frente al PAE en relación con otros factores de tipo institucional, las proporciones de encuestados con actitud favorable, desfavorable o neutra fueron similares tanto para los profesionales de las instituciones públicas como las privadas. Tampoco se encontró asociación positiva entre la actitud y el volumen de pacientes asignados, la existencia de registros estructurados según la metodología y el tiempo dedicado a las labores de cuidado directo o a la gestión.

En términos generales hay una actitud favorable frente al uso del PAE que finalmente no se ve reflejada en el desempeño cotidiano y en las instituciones. El asunto emergente tiene que ver con la poca o nula utilización y la falta de apropiación en el ejercicio profesional, que no han sido superadas a pesar de los cambios curriculares y ocurridos durante las últimas décadas para situar la perspectiva disciplinar y el carácter humanístico y ético de la profesión como hilos conductores de los procesos formativos. Los profesionales indican que por una parte les otorga identidad profesional, permite ejercer una práctica humanística con criterios científicos y facilita la evaluación de la calidad de los cuidados de enfermería; por otra parte, son útiles sólo para la formación profesional y poco se adaptan a la situación del contexto. La poca utilidad en el desempeño cotidiano se deriva de una serie de factores institucionales como el volumen de pacientes, la influencia y presión ejercida por los profesionales que no los aplican, la inexistencia de una política institucional sobre cuidado de enfermería que lo apoye, la delegación de responsabilidades no propias de la profesión y la falta de sistemas de registro adecuados.

La aptitud clínica, es decir, de utilización del conocimiento para la resolución de los problemas prácticos no favorece la apropiación de los asuntos metodológicos y disciplinares en la práctica cotidiana. Este bajo nivel, influye

sobre la actitud que los profesionales tienen sobre el Proceso de Enfermería y las taxonomías de la NANDA, NIC y NOC.

Los hallazgos de este trabajo fueron similares a los reportados por otros investigadores, llama la atención que a pesar de que fueron realizados antes, durante y después de la implementación de los cambios en el Sistema General de Seguridad Social en el país, los factores institucionales que se relacionan con la aplicación o no de la metodología siguen siendo iguales; no obstante, no se asocian estadísticamente. Un componente nuevo en la práctica de enfermería está relacionado con las nuevas formas de contratación y las tareas que se han ido agregando adicionales a las del cuidado de los pacientes que van alejando a los profesionales de la asistencia para lo cual no requieren la utilización del PAE, sino de otras estrategias y metodologías como el método de solución de problemas.

Esta situación enfrenta a otro reto de la enfermería contemporánea, en relación con la gestión de los servicios de salud, la participación en el diseño e implementación de políticas de cuidado de la salud en los ámbitos sanitarios y en las diferentes instancias gubernamentales y la utilización de la informática en enfermería con el objeto de mantener una perspectiva clínica que fomente la investigación y que sirva para mejorar el cuidado.

## **6. RECOMENDACIONES**

Para las instituciones formadoras en enfermería que ofrecen programas de postgrado o de educación continua, los hallazgos de esta investigación son relevantes para planear y diseñar programas educativos en las diversas modalidades que permitan la cualificación de los profesionales en los asuntos metodológicos, tecnológicos y sobre todo en los temas humanísticos necesarios para brindar cuidado de enfermería en estas unidades de alta complejidad.

El reto consiste en promover la formación profesional en enfermería fundamentado en los patrones de conocimiento (empírico, estético, ético y personal) y las visiones de enfermería, esto es, una formación con amplia perspectiva disciplinar pero sobre todo práctica; es decir, que acerque a los estudiantes al conocimiento y aplicación de las filosofías, teorías, modelos conceptuales y metodologías como el PAE para que sean aplicados en el terreno práctico con la consecuente mejora del cuidado. Se aboga entonces, por una formación disciplinar que incentive la apropiación de estos asuntos en el terreno práctico y se supere la brecha existente entre la teoría y la práctica y entre el ámbito académico y el asistencial.

En este orden de ideas, la formación profesional en enfermería debe promover el análisis y reflexión sobre las vivencias de aprendizaje y del desempeño cotidiano, de manera que la información sea contrastada con los conocimientos y las experiencias previas, es decir, que provoquen aprendizajes significativos durante el proceso formativo, teniendo en cuenta las situaciones del contexto en el que se prestan los servicios de salud.

La adquisición de las competencias, habilidades y el desarrollo de actitudes es posible mediante un proceso de aprendizaje que trascienda los esquemas educativos tradicionales y otorgue papel protagónico al educando quien de acuerdo a sus conocimientos y experiencias previas pueda interpretar los nuevos conceptos y proposiciones, otorgarles sentido y valorarlos para resolver los problemas de la cotidianidad en las dimensiones personal y profesional. Ospina y colaboradores (82) consideran que los conocimientos del profesional de enfermería son el resultado de una construcción en la cual se adquiere información del medio que interactúa con la que ya tiene y le permite la incorporación y organización de conocimientos nuevos para llevar a cabo su práctica de cuidado de la salud y la vida.

El marco pedagógico propuesto, debe enfatizar en la interacción humana, el pensamiento crítico y la utilización de la filosofía, teorías y modelos conceptuales para el análisis y resolución de los problemas propios del cuidado de enfermería. Paralelamente, debe promover el desarrollo de la aptitud clínica entendida como el conjunto de habilidades complejas que le permiten al profesional afrontar con eficacia los problemas clínicos de los pacientes, como una estrategia de acercamiento de los mundos académico y laboral.

A nivel institucional, los profesionales de enfermería deben participar activamente en el diseño e implementación de políticas de cuidado fundamentadas en la perspectiva disciplinar, con la puesta en marcha de las metodologías y lenguajes propios (taxonomías), y el diseño de sistemas de registro acorde con las especificidades de la profesión, las situaciones de los pacientes y las condiciones institucionales, en el marco de prestación de los servicios de salud.

Las características de perspectiva disciplinar y las ventajas atribuidas a la aplicación del PAE y el uso de lenguajes estandarizados suponen una alternativa para mejorar la práctica asistencial y demostrar la efectividad del cuidado; avance que permitirá el reconocimiento del aporte profesional en el cuidado de la salud y la vida humana ante las instancias administrativas y de manera general en la sociedad.

Es de suma urgencia, promover el desarrollo de investigaciones en el contexto institucional, para acerca de la utilidad del PAE como metodología para el cuidado, y como estrategia para verificar la efectividad de las intervenciones de enfermería en la recuperación de la salud.

La gerencia del recurso humano, orientada a procesos como la inducción, reintroducción y educación continua, sumados a una política asistencial en torno a las necesidades de los pacientes y que respete los dominios profesionales podrían ser alternativas que armonicen el desarrollo institucional, el cuidado eficiente y el desarrollo profesional.

