



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERETARO

FACULTA DE ENFERMERIA

**Factores que Intervienen en la Aplicación
del Proceso de Enfermería**

T E S I S

QUE COMO PARTE DE LOS REQUISITOS PARA OBTENER
DE GRADO DE:

Maestra en Ciencias de Enfermería

P R E S E N T A :

Lic. Ana María Cristina Reyes Reyes

SANTIAGO DE QUERETARO, QRO., FEBRERO DEL 2000

No. Adq. H62872
No. Titulo IS
Clas. 610.730692
R457f

BIBLIOTECA CENTRAL UAO
"ROBERTO RUIZ OSORIO"



**UNIVERSIDAD AUTONOMA
DE QUERETARO**

FACULTAD DE ENFERMERIA

***Factores que Intervienen en la Aplicación
del Proceso de Enfermería***

TESIS

**QUE COMO PARTE DE LOS REQUISITOS PARA OBTENER EL
GRADO DE:**

Maestro en Ciencias de Enfermería

PRESENTA:

Lic. Ana María Cristina Reyes Reyes

SANTIAGO DE QUERETARO, QRO., FEBRERO DEL 2000.

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE ENFERMERÍA**

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

*Factores que Intervienen en la Aplicación
del Proceso de Enfermería*

TESIS

**Que como parte de los requisitos para obtener el Grado de
Maestra en Ciencias de Enfermería**

Presenta:

Lic. Ana María Cristina Reyes Reyes

Dirigido por:

M. en E. Ana Laura Quintero Crispín

SINODALES

M. en E. Ana Laura Quintero Crispín
Presidente

M.S.P. Dora Elia Silva Luna
Secretario

M.C. José López Salgado
Vocal

M.C. Alejandra Hernández Castañón
Suplente

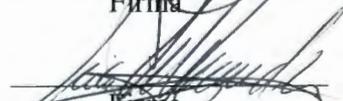
Dra. Lynn Skillen
Suplente

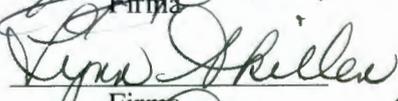
Lic. en Enf. Aurora Zamora Mendoza
Director de la Facultad de Enfermería

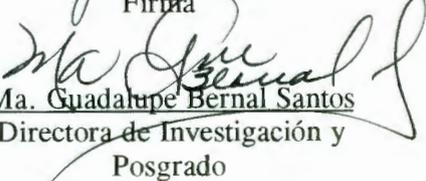

Firma


Firma


Firma


Firma


Firma


Dra. Ma. Guadalupe Bernal Santos
Directora de Investigación y
Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Febrero del 2000
México

RESUMEN

Con la finalidad de analizar que factores intervienen en la aplicación del Proceso de Enfermería (PE) en un Hospital Privado del Distrito Federal, se realizó un estudio cualitativo – fenomenológico. Se entrevistaron a 10 Licenciadas en enfermería y a un grupo focal de cinco enfermeras. Para recopilar la información se realizaron entrevistas a profundidad en los servicios de urgencias, cirugía, ginecopediatría, recuperación y unidad de cuidados intensivos. Se analizó el contenido de cada una de las entrevistas de los participantes, para lo cual se diseñó una hoja de identificación de enunciados mismos que se clasificaron en nueve categorías asociadas con el PE (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación). Posteriormente se establecieron subcategorías para agrupar dichos enunciados e identificar las frases que se repetían en cada una de las entrevistas para caracterizar cada una de las etapas, así como las dificultades en su aplicación como son exceso de trabajo, tipo de servicio, tipo de paciente, profundidad en los conocimientos e interés del personal.

En este estudio las enfermeras reflejaron la necesidad de actualización y capacitación sobre el manejo de la taxonomía de la NANDA, modelos y teorías de enfermería. Entre los factores asociados a la aplicación del proceso de enfermería están la interrelación entre el personal operativo y administrativo, aspectos del paciente y su familia, los relacionados con el servicio de enfermería y los del contexto institucional.

Palabras clave: proceso de enfermería, práctica profesional, aplicación del proceso de enfermería, intervención de enfermería.

SUMMARY

A qualitative, phenomenological study was undertaken to analyze the factors which affect the application of the Nursing Process in a private hospital in the Distrito Federal of Mexico. Ten holders of a B.S. degree in Nursing and a target group of five nurses were interviewed. Exhaustive interviews were carried out in the areas of emergency services, surgery, gynecology, pediatrics, recovery and intensive care in order to obtain information. The content of each interview was analyzed, using an identification sheet for key words which were classified in nine categories related to the Nursing Process (assessment, diagnosis, planning, execution, evaluation). Subcategories were then established to group these key words together and identify phrases repeated in each interview in order to characterize each of the stages as well as the chief difficulties in their application, such as excessive work, the kind of service, type of patient, depth of knowledge and interest shown by personnel.

In this study nurses manifested the need for up-dating and training in NANDA taxonomy, models and nursing theories. Diverse factors come into play which are associated with the application of the nursing process on different levels, such as the relationship between operating and administrative personnel, patient, family factors, related to the nursing service and with the institutional context.

KEY WORDS: Nursing procedure, professional practice, application of the nursing process, nursing intervention.

A:

José Luis, Carlos Adrián y José mi familia

M.S.P. Lucia E. Leroux Romero

Lic. Enf. Silvia A. Cárdenas Oscoy

Por el apoyo, comprensión, confianza y amor.

AGRADECIMIENTOS

A las autoridades y compañeros de la E.S.E.O. en especial a la Lic. Enf. Ma. Luisa Ward Velasco

A las autoridades de la Facultad de Enfermería

A mi asesor M. en E. Ana Laura Quintero Crispín

A mis maestros en especial a la M.S.P. Dora Elia Silva Luna

A los directivos de enfermería y enfermeras del Hospital Angeles del Pedregal, D.F.

Por el apoyo, motivación, confianza y contribución a mi desarrollo personal y profesional.

CONTENIDO

Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Contenido	v
Indice de Esquemas	viii
Indice de Cuadros	ix
I. INTRODUCCION	1
1.1 Planteamiento del problema	2
1.2 Objetivos	
1.2.1 Objetivo General	6
1.2.2 Objetivos Específicos	6
1.3 Justificación	6
II. REVISION DE LA LITERATURA	
2.1 Antecedentes	8
2.1.1 Etapas del Proceso de Enfermería	12
2.2 Proceso de Enfermería y los Modelos	
Teóricos de la disciplina	24
2.3 Controversia sobre la utilidad del PE en la	
práctica clínica	25
III. METODOLOGIA	
3.1 Diseño	30
3.2 Población	30
3.3 Material y procedimientos	31

3.4 Estrategias de análisis de resultados	33
3.5 Consideraciones éticas	33
IV. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	
4.1 Análisis de las entrevistas a las licenciadas en enfermería	35
4.1.1 Características académico – personales	35
4.1.2 Conocimientos en la aplicación del proceso de enfermería	37
4.1.3 Etapa de valoración	39
4.1.4 Etapa de Diagnóstico	43
4.1.5 Etapa de Planeación	48
4.1.6 Etapa de Ejecución	53
4.1.7 Etapa de Evaluación	57
4.1.8 Utilidad del proceso de enfermería	60
4.1.9 Metatemas	65
4.2 Análisis de los aspectos que más caracterizan cada una de las etapas del PE	66
4.3 Análisis de la entrevista al grupo focal	
4.3.1 Características académico – personales	72
4.3.2 Conocimientos en la aplicación del proceso de enfermería	72
4.3.3 Etapa de valoración	73
4.3.4 Etapa de Diagnóstico	74
4.2.5 Etapa de Planeación	76
4.3.6 Etapa de Ejecución	77
4.3.7 Etapa de Evaluación	78
4.3.8 Utilidad del proceso de enfermería	79
4.3.9 Metatemas	80
4.4 Descripción sobre los cambios al formato	81

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 Conclusiones	84
5.2 Recomendaciones	85
BIBLIOGRAFIA	87
APENDICES	92
A. Diagnósticos enfermeros de la NANDA (1999-2000)	93
B. Guía de entrevista a Licenciadas en enfermería	99
C. Guía de entrevista para grupo focal	102
D. Guía de entrevista para conocer los cambios en la estructura del formato	104
E. Glosario	105
F. Formatos de valoración clínica de enfermería	108
G. Cambios en los formatos de valoración clínica de enfermería	109
H. Experiencias del investigador en el diseño cualitativo	110

INDICE DE FIGURAS

Figura	Pág.
Figura 2.1 Relación entre las etapas del PE	10

INDICE DE CUADROS

Cuadro	Pág.
Cuadro 4.1 Aspectos que caracterizan la etapa de valoración	67
Cuadro 4.2 Aspectos que caracterizan la etapa de diagnóstico	67
Cuadro 4.3 Aspectos que caracterizan la etapa de planeación	68
Cuadro 4.4 Aspectos que caracterizan la etapa de Ejecución	69
Cuadro 4.5 Aspectos que caracterizan la etapa de evaluación	69
Cuadro 4.6 Principales dificultades para aplicar cada una de las etapas del proceso de enfermería según reportes de participantes	71

CAPITULO I

INTRODUCCION

En la actualidad la profesión de enfermería se enfrenta a diferentes retos tales como consolidar la identidad profesional, asumir la responsabilidad que implica la prestación de servicios de salud y el fortalecimiento de su práctica clínica. Este último reto ha sido considerado el más importante, porque es en la práctica donde el profesional de enfermería muestra su compromiso y responsabilidad en la atención al cliente (Iyer y Camp, 1995) y además requiere de principios científicos y de la utilización del Proceso de Enfermería como método que guíe su práctica.

El Proceso de Enfermería (PE) es una aproximación sistemática en donde la enfermera utiliza el diagnóstico y las respuestas humanas para resolver los problemas de salud actuales o potenciales del ser humano. El PE ha sido identificado como una herramienta efectiva para la toma de decisiones y en la solución de problemas de la práctica clínica por el flujo constante de información que genera en sus cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación (Marquis y Huston, 1998).

A pesar de que este método es fundamental para la práctica de enfermería, a través de la experiencia y de la revisión de literatura, se ha observado que la enfermera no lo aplica en su totalidad restándoles con ello las ventajas que en su uso resultan para el paciente y la profesión. Cabe señalar que algunas instituciones del sector privado se han interesado en seguir este método de trabajo para el cuidado del paciente, en donde han diseñado instrumentos basados en las etapas del PE que guían la acción de la enfermera y establecen las bases prácticas para las intervenciones de enfermería; tal es el caso de un grupo corporativo de

Hospitales Privados en el Distrito Federal.

Por lo anterior, y por otras razones que se mencionarán en las páginas subsecuentes se presenta en este documento el informe de un estudio cualitativo - fenomenológico, en donde se analizan los factores que intervienen en la aplicación del Proceso de Enfermería.

1.1 Planteamiento del problema.

La enfermería es una profesión cuyo objetivo es ayudar a todo individuo a preservar la salud y a recuperarla en caso de perderla; hace muchos años la práctica de enfermería se ejercía por mujeres voluntarias y sus actividades sólo se enfocaban a proporcionar confort y medidas higiénicas a los enfermos.

(Martínez, 1995)

Sin embargo Florencia Nightingale^a, le dio un enfoque científico a la práctica de enfermería tomando en consideración la necesidad de describir y registrar los aspectos relacionados con el paciente y su entorno. En el tiempo de Nightingale los registros principalmente comunicaban la ejecución de ordenes médicas y no así el estado de salud del paciente, como es hoy en día en algunos servicios de salud.(Martínez, 1995)

Desde el punto de vista de Moran (1996) la enfermera no cubriría sus expectativas de desarrollo sin un complemento más sustancial que el Proceso de Enfermería. Él PE refleja los cambios en la práctica así como la unión entre previsión y evaluación del cuidado. Es considerado un método para la ejecución organizada de las actividades de la enfermera y lo conceptualiza como :

" un método sistemático y organizado que ayuda a identificar los problemas del paciente en forma adecuada y planear científicamente los cuidados de enfermería de manera individualizada y evaluando su efectividad" (Moran, 1996).

Mason y Atree (1998) consideran que las fuerzas sociales y educacionales han influido en el desarrollo de tres generaciones del proceso de enfermería. La primera generación se interesó por los problemas y el proceso. La segunda generación se interesó por el entendimiento por la naturaleza de la diagnosis y el razonamiento diagnóstico y se ha propuesto una tercera generación que califica la importancia de las habilidades críticas, metacognitivas y del pensamiento que apoyen la especificación y prueba del razonamiento clínico, esta podría ser una alternativa para el proceso de enfermería tradicional y necesario para la práctica de enfermería contemporánea. (Mason y Attree 1998).