Se sugiere como alternativa de mejoramiento profesional la certificación y homologación de competencias teóricas y prácticas que permitan a los profesionales con experiencia y habilidades en cuidados intensivos acceder al título de especialistas en el área, y continuar fortaleciendo en ellos la perspectiva disciplinar y el desarrollo investigativo para cualificar el cuidado de enfermería, de igual manera, la creación y validación de instrumentos de medición de conocimientos que permitan valorar el nivel de aptitud clínica de los profesionales, con el objeto de establecer estrategias de mejoramiento profesional mediante procesos educativos continuos.

La información recolectada sugiere la necesidad de realizar de socializar los hallazgos en los contextos académico y asistencial, como una estrategia para motivar a la reflexión sobre la importancia de la práctica profesional con perspectiva disciplinar, además del diseño y ejecución de estudios de tipo cualitativo para develar los motivos que hacen que los profesionales de enfermería no se apropien de la metodología ni de los lenguajes estandarizados.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- (1) Iyer P, Taptich B, Bernocchi B. Proceso y diagnóstico de enfermería. 3ª edición. México: McGraw Hill Interamericana. 1997. 444p. p.6,7,9,11,16,17,22.
- (2) Alfaro-Lefevre R. Aplicación del Proceso Enfermero. Fomentar el Cuidado en Colaboración. 5ª edición. Barcelona: Masson. 2003. 274p. p. 4, 5, 11,22,23,25,26,29 47
- (3) República de Colombia. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia, 1991, por la cual se reforma la Constitución Política de 1886. Bogotá; 1991
- (4) Creación del Sistema de Seguridad Social Integral. Ley 100/1993 de 23 Diciembre. Boletín Oficial de Colombia, no. 41148, (Dic 23, 1993).
- (5) Gómez A R. Efectos de la ley 100 sobre la institucionalidad de la salud en Colombia. Rev Debates. 2005; 4: 39-40 43-48.
- (6) Castrillón MC, Orrego S, Pérez L, Ceballos M. La reforma del sector salud y sus implicaciones en la práctica, la regulación y la educación de la enfermería en Colombia. En: Guevara E, Mendias E. La reforma del sector salud y sus implicaciones para la práctica, la regulación y la educación de enfermería: un estudio de cinco países. Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo de recursos humanos. División de sistemas y servicios de salud. Washington: OPS.OMS; 2001. p.87.
- (7) Alcaldía de Medellín. Secretaría de Salud. Indicadores básicos 2005. Situación de Salud en Medellín. Medellín; 2006.
- (8) Departamento de Antioquia. Departamento Administrativo de Planeación. Anuario Estadístico de Antioquia 2003 y 2004. [CD ROM]. Medellín. Gobernación de Antioquia; 2004.
- (9) Minotas B, Vélez E, Delgado S. Enfermería en cuidados intensivos. En: Gómez M, González M, Restrepo G, Sanín A. Fundamentos de Medicina. El paciente en estado crítico. 2ª. Edición. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 1997. 514 p. p. 500-503.
- (10) Durán MM. Dimensiones sociales, políticas y económicas del cuidado de enfermería. En: Grupo de cuidado. Facultad de Enfermería Universidad Nacional. Dimensiones del cuidado. Bogotá: UNIBIBLOS; 1998. 253 p. p. 92, 93,94-99.

- (11) Paganin A, Moraes M, Pokorski S, Rejane E. Factors that inhibit the use of nursing language. *Int J Nurs Terminol Classif.* 2008; 19(4):150-157.
- (12) Cox T. Using NANDA, NIC, NOC with Levine's conservation principles in a nursing home. *Int J Nurs Terminol Classif.* 2004; 14(4):41-47.
- (13) Killeen M. Use of NANDA, NIC, NOC as a framework for cyclic perimenstrual pain and discomfort. *Int J Nurs Terminol Classif.* 2004; 14(4): 19-20.
- (14) Hughes R. The use of NANDA, NIC and NOC in the identification and measurement of problems, interventions, and outcomes in spinal cord injury. *Int J Nurs Terminol Classif.* 2004; 14(4): 18-19.
- (15) Céspedes M, Jaramillo D, Pulido S, Ruiz Y, Uribe M, Gutiérrez M. Conocimiento y aplicación del proceso de enfermería en las instituciones de salud de Medellín 1991. *Invest Educ Enferm.* 1991. 12(2): 87-103.
- (16) Orozco L, Camargo A, Vasquez S, Altamiranda L. Factores que influyen en el conocimiento y aplicación del Proceso de Enfermería. Bucaramanga, 1997. Escuela de Enfermería. Universidad Industrial de Santander. Documento inédito suministrado por los autores.
- (17) Medina J. La relación entre teoría, práctica e investigación. En: *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria de enfermería.* Madrid: Laertes; 1999. p.101.
- (18) Porras P. La coherencia del concepto de cuidado de enfermería en el currículo. En: *Dimensiones del cuidado.* Grupo de cuidado Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Unibiblos; 1998. 253 p. 225-229.
- (19) Duque S. Dimensión del cuidado a los colectivos: un espacio para la promoción de la salud y la producción de conocimientos. *Invest Educ Enferm.* 1999; 17(1): p.75-78.
- (20) Torralba, RF. Constructos éticos del cuidar. *Enferm Intensiva.* 2000; 11(3): 136-141.
- (21) Travelbee J. *Interpersonal aspects of nursing.* 3<sup>rd</sup> edition. Philadelphia: F.A. Davis Company; 1967. 235 p.
- (22) Carper B. Fundamental patterns of knowing in nursing. *Adv Nur Sci.* 1978; 1(1):13-24. Citado por Durán MM. *Enfermería: desarrollo teórico e investigativo.* Bogotá: Unibiblos; 1998. p. 26-34.

- (23) Durán MM. Enfermería: desarrollo teórico e investigativo. Bogotá: Unibiblos; 1998. p. 76, 98, 112.
- (24) Durán MM. Indagación filosófica y la práctica de la enfermería. En: Grupo de cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Dimensiones del cuidado. Bogotá: Unibiblos; 1998. 253 p. 26-33.
- (25) Diárbora E. Los instrumentos básicos de enfermería: una propuesta para la orientación curricular. Revista de Enfermería del Hospital Italiano. 2003; 7(19): 9-13.
- (26) Castrillón C. Retos para la enfermería en el siglo XXI: el desafío disciplinar. En: Conferencia Introductoria Maestría en Enfermería, primera generación; 2005 Marzo 10. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería; 2005. p.2.
- (27) Fawcett J. Analysis and evaluation of conceptual models of nursing. 3<sup>rd</sup> edition. Philadelphia: F. A. Davis Company; 1995. 576 p. p.15-17,24, 25.
- (28) Schmieding N. Ida Jean Orlando. Teoría del proceso enfermero. En: Alligood M, Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. 4<sup>a</sup> edición. Madrid: Harcourt Brace; 1999.p. 401, 402. 555 p.
- (29) Durán MM. Marco epistemológico de la enfermería. Aquichán. 2002; 2(2): 7-18.
- (30) Carpenito L. Diagnóstico de Enfermería. 5<sup>a</sup> edición. Madrid: 1995.p. 3, 5, 6.
- (31) Ibañez L, Sarmiento L. El proceso de enfermería. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander; 2003. p. 30,35, 37, 192 p.
- (32) Castrillón C. La dimensión social de la práctica de la enfermería. Medellín: Universidad de Antioquia; 1997. 128 p. p.26,85,95.96,97
- (33) North American Nursing Diagnosis Association-NANDA. 9a Conferencia. 1990. citado por: Carpenito L. Diagnósticos de Enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica. 9<sup>a</sup> edición. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 2002. p. 3, 935p.
- (34) Pérez M, Sánchez P, Franco O, Ibarra A. Aplicación del proceso de enfermería en la práctica hospitalaria y comunitaria en instituciones del Distrito Federal. Rev Enferm IMSS. 2006: (1): 47-50.

- (35) Mena F, Macías A, Romero M. Influyen los diagnósticos de enfermería en la valoración del método de trabajo enfermero? *Rol Enferm.* 2001; 24(2): 57-59.
- (36) Benner P. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Commemorative Edition. London:Prentice Hall; 2002. p.1,2.
- (37) Benner P. Práctica progresiva en enfermería. Manual de comportamiento profesional. 2ª edición. Barcelona: Grijalbo; 1987. p. 31, 32, 48, 49 329 p.
- (38) Alfaro R. El pensamiento crítico en enfermería. Un enfoque práctico. Barcelona: Masson; 1997. p.9 (198p).
- (39) Paul R. Características de los pensadores críticos. En: Alfaro R. El pensamiento crítico en enfermería. Un enfoque práctico. Barcelona: Masson; 1997. p.9 (198p).
- (40) Morales P. Medición de actitudes en psicología y educación. 2ª edición. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2000. p. 24
- (41) Villarraga L. Fundamentos para la formación de actitudes de cuidado en enfermería. En: Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Unibiblos; 1998. p.122-123.
- (42) Aguinaga O. A propósito de cuidado: repensar la práctica de enfermería. En: Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Unibiblos; 1998. p. 113.
- (43) Vásquez E. La educación y el cuidado. En: Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Unibiblos; 1998. p. 115,116,117-121.
- (44) Viniegra L, Jiménez J, Pérez P R. El desafío de la evaluación de la competencia clínica. *Rev Inves Clin.* 1991; 43(1):87-95. p.88, 90
- (45) Facione N, Facione P. Externalizing the critical thinking in clinical judgement. *Nur Outlook.* 1996; 44: 129-136.
- (46) Del Río R, González R, Mendez I. Aptitud clínica de las enfermeras en servicios de medicina interna y cirugía. *Rev Enferm IMSS.* 2005; 13(2): 91-95.
- (47) Rivera M, Viniegra L, Matus R. Aptitud clínica de los estudiantes de enfermería en el proceso materno infantil. *Rev Enferm IMSS.* 2004; 12(13): 137-146.

- (48) NANDA I. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2007-2008. Madrid: Elsevier; 2008. 261-274.
- (49) McCloskey J, Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. 4ª edición. Madrid: Elsevier; 2005. 1072 p. 13, 17, 22.
- (50) Carpenito L. Planes de cuidado y documentación clínica en enfermería. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 2004. p.7.
- (51) Moorhead S, Johnson M, Mass M. Clasificación de Resultados de Enfermería. 3ª edición. Madrid: Elsevier; 2005. 844p. 17, 21.
- (52) Anastasi A, Urbina S. Tests psicológicos. 7ª edición. México: Prentice Hall; 1998. p.3, 4.
- (53) Pozo J. Teorías cognitivas del aprendizaje. 3ª edición. Madrid: Editorial Morata; 1986.p 215-217.
- (54) Oviedo C, Campo A. Aproximación al uso del coeficiente de alfa de Cronbach. Rev Col Psiqui. 2005; 34(4):572-580.
- (55) Polit D, Hungler B. Investigación científica en las ciencias de la salud. Principios y métodos. 6ª ed. México: McGraw Hill Interamericana; 2000. P. 397-398.
- (56) Gómez T, Molina M. Evaluación ética de los proyectos de investigación: una experiencia pedagógica, Universidad de Antioquia, Colombia. Invest Educ Enfer. 2006; 24(1): 69.
- (57) Normas Científicas y administrativas para la investigación en salud. Resolución 8430/1993, de 4 de octubre. Boletín Oficial de Colombia, no. (Oct 4, 1993).
- (58) Antioquia. Universidad de Antioquia. Facultad de Medicina. Estatuto de Propiedad Intelectual. Medellín: Universidad de Antioquia; 1996. 18 p.
- (59) Zambrano G. Estresores en las Unidades de cuidado intensivo. Aquichán. 2006; 1(6): 156-169.
- (60) Velandia A. Influencia de la cuestión femenina en la educación de enfermería en Colombia. Inves Educ Enferm. 2002; 20(1): 47.
- (61) Restrepo C. Historia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia: una aproximación a la historia de la enfermería en Antioquia. Medellín: sin editorial; 1997. p 233.

- (62) Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Decreto 2309/2002 de Octubre 17. Diario Oficial de Colombia, no. 44967 (Oct 17, 2002).
- (63) Funciones de la entidad acreditadora. Resolución 1445/2006 de Mayo 8. Diario Oficial de Colombia, no. 46271 (May 17, 2006).
- (64) Normas de habilitación. Resolución 1043/2006 de Abril 3. Diario Oficial de Colombia, no. 46271 (May 17, 2006).
- (65) Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Sistema General de Seguridad Social en Salud: guía práctica del régimen contributivo. Medellín: Gobernación de Antioquia; 1997. p.97.
- (66) Reglamentación de normas correspondientes a las cooperativas de trabajo asociado. Decreto 468/1990 de Febrero 23. Diario Oficial de Colombia, no. 39201 (Feb 23, 1990).
- (67) González G. Los recursos humanos en salud dentro del entorno de un sistema de seguridad social en salud y las necesidades no atendidas en salud pública. En: 2º Congreso Internacional de Salud Pública: Accesibilidad al desarrollo y a los sistemas de salud, condición para el bienestar social; 2001 Noviembre 15-17; Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública/ Universidad de Antioquia/OPS; 2001. p. 148.
- (68) Presidencia de la República de Colombia [Internet]. Bogotá: Presidencia de la República de Colombia; 2007 [acceso 19 Agosto de 2008]. Sancionadas 118 cooperativas de trabajo asociado. Disponible en:  
[http://www.presidencia.gov.co/prensa\\_new/sne/2007/febrero/21/03212007.htm](http://www.presidencia.gov.co/prensa_new/sne/2007/febrero/21/03212007.htm).
- (69) Guevara E, Mendias E. A comparative analysis of the changes in nursing practice related to health sector reform in five countries of the Americas. Pan Am J Public Health. 2002; 12(5): 347-353.
- (70) Rodríguez L, Villa S, Libreros V, Bonilla L. Efectos de la asignación enfermera-paciente a través de la evaluación clínica (TISS 28). Rev Enfer IMSS. 2002; 10(2):73-78.
- (71) García M, Pérez M, Tobón J. Influencia de la Ley 100 de 1993 en la gestión del profesional de enfermería [Tesis Especialista en Gestión del Talento Humano]. Medellín: Universidad de Medellín; 2000. p. 58, 62, 73
- (72) Ortiz M. El uso del pensamiento crítico por el personal de enfermería en las áreas clínicas. Rev Impulso. 1996; 21(4): 5.