El proceso de enfermería fue adoptado originalmente por las enfermeras de Norteamérica a partir de la teoría general de sistemas y rápidamente llego a ser un símbolo de la enfermería contemporánea, así como también un ideal de trabajo para la enfermera profesional. A diferencia de esto en el Reino Unido no tuvo éxito, quizá porque en su implementación se uso como una estrategia de cambio en forma coercitiva, es decir como una imposición, sin tiempo suficiente para la educación respecto a los fundamentos científicos y filosóficos, como consecuencia el proceso de enfermería inicialmente fue conocido como un mandato no profesional y educacional más que un componente de organizaciones del cuidado deliberado de enfermería. Las bases teóricas de las cuales se derivó el proceso de enfermería lo transformaron en un elemento clave del papel de enfermería en la investigación, la educación y la práctica. (Mason y Attree 1997)

A pesar de que académicamente se ha promovido el uso del PE para la atención de enfermería, en la revisión de literatura son pocos los estudios que evalúan la aplicación del mismo en el ambiente clínico y aún menos cuando se trata de estudios cualitativos. Al respecto Connell en 1998, realizó un estudio con el objetivo de examinar el uso del proceso de enfermería en los servicios clínicos a través de la metodología cualitativa de la Gran Teoría en donde se propone una hipótesis a partir de los datos con un razonamiento inductivo o deductivo y busca la explicación de un problema social. Entrevistó a 27 enfermeras clínicas, realizó observaciones de campo y auditorías profundas de los registros de los pacientes. Los resultados mostraron que las enfermeras experimentaron un problema social básico relacionado con su estado de "desconocimiento" del PE en dos dominios (1) como aplicarlo al cuidado del paciente y (2) como aplicarlo a su status laboral y a su profesión.

Hasta la fecha no se localizan documentos que registren experiencias de la aplicación del Proceso de Enfermería por las enfermeras Mexicanas tanto en Instituciones de Seguridad Social como del sector privado, quizá esto sea por falta de investigación o difusión en cuanto al proceso de pensamiento y a la ruta crítica seguida por las enfermeras, al adoptarlo como método de trabajo y sí este, modifica en alguna forma la administración del cuidado del paciente y a su vez cómo se refleja en el resultado de la atención.

En el Distrito Federal en un Hospital Privado del Grupo Empresarial Angeles a partir de 1995 se desarrolla un Modelo de Atención de Enfermería para los pacientes que ahí ingresan (Ibarra, 1999), éste es un modelo ecléctico por su diversidad teórica y holística porque incorpora conceptos con diferentes cosmovisiones (filosófica, positivista y sociocrítica) sus elementos teóricos son: 1) la definición de enfermería (Henderson), 2) la clasificación de las necesidades humanas (Orem), 3) concepto de niveles de dependencia y fuentes de dificultad, 4) la taxonomía de los

diagnósticos de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) y 5) los sistemas de enfermería (Orem) utilizando como elemento metodológico el PE. Dicha Institución cuenta con 200 camas, con servicios de primero, segundo y tercer nivel de atención a la salud así como los medios de diagnóstico y tratamiento más avanzados.

El objetivo del personal de enfermería al implementar él bajo este modelo en esa Institución, es lograr y mantener un sistema de trabajo profesional e integral, con una organización sólida, un respaldo académico universitario en sus líderes y un modelo operacional, que incluya teoría y métodos propios de enfermería así como una metodología general de trabajo aplicable a todas las Instituciones del Grupo Empresarial.

Ante la ausencia de información sobre la aplicación del PE en la práctica profesional de los diferentes lugares donde se desempeña la enfermera y transcurrido el espacio de tiempo para que la Institución evalúe lo que ha establecido como sistema de trabajo, es que se decide plantear las siguientes preguntas de investigación:

- 1. ¿ Qué bases guían a las enfermeras en la aplicación del Proceso de Enfermería en su práctica profesional?**
- 2. ¿ Que diferencias de tipo conceptual según etapas y a nivel operativo encuentran las enfermeras en la aplicación del Proceso de Enfermería?**

1.2 Objetivos.

1.2.1. Objetivo General.

Analizar los factores que intervienen en la aplicación del Proceso de Enfermería en enfermeras licenciadas que laboran en un Hospital Privado.

1.2.2 Objetivos Específicos.

1. Describir las percepciones de las licenciadas en enfermería respecto a la aplicación del PE para identificar las bases científicas en que lo fundamentan.
2. Distinguir las diferencias de tipo conceptual y operativo que tienen las enfermeras en la aplicación de las etapas del Proceso de Enfermería.
3. Identificar la aplicabilidad de los formatos en que se apoyan las enfermeras para realizar las acciones deliberadas en el paciente sujeto de atención.

1.3 Justificación.

Los hallazgos de este estudio representan un referente cualitativo para futuras investigaciones cuyo propósito es evaluar las experiencias en la aplicación del PE en diferentes ámbitos de la práctica de enfermería también permitió identificar aquellos conocimientos básicos que limitan la aplicación del PE y que pueden ser mejorados o profundizados en las instituciones de educación superior en enfermería así como en las de salud a través de los programas de capacitación y adiestramiento.

De manera particular el estudio evidencia los factores que intervienen en la aplicación del PE en un Hospital privado mismos que pueden ser considerados como fundamento por las enfermeras administradoras y las educadoras de la institución estudiada para establecer indicadores de evaluación en la aplicación del

PE y plantear estrategias para la reorganización de las actividades de capacitación para el uso de dicho método de trabajo.

Por otro lado el personal operativo de la misma institución tendrá la posibilidad de reflexionar sobre las estrategias que emplea en la aplicación del método de trabajo de enfermería.

CAPITULO II

REVISION DE LA LITERATURA

2.1 Antecedentes.

Desde el tiempo de Florencia Nightingale, las enfermeras han considerado la documentación como una parte vital de la práctica profesional. En los primeros escritos de Nightingale, expresa la necesidad de registrar "el uso apropiado de aire fresco, la temperatura, limpieza y la selección y administración de una dieta adecuada" con la meta de recolectar, narrar y rescatar los datos del cuidado del paciente. En el tiempo de Nightingale, estos registros sólo comunicaban la ejecución de ordenes médicas y no incluían la observación y la apreciación del cuidado del paciente. (Iyer y Camp, 1995)

Durante la década de los treinta Virginia Henderson, promovió la idea de escribir planes de cuidados para comunicar el estado del paciente. Aunque esta comunicación es esencial para enfermería, el personal médico no siempre los considera en sus registros. Consecuentemente la documentación de enfermería es descartada una vez que el paciente es dado de alta.(Iyer y Camp, 1995)

Al inicio de la década de los setenta la documentación de enfermería ha llegado a ser más importante porque refleja los cambios en la práctica de enfermería, los requerimientos reglamentarios y las normas legales para la profesión. Con el desarrollo del Proceso de enfermería como marco para la práctica, la documentación representa un eslabón inicial entre la provisión y evaluación del cuidado (Iyer, 1995).

El proceso de enfermería proporciona un método lógico y racional para que la enfermera organice la información de tal manera que la atención sea adecuada, eficiente y eficaz. El PE tiene tres consecuencias esenciales: 1) *Para la profesión muestra el alcance de la práctica de enfermería a través de sus fases, ayuda a definir su papel frente a los demás profesionales, le permite definir la amplitud de su campo de acción y definir directrices hacia la práctica clínica, de atención y de rendimiento profesional;* 2) *Para el cliente y la familia, favorece su participación activa en cada una de las etapas del proceso así como la continuidad de los cuidados y la atención individualizada y* 3) *para el profesional de enfermería, aumenta la satisfacción por el trabajo y potencia el desarrollo profesional a través de las recompensas que le confiere la práctica clínica (Iyer, Taptich y Bernocchi-Losey, 1997).*

Diferentes autores (Carpenito, 1990; Alfaro, 1992; Potter, 1995; Alfaro, 1996 e Iyer, 1997) han dedicado parte de su tiempo a escribir sobre el proceso de enfermería. En algunos de ellos se presentan como una serie de cuatro o cinco etapas, cada una constituida por un número determinado de pasos. Todas las partes del proceso están relacionadas entre sí y afectan al todo. Las etapas del proceso se producen en forma secuencial aunque no son lineales, mismas que se presentan en el esquema 2.1 de la siguiente página.



Figura 2.1 Relación entre las etapas del proceso de enfermería. Alfaro, (1996)

Entre las diferentes conceptualizaciones del PE aquí se presentan las más utilizadas:

"Proceso intelectual compuesto de distintas etapas, ordenadas lógicamente que tienen como objetivo planificar cuidados orientados al bienestar del cliente". (Phaneuf 1993).

"Constituye el concepto unificador de la materia, es el método por el que ésta se practica de forma sistemática y que proporciona además los medios, mediante los cuales el profesional de enfermería demuestra responsabilidad ante los pacientes y sus familiares". Potter (1996).

"Descripción general del plan de atención de enfermería: valoración, análisis, planificación, ejecución y evaluación". Smith (1996).

"Método sistemático y organizado para administrar los cuidados de enfermería, centrado en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos, alteraciones de la salud reales o potenciales" Alfaro (1992).

El proceso de enfermería ha tenido sus raíces en la teoría general de sistemas la cual fue introducida por Berthalanffy en 1930 y ha llegado a ser la base para la averiguación científica en la década de los cincuenta y sesenta. Esta teoría incluye un proceso dinámico el cual tiene operaciones de entrada y salida a los sistemas. Mason y Attree (1997) señalan que existe una asociación entre los sistemas dinámicos y el proceso de enfermería. Considerando el proceso de enfermería como un sistema abierto que mantiene una actividad cíclica en la cual se mejoran los procesos de entrada, trayectoria y resultado.

Es de particular interés comentar que el proceso de enfermería en los Estados Unidos inicialmente fue difundido por teoristas y enfermeras no

practicantes, explicándose a través de la teoría más que de la experiencia clínica y de la investigación, así fue interiorizado por muchas enfermeras practicantes como un sistema de documentación del cuidado, lo que tuvo poco o casi nada de impacto en el cuidado proporcionado al paciente (Mason y Attree 1997).

El proceso de enfermería es un componente sistemático y organizacional del cuidado deliberado de enfermería sin embargo se ha convertido en una herramienta teórica popular para la educación y la investigación, la mayoría de las enfermeras llegan a familiarizarse con los principios y aplicación del mismo y con las funciones y relaciones entre cada una de sus partes, pero aún existe controversia sobre la utilidad del proceso así como la ejecución completa de este en la práctica clínica

2.1.1 Etapas del Proceso de Enfermería.

A continuación se describen cada una de las etapas del proceso de enfermería: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación según algunos autores.

LA VALORACIÓN es el primer paso del proceso de enfermería y se enfoca a la recolección de los datos relativos a la salud del paciente. Aunque la principal fuente de información es el paciente, la recolección completa de datos incluye reunir información de las siguientes fuentes; familiares, otras personas allegadas, registros médicos y de enfermería, consultas verbales y escritas con otros profesionales y literatura relevante. Alfaro (1992) Es importante que la enfermera considere lo siguiente:

- La duración de estancia del paciente en la unidad área o departamento.
- La complejidad de las necesidades del cuidado de enfermería para la población que es atendida en la unidad, área o departamento.

- Las condiciones principales de la población que es atendida en la unidad, área o departamento.

El objetivo de la valoración es apreciar:

- ✓ Problemas
- ✓ Riesgos para la salud del paciente
- ✓ Riesgos potenciales para el autocuidado.
- ✓ Necesidades de educación para el paciente y la familia. (Iyer y Camp, 1995)

En la valoración se incluyen siete factores:

- ❖ Biofísicos: involucra la revisión de los datos relevantes de los sistemas corporales y de los parámetros fisiológicos.
- ❖ Biopsicosociales: contemplan información relevante sobre los sistemas de apoyo social, miedo, ansiedad, dolor y factores relacionados con la hospitalización.
- ❖ Ambientales: incluyen cualquier consideración ambiental necesaria para planear el cuidado o equipo especial usado por el paciente y necesario para su cuidado.
- ❖ Autocuidado: en este se aprecia la necesidad y capacidad para ejecutar las actividades de la vida diaria de manera apropiada.
- ❖ Necesidades de educación.
- ❖ Factores de planeación para el alta del paciente tales como: a donde ira el paciente después de que es dado de alta, accesibilidad para el seguimiento del cuidado y recursos de conocimiento disponibles.

En la valoración es importante que la enfermera pueda identificar poblaciones de pacientes específicos:

- Pacientes que reciben tratamiento para el alcoholismo u otras farmacodependencias.
- Pacientes que son víctimas de maltrato o se sospecha de abuso.
- Infantes, niños y adolescentes.

Los conocimientos que requiere la enfermera para la valoración del paciente: Sistemas biopsicosociales y espirituales, necesidades del desarrollo humano, proceso salud-enfermedad, fisiopatología, sistema familiar, valores y cultura de uno mismo, del paciente y su entorno.

Las habilidades necesarias para realizar la valoración son: La observación sistemática, comunicación eficaz, establecer una relación de ayuda, obtener una historia de enfermería y realizar una exploración física de salud.

La obtención de datos es a partir de cinco métodos: Entrevista, examen físico, observación, revisión de informes diagnósticos e historias y colaboración con otros profesionales. (Kozier 1993)

Como lo refiere Alfaro (1992) el **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA** es "un problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta holística humana de un individuo o grupo y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar independiente" usualmente tiene tres componentes:

- ❖ Respuesta humanas o problemas.
- ❖ Factores relacionados.
- ❖ Signos y síntomas

Los diagnósticos de enfermería se centran más en la respuesta humana que en la enfermedad, y las enfermeras son responsables de identificarlos y tratarlos independientemente. Los problemas interdependientes se centran más en la respuesta fisiopatológica de los órganos o sistemas y las enfermeras son responsables de identificarlos y tratarlos en colaboración con el médico.