- (73) McKee N et al. Ernestine Wiedenbach: el arte de la ayuda de la enfermería clínica. En: Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 4ª edición. Madrid: Harcourt Brace; 1999. p.86, 87, 88.
- (74) Beltrán O. Significado de la experiencia de estar críticamente enfermo y hospitalizado en UCI [Tesis Magister en Enfermería]. Medellín: Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia; 2007.
- (75) Feria D, Macías A, Romero M, Mena F, Valderrama A. Valoración del método de trabajo que utilizan los profesionales de enfermería en el ámbito hospitalario del Servicio Andaluz de Salud. *Metas Enferm.* 2000; 3(27): 41-48.
- (76) Diárbora E, Rossi C. La construcción de la identidad profesional en el sistema educativo y en el sistema prestador de la atención en salud. *Temas Enferm Actualizados.* 1998; 6(27): 9-15.
- (77) García A, González R, Viniegra L, Jiménez M. Evaluación de la aptitud clínica a través del proceso de enfermería. *Rev Enferm IMSS.* 2001; 9(3):137-131.
- (78) Viniegra L. Evaluación de la competencia clínica: describir o reconstruir. *Rev Inves Clin.* 2000; 52(2):109-11.
- (79) Collière M. Cuidados de enfermería. Reflexión sobre el servicio de enfermería: contribución a la identificación del servicio prestado. *Rol de Enfermería.* 1981; 39:7-15.
- (80) Mitre J, Alexander J, Keller S. Patricia Benner: del principiante al experto: excelencia y poder la enfermería clínica. En: Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 4ª edición. Madrid: Harcourt Brace; 1999. p.86, 87, 88. p. 157-163.
- (81) Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquete A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996. 167 p. p. 77.
- (82) Ospina B, Sandoval J, Aristizabal C, Ramírez M. La Escala Likert en la valoración de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud. Antioquia, 2003. *Inves Educ Enferm.* 2005; 23(1):14-29.

## Anexo 1. TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

### VARIABLES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

#### DIMENSIÓN DEMOGRÁFICA

Nr o.	VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	VALORES	CÓDIGOS
1	Sexo	Características fenotípicas de la persona encuestada	Nominal	Masculino Femenino	1 2
2	Edad	Corresponde a la edad cronológica representada en años cumplidos desde la fecha de nacimiento.	De razón	Número de años cumplidos	_____

#### DIMENSIÓN FORMACIÓN ACADÉMICA

Nro.	VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	VALORES	CÓDIGOS
3	Nivel académico	Hace referencia al último grado de escolaridad alcanzado por la persona. Incluye la realización de Diplomados (más de 60 horas de duración). En educación superior corresponde a estudios de pregrado y postgrado.	Ordinal	Pregrado Especialización Maestría Doctorado Otro nivel (diploma)	1 2 3 4 5
4	Universidad que le otorgó el título de pregrado	Nombre de la Institución de Educación Superior que le otorgó el título de pregrado en Enfermería.	Nominal	Nombre de la universidad	_____
5	Año de graduación del pregrado	Se refiere al año en que el profesional de enfermería recibió su título de pregrado en Enfermería.	Nominal	Año de graduación	_____
6	Universidad que le otorgó el título de postgrado o de Diplomado.	Nombre de la Institución de Educación Superior que le otorgó el título de postgrado o de Diplomado.	Nominal	Nombre de la universidad	_____
7	Año de graduación del postgrado o del Diplomado.	Se refiere a la fecha de finalización de terminación de los estudios de postgrado o de diplomado señalado.	Nominal	Año de graduación	_____

8	Nombre del programa de postgrado o diploma	Describe el nombre del programa de capacitación en el sistema educativo formal (postgrado – diplomado).	Nominal	Nombre del programa
---	--	---	---------	---------------------

#### VARIABLES DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD

Nr o.	VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	VALORES	CÓDIGOS
9	Tipo de institución donde labora	Hace referencia al carácter de la institución según su fuente de financiación.	Nominal	Pública (ESE) Privada No sabe	1 2 9
10	Forma de contratación	Se refiere a la clasificación (tipo) de contrato suscrito entre el profesional de enfermería y la entidad contratante, según lo establecido en la Ley 50 de 1990 o en el Régimen de Carrera Administrativa.	Nominal	Término indefinido Término fijo Servicio temporal (cooperativa, honorarios) No sabe	1 2 3 9
11	Horas semanales contratadas	Se refiere al número de horas contratadas según la forma de contratación para laborar en una semana de Lunes a Domingo.	De razón	No. de horas	
12	Dedicación semanal al empleo.	Corresponde al número de horas en promedio que efectivamente el profesional de enfermería labora durante una semana de Lunes a Domingo.	De razón	No. de horas	
13	Numero de turnos nocturnos por mes.	Cantidad de jornadas de trabajo nocturno que el profesional realizó en promedio durante el último mes.	De razón	Número de turnos nocturnos.	
14	Tiempo de experiencia en UCI	Número de años o meses que lleva trabajando en una UCI	De razón	Número de años Número de meses	
15	Asignación de pacientes para el cuidado	Se refiere al número de pacientes asignados para cuidar durante la jornada de trabajo.	Intervalo	1 – 3 4 – 6 7 – 9 10 – 12 Otro número, cuántos No sabe	1 2 3 4 5 9
16	Distribución del	Se refiere al porcentaje de tiempo empleado durante	De razón	Porcentaje tiempo	1

	tiempo durante la jornada laboral	la jornada laboral para la realización de las actividades inherentes al cargo, incluyendo el cuidado a las actividades asistenciales y administrativas. La suma total debe dar 100%.		actividades cuidado directo	2
				Porcentaje tiempo actividades gestión cuidado.	del 3
				Porcentaje tiempo actividades apoyo logístico para el cuidado.	4
				Porcentaje tiempo actividades de educación.	5
				Porcentaje de tiempo para descanso.	6
				Porcentaje de tiempo para otras actividades.	
17	Registros de enfermería	Identifica existencia y tipo de registros de enfermería disponibles en la institución estructurados bajo la metodología del PAE, que incluyen valoración, diagnóstico, intervenciones y evaluación.	Nominal	Registros físico	medio 1
				Registros magnético	medio 2
				Otro tipo de registros	de 3
				No existen registros	4
				No sabe	9

#### DIMENSIÓN UTILIZACIÓN DEL PAE Y LAS TAXONOMÍAS Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS

Nro.	VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	VALORES	CÓDIGOS
18	Metodología de trabajo para el cuidado de los pacientes.	Define la frecuencia de realización de las actividades de valoración, planeación, diagnóstico, intervención y evaluación para brindar cuidado a los pacientes en la UCI y	Nominal	Nunca	1
				A veces	2
				Casi siempre	3
				Siempre	4

		que determinan la metodología empleada por los profesionales de enfermería.		No responde	99
19	Valoración	Determina la realización de al menos el 70% de actividades para valorar pacientes.	Nominal	No valora (realiza menos del 70% de actividades)	1
				Si valora (realiza más del 70% de actividades)	2
20	Diagnóstico	Define la realización de el 70% de las actividades para plantear diagnósticos de enfermería.	Nominal	No diagnostica (realiza menos del 70% de actividades)	1
				Si diagnostica (realiza más del 70% de actividades)	2
21	Planeación	Define la realización del 70% de las actividades para planear el cuidado de enfermería.	Nominal	No planea (realiza menos del 70% de actividades)	1
				Si planea (realiza más del 70% de actividades)	2
22	Intervención	Define la realización de al menos 70% de intervenciones básicas para el cuidado de enfermería a un paciente en estado crítico de salud.	Nominal	No interviene (realiza menos del 70% de actividades)	1
				Si interviene (realiza más del 70% de actividades)	2
23	Evaluación	Define la realización del 70% de actividades para evaluar las acciones de cuidado y su efectividad.	Nominal	No evalúa (realiza menos del 70% de actividades)	1
				Si evalúa (realiza más del 70% de actividades)	2
24	Aplicación PAE	Define la realización de al menos el 70% de actividades de valoración, diagnóstico, planeación, intervención y evaluación requeridas para ejecutar el PAE en el cuidado de los pacientes.	Nominal	No aplica PAE (no lleva a cabo el 80% de las fases)	1
				Si aplica PAE (aplica el 80% de las fases)	2

25	Nivel de conocimientos y aptitud clínica	Valoración del nivel de conocimientos sobre las taxonomías NANDA, NIC y NOC y la capacidad de resolver situaciones del cuidado del paciente.	Ordinal	Muy bajo (4-6)	1
a				Bajo (7-10)	2
44				Mediano (11 – 14)	3
				Buena (15 - 17)	4
				Muy buena (18 - 20)	5

## Anexo 2. Encuesta

Instrumento No.

Fecha: d: \_\_\_\_ m:  
\_\_\_\_ año: \_\_\_\_

### FACTORES RELACIONADOS CON LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y LAS TAXONOMÍAS EN UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO. MEDELLÍN 2007.

*Lea las preguntas y señale la o las respuestas según se indique en cada caso*

#### I. DATOS DEMOGRÁFICOS

1. SEXO : Señale con X según corresponda MASCULINO \_\_\_\_\_ FEMENINO \_\_\_\_\_
2. EDAD: Escriba el número de años cumplidos. \_\_\_\_\_ años.

#### II. DATOS DE FORMACIÓN ACADÉMICA

3. Señale con X el nivel académico más alto obtenido por Usted. Indique SÓLO UNA OPCIÓN corresponda al nivel de formación más alto.

1.	Pregrado		4.	Doctorado	
2.	Especialización		5.	Otro nivel (diplomado más 60 horas)	
3.	Maestría				

4. Universidad que le otorgó el título de pregrado en enfermería. Escriba el nombre de la Institución Universitaria que le otorgó el título de pregrado en enfermería.
- \_\_\_\_\_
5. En qué año obtuvo su título como profesional de Enfermería? (Escriba el año)
- \_\_\_\_\_
6. Universidad que le otorgó el título de postgrado en enfermería. Escriba el nombre de la Institución Universitaria que le otorgó el título de postgrado.
- \_\_\_\_\_
7. En qué año obtuvo su título de postgrado? (Escriba el año)
- \_\_\_\_\_
8. Escriba el nombre del título de postgrado obtenido.
- \_\_\_\_\_

#### III. DATOS LABORALES

9. Tipo institución en la que labora. Señale con X la opción correspondiente

1.	<input type="checkbox"/>	Pública -ESE-
2.	<input type="checkbox"/>	Privada
3.	<input type="checkbox"/>	No sabe
9.	<input type="checkbox"/>	No responde

10. Forma de contratación. Señale con X la opción correspondiente.

1.	<input type="checkbox"/>	Término indefinido
2.	<input type="checkbox"/>	Término fijo
3.	<input type="checkbox"/>	Servicio temporal (cooperativa, honorarios)
4.	<input type="checkbox"/>	No sabe
9.	<input type="checkbox"/>	No responde

11. Por cuántas horas a la semana está contratada(o) en la institución? \_\_\_\_\_ horas.

12. Cuántas horas en promedio de horas semanales que labora efectivamente? \_\_\_\_\_ horas.

13. Cuántos turnos nocturnos realizó en el último mes? \_\_\_\_\_ turnos.

14. Cuántos años o meses tiene de experiencia de trabajo en UCI? \_\_\_\_\_ años  
\_\_\_\_\_ meses

15. Cuántos pacientes le asignan para el cuidado en una jornada de trabajo. Escoja **SÓLO 1 OPCIÓN**

1.	Entre 1 y 3 pacientes		4.	Entre 10 y 12 pacientes	
2.	Entre 4 y 6 pacientes		5.	Otra, cuantos? _____	
3.	Entre 7 y 9 pacientes		6.	No sabe	
			9.	No responde	

16. En una jornada laboral de 12 horas cuál es la distribución porcentual (%) que Usted hace del tiempo para la realización de las siguientes actividades.

1. ACTIVIDADES DE CUIDADO DIRECTO (valoración, comodidad y seguridad, procedimientos, terapias, cuidado piel y heridas, monitorización, ayudas diagnósticas, nutrición, asistencia espiritual)	% DE LA JORNADA LABORAL DEDICADO
2. ACTIVIDADES DE GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA (ronda médica, búsqueda y coordinación de interconsultantes, pedido de suministros, supervisión, asesoría, elaboración de cuadro de turnos)	
3. ACTIVIDADES DE APOYO LOGÍSTICO AL CUIDADO DEL PACIENTE (aseo unidad, traslado pacientes, otras (escriba cuáles))	
4. ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN Educación a pacientes y familia, al personal a cargo.	
5. PROPIO DESCANSO (tiempo empleado para las pausas activas, eliminación, ingestión de alimentos)	
6. OTRAS ACTIVIDADES (facturación, auditoría, informes, reuniones, elaboración nómina), otras? <b>Escriba cuáles.</b>	

17. Señale en el cuadro correspondiente el tipo de registros de enfermería que existen en su Unidad que estén estructurados según la metodología del PAE, es decir, en los que se puedan registrar datos de valoración, diagnóstico, intervenciones, evaluación resultados. **PUEDA SEÑALAR VARIAS OPCIONES.**

1.	<b>REGISTROS EN MEDIO FÍSICO</b> –papelería de HC de enfermería, protocolos, planes de cuidado, kárdex que incluyan valoración, diagnóstico, intervenciones, evaluación.
2.	<b>REGISTROS EN MEDIO MAGNÉTICO</b> –programas de computación y software para notas de enfermería que incluyan valoración, diagnósticos, intervenciones y evaluación.
3.	<b>OTRO TIPO DE REGISTRO</b> – grabaciones de audio, grabaciones de video. <b>Cuál? Escriba:</b>

4.		<b>NO EXISTEN REGISTROS DE ENFERMERÍA ESTRUCTURADOS SEGÚN LA METODOLOGÍA DEL PAE</b>
9.		<b>No sabe, no responde</b>

#### IV. METODOLOGÍA DE TRABAJO

18. Señale la frecuencia con que Usted lleva a cabo las actividades para el cuidado que se enuncian a continuación.

19.