Las respuestas humanas describen el problema que la enfermera ha identificado a través de la apreciación. La NANDA define los problemas que son competencia de enfermería de acuerdo con su preparación (106 diagnósticos) (1994) (Ver Apéndice A) Cada uno de los diagnósticos enumerados tienen tres componentes: (Alfaro,1992)

- * Etiqueta de la categoría diagnóstica (problema).
- * Las características definitorias (grupo de signos, síntomas y factores de riesgo que con frecuencia se ven en ese diagnóstico).
- * La etiología común del problema.

Un ejemplo de lo anterior sería:

Diagnóstico: Patrón respiratorio ineficaz relacionado con la incisión torácica derecha.

Problema: patrón respiratorio ineficaz

Característica definitoria: Disnea

Etiología: Incisión torácica derecha

Después de que se recolectan y analizan los datos la enfermera formula el diagnóstico a través de la selección de las respuestas humanas de la lista de la NANDA.

Los factores relacionados reflejan las respuestas fisiológicas y la influencia de los elementos psicosociales y espirituales. El identificar los factores relacionados es tan importante como la identificación de las respuestas humanas. Mientras que las respuestas humanas guían la selección de los resultados apropiados, los factores guían la selección de intervenciones. Si la enfermera no puede identificar los factores relacionados debido a los datos insuficientes puede indicarlos como "etiología desconocida".

Las respuestas humanas pueden estar asociadas con una diversidad de

factores por ejemplo incapacidad en la movilidad relacionada a la fatiga o incapacidad en la movilidad relacionada a la disminución de la agudeza visual. En este ejemplo la respuesta humana es la misma pero las intervenciones reflejan la diferencia entre los factores relacionados.

Los signos y síntomas también denominados "características definitorias" son el eslabón con los factores relacionados a través de las palabras "evidenciado por". La lista de signos y síntomas asociados con la respuesta humana puede ser muy extensa por lo que la enfermera debe documentar solo los signos y síntomas más importantes para no prolongar el diagnóstico de enfermería.

Para la formulación de los diagnósticos de enfermería reales deberá escribir una formulación en tres partes usando el formato PES (Alfaro, 1992; Martínez, 1995) Problema de salud (P), Etiología (E) y Signos y síntomas (características definitorias) (S).

Para formular un diagnóstico de enfermería real, se identifica el problema con su etiología usando "relacionado con", se añade "manifestado por" o "evidenciado por" y se escriben los signos y síntomas mayores que validan la existencia de ese diagnóstico.

Para enunciar un diagnóstico de enfermería potencial se escribe una formulación en dos partes identificando el problema potencial y añadiendo "relacionado con" para unir el problema y los factores contribuyentes (factores de riesgo).

Para escribir un diagnóstico para un problema posible la formulación se escribe en dos partes expresando el posible problema y añadiendo "relacionado con" para unirlo con los posibles factores contribuyentes.

Los conocimientos que la enfermera debe tener para la elaboración del diagnóstico de enfermería son: problemas de salud comunes que la enfermera puede identificar y tratar, factores etiológicos de los problemas de salud, signos y características de los problemas de salud, factores de riesgo asociados a los problemas potenciales de salud, medidas normales estándar y mecanismos individuales de defensa. (Kozier, 1993)

Las habilidades que la enfermera debe tener son; diferenciar los datos observados y los elaborados, pensar críticamente, identificar modelos y relaciones, organizar y agrupar datos, llegar a conclusiones, razonar inductiva y deductivamente y formular un diagnóstico de enfermería. (Kozier 1993)

Las técnicas cognoscitivas que se necesitan para realizar un diagnóstico de enfermería son; objetividad, pensamiento crítico, toma de decisiones y razonamiento inductivo y deductivo. El ser objetivo significa concretarse al hecho en si, por ejemplo, los valores y las creencias de la enfermera no deben afectar la interpretación y el análisis de los datos. (Kozier, 1993) El pensamiento crítico es un proceso cognoscitivo durante el cual los datos se interpretan antes de formar una opinión.

En la definición del diagnóstico la enfermera utiliza todos los datos que le ha proporcionado el paciente, y su propio conocimiento. El diagnóstico debe ser claro, conciso, centrado en el paciente, relacionado con un problema y basado en una valoración completa y apropiada; que aportan la dirección para la planificación de las actuaciones independientes de enfermería.

LA PLANEACIÓN es la etapa clave en el proceso de enfermería. A través de la planeación la enfermera debe proporcionar cuidado individualizado. Al articular el plan de cuidado en el escrito promueve la continuidad y consistencia del mismo. El plan fundamentado en la base de datos y en el diagnóstico de enfermería proporciona la información esencial para el cuidado de alta calidad. Algunos autores incluyen el diagnóstico como parte de la planeación. Para fines de este estudio se consideraron por separado. De tal manera que la planeación incluye:

- Fijación de prioridades
- Establecimiento de objetivos.
- Determinación de las actividades de enfermería.
- Documentación del plan de cuidados.

El establecimiento de prioridades durante la fase inicial de planificación incluye lo siguiente:

- ✓ Determinar que problemas requieren atención inminente para emprender acciones inmediatas.
- ✓ Determinar los diagnósticos de enfermería que se abordarán en el plan de cuidados de enfermería (aquellos que son inusuales o complejos).
- ✓ Determinar los problemas interdependientes que requieren órdenes médicas para el diagnóstico, control o tratamiento.

La fijación de prioridades requiere contemplar toda la perspectiva del paciente y la comprensión de cómo afectan los problemas a la persona implicada.

El establecimiento de objetivos realistas es una importante actividad de la planificación por las siguientes razones:

- Son "pilares" del plan de cuidados.
- Dirigen sus intervenciones.

- Son factores de motivación.

Los objetivos centrados en el paciente se basan en el resultado final deseado del plan de cuidados: que el paciente se beneficie de los cuidados de enfermería. Escribir los resultados esperados implica escribir objetivos en tres áreas de competencia: competencia cognitiva (resultados relacionados con cambios en el conocimiento o habilidades intelectuales), competencia afectiva (resultados relacionados con cambios de actitudes sentimientos y valores) y competencia psicomotora (resultados relacionados con el desarrollo de habilidades motoras). (Alfaro, 1992)

Las actividades de enfermería se registran en términos de valorar, hacer, asesorar, referir y enseñar. Las acciones de enfermería deben proporcionar instrucciones claras sobre que acciones de enfermería deberán realizarse para cada problema específico, incluyendo los siguientes componentes: fecha en que se escribe la orden, acción que tiene que realizarse, quién va a realizar la acción, cómo, cuándo, dónde, con qué frecuencia, cuánto tiempo, en qué medida y se debe adicionar la firma de la enfermera.

Los planes de cuidados de enfermería se centran en los diagnósticos de enfermería, y sirven para tres propósitos principales: dirigir las intervenciones de enfermería, dirigir las anotaciones de enfermería y proporcionar un instrumento para la evaluación. Los métodos para anotar los planes de cuidados varían de una institución a otra, ya que deben cubrir las necesidades únicas de las enfermeras y pacientes de cada institución en particular. No obstante, todos deberían proporcionar documentación de los diagnósticos de enfermería, resultados esperados, actividades de enfermería y evaluación. (Alfaro, 1992)

Los conocimientos que la enfermera debe poseer para el desarrollo de esta etapa son los siguientes; conocer las fuerzas, debilidades y valores del paciente, experiencia de la práctica de enfermería, recursos disponibles para realizar las estrategias de enfermería.

Entre las habilidades de la enfermera para planear el cuidado se consideran; toma de decisiones, solucionar problemas, registrar los objetivos del paciente que estén relacionados con el diagnóstico de enfermería, establecer prioridades, seleccionar y crear estrategias, de enfermería que sean seguras y apropiadas para lograr los objetivos del paciente, escribir las intervenciones de enfermería y obtener cooperación y participación del paciente.

LA EJECUCIÓN consiste en desarrollar las estrategias de enfermería e implica las siguientes actividades:

- Recolección de datos y valoración continua.
- Establecimiento de prioridades diarias.
- Realización de las intervenciones de enfermería.
- Anotación de los cuidados de enfermería.
- Comunicación de informes verbales de enfermería
- Mantenimiento de un plan de cuidados actualizado.

La planificación y administración de las directrices para la ejecución, en las intervenciones prescritas, se realizan sólo cuando son apropiadas, según lo indique la recolección continua de datos. La habilidad para establecer prioridades diarias dependerá de sus conocimientos y experiencia de enfermería, y su conocimiento de la rutina del centro en el que trabaja. La forma en que priorice diariamente los problemas estará influenciada por el informe del cambio de turno y la valoración de los registros médicos y de enfermería, pero debe dedicar el tiempo necesario para

verificar esta información mediante la valoración directa del paciente. (Alfaro, 1992)

La anotación es un requerimiento legal de todas instituciones de cuidados de la salud. Los malos registros (ilegibles, irrelevantes o incompletos) pueden impedir los cuidados, mientras que los buenos registros (reales, descriptivos, relevantes) comunicaran los aspectos pertinentes de los cuidados del paciente y ayudarán a los demás a valorar los patrones de respuesta del paciente a la enfermedad.

La ejecución implica la evaluación continua tanto del paciente como de la enfermera misma.

El plan de cuidados sirve como una herramienta de comunicación del cuidado del paciente además de asegurar la continuidad del mismo y representa un documento legal del proceso de enfermería. Los objetivos proporcionan un mecanismo para la evaluación del progreso y cambios en el estado de salud del paciente y se dirigen al quehacer de la enfermera. Estos deben estar orientados al paciente, ser realistas, medibles, observables, claros, concisos y especificar el tiempo para cumplirlo.

Las intervenciones ayudan a lograr los objetivos del cuidado del paciente. Deben ser lo suficientemente específicas para dirigir el cuidado. Es decir cada objetivo debe tener un grupo de intervenciones que describen cuales serán los cuidados que se proporcionarán al paciente, como será realizada y quienes serán responsables de la misma. Las intervenciones deben reunir las siguientes características: deben generarse de los factores relacionados, ser específicas, individualizadas, realistas y deben contener el inicio y término de la misma.

Los conocimientos necesarios para ejecutar el plan de cuidados abarcan; los

riesgos físicos y prevención, procedimientos, uso de equipo, organización, dirección, aprendizaje, teoría de cambio, derechos del paciente, y nivel de desarrollo del paciente.

Las habilidades que debe desarrollar la enfermera son; la observación sistemática, la toma de decisiones, resolución de problemas, el pensamiento crítico y la creatividad, comunicación efectiva, mantener una comunicación de ayuda, realizar técnicas psicomotoras, enseñanza de autocuidado comunicar afecto, actuar como un apoyo al paciente, delegar, supervisar y evaluar el trabajo de otros y realizar las intervenciones de enfermería. La validación del plan y la valoración nuevamente al cliente son procesos continuos durante la ejecución.

La fase de ejecución en el proceso de enfermería incluye la documentación utilizada para las intervenciones. La ejecución es esencial para documentar el tipo de intervención, el tipo de cuidado que representa y las iniciales o firma de la persona que proporciona el cuidado. En este tipo de documentación se usan comúnmente las hojas de flujo que incluyen las intervenciones de la fase de ejecución y el registro de las actividades de enfermería, así como se informa y se documentan las actividades, los datos de valoración y las respuestas del paciente.

LA EVALUACIÓN es la quinta etapa del proceso de enfermería e implica una nueva valoración e todo el plan de cuidado y se integran las siguientes actividades;

- Establecimiento de criterios de resultados.
- Valoración del estado actual del paciente.
- Evaluación del logro de objetivos.
- Determinación de las variables que afectan el logro de los objetivos.
- Modificación del plan de cuidados/finalización de los cuidados de enfermería.

La definición de los objetivos o resultados es una actividad fundamental en las instituciones de salud, los objetivos no recibían un énfasis en el cuidado de salud debido a la dificultad en la definición y medición de sus resultados. Actualmente son muy importantes para definir la calidad del cuidado de salud.

Los objetivos deben ser medidos de acuerdo a diferentes niveles y propósitos generalmente se determinan los resultados del cuidado específico y el tratamiento de los pacientes y familias. Otro propósito sería probar la efectividad del servicio de una organización. Esto también permite determinar la disminución de la estancia del paciente cuando se mantiene la misma calidad.

Para determinar el logro de los objetivos por parte del paciente, deberá cerciorarse de lo que él puede hacer en relación con los objetivos fijados durante la fase de planificación del proceso de enfermería. La evaluación implica la valoración de los factores que pueden contribuir al éxito del plan, y de aquellos que pueden impedir el progreso. Sin una documentación exacta, el único recurso para esta información puede ser la memoria del paciente, familia y enfermera. (Alfaro, 1992). La evaluación de los objetivos del plan se categorizan como *formativos* o *sumativos*. La evaluación *formativa* ocurre cuando se proporciona el cuidado. Mientras que la *sumativa* ocurre al final de una actividad, tales como la admisión, alta o transferencia a otra área. La evaluación *formativa* depende de las políticas, reglamentos, sistema expedientes, lineamientos de la práctica, diagnósticos de enfermería del tiempo especificado para el objetivo y de las intervenciones de enfermería. La evaluación *sumativa* se lleva a cabo al momento en que el paciente se transfiere o es dado de alta. La evaluación también se documenta en hojas de flujo y notas de progreso.