	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>1. NUNCA</b>	<b>2. A VECES</b>	<b>3. CASI SIEMPRE</b>	<b>4. SIEMPRE</b>	<b>9. NO RESPONDE</b>
1.	Valoro al paciente					
	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>1. NUNCA</b>	<b>2. A VECES</b>	<b>3. CASI SIEMPRE</b>	<b>4. SIEMPRE</b>	<b>9. NO RESPONDE</b>
2.	Tengo en cuenta los hallazgos para el plan de cuidados.					
3.	Elaboro plan de cuidados con base en diagnóstico médico.					
4.	Planteo problemas de enfermería que puedo solucionar autónomamente.					
5.	Cumplo las órdenes médicas para el cuidado de enfermería.					
6.	Guío las acciones de cuidado con base en los protocolos de la UCI.					
7.	Planeo las acciones del cuidado al inicio de la jornada					
8.	Ejecuto la rutina de trabajo de la UCI.					
9.	Sólo resuelvo problemas que se vayan presentando en el cuidado de los pacientes.					
10.	Discuto la situación de los pacientes con los colegas.					
11.	Se plantean acciones de cuidado en conjunto con el equipo de enfermería.					

19. Señale con X en la casilla correspondiente según sea la frecuencia de aplicación en el cuidado de los pacientes en la UCI.

	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>1. NUNCA</b>	<b>2. A VECES</b>	<b>3. CASI SIEMPRE</b>	<b>4. SIEMPRE</b>	<b>9. NO RESPONDE</b>
	<b>Valoración</b>					
12.	Exploración física de los pacientes.					

13.	Interpretación de reportes de paraclínicos.					
14.	Correlación de paraclínicos con situación de los pacientes					
15.	Interpretación de datos del monitoreo.					
16.	Correlación de datos del monitoreo con la situación de los pacientes.					
17.	Revisión de registros clínicos antiguos.					
18.	Indagación a familia sobre historia y antecedentes de los pacientes.					
<b>Diagnóstico</b>						
19.	Planteamiento de problemas de los pacientes.					
20.	Determinación de prioridades de cuidado de los pacientes.					
21.	Determinación de diagnósticos de enfermería.					
<b>Planeación</b>						
22.	Discusión con equipo médico y de enfermería sobre objetivos terapéuticos					
23.	Coordinación con otros profesionales para procurar cuidado integral.					
24.	Disposición de recursos humanos, materiales y tecnológicos para el cuidado					
<b>Intervención</b>						
25.	Acciones de cuidado directo para la comodidad y seguridad de los pacientes.					
26.	Acciones de cuidado directo para el cuidado de la piel.					
27.	Acciones de cuidado directo para la prevención de infecciones.					
28.	Acciones de cuidado directo para la monitoria invasiva y no invasiva					
29.	Acciones de cuidado directo en la terapéutica cardiovascular: soporte inotrópico, vasopresor.					
30.	Acciones de cuidado					

	directo en la terapéutica cardiovascular: soporte mecánico.					
31.	Acciones de cuidado directo en la terapéutica respiratoria: ventilación mecánica, terapia respiratoria.					
32.	Acciones de cuidado directo para soporte nutricional.					
33.	Acciones de cuidado directo para la asistencia en la eliminación					
34.	Acciones de cuidado directo para la movilidad física					
35.	Actividades educativas con la familia y personas significativas.					
36.	Acciones encaminadas al acompañamiento de los pacientes: apoyo psicológico.					
37.	Acciones encaminadas al acompañamiento de los familiares del paciente: apoyo psicológico.					
<b>Evaluación</b>						
38.	Evaluación del logro de objetivos terapéuticos de las intervenciones de cuidado.					
39.	Evaluación de la efectividad de las intervenciones de cuidado.					
40.	Reformulación de objetivos para el cuidado.					

## V. CASOS CLÍNICOS

**A continuación se presenta una serie de situaciones de cuidado de enfermería a pacientes en estado crítico de salud. Cada situación consta de un enunciado principal y 4 opciones de respuesta. Selecciones SOLO UNA OPCIÓN, de acuerdo a su criterio.**

### **SITUACIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA Nro. 1**

Durante el turno de la noche encuentra a un paciente de sexo masculino admitido en la UCI 12 horas atrás por intoxicación con sustancia desconocida, en un episodio convulsivo tónico-clónico de 45 segundos de duración, con sialorrea abundante, dientes apretados, cianosis peribucal, FR: 24 x minuto, con episodios de apnea, relajación de esfínteres, emisión de sonidos incomprensibles, desviación de la mirada.

**20.** En este caso el diagnóstico "Deficiente permeabilidad de la vía aérea" está respaldado por los siguientes datos (Señale SOLO UNA OPCIÓN con X):

- 1. Emisión de sonidos incomprensibles, episodios de apnea, FR de 24 x minuto.
- 2. Sialorrea, cianosis peribucal, FR 24 por minuto, episodios de apnea.
- 3. Sialorrea, relajación de esfínteres, cianosis peribucal, episodios de apnea.
- 4. No hay dato que evidece la deficiente permeabilidad de la vía aérea.
- 9. No sé.

**21.** Para el diagnóstico anterior la etiología relacionada puede ser (Señale SOLO UNA OPCIÓN con X):

- 1. Convulsión tónico-clónica
- 2. Alteración en el estado de conciencia
- 3. Presencia de secreciones
- 4. Alteración en la oxigenación.
- 9. No sé.

**22.** Una intervención de la taxonomía NIC para el diagnóstico "Deficiente permeabilidad de la vía aérea" puede ser (Señale SOLO UNA OPCIÓN con X):

- 1. Administración de oxígeno suplementario
- 2. Evitar lesión de la lengua
- 3. Aspiración de la vía aérea
- 4. Notificar al médico tratante
- 9. No sé.

**23.** Son indicadores de la eficacia (logro de la meta) de las intervenciones para mejorar la permeabilidad de la vía aérea (Señale SÓLO UNA OPCIÓN con X):

- 1. SPO2 >90%, FR: 14-16 x minuto, ruidosa.
- 2. SPO2 >90%, FR: 14-16 x minuto, aún con sialorrea.
- 3. SPO2 >90%, no cianosis, ausencia de sialorrea, eupnea.
- 4. Todos los datos anteriores indican efectividad de las intervenciones.
- 9. No sé.

### **CASO CLÍNICO Nro. 2**

Ingresa a UCI paciente de 35 años, alerta, agitado, con cuadro de dolor precordial de 3 horas de evolución acompañado de mareo, diaforesis y palidez. SV: PA: 90/60 mmHg, FC: 108x minuto, FR: 32 x minuto, llenado capilar 4 segundos. A la auscultación cardiaca tiene ruidos cardiacos alejados, soplo sistólico GIII/IV en foco tricuspídeo. Pulmones con crépitos generalizados, SPO2: 89%. Tiene EKG que señala: ritmo sinusal, elevación del ST (más de 4mm) y onda T invertida en V3, V4. Reporte de enzimas: CPK total: 1150 U/l, CKmb: 58 U/l.

**24.** A cuál de las etapas del PAE corresponden los datos presentados (Señale SÓLO UNA OPCIÓN con X):

- 1. Valoración
- 2. Diagnóstico
- 3. Intervención
- 4. Evaluación
- 9. No sé.

25. Según los datos presentados el diagnóstico de enfermería (etiqueta NANDA) que mejor refleja el problema del paciente es (Señale **SÓLO UNA OPCIÓN** con X):

- 1. Alteración de la movilidad física r/c dolor
- 2. Disminución del gasto cardiaco r/c falla del corazón como bomba
- 3. Temor r/c falta de conocimientos
- 4. Alteración en el intercambio gaseoso r/c deficiente permeabilidad de la vía aérea.
- 9. No sé.

26. La intervención NIC "Cuidados cardiacos agudos" se refiere a (Señale **SÓLO UNA OPCIÓN** con X):

- 1. Monitorizar de manera no invasiva al paciente
- 2. Limitar complicaciones por desequilibrio entre el aporte y el consumo de O2 cardiaco.
- 3. Realizar rápidamente las ayudas diagnósticas necesarias (EKG, titulación enzimas).
- 4. Hablar al paciente claramente sobre su situación para que se calme.
- 9. No sé.

27. Los indicadores del resultado esperado "Efectividad de la bomba cardiaca: volumen sanguíneo adecuado a las necesidades del cuerpo" que mejor representan la mejoría cardiaca pueden ser (Señale **SÓLO UNA OPCIÓN** con X):

- 1. PA: 120/70 mmHg, FC: 85 por minuto, llenado capilar < 2 segundos, diuresis normal.
- 2. PA: 140/90 mmHg, FC: 98 por minuto, llenado capilar < 2 segundos, oliguria.
- 3. PA: 110/60 mmHg, FC: 98 por minuto, llenado capilar 3 segundos, conciente.
- 4. PA: 120/70 mmHg, FC: 85 por minuto, SPO2 100%, somnolencia.
- 9. No sé.

### CASO CLÍNICO Nro. 3

En el turno recibe a un paciente de 60 años en el 2º día postoperatorio de LE por obstrucción intestinal por bridas. El paciente está bajo efectos de sedación y analgesia, con soporte ventilatorio mecánico (VT: 500 FR: 14 x minuto, PEEP: 5, I/E: 1:2, FIO2: 40%). PA: 90/50 mmHg, FC: 110 latidos por minuto, PVC: 1 mmHg. Con SNG inactiva, herida quirúrgica mediana abdominal abierta con bolsa de Bogotá, marcada distensión abdominal, peristaltismo ausente, PIA: 35 mmHg, gasto urinario 0.4 cc/kg/min.

28. Los datos que en este paciente indican bajo gasto cardiaco son (Señale **SÓLO UNA OPCIÓN** con X):

- 1. Perfil hemodinámico, oliguria.
- 2. PIA > 35 mmHg, PVC 1 cmH2O
- 3. PIA > 35 mmHg, PVC 1 cmH2O, parámetros del ventilador.
- 4. No hay indicador de bajo gasto cardiaco en este paciente
- 9. No sé.

29. De los siguientes datos en cuáles se basa el diagnóstico de enfermería "Alteración en la perfusión tisular (renal) r/c disminución del gasto cardiaco"(Señale **SÓLO UNA OPCIÓN** con X):

- 1. PIA 35 mmHg y PVC 1cm H<sub>2</sub>O
- 2. Peristaltismo ausente, PVC 1 cmH<sub>2</sub>O, PA: 90/50mm Hg
- 3. PA: 90/50 mmHg, gasto urinario 0.4cc/kg/min., PVC: 1 cmH<sub>2</sub>O.
- 4. PA:90/50 mmHg, gasto urinario 0.4cc/kg/min., PIA : 35 mmHg.
- 9. No sé.

30. Si uno de los diagnósticos es "Déficit de volumen de líquidos" las intervenciones estarán orientadas a (Señale **SÓLO UNA OPCIÓN** con X):

- 1. Manejar adecuadamente los líquidos y el dolor
- 2. Manejar adecuadamente líquidos, electrolitos y autocuidado.
- 3. Manejar adecuadamente líquidos, electrolitos y estado ácido-base.
- 4. Manejar adecuadamente líquidos, promover cicatrización, autocuidado.
- 9. No sé.

31. El grupo de datos que mejor refleja la eficacia de las intervenciones para la perfusión tisular y el déficit de líquidos es (Señale **SÓLO UNA OPCIÓN** con X):

- 1. PA: 120/70mmHg, PVC: 5 cmH<sub>2</sub>O, gasto urinario: 1 cc/kg/min.
- 2. PA: 100/60mmHg, PVC: 9 cmH<sub>2</sub>O, gasto urinario: 0.5 cc/kg/min.
- 3. PA: 130/90mmHg, PVC: 2 cmH<sub>2</sub>O, gasto urinario: 1 cc/kg/min.
- 4. PA: 120/70mmHg, PIA: 12 mmHg, gasto urinario: 0.9 cc/kg/min.
- 9. No sé.

#### CASO CLÍNICO 4

Le asignan para el cuidado a una paciente de 18 años con deterioro de la conciencia por trauma. Tiene soporte inotrópico con Dopamina a 5ug/kg/min para mantener PAM entre 90 y 110 mmHg. Recibe sedación y analgesia con Midazolam a 2mgr/hora y Fentanyl a 50 ug/hora. El catéter de PIC intraventricular está permeable, drena LCR con sangre, reporta PIC: 13 mmHg.

32. Los datos necesarios para la valoración neurológica deben incluir (Señale **SÓLO UNA OPCIÓN** con X):

- 1. Escala Glasgow, respuesta fotomotora, PAM, fuerza muscular.
- 2. Escala Glasgow, escala sedación, respuesta fotomotora, reflejos.
- 3. Escala sedación, respuesta fotomotora, reflejos, PAM y PIC.
- 4. Escala sedación, respuesta fotomotora, reflejos, fuerza muscular.
- 9. No sé.