Los objetivos y respuestas del paciente a las actuaciones de la enfermera son

los conocimientos y habilidades que la enfermera debe considerar para el desarrollo de esta etapa y son; la obtención de datos relevantes, obtención de conclusiones sobre el logro de los objetivos, relación de las acciones con los diagnósticos de enfermería y valoración del plan de cuidados.

2.2 Proceso de Enfermería y Modelos Teóricos de la disciplina.

Debido a que en esta investigación no se pretende analizar el uso de las teorías y modelos de enfermería en el PE, a continuación sólo se describirá la influencia de algunas teóricas en el desarrollo del proceso pues sin duda alguna no se puede deslindar la relación que existe entre la teoría y su aplicación a través del PE.

Durante los años sesenta y setenta, las enfermeras comenzaron a organizar los conocimientos y prácticas de enfermería por medio de la elaboración de marcos teóricos o conceptuales. Ejemplos de tales estructuras son el modelo de Adaptación de Roy, el Modelo de Sistemas de Comportamiento de Jhonson, el concepto de enfermería de Autocuidado de Orem, la teoría de Procesos Vitales de Rogers y el Modelo de Sistemas de Salud de Neuman. El trabajo de estas teóricas ayudó a distinguir los fenómenos de la enfermería dentro del amplio campo de la atención sanitaria (Feliú, 1995; Moran, 1996)

Las críticas que se hacen con mayor frecuencia a las teorías y marcos conceptuales surgen generalmente en la dificultad de aplicarlas a la práctica clínica, ya que describen "como debería ser la enfermería" y no "cómo es en realidad". El uso de términos poco definidos o confusos por parte de estas enfermeras teóricas sólo sirven para limitar la aplicación práctica de las teorías y por consecuencia su aplicación en el PE.

2.3 Controversia sobre la utilidad del PE en la práctica clínica.

Cómo se mencionó en párrafos anteriores la promoción inicial del PE fue por teoristas y no practicantes, y de la teoría más que de la experiencia clínica y de la investigación, de ahí que siempre ha existido la controversia de la utilidad del PE debido a que se carece de información formal del uso del PE en sus cinco etapas en la práctica clínica de la profesión. (Masson y Ataree, 1997).

Diversos autores coinciden al señalar que una de las críticas al PE es la falta de claridad de los fundamentos filosóficos, etapas de desarrollo, enfoques y sus beneficios en la práctica clínica (Varcoe, 1996, Conell, 1998, Masson y Ataree, 1997; Koch y Speers, 1997) principalmente por la lentitud en el desarrollo de investigaciones relacionadas con su aplicación.

Cabe destacar que las investigaciones del PE se han dirigido a buscar las actitudes de las enfermeras hacia el proceso más que examinar el uso clínico del mismo en el contexto clínico. A continuación se presentan los hallazgos de algunos estudios que muestran las dificultades del personal de enfermería en la aplicación del PE.

Settelen (1997) investigó las dificultades de las enfermeras en la definición de los problemas que tienen los pacientes en la etapa de diagnóstico, entre sus resultados encontró que las enfermeras no valoraron la información recibida, no usaron las características definitorias para el problema sin embargo, si tienen la habilidad para reunir la información en el contacto directo con el paciente.

Sanhueza, Jofre y Zenteno (1998) enfocaron su estudio a conocer los factores que influyen en la aplicación del proceso de enfermería en 219 estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad de Concepción de Chile. Las variables de investigación fueron la aplicación del proceso de enfermería, factores dependientes del alumno en la aplicación del proceso de enfermería y los factores relacionados con las experiencias clínicas. Los resultados reportaron que la mitad de los alumnos expuso que en general el proceso se aplica a veces en los diferentes servicios clínicos, como factores importantes para aplicar el proceso de enfermería más de la mitad de los estudiantes considero: el servicio clínico, el hospital y la aplicación que se hace de él en los servicios, también señalaron como importante el tipo de paciente encomendado a su cuidado.

En el estudio anterior también se indagaron factores dependientes del alumno el 91.1 por ciento de los mismos señaló que la importancia que el docente instructor le da al PE influye en su aplicación así como sus conocimientos y percepción respecto al proceso. Los alumnos identificaron como factor que influye en la no aplicación la importancia que el personal de enfermería le otorga al PE en el servicio clínico (53.2 por ciento). Por otra parte también encontraron que el 87 por ciento nunca realiza la valoración ni los registros de enfermería, mientras que el 81 por ciento realiza la exploración física. En la elaboración de los diagnósticos el 56 por ciento nunca enuncia los problemas reales o potenciales.

Con el propósito de describir y teorizar la forma en que es usado el proceso de enfermería en los servicios de cuidado agudo así como los factores que intervienen en dicho proceso, Connell en 1998 estudio a 27 enfermeras registradas con diversos niveles de experiencia en enfermería de hospitales públicos y que usaron el proceso de enfermería, además entrevistó a médicos, pacientes y familiares para determinar las perspectivas en la comunicación global del proceso en

estos servicios. Los resultados revelaron que las enfermeras están en un estado de "desconocimiento" en dos dominios: como aplicar el proceso al cuidado del paciente y como aplicar el proceso al estatus laboral de las enfermeras y a la profesión de enfermería. Los hallazgos de este estudio revelaron que la estructura del proceso de enfermería como se aplica en los libros no puede ser implementada por la prevalencia de condiciones diversas en los servicios clínicos.

Connell (1998) también encontró que el proceso de valoración posee muchos problemas y consecuencias en la información que se recolecta por los tipos de pacientes; la alta de tiempo fue una de las razones que más predominó. Las enfermeras con frecuencia para completar sus valoraciones transcriben la información de las notas médicas. Las dificultades en la valoración afectaron la etapa de diagnóstico por la falta de información específica de enfermería sobre el paciente desde la admisión del mismo.

La taxonomía de la NANDA con frecuencia fue criticada por su uso en la práctica clínica. Los resultados apoyan a otros estudios citados por Connell (1998) que revelan la confusión y la falta de consenso sobre el significado y el uso de los diagnósticos de enfermería, por otra parte el conocer al paciente para identificar los problemas representa un fenómeno complejo y difícil de lograr en las salas de cuidado médicoquirúrgico, con altas tempranas, cambios en el paciente en cada turno y el gran número de enfermeras involucradas en el cuidado del paciente en su estancia total.

Otros de los resultados citados por Connell (1998) fueron que el plan de cuidados de enfermería con frecuencia esta fuera de tiempo y no refleja el cuidado actual del paciente que constantemente esta cambiando. Las enfermeras lo usan más como una guía general que específica y apoya su información con preguntas al paciente o a cualquier otra enfermera. El énfasis del cuidado fue en aspectos físicos con poca

atención en los aspectos psicosociales del bienestar. Las enfermeras trabajan bajo diversas situaciones de cambio que responden a los cambios en el sistema de salud tales como; condiciones de trabajo, agudeza del paciente, manejo del paciente, tiempos cortos, contratos cortos, falta de personal permanente, falta de tiempo del personal administrativo, rotación de las enfermeras, restricciones del sistema, políticas del hospital, restricciones de tiempo, confianza en otros profesionales de salud y falta de reconocimiento.

A pesar de que la investigación cualitativa como lo refiere De la Cuesta (1997) contribuye al cuerpo de conocimientos de la disciplina de enfermería y amplía el campo de los investigadores por el uso de diseños no convencionales, no se encontraron estudios sobre la aplicación del Proceso de Enfermería a través de la fenomenología como se pudo identificar en párrafos anteriores, motivo por el cual se considera pertinente explicar un tanto el diseño utilizado para este estudio. La fenomenología según González y cols. (1999) ha sido definida como la ciencia dedicada al estudio de las características esenciales de los fenómenos o lo que es lo mismo al estudio de las experiencias. En este sentido la fenomenología aporta una cimentación teórica, la naturaleza humanística del cuidado y permite comprender las situaciones y su significado en todos y cada una de las acciones de enfermería.

Algunas de las líneas de investigación en la fenomenología son el estudio de las situaciones de vida-salud, estudio de las expectativas de la práctica clínica, estudio de la vida profesional de enfermería en los diferentes servicios hospitalarios y en la atención a diferentes pacientes como las principales.

Finalmente es importante destacar que la investigación fenomenológica se incrementó en la década de los ochenta lo que refleja claramente su reciente utilización y tiene una tasa de utilización de 0,1 en relación a la producción

científica de enfermería (González y cols., 1999). Particularmente en esta investigación se eligió este diseño por el objetivo de estudiar las experiencias de las enfermeras en la aplicación de las cinco etapas del proceso de enfermería.

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1 Diseño.

El diseño fue cualitativo-fenomenológico, con énfasis en la descripción de la experiencia del profesional de enfermería en el fenómeno de interés; la aplicación del proceso de enfermería.

3.2 Población.

Personal de enfermería con licenciatura que estuviera participando en la aplicación del proceso de enfermería en el Hospital Angeles del Pedregal en la Ciudad de México, D.F. La muestra la conformaron 10 licenciadas en enfermería y 5 con diferentes funciones administrativas en el Hospital, estas últimas integraron el grupo focal y una de ellas también fue entrevistada para identificar los cambios realizados a la estructura de los formatos. Se utilizó un muestreo homogéneo, los criterios de inclusión para las primeras fue que tuvieran grado académico de licenciatura y estar aplicando el Proceso de Enfermería, en el servicio donde estaban asignadas en ese momento. Se excluyeron a las enfermeras sin el grado académico, las de nuevo ingreso al Hospital así como a las enfermeras no familiarizadas con la aplicación del Proceso de Enfermería. Para conformar el grupo focal los criterios fueron tener mínimo grado de licenciatura, con experiencia en la elaboración de los formatos para el PE y en su aplicación, el propósito de formar este grupo fue obtener información complementaria sobre la aplicación del PE.

3.3 Material y Procedimientos.

Se diseñaron dos instrumentos para la recolección de la información, el primero dirigido a las licenciadas en enfermería y el segundo al grupo focal. (Apéndice B y C). Las entrevistas se estructuraron con base a los siguientes aspectos:

a) Para el grupo de las licenciadas se consideraron los datos académico – personales así como 25 preguntas distribuidas en cada una de las etapas del proceso de enfermería: Datos académico personales (6), Etapa de valoración (4) , Etapa de diagnóstico (3), Etapa de planeación (3), Etapa de ejecución (4) y Etapa de evaluación (5).

b) Para el grupo focal la entrevista se estructuró en datos generales y 9 preguntas relacionadas con la aplicación de cada una de las etapas del proceso de enfermería desde el punto de vista como administradoras de enfermería.

c) Se realizó una entrevista especial a la Coordinadora de Calidad de la Dirección de Enfermería debido a los cambios en los formatos de registro del proceso de enfermería. Cabe aclarar que esta entrevista fue necesaria porque durante la obtención de la información del inciso a y b se inició la reestructuración de los formatos y se hizo un ensayo de los mismos para su nueva implementación. En esta entrevista se desarrollaron 10 preguntas. (Ver Apéndice D)

Para la medición de la construcción y de la credibilidad de cada una de las preguntas de las entrevistas se realizó una prueba piloto en dos enfermeras que cubrieran los mismos criterios citados anteriormente. Esto permitió lograr claridad y uniformidad en el planteamiento de las preguntas abiertas, evitar confusión y obtener la información precisa y real de los entrevistados para el análisis posterior al establecer categorías y subcategorías s en cada etapa del proceso de Enfermería durante la aplicación del instrumento se observó que algunas preguntas no eran

claras para los entrevistados principalmente en la etapa de integración del diagnóstico de enfermería y ejecución del plan por lo que fue necesario la reestructuración de dichas preguntas considerando los elementos de los formatos que utilizan las enfermeras entrevistadas para hacer la valoración, el diagnóstico y las intervenciones de enfermería.

Como ya se mencionó el método para la recolección de la información fue la entrevista a profundidad utilizando grabadora. Se programaron las entrevistas con cada una de las enfermeras considerando el tiempo disponible de cada una durante su jornada laboral en cualquiera de los tres turnos. Las visitas fueron 2 debido a la profundización que se requirió en algunas preguntas y a la falta de tiempo por el exceso de trabajo y por las inasistencias programadas y no programadas del personal a entrevistar.

La entrevista al grupo focal (5 participantes) se desarrolló en la sala de trabajo del Nivel Ejecutivo, se les explicó la metodología a seguir para responder a las preguntas de la entrevista. El ambiente físico para la comunicación e interacción con el grupo focal fue en una mesa de trabajo circular aislada de interrupciones y bien iluminada. Se contó con la guía de discusión y con una grabadora. Al inicio de la reunión sólo se encontraron 4 de las participantes y posteriormente se integró el quinto lo que propició un cambio de actitud en el resto de las participantes quienes sólo reafirmaban lo que el último participante contestaba, quizá porque era el de mayor jerarquía. En este grupo no fue necesaria una segunda reunión ya que los participantes explicaron ampliamente sus puntos de vista. El investigador fungió como conductor de la sesión motivando al grupo a través de la aclaración de alguna respuesta, reorientación de la discusión y mostrando empatía y atención a cada uno de los participantes.

3.4 Estrategia de análisis de resultados.

A pesar de que existen diversas técnicas para analizar los datos cuando se utiliza la fenomenología, en ésta investigación se consideraron las recomendaciones generales que hace LoBiondo- Wood y Haber (1998) y se desarrollaron los siguientes pasos:

1. Transcripción de cada una de las entrevistas de las participantes en un procesador de palabras.
2. Identificación de los enunciados resultantes en las transcripciones de los segmentos de la entrevista.
3. Especificación de cada una de las frases o enunciados utilizando las categorías y subcategorías derivadas de la lectura de las transcripciones.
4. Síntesis preliminar del significado central de las frases o enunciados en las categorías del fenómeno estudiado.
5. Síntesis final de la esencia de todas las transcripciones de los participantes identificando la experiencia vivida en la aplicación del PE y la perspectiva de otros autores. (LoBiondo-Wood y Haber, 1998)
6. Se utilizó un paquete que procesa datos cualitativos a través de la conformación de un diccionario de códigos denominado TEXPACK 7.0 en el cual sólo se identificaron las palabras que caracterizaron cada etapa del PE.

3.5 Consideraciones éticas.

1. Se solicitó autorización a la Dirección de enfermería del Hospital Angeles del Pedregal, previa autorización del protocolo por el H. Comité de Investigación de la Facultad de enfermería de la UAQ.
2. Se consideró el Reglamento de La Ley General de Salud en Materia de Investigación. Título segundo Cap. I, art.13 y 14 Fracciones I, III, IV y VII. Art. 16 y 17 fracción I y artículos 21 y 23.

3. Se protegió el anonimato de los participantes identificando las entrevistas por un número. Además a las participantes se les explicaron los objetivos del estudio y se les solicitó su colaboración de manera verbal enfatizando que la información proporcionada sería utilizada única y exclusivamente por el investigador manteniendo de esta forma la confidencialidad. También el investigador conservó en un lugar seguro cada una de las grabaciones y en su momento las transcripciones.
4. Se desarrollo en un ambiente natural con el consentimiento de cada uno de los participantes, no se intervino terapéuticamente y se respeto la confidencialidad de la información (LoBiondo-Wood y Haber, 1998)

CAPITULO IV

ANALISIS Y DISCUSION

DE RESULTADOS

Los resultados que a continuación se presentan se basan en la identificación de enunciados o frases de los participantes ubicados en cada una de las categorías fundamentadas en el problema, en los objetivos y en el marco conceptual de esta investigación y que se exponen en el cuadro de la siguiente página. En primer lugar se presentan los datos de las entrevistas a profundidad de las diez licenciadas en enfermería, en segundo los hallazgos de la entrevista al grupo focal y se concluye con la elaboración de una hipótesis teórica derivada del análisis, así como también se presentan los resultados de la entrevista con la coordinadora de calidad respecto a los cambios en la estructura de los formatos. Cabe destacar que dado que es un diseño cualitativo se discuten los hallazgos en cada uno de los apartados que integran este capítulo.

4.1 Análisis de las entrevistas a las licenciadas en enfermería.

4.1.1 Características académico-personales.

De las 10 licenciadas en enfermería del área operativa tuvieron un promedio de 10 años de antigüedad profesional, 7 años de antigüedad en el Hospital y 3 años de aplicar el Proceso de Enfermería en la Institución. Los servicios en donde estaban laborando al momento de la entrevista fueron: Nivel ejecutivo, Terapia Intermedia, Recuperación, Labor, Cirugía y Urgencias una enfermera de cada uno, dos de Terapia Intensiva y dos en la sala de Labor.

Categorías y Subcategorías para el análisis de las frases o enunciados de los participantes

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
Conocimientos en la aplicación del proceso de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aplicación de principios de anatomía y fisiología ➤ Estilos de vida del paciente ➤ Uso de la tecnología
Etapas de Valoración	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Uso de métodos y técnicas de valoración ➤ Características del instrumento de valoración ➤ La valoración y su relación con el estado de salud del paciente ➤ Interacción social con el paciente ➤ Valoración y diagnóstico médico
Etapas de Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Experiencia profesional en el diagnóstico de enfermería ➤ Dificultades en el uso de la taxonomía de la NANDA ➤ Definición del diagnóstico de enfermería y tipo de paciente
Etapas de Planeación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Visión entre el diagnóstico y la planeación ➤ Rotación del personal y planeación del cuidado ➤ Continuidad del plan de cuidados y el tiempo
Etapas de Ejecución	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Exceso de trabajo, tiempo y dificultades en la ejecución ➤ Importancia de los registros de enfermería ➤ Uso de la observación y los registros de enfermería
Etapas de Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Personal encargado de evaluar ➤ Importancia en la calidad ➤ Porcentaje de cumplimiento ➤ Satisfacción del paciente
Utilidad del proceso de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Impacto en la organización del trabajo ➤ Transición en la práctica de enfermería ➤ Uso de sesiones clínicas para la aplicación del proceso de enfermería
Metatemas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enseñanza del proceso de enfermería en las escuelas ➤ Necesidad de estándares por servicio ➤ Sentimientos de confusión en la aplicación del proceso de enfermería ➤ Uso del PE por el equipo de salud

4.1.2 Conocimientos en la aplicación del proceso de enfermería.

Como se presentó en el marco conceptual el proceso de enfermería al considerarse como una herramienta para la educación, la investigación y la práctica requiere que los profesionales de enfermería se familiaricen en primer lugar con los principios y aplicación del mismo así como con todos los conocimientos relacionados a los cuidados. Los temas para esta categoría son: a) aplicación de principios de anatomía y fisiología, b) estilos de vida del paciente y c) uso de la tecnología.

a) Aplicación de principios de anatomía y fisiología. Durante las etapas del proceso, el profesional de enfermería debe involucrar conocimientos relacionados a los sistemas corporales y aquellos que le permitan determinar e identificar los parámetros fisiológicos. Estos principios se enfocan en los cuidados de enfermería y no meramente al aspecto curativo. En lo que reportan los sujetos entrevistados se puede destacar que en su totalidad aplican conocimientos de anatomía y fisiología ya que sus respuestas estuvieron asociadas con la identificación de signos y síntomas que presenta el paciente como lo demuestran los siguientes comentarios:

“depende del tipo del paciente y tipo de cirugía”, “visualizar en que condiciones nos llega, obnubilado o inconsciente, depende del diagnóstico médico y tipo de cirugía y condiciones del paciente” (entrevista 04)

“observó el patrón respiratorio” (entrevista 05)

“... nosotros vemos los aspectos psicológicos y sociales sobre todo los que se refieren al diagnóstico médico”(entrevista 07)

“... conocimientos como el grado de conciencia...signos vitales y como se encuentran” (entrevista 08)

“a través de las necesidades básicas, parámetros de comunicación, alimentación, movilización y eliminación” (entrevista 09)

En las siguientes páginas los enunciados o frases de los participantes sólo se identificarán con el número entre paréntesis que significa el número de entrevista

Se puede observar que aplican estos principios basándose en la patología diagnosticada por el médico y la identificación de los signos y síntomas y no tanto en el diagnóstico de enfermería. Esto concuerda con lo reportado por Sanhueza, Jofre y Zenteno (1998) en donde el 81% de los estudiantes siempre realiza, la entrevista y el examen físico.

b) Estilo de vida del paciente. El profesional de enfermería requiere conocimientos de sociología, desarrollo humano, de valores y de cultura que le puedan servir de apoyo para identificar aspectos relacionados con los niveles de dependencia del paciente en cuanto a comunicación, alimentación, eliminación, movilidad, higiene y arreglo personal.(Alfaro, 1992) Los sujetos no refirieron claramente si aplican conocimientos para identificar el estilo de vida del paciente pues mencionaron:

“actividades de la vida diaria” (01)

“obtener información y colaboración del paciente” (03)

“primero conocer cuáles son las actividades porque si no las conocemos que malo a lo mejor sabemos que existen pero no las tenemos bien especificadas entonces ya empezamos a tener malos conocimientos sobre las actividades de la vida diaria”(06)

“ la higiene, arreglo personal, la alimentación, además de conocimientos como el grado de conciencia...” (08)

“ a través de como están satisfechas las necesidades”(09)

Las enfermeras no especifican cómo las actividades de la vida diaria se asocian con la hospitalización y el padecimiento y estos a su vez con el diagnóstico

de enfermería. Parece ser que aun prevalece el enfoque hacia el aspecto biológico de los cuidados de enfermería y no hacia el aspecto social, psicológico y espiritual.

c) **Uso de la tecnología.**

Para que enfermería pueda planear el cuidado del paciente debe considerar los aspectos relativos al equipo y material necesario para cumplir con el objetivo de sus cuidados, debe tener los conocimientos respecto a la tecnología actual en la atención a los pacientes sin referirnos en su totalidad a los equipos sofisticados. Sólo uno de los participantes expresó:

“...checho como están los monitores” “tener conocimientos exclusivos de una especialidad...”
(03)

En este caso el sujeto tuvo que haber identificado previamente la tecnología utilizada en su servicio de enfermería para hacer esas afirmaciones. El uso de tecnología por parte de enfermería no se limita al conocimiento específico de una especialidad sino a la determinación de cómo adecuarla al cuidado que proporciona a los pacientes en los diferentes servicios.

4.1.3 Etapa de Valoración.

La valoración es el primer paso del Proceso de Enfermería y se enfoca a la recolección de datos en relación con la salud del paciente, las subcategorías que la conforman son: a) uso de métodos y técnicas de valoración, b) características del instrumento de valoración, c) la valoración y su relación con el estado de salud del paciente, d) interacción social con el paciente y e) valoración y diagnóstico médico.

a) Uso de métodos y técnicas de valoración. Los participantes expresaron:

“una hoja de valoración como el riesgo de caídas...” (01)

“ la observación directa”, “se realiza la valoración con el formato que nosotras tenemos y manejamos aquí...” y “ el interrogatorio ya sea indirecto, se hace a través del familiar o a través del expediente..” (02)

"la observación..." (04)

" de forma indirecta y directa"(08)

" a través de la observación directa, por la entrevista, interrogatorio, signos vitales y estado de conciencia del paciente"(09)

En esta subcategoría el profesional de enfermería utiliza la hoja de valoración que tienen establecida, además de la observación, el interrogatorio y el expediente pero, se observa la falta de aplicabilidad de los métodos necesarios para la valoración. Este hallazgo se asocia con lo reportado por Sanhueza, Jofre y Zenteno (1998) en donde un 87 por ciento de los estudiantes nunca realizó la valoración ni los registros de enfermería. Además O'Connell (1998) en su estudio reportó que las enfermeras utilizan las notas médicas para su valoración además de enfocarse a aspectos diferentes a las condiciones del paciente.

b) Características del instrumento de valoración clínica de enfermería:

Incluye datos generales del paciente como: fecha de ingreso, edad, sexo, peso, talla, médico tratante, diagnóstico, signos vitales, valoración neurológica, necesidades universales, niveles de dependencia, fuente de dificultad, necesidades de desarrollo, desviación de la salud, también se hace una valoración del dolor que incluye la región anatómica que se refiere al tipo de dolor, duración, factores objetivos y subjetivos asociados y escala visual análoga (AVA), otro aspecto a valorar son los riesgos de caída según el estado del paciente si existe alto riesgo o bajo riesgo, también se hace la valoración de la piel y observaciones de esta, se consideran los sistemas de enfermería de D. Orem que involucran el apoyo educativo, parcialmente compensatorio y totalmente compensatorio (Apéndice E)

" me parece que el instrumento es el adecuado...", "considero que la hoja tiene lo más específico para valorar al paciente...", " los criterios de la hoja de valoración..." (01,02,05)

"no voy con mi hojita a preguntar lo de la hojita lo dejo al final, no al final del turno, primero entrar con el paciente a ver como esta..."(03)

conciben como una "hojita" que hay que llenar y no utilizan la terminología del mismo. Lo anterior difiere a lo reportado por Estrada (1996) en donde encontró que la hoja de valoración es funcional para realizar valoraciones iniciales y para la definición de diagnósticos, así como también con lo señalado por Kozier (1993) y Alfaro (1992) respecto a la importancia de la valoración en la obtención de datos como etapa previa al diagnóstico.

c) La valoración y su relación con el estado de salud del paciente,

En este apartado se incluyen exámenes de laboratorio y gabinete reactivos como glicemia periférica, glucosuria y oxigenoterapia, ingresos y egresos de líquidos, medicamentos, diagnósticos y estándares clínicos de enfermería.