33. Si la paciente tiene un puntaje de Glasgow de 10/15, PAM: 70 mmHg, PIC: 23 mmHg, el diagnóstico de enfermería que mejor refleja el problema de la paciente es (Señale **SÓLO UNA OPCIÓN** con X):

- 1. Alteración en procesos de pensamiento r/c disminución en perfusión cerebral.
- 2. Disminución en perfusión cerebral r/c alteración mecanismos reguladores de la PIC.
- 3. Disminución en perfusión cerebral r/c edema en el tejido cerebral.
- 4. Alteración en procesos de pensamiento r/c hipoxia
- 9. No sé.

34. El propósito de la administración de inotrópico como intervención de enfermería es (Señale **SÓLO UNA OPCIÓN** con X):

- 1. Mantener adecuado perfil hemodinámico y diuresis.
- 2. Mantener adecuado perfil hemodinámico y una adecuada perfusión cerebral.
- 3. Mantener adecuado perfil hemodinámico, disminuir la PIC.
- 4. Mantener adecuado perfil hemodinámico, mejorar Glasgow y optimizar diuresis.
- 9. No sé.

35. Si una de las intervenciones es elevar la cabecera 30°, los datos que mejor indican la efectividad (resultado esperado) de la intervención es (Señale **SÓLO UNA OPCIÓN** con X):

- 1. PA: 120/80 mmHg, PIC: 15 mmHg, PPFC: 60 mmHg.
- 2. PA: 120/80 mmHg, PIC: 9 mmHg, PPFC: 80 mmHg.
- 3. PA: 130/90 mmHg, PIC: 18 mmHg, PPFC: 90 mmHg.
- 4. PA: 130/90 mmHg, PIC: 18 mmHg, PPFC: 50 mmHg.
- 9. No sé.

36. En su opinión de los siguientes grupos de datos, los más relevantes para la valoración de enfermería al iniciar el turno en la UCI son (Señale **SÓLO UNA OPCIÓN** con X):

- 1. Diagnóstico médico, reporte de paraclínicos, datos monitoreo.
- 2. Reporte de turno anterior, valoración física, reporte de paraclínicos, datos monitoreo.
- 3. Reporte turno anterior, diagnóstico médico, datos monitoreo, registros antiguos.
- 4. Examen físico y reporte de paraclínicos solamente.
- 9. No sé.

37. Los diagnósticos de enfermería de la NANDA. (Señale **SÓLO UNA OPCIÓN** con X):

- 1. Expresan los problemas del paciente que dependen de la efectividad de la terapia.
- 2. Expresan el juicio clínico profesional sobre las respuestas de los pacientes ante los problemas de salud.
- 3. Expresan el juicio clínico sobre las respuestas de los pacientes ante los problemas de salud y la terapia médica.
- 4. Todas las expresiones son ciertas.
- 9. No sé.

38. La taxonomía de intervenciones de enfermería NIC se refiere (Señale **SÓLO UNA OPCIÓN** con X):

- 1. Conjunto de intervenciones de enfermería derivadas del diagnóstico médico orientadas a la recuperación integral del paciente.
- 2. Intervenciones de enfermería independientes e interdependientes.
- 3. Clasificación estandarizada de intervenciones orientadas a lograr resultados deseados en los pacientes.
- 4. Actividades de enfermería que dependen de su condición de salud.
- 9. No sé.

39. La taxonomía de resultados esperados NOC sirve para: (Señale **SÓLO UNA OPCIÓN** con X).

- 1. Definir el costo de las intervenciones de enfermería y su efectividad
- 2. Evaluar la efectividad de las acciones de enfermería de acuerdo con las metas
- 3. Restituir la salud de los pacientes con respeto.
- 4. Plantear propuestas de cuidado de enfermería humano y con calidad.
- 9. No sé.

**VI. OPINIÓN SOBRE UTILIDAD PRÁCTICA DEL PAE**

40. En su opinión cuál es la utilidad del PAE para el cuidado de los pacientes? (**Explique su respuesta en el espacio**)

**VII. UTILIZACIÓN DEL PAE Y LAS TAXONOMÍAS DE ENFERMERÍA**

41. *Lea cuidadosamente cada uno de los enunciados y escoja SÓLO una de las alternativas de respuesta de acuerdo a lo que considere. Señale con X en la casilla correspondiente.*

1	2	3	4	5	9				
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	No sabe, no responde.				
<b>AFIRMACIONES</b>				<b>Alternativas de respuesta</b>					
				1	2	3	4	5	9
1. Las fases del PAE son sistemáticas.									
2. La realización de todas las fases del PAE retrasa la atención a los pacientes.									
3. Las taxonomías son útiles como lenguaje de enfermería unificado									
4. Algunas fases del PAE no son importantes para brindar cuidado a los pacientes.									
5. Las taxonomías son solamente útiles en la formación universitaria									
6. Los diagnósticos de enfermería reflejan la autonomía profesional.									
7. En la práctica cotidiana la valoración de enfermería es la etapa más importante.									
8. Las taxonomías de enfermería reflejan el desarrollo investigativo de la profesión.									
9. El esfuerzo personal por aplicar el PAE no cambia la situación de la profesión de enfermería en las instituciones.									
10. La aplicación del PAE en el cuidado de los pacientes facilita el cuidado integral de los pacientes.									

**GRACIAS POR CONTESTAR LA ENCUESTA!!!**

### Anexo 3. Consentimiento informado

Mediante la firma de este documento, YO \_\_\_\_\_ con cédula de Ciudadanía No \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para que me hagan una encuesta o me entrevisten, entendiendo que esta información formará parte de un estudio que aportará a conocer algunos asuntos relacionados con la profesión y la forma de trabajar de los profesionales de enfermería.

Entiendo que se establecerá comunicación conmigo en los horarios y lugares que me convengan. Soy consciente de que fui elegido(a) para participar en este estudio y de que concedo libremente la información. Estoy consciente de que mi participación es totalmente voluntaria y que aun después de iniciado el proceso puedo rehusarme a responder cualquier tipo de pregunta, o retirarme del estudio cuando lo desee, sin retaliación por ello.

Se me ha dicho que mis respuestas no serán reveladas a nadie y que en ningún informe de este estudio se me identificará en forma alguna. También se me ha informado que no tendré ningún tipo de riesgo relacionado con la investigación.

Además, se que no recibiré ninguna retribución económica y que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito antes de ser publicados. Se me suministrará el nombre y número telefónico de uno de los investigadores a quienes puedo dirigirme en caso de tener alguna duda acerca del estudio o sobre mis derechos como participante en el mismo.

\_\_\_\_\_  
Firma del profesional enfermería.

\_\_\_\_\_  
Juan Guillermo Rojas

Investigador.

Cualquier pregunta o duda puedo resolverla con el investigador principal: Enfermero Juan Guillermo Rojas (docente). Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia.

Dirección: Calle 64 Nro. 53 – 9. Teléfono: 210 63 50 - Fax: 211 00 58

Email: [rojitas620@tone.udea.edu.co](mailto:rojitas620@tone.udea.edu.co)