Al respecto los entrevistados reportaron:

" porque tiene un problema desde la lengua, la boca, los labios la laringe, ahí se tiene que valorar varias cosas tu clínica, la anatomía, la fisiología que es en base a lo que tiene alterado..." (01)

"depende mucho de la situación específica de cada paciente..." se valora el estado físico, no físico, actividades de la vida, signos vitales..."(02)

" primero sería conocer la valoración inicial del paciente y de acuerdo a eso determinar las necesidades..."(03)

" visualizar en que condiciones nos llega el paciente..." "de acuerdo a sus necesidades y estado de salud del paciente..."(04, 05)

" si es un paciente que llego al servicio o regreso de cirugía, llega al piso se instala en su habitación y se revisa el tipo de herida, si viene sangrando, algún drenaje que traiga, signos vitales, como se encuentran"(08)

Las enfermeras no hacen referencia, de como utilizan el formato en sus diferentes secciones para identificar el estado de salud del paciente, sólo tienen la idea de la valoración inicial para la identificación de necesidades. Esto es similar a los encontrado por O'Connell (1998) en donde refiere que la valoración posee muchos problemas y consecuencias en la información que se recolecta por los tipos

de pacientes que se atienden.

d) Interacción social con el paciente, se considera la repercusión en las Actividades de la Vida Diaria Humana (ADVH) como es la comunicación, alimentación, eliminación, movilidad, higiene y sueño. (Apéndice E)

Los sujetos de estudio expresaron:

“se requiere de más consistencia en la atención del paciente lo que no sucede en otros servicios...” “se debe establecer bien una relación enfermera-paciente, para poder obtener información y la colaboración del paciente” (03)

“tenemos de 5 a 6 pacientes cada quien dependiendo del personal y no estamos en contacto directo con el paciente y hay ocasiones que llegan mal los pacientes y tenemos que estar ahí al pendiente...” (04)

“si están muy demandantes entonces lo que ellos quieren, son más cuidados que estarles preguntando o valorando...” (05)

“la etapa biopsicosocial hasta donde ha dejado de funcionar como tal...” (09)

El personal de enfermería fundamenta su interacción con el paciente solamente al momento de ofrecer el cuidado sin referir la manera en que se comunica con el mismo, el trato humano que le proporciona y en su caso la interacción que establece con el familiar. Quizá esto al igual que en el estudio de O'Connell (1998) se deba a que las enfermeras creen que esto contraviene la confidencialidad del paciente y prefieren manejar esta información verbalmente y no en la hoja de valoración, así como también por la complejidad de los problemas psicosociales es difícil para ellas poder resolverlos en la rutina de admisión y por eso tienden a referir estos problemas a otros profesionales.

e) Valoración y diagnóstico médico. Como se mencionó anteriormente la valoración representa la primera etapa del proceso de enfermería en la que tienen

un papel importante las fuentes de información, tanto las directas como las indirectas, una fuente directa son los pacientes y algunas de las fuentes indirectas son los registros médicos (expediente clínico y notas de evolución) y la familia del paciente.

“ en primer lugar conocer el diagnóstico médico...”,

“ primero estabilizarlo una vez que se estabiliza dinámicamente de la crisis que traiga, alteración de los sistemas...”. (02)

Solo un sujeto hizo referencia a considerar la relación de la valoración y el diagnóstico médico, pero no se aprecia como se emplean los datos de los registros médicos para integrarlos en la valoración, pero tampoco se puede aseverar que las enfermeras no integran el diagnóstico médico sino lo consideraron en su respuesta. Esto difiere de lo que reporta O'Connell (1998) al hacer referencia de que las enfermeras transcriben las notas médicas.

4.1.4 Etapa de Diagnóstico.

Las subcategorías que se consideraron en esta etapa son las siguientes, a) La experiencia profesional y actualización en el diagnóstico de enfermería, b) Dificultades en el uso de la taxonomía de la NANDA y c) Definición del diagnóstico de enfermería y tipo de paciente.

a) La experiencia profesional y actualización en el diagnóstico de enfermería.

Para que la enfermera elabore el diagnóstico debe recibir conocimientos que le permitan prepararse para la definición de y análisis de cada uno de los elementos que componen el diagnóstico. Dicha preparación se adquiere en determinado periodo de tiempo y se caracteriza por la frecuencia en la cual aplica el proceso de enfermería, la actualización que recibe de manera formal e

incidental en su área de trabajo.

Los entrevistados manifestaron:

"ya tenemos una unificación en cuanto al manejo de diagnósticos" (01)

"lo que es notorio que a la enfermera le falta involucrarse más con los diagnósticos de enfermería" (02)

"hay algunas que no hemos manejado los diagnósticos de la NANDA porque no se adaptan al servicio" (03)

"preguntamos a la jefe si tenemos alguna duda porque hay diagnósticos parecidos pero diferentes" (04)

"estudiando, integrando y escribiendo los diagnósticos de enfermería..."(05)

"se tiene un libro con los diagnósticos de la NANDA" (08)

"a veces como las guías me confunden un poco considero que la actualización es muy importante para la enfermera, he tratado de asesorarme con los médicos y enfermeras y no sólo con este personal sino también con el personal auxiliar igual que con las supervisoras"(09)

"utilizamos los diagnósticos de la NANDA, no hay ningún problema con ello"(10)

Se puede apreciar que los sujetos claramente identifican la necesidad de preparación en el manejo de los diagnósticos de la NANDA, así como el apoyo que requieren del personal que tiene mayor experiencia en la aplicación de estos. Se deja entrever que existe una parte contextual en la aplicación de los diagnósticos es decir no existe todavía consenso en como llevarlos a la práctica en los diferentes servicios de enfermería. Los resultados anteriores son similares a lo reportado por O'Connell (1998) en donde las dificultades en la valoración afectaron la etapa de diagnóstico por la falta de información específica de enfermería sobre el paciente en la admisión y la taxonomía de la NANDA con frecuencia fue criticada por su uso en la práctica clínica.

b) Dificultades en el uso de la taxonomía de la NANDA.

Las dificultades que están asociadas con el uso de los diagnósticos de la NANDA están íntimamente relacionadas con las habilidades que requiere el personal de enfermería en la definición de los mismos, estas son la diferenciación de los datos el pensamiento crítico para agrupar los datos llegar a conclusiones y formular el diagnóstico. Algunas de las dificultades expresadas fueron:

“en realidad todavía no conocemos la taxonomía de la NANDA a veces tenemos dificultades...”, “ como que todavía estamos en pañales, pero avanzado en comparación con otros hospitales en donde todavía no lo manejan...”, “ lo que tú me digas yo lo voy hacer porque tú eres la que más sabe de esto...”(01)

“ hay que conocer las características definitorias de equis diagnóstico para poderlo integrar y a veces uno los desconoce, es cuestión de práctica y habilidad pero generalmente cada paciente es diferente entonces hay cosas que es difícil integrar...”, “ estudiando los diagnósticos de enfermería y sus características definitorias de cada uno obviamente de los que más se presentan en el servicio...”, “ preguntamos a la jefe, si tenemos alguna duda porque hay diagnósticos precidos pero diferentes...”, “ el tiempo puede ser una limitante ya que nosotras solo tenemos una hora con el paciente se llena la hoja de valoración y la hoja de diagnósticos de enfermería...”.(03,04,05)

“ es la carga de trabajo creo que es la número uno, la mayoría de nosotros expresamos porque podemos hacer la valoración, exploración, tenerlo todo por escrito, pero a veces en la práctica no se hace como debiera, se trata de hacerlo y si lo hacemos pero si detecto un diagnóstico a mi paciente con 20 cuidados de enfermería y sólo realizo dos, ese es el problema”

“ninguna”.(10)

El personal entrevistado sabe a que se refiere cuando se habla de diagnóstico de enfermería pero con dificultad en sus planteamientos, hay interés por clarificar y unificar el manejo de los diagnósticos de enfermería así como la aplicación de los términos. Una de las principales dificultades es el conocimiento preciso de lo que es un diagnóstico y a estas se suman el tiempo, número y tipo de pacientes, relación con los jefes inmediatos para la aplicación del proceso de enfermería, falta de práctica y de percepción de la utilidad del diagnóstico.

O'Connell (1998) refiere que existe confusión y falta de consenso sobre el significado y el uso de diagnósticos de enfermería.

c) Definición del diagnóstico de enfermería y tipo de paciente.

Después que se recolectan y analizan los datos (etiqueta de categoría diagnóstica que es el problema, las características definitorias, y la etiología común del problema), la enfermera formula el diagnóstico a través de la selección de las respuestas humanas de la lista de la NANDA. Los entrevistados respondieron:

“ lo que trabajamos y consideramos son los de la taxonomía de la NANDA”; “ en realidad todavía no conocemos la taxonomía de la NANDA”, “si nos caemos de trabajo tu crees que se van a sentar a meditar o pensar y escuchar sobre la taxonomía o las teorías y cuando la gente esta cansada y tienen dos trabajos y las enfermeras ganamos muy poco y solo pensamos en hacer, hacer, y hacer, y cobrar, cobrar y cobrar...” (01)

“ aquí se manejan diagnósticos de enfermería ya establecidos, no se sacan de la manga, son de acuerdo con los diagnósticos de la NANDA, tenemos una guía donde cada diagnostico viene definido, ahí vienen muy bien determinados”; “depende del estado del paciente del padecimiento, de la patología que presenta el paciente..” (02)

“ las características definitorias de los diagnósticos de enfermería y obviamente la valoración del paciente y su evolución”, “ uno se basa en los diagnósticos de la NANDA”, “...hay que conocer las características definitorias de equis diagnóstico para poder integrarlo y a veces uno los desconoce, es cuestión de práctica, pero cada paciente es diferente entonces hay cosas difíciles de integrar...” (03)

“tomamos en cuenta la carpeta de los diagnósticos de la NANDA de ahí nos basamos dependiendo del paciente y cirugía...” (04)

“ nos basamos en la valoración que le hicimos al paciente” “ es en base a las características definitorias de los diagnósticos que maneja el manual de la NANDA, cuando tenemos una duda de un diagnóstico recurrimos a el para hacer mas explícito de lo que queremos decir de cierto diagnóstico de lo contrario tendríamos que ver la etiología” (05)

“ partimos de la NANDA hay diagnósticos que no vienen escritos que uno tienen que irlos elaborando, adaptando, se toman como base los diagnósticos pero uno los adapta al paciente de acuerdo a la experiencia y al conocimiento y claro depende del problema que tenga el paciente” (06)

“ yo creo que más que nada el diagnóstico médico eso es lo más importante, porque en base a eso me van a dar las pautas para poder manejar al paciente...” (07)

“ ver los síntomas y las características propias del paciente, para identificar las necesidades para hacer un diagnóstico de enfermería” (08)

“me baso en el manual, en base a la observación, a veces ya no me meto tanto en el manual, yo soy quirúrgica entonces lo que necesita mi paciente, a veces no me satisface con el registro...”(09)

“ considero las necesidades del paciente, las actividades de la vida diaria y los problemas detectados”.(10)

Se aprecia que la mayoría de los sujetos conocen la taxonomía de la NANDA, uso y su importancia para definir un diagnóstico sin embargo el problema del personal de enfermería para esta definición es la integración de la valoración, factores etiológicos de los problemas de salud, signos y características de los problemas de salud, factores de riesgo asociados a los problemas potenciales de salud, medidas normales estándar y mecanismos individuales de defensa, aunque si los identifican individualmente es decir carecen de herramientas cognoscitivas que las llevan a la interpretación y análisis de los datos. Hallazgo similar encontró Settelen (1997) pues las enfermeras estudiadas no valoraron la información recibida, no usaron las características definitorias para el problema sin embargo, si tienen la habilidad para reunir la información en el contacto directo con el paciente. También Sanhueza, Jofre y Zenteno (1998) reportaron que el 56 por ciento de los estudiantes nunca enuncia los problemas reales o potenciales en la definición de los diagnósticos.

4.1.5. Etapa de planeación.

La planeación es la etapa clave en el proceso de enfermería, en esta se debe proporcionar el cuidado individualizado. El plan fundamentado en la base de datos y el diagnóstico de enfermería proporciona la información esencial para el cuidado de alta calidad donde se consideran; fijación de prioridades, establecimiento de

objetivos, determinación de actividades de enfermería y documentación del plan de cuidados. Se establecieron tres subcategorías; a) relación entre el diagnóstico y la planeación, b) rotación de personal y planeación de cuidados y c) continuidad con el plan de cuidados.

a) Relación entre el diagnóstico y la planeación. El diagnóstico aporta la dirección para la planificación de las actuaciones independientes de enfermería. Es importante que la enfermera aborde los diagnósticos en el plan de cuidados y de esta manera fije las prioridades, objetivos y actividades del mismo. Los participantes comentaron:

“ los diagnósticos te refuerzan algunos puntos en la planeación pero en base a ese diagnostico tu elaboras tu plan de cuidados..”, “ si tienes tiempo primero haces tu plan, pero primero llega tu paciente y lo atiendes bla, bla, “(01)

“ va estar de acuerdo a los elementos de la valoración como el diagnostico de enfermería para elaborar el plan...” (02)

“ para elaborar el plan de cuidados se establecen prioridades de cada paciente”, “ la dificultad es la claridad en el establecimiento de diagnósticos de enfermería...” (03)

“... obviamente de ese diagnostico se van a derivar las acciones de enfermería que realizare con el paciente...”, “ se debe identificar el diagnostico y de ahí elaborar el plan de cuidados a realizar, leyendo el manual y conociendo un poquito más al paciente, pues se hace más difícil identificar cualquier otro problema”, “ todo debe ir en secuencia...” (05)

“ primero nos vamos por lo más importante que es jerarquizar los problemas y por lo tanto los diagnósticos de enfermería”(06)

“las necesidades detectadas, el diagnóstico médico, al paciente a veces no se puede tener(el plan) por su estado o el carácter del paciente”(07)

“ de acuerdo al diagnóstico se le planean las actividades que vamos a realizar al paciente”(08)

“que se apeguen a lo mío, trato de apegarme a ellos, yo soy muy práctica, por ejemplo en recuperación se engloban el hecho de la valoración se observa el estado general del paciente y lo atiendo, yo trato de ir seleccionando los diagnósticos, por ejemplo no me parece que me pongan riesgo de lesión porque ya lo tengo contemplado en e l perioperatorio eso es independiente”(09)

Se identifica que los profesionales de enfermería asocian la valoración y el diagnóstico de enfermería para establecer la planeación de actividades identificándose con los formatos que utilizan y con el manual de los diagnósticos de la NANDA que existe en cada servicio, sin embargo se debe destacar que no consideran los elementos teóricos que integran la planeación tales como el establecimiento de prioridades que determinan los problemas que necesitan atención inminente, consideración de la perspectiva del paciente y la comprensión de como afecta el problema a la persona implicada. El establecimiento de objetivos centrados en el paciente que se basan en el resultado final deseado del plan de cuidados y las intervenciones de enfermería que deben proporcionar instrucciones claras sobre las acciones de enfermería que deberán realizarse para cada problema.

Esto apoya lo que Mason y Atree (1998) señalan al decir que siempre ha existido controversia de la utilidad del proceso de enfermería debido a que nunca se ha implementado de manera completa en la práctica clínica y con O'Connell cuando señala que existe un "desconocimiento" como problema inicial en la aplicación del proceso de enfermería.

b) Rotación de personal y plan de cuidados. El proceso de enfermería como se mencionó anteriormente tiene tres consecuencias básicas una dirigida hacia el alcance de la práctica de enfermería, otra hacia el cliente y la familia y una tercera hacia el profesional de enfermería, en este caso el proceso de enfermería incrementa la satisfacción por el trabajo y potencia el desarrollo profesional a través de las recompensas que le dan su practica clínica. Por último es, importante mencionar que existen diversos niveles de enfermería con diferente experiencia y

conocimiento del cuidado del paciente por lo que esto se reflejará al momento de planear el cuidado y en la aplicación del proceso en su totalidad. También aspectos como la distribución del personal por turno y servicio, las prioridades de las instituciones así como la existencia de personal que esta en reclutamiento, pueden ser determinantes en la planeación del cuidado. Los comentarios de los participantes fueron:

“ estamos en crisis ha habido mucha rotación de personal, somos pocas y se trabaja mucho con los pacientes...” (01)

“ no te vas a poner a hacer papelitos si tienen ahí al paciente y que esta muy mal, nosotras no le damos prioridad hacer papelitos...”, “para nosotras primero es atender al paciente...” (03)

Los sujetos no tienen elementos que argumenten el efecto que tiene la rotación del personal en el proceso de enfermería en el plan de cuidados. Algunos la identifican como una dificultad pero no detallan las experiencias e implicaciones frente a esta. Las enfermeras estudiadas por O’Connell (1998) manifestaron como una condición laboral que afecta la aplicación del proceso la rotación de personal, así como la falta de personal permanente, falta de tiempo del personal administrativo.

c) La continuidad del plan de cuidados.

Las actividades de enfermería que se registran en el plan de cuidados deben ser completas de tal manera que considere lo que las enfermeras deben valorar, hacer, enseñar y registrar. Las actividades de enfermería deben proporcionar las instrucciones claras de las acciones sobre cada problema específico, incluyendo los siguientes componentes; fecha, acción a realizar, quién la realizará, cómo, cuándo, dónde, con que frecuencia, cuánto tiempo, en que medida y la firma de la enfermera.

Lo anterior dirige cada una de las intervenciones de enfermería, sin embargo los instrumentos varían de una institución a otra. Los sujetos expresaron:

“la gente dice tengo que llenar esto pero lo haces porque lo tienes que hacer porque va a venir la de en la tarde y te los va a exigir, no lo hacen con la convicción firme, bueno es parte de mi esencia de ser enfermera, esto va a dar sustento, esto va a validar el trabajo, no lo ven desde el punto de vista... porque eres enfermera, no defendemos lo que estamos haciendo... si tengo 7 u 8 pacientes y todavía quieren que me sienta a escribir, cuando en otras profesiones primero utilizan la neurona y luego se ponen a escribir y nosotros al revés primero hacemos y luego utilizamos la neurona...”, “ nosotros no escribimos de plano “, “ quien ingresa al paciente es quien hace el plan de cuidados debe estar reforzado por los tres turnos...”, “ en el plan de cuidados checas los recursos, si están bien los diagnósticos, si se continúan o se cierran o si tienen el sustento teórico para hacer los cambios...”.(01)

“cuando el paciente ingresa en otro turno el plan ya debe estar hecho, se debe actualizar por turno...”, “ el plan se concluye o se continúa o de deja abierto, si esta mal elaborado nos lo hacen saber para modificarlo o retroalimentarlo...”(02)

“el plan de cuidados que ya estableció la enfermera del turno anterior se le da continuidad a las actividades planeadas...”, “ algunos turnos tienen las características para proporcionar los cuidados...”.(03)

“ se le hace su plan de cuidados y valoración dependiendo de cómo ven al paciente le dejan los diagnósticos o los van cerrando, el único que cerramos es el de postoperatorio, los demás los dejamos abiertos para que, los continúen es una cadenita...” (04)

“ el de quirófano no, como que te corta la idea, las chicas de piso hacen su plan y llega a quirófano y es otro plan, aquí falta unión y comunicación entre las enfermeras es un caminito que viene siguiendo el paciente, es una secuencia de la atención”. (06)

“generalmente sí, hay ocasiones en que el paciente si es mi ingreso o viene de recuperación, obviamente cuando mi paciente se fue, no estaba operado y ahorita tiene otros rasgos que yo debo aplicar las medidas necesarias de seguridad para que mi paciente este lo mejor posible”(07)

“ ...cuando ingresan en el turno de la noche hay que completarlos en la mañana y así en el siguiente turno, se van verificando los diagnósticos y cuidados, pero se siguen actualizando y se continúan”.(08)

“ cuando ha sido el enlace de turno, si nos dejan el plan elaborado se retroalimenta durante el turno, lo continuo si le hacen falta diagnósticos y actividades yo se las anoto” (09)

“se da continuidad en los turnos”(10)

La continuidad del plan de cuidados se refleja en las entrevistadas cuando ellas hacen referencia al inicio del plan en determinado turno, a la elaboración y revisión del plan por cada turno y además cuando asocian este proceso con el cierre o apertura de los diagnósticos de enfermería de acuerdo a cada paciente. Sin embargo, cabe señalar que existen diferencias en la concepción de la continuidad del plan por parte de las enfermeras en los diferentes servicios, visualizan esta etapa aislada de lo que es un proceso y se identifica la preocupación por el tiempo que implica escribir no el plan si no lo que es el registro de las acciones. O'Connell (1998) encontró que el plan de cuidados de enfermería con frecuencia esta fuera de tiempo y no refleja el cuidado actual del paciente que constantemente esta cambiando. Las enfermeras lo usan más como una guía general que específica y apoya su información con preguntas al paciente o a cualquier otra enfermera

Cabe mencionar que en este estudio las enfermeras manifiestan en repetidas ocasiones dificultades para la continuidad del plan, tales como; el tiempo, número y tipo de pacientes, índice de enfermera paciente, así como la normatividad institucional (horarios establecidos). Estas dificultades son similares a las encontradas por O'Connell (1998) entre las que menciona condiciones de trabajo, gravedad del paciente, manejo del paciente, tiempos cortos, contratos cortos, falta de personal permanente, falta de tiempo del personal administrativo, rotación de las enfermeras, restricciones del sistema, políticas del hospital, restricciones de tiempo, confianza en otros profesionales de salud y falta de reconocimiento.

4.1.6 Etapa de Ejecución.

La ejecución es el desarrollo de las estrategias de enfermería para el logro de los objetivos planeados en el cuidado del paciente, en esta se recoge los datos, es una evaluación continua, se establecen prioridades, se realizan las intervenciones, se registran los cuidados de enfermería, se comunican los informes de enfermería y se mantiene un plan de cuidados actualizado, en esta etapa la enfermera debe mantener una comunicación efectiva, así como utilizar todas las técnicas psicopedagógicas y administrativas para la realización de cada intervención.

Las subcategorías que integran esta categoría son tres; a) dificultades en la ejecución, b) importancia del registro de enfermería y c) uso de la observación y registros de enfermería.

a) Dificultades en la ejecución.

El momento de la realización de actividades el personal de enfermería puede ver obstaculizado su plan por falta de dominio y experiencia, recursos de material y equipo, aceptación por el paciente, habilidad para la manipulación de los formatos establecidos en el momento adecuado y cambios en la distribución del personal de enfermería. Las dificultades expresadas por los participantes fueron:

“ El tiempo y el exceso de trabajo son algunas interferencias, lo hacemos aunque no lo vallamos a escribir...”.(01)

“al principio nos costo mucho trabajo entender los diagnósticos de enfermería no los conocíamos, no estábamos acostumbradas a manejarlos, nos costo mucho trabajo...”.(02)

“ los formatos para los registros son buenos, lo que pasa que hay algunas cosas que vienen en el plan y no se pueden cumplir...” (03)

“ yo creo que no he tenido ninguna interferencia primero atendemos al paciente, después lo que es la papelería yo creo que no tenemos dificultades...”.(04)

“no he tenido ninguna interferencia de acuerdo a este tipo de pacientes, si se permite que se aplique con estos pacientes no tenemos ningún problema ni limitaciones en cuanto a materiales...” (05)

“ yo creo que por el servicio, la permanencia del paciente vemos fragmentado el trabajo, no hay seguimiento. La poca sensibilidad de la gente al plan, siento que dentro del mismo ramo de la enfermería no han entendido que es el plan, no le encuentran utilidad, es un requisito más que nos pide la compañera del servicio”(06)

“ ninguna, contamos con todo el apoyo técnico, humano, a parte del material, contamos con todo no hay excusas” (07)

“ no hay interferencias, generalmente los pacientes cooperan mucho y se trabaja en equipo, pero cuando hay comunicación llegamos a un acuerdo con el médico y estamos vigilando las condiciones del paciente por ejemplo las alergias”(09)

“ ...tenemos todo para implementar el plan”(10)

Las dificultades que tiene el personal de enfermería están asociadas al tiempo, exceso de trabajo principalmente pero en su mayoría refiere la dificultad con la que comprendieron los diagnósticos de enfermería, y el planteamiento de las intervenciones cabe señalar que esto es fundamental para cada una de las etapas del proceso, porque si bien en su mayoría llevaron una capacitación en cada una de las etapas se refleja la falta de integración del mismo, como se señala por los estudiosos del PE (Kozier, 1993, Alfaro, 1992).

b) Importancia del registro de enfermería.

Uno de los aspectos que incluye la ejecución es la documentación de las acciones es decir su registro en instrumentos que incluyen desde la valoración hasta la etapa de evaluación, en donde se informa de los cuidados iniciales, de su continuidad y de su término. (Alfaro,1992) El registro es esencial para la siguiente etapa que es la de evaluación. Los entrevistados refirieron:

“ los registros clínicos son otra vertiente de trabajo yo creo que están bien...”, “ estas hojas a mi me encantan se me hacen muy completas porque llevamos curvas gráficas...”, “ la gráfica te da una idea de cómo esta tu paciente...” (01)

“ se hacen registro de control como signos vitales y actividades de enfermería obviamente basadas en los diagnósticos...”, “ en la hoja...se van escribiendo y anotando con numero progresivo las actividades y se marcan las que van a continuar...”, “los registros son de suma importancia sobre la base de ellos se realizan tanto la valoración como los diagnósticos de enfermería...” (02)

“los formatos para el registro de enfermería son buenos, lo que pasa es que hay algunas cosas que vienen ahí y no se pueden cumplir...”.(03)

“ llevamos un formato para registrar los signos vitales cada 15 minutos, además la hoja en donde anotar todo lo que vamos a realizar con el paciente...”, “los formatos son la hoja preoperatoria que se utilizan en recuperación.” “ es importante porque en ocasiones nos falta un diagnostico que a través de los cuidados se les da...” (04)

“ los formatos me parecen claros y concisos incluye lo que uno tiene que conocer del paciente..”, “ yo creo que es muy importante porque vamos a conocer el diagnóstico y las actividades que vamos a dar al paciente..”(05)

“ ...no viene específicamente para una área... no es de acuerdo al área te corta las ideas simplemente no se adapta al quirófano” (06)

“ son muy explícitos, claros y completos, para registrar lo planeado y lo que se le hace al paciente”(07)

“... se han estado modificando desde que se inicio hasta la fecha”(08)

“ en general son claros y adecuados” (09)

“sí los formatos son lo suficientemente claros para la implementación del plan y así lograr los objetivos”. (10)

Los registros de enfermería para el personal entrevistado resultan importantes porque se sistematiza lo que se escribe en cada una de las etapas del proceso pero cabe destacar que en su mayoría enfatizan en el registro de parámetros fisiológicos más que en el cuidado de enfermería lo que hace pensar que los formatos no se llenan en el momento adecuado, sino hasta haber realizado algunos procedimientos

al finalizar el turno. Lo anterior se asocia con lo que reporta Alfaro (1992) respecto a la importancia de los registros al señalar que los malos registros (ilegibles, irrelevantes o incompletos) pueden impedir los cuidados, mientras que los buenos registros (reales, descriptivos, relevantes) comunicaran los aspectos pertinentes de los cuidados del paciente y ayudarán a los demás a valorar los patrones de respuesta del paciente.

c) Uso de la observación y registros de enfermería

El registro por escrito de las intervenciones de enfermería no solo implica el uso de los instrumentos sino también de las habilidades de la observación directa o indirecta de la enfermera del contexto en el cual se realizan dichas intervenciones (paciente, familia, ambiente hospitalario, ambiente laboral entre otros aspectos). Al respecto los participantes manifestaron:

“..se realizan al paciente las observaciones directas e indirectas..”(02)

“la enfermera tiene que observar para llegar a un diagnostico de enfermería y así al plan de cuidados...”(05)

“nos va a ayudar más que nada a valorar si las acciones que nosotras implementamos realmente logramos los objetivos y nos va a ayudar a hacer la evaluación...” (06)

“la observación es un dato informativo”(07)

“para ver si se llevo a acabo y para continuarlo y hacerle algunos cambios y para control.”

“...si yo lleno las hojas correctamente, tengo la observación directa e indirecta es decir salen de los diagnósticos”(09)

“ nos permite ir cerrando y abriendo diagnósticos nuevos, nos permite ir valorando nuevas actividades y formular nuevos diagnósticos”.(10)

Los sujetos no consideran la observación como parte de todo el proceso de enfermería sino la circunscriben a la etapa de valoración. Es decir, no la consideran como una técnica complementaria a los registros de enfermería y fundamental para

la evaluación.

4.1.7 Etapa de Evaluación.

La evaluación representa la última etapa del proceso de enfermería e incluye los elementos para la evaluación formativa y sumativa. La primera entendida como la evaluación durante el cuidado y la sumativa se refiere a la evaluación final de una actividad, como admisión, alta o transferencia a otra área. La evaluación depende de las políticas, reglamentos, lineamientos de la práctica, expedientes, diagnósticos de enfermería y del tiempo especificado para los objetivos y las intervenciones de enfermería. Se puede documentar en hojas separadas o bien en el mismo formato donde se incluyen todas las etapas del proceso.

Las subcategorías son: a) personal encargado de evaluar, b) importancia en la calidad del cuidado, c) porcentaje de cumplimiento y d) satisfacción del paciente.

a) Personal encargado de evaluar.

Este aspecto se relaciona con la identificación del personal de enfermería que evaluará el plan de cuidado del paciente; pueden ser las supervisoras, jefes de servicio o el personal operativo.

“ las enfermeras operativas no hacen evaluación..” “ se supone que las jefes de servicio, las supervisoras, el grupo líder que son los que se encargan de estar revisando de que se lleven a cabo bien los planes de cuidados y reforzando”. “ también las enfermeras hacen una clase de evaluación, cuando llega el otro turno revisa que la enfermera en base a su paciente que le esta entregando, se le dio cuidado”, “ no he evaluado planes de cuidado”
(02)

“ quizá las chicas de piso pudieran evaluar, porque ellas evalúan su plan cada 24 horas...”
(06)

Por sus expresiones en estas dos respuestas se puede identificar que la evaluación es considerada como un asunto del personal directivo medio y existe confusión entre la evaluación del cuidado y la evaluación de la utilidad o

aplicabilidad de los formatos que se emplean en ese hospital.

b) Importancia de la evaluación en la calidad del cuidado. Esta radica en el uso de conocimientos y habilidades para la obtención de datos relevantes, concluir sobre el logro de los objetivos, relacionar las acciones de enfermería con los diagnósticos de enfermería y valorar nuevamente el plan de cuidados.

“ las enfermeras de aquí tienen que dar calidad en la atención al paciente” (01)

“ yo valoro que se resuelva el problema del paciente, que se cubran las necesidades con prontitud con eficacia” (09)

Estos comentarios reflejan la falta de relación del PE como un método sistemático como lo señala Alfaro (1992) sus etapas están interrelacionadas y cada una amerita ciertos conocimientos y habilidades por lo que no sólo se puede valorar la calidad con la satisfacción del paciente sino desde un punto de vista más estructural.

c) Porcentaje de cumplimiento. Puede expresarse en dependencia del número de objetivos, actividades, porcentaje, número de pacientes y cuidados entre otros.

“ no alcanza a elaborar sus planes” (01)

“ la efectividad se valora de acuerdo al estado del paciente porque se debe hacer bien, el diagnóstico de enfermería oportuno y veraz las actividades adecuadamente” (02)

“ he logrado la mayoría de las actividades que planeo pero no todo, como decía el baño se hace en la mañana pero no es una regla” “..yo planeo esto y resulta bien no siempre y no porque se cometan errores simplemente por la evolución del paciente, lo que realizó con mi paciente se observa por la evolución, no solo la evolución clínica sino la cooperación del paciente y la relación que se establezca entre la enfermera y el paciente” (03)

“ yo he logrado un 80 por ciento de lo que planeo, depende del número de pacientes que tengamos, cuando estamos tranquilas atendemos mejor al paciente” “ cuando tenemos demasiado trabajo no logramos el 50 por ciento” “ la efectividad de lo realizado se observa a través de cómo atiendo al paciente dependiendo del diagnóstico de enfermería” (04)

“ se supone que se debe lograr un 100 por ciento dado que no carecemos de nada para proporcionar los cuidados” “ he logrado un 70 a 80 por ciento porque no los veo cuando se van o nos cambian con otros pacientes” “ el seguimiento del paciente se interrumpe cuando el paciente se va y no sabemos de nuestras acciones” (05)

“ yo creo que en un 70 a 80 por ciento a largo plazo, sería muy subjetivo porque yo no valoro los cuidados proporcionados porque no veo la recuperación del paciente, en el momento si se lleva a cabo en un 100 por ciento”(06)

“ de lo que planeamos he logrado un 80 por ciento sobretodo por el tipo de servicios y los pacientes que generalmente están inconscientes. El 100% no es cierto” (07)

“un 90 por ciento. El 10 por ciento es porque hay pacientes que se van de alta voluntaria o son transferidos a otros hospitales y ya no sabemos nada de ellos, se pierde la continuidad” (08)

“he logrado mucho, todavía no llega al 100 por ciento, aquí en el área quirúrgica el que no planea, bueno ha logrado un 50 por ciento” (09)

Los planes de cuidados de las enfermeras estudiadas no se logra en su totalidad, en primer lugar por aspectos como número de pacientes, rotación de personal, altas del paciente cambio de habitación del paciente. Sin embargo cabe destacar que en su mayoría refiere alcanzar más de un 50 por ciento de lo planeado. Esto coincide con lo que señalan diversos autores respecto a la falta de claridad de los fundamentos filosóficos, etapas de desarrollo, enfoques y beneficios del PE en la práctica clínica (Varcoe, 1996, Conell, 1998, Masson y Ataree, 1997; Koch y Speers, 1997) principalmente por la lentitud en el desarrollo de investigaciones relacionadas con su aplicación.

d) Satisfacción del paciente. Uno de los resultados que se deben obtener con el plan de cuidados a parte de la atención fisiológica es la satisfacción del paciente en diferentes vertientes como trato del personal, comunicación, información respecto a sus creencias y valores.

“ la efectividad de lo realizado es con base a la satisfacción del paciente y a la disponibilidad que tenga el paciente se hace a través de preguntas ¿ cómo lo trataron, cómo esta, tiene algún comentario?” (01)

“ la efectividad de lo realizado se observa a través de cómo atiende al paciente dependiendo del diagnóstico de enfermería” (04)

“ la efectividad de lo realizado se refiere a lo bueno que dicen los pacientes y su agradecimiento y en base a la satisfacción del paciente” (05)

“...no se puede dejar nada pendiente en cuanto a la atención del paciente”(06)

“durante la visita a cada uno de los pacientes se les pregunta ¿cómo se les está atendiendo? Y ellos manifiestan el desagrado o satisfacción en ese instante” (08)

“medicamente, la observación directa, respuesta del paciente y sobre todo por la recuperación del paciente” (10)

Uno de los obstáculos a los que se enfrenta la enfermera que labora en ámbitos privados es la interacción que se establece con el paciente por sus características socioeconómicas que en muchas ocasiones difieren a las de enfermería, por lo tanto cuando se abordó la satisfacción del paciente las enfermeras se limitaron a comentar si ha sido bien atendido, más no a la satisfacción vista desde la calidad del cuidado que recibió o recibe.

4.1.8 Utilidad del Proceso de Enfermería.

El proceso de enfermería tiene tres consecuencias esenciales: 1) para la profesión, muestra el alcance de la práctica a través de sus fases, ayuda a definir su papel frente a los demás profesionales, le permite definir la amplitud de su campo de acción y definir directrices hacia la práctica clínica, la atención y el rendimiento profesional; 2) para el cliente y la familia, favorecen su participación activa en cada una de las etapas del proceso así como la continuidad de los cuidados y la atención individualizada y 3) para el profesional de enfermería, aumenta la satisfacción del trabajo y potencia desarrollo profesional a través de las recompensas que le confiere la práctica clínica. Las subcategorías que la componen son: a) impacto en la organización del trabajo, b) transición en la práctica de enfermería, c) uso de sesiones clínicas para la aplicación del PE y d) uso del PE Por el equipo de salud.

a) Impacto en la organización del trabajo. El impacto se asocia con la sistematización del trabajo y la fundamentación del mismo en conocimientos actualizados, que se ve reflejado en optimización del tiempo, recursos, mejor cuidado al paciente así como la interacción personal. Los respondientes expresaron:

“ los pacientes se dan cuenta cuando la enfermera es una enfermera organizada, porque además transmite mucha seguridad con los pacientes” “ cuando la enfermera no organiza o no sabe porque aquí los pacientes tienen un nivel de exigencia” (01)

“ ahora que hacemos el PE nos ayuda a organizar el trabajo” “ la enfermera debe estar con el paciente porque lo demás es pérdida de tiempo”(02)

“ la verdad es que yo no he podido medir bien, no sé que tan real sea porque muchas veces ya el plan de cuidados es una rutina y hay quién no está de acuerdo en hacer un plan porque copian las cosas que están escritas en el plan anterior y finalmente no creo que fueran muy efectivos” (03)

“ se necesita organización para llevar a cabo las acciones de enfermería” (04)

“ es importante porque planea los cuidados” “ es importante para el paciente por la organización de las actividades” (05)

“ pienso que el PE, es útil y beneficia al paciente pero les falta conocimientos a las compañeras...” (06)

“ ha sido muy buena a veces la sirve a la enfermera y se actualiza” (09)

Todos los respondientes coinciden en la importancia del proceso de enfermería en la organización de su trabajo al hacer especificaciones en el plan y en las acciones, más no es una acción desarrollada en la organización. Esto concuerda con lo señalado por O'Connell (1998) respecto a la utilidad del PE en la administración, pues le proporciona una estructura al trabajo, siempre que se consideren las condiciones que impiden su implementación y las limitaciones del marco de evaluación.

b) Transición en la práctica de enfermería.

El proceso de enfermería mejora la práctica a través de sus sistemas de tipo abierto que mantienen a su vez una actividad cíclica en la cual se mejoran los procesos de entrada, trayectoria y resultado de los cuidados proporcionados. (Mason y Atree, 1996) esto es similar a lo reportado por las participantes en este estudio:

“ Si se hiciera como regla el uso del proceso de enfermería cada turno valoraría un poquito más su trabajo” “que yo diga he mejorado mucho la atención de enfermería o que el paciente requiere que la atención sea diferente no porque no se pueda valorar porque el paciente está aquí un tiempo y se va” “la gente no está bien capacitada para hacerlo y menos puede medir el impacto” “ yo considero que se unifiquen criterios que finalmente se va a establecer un plan” “ si se pueden adaptar los diagnósticos de la NANDA” (03)

“se van hacer unos formatos que estén adaptados al servicio están en proceso tanto en diagnósticos como en la valoración”(04)

“después de este tiempo me di cuenta de lo importante que es que todos manejemos el proceso de atención de enfermería”(05)

“ antes teníamos en mente realizar nuestros planes de cuidado, pero no lo hacíamos, ahora que forma parte del expediente de un paciente y llevarlos a cabo, bueno, creo que eso nos ha llevado a retomar algunos cuidados que teníamos abandonados y sobre todo humanizarnos más y concientizarnos sobre los cuidados que se le brindan al paciente. “ (07)

“los cuidados de enfermería son los más importantes para mí. Las notas de enfermería están en segundo término, aún cuando si se realizan las actividades y por algún olvido no las anotan viene la auditoría y me hacen la observación”. (08)

c) Uso de sesiones clínicas en la aplicación del proceso de enfermería.

Considerando los instrumentos a través de los cuales se aplica el proceso de enfermería es importante la capacitación y entrenamiento del personal en diferentes áreas tales como: conocimientos relacionados con las etapas del proceso de enfermería, uso de la taxonomía de la NANDA, teoría de enfermería, ventajas y desventajas en el uso de los formatos, así como la información de los cambios en estos. Una de las formas de capacitación es a través de sesiones clínicas y estudios

de caso. En relación a lo anterior las participantes señalaron:

"si se tiene el personal calificado y suficiente se podrá aplicar el proceso de enfermería" (01)

" que todas manejemos el proceso de atención de enfermería" "manejamos el PE en sesiones" (02)

"necesitas tener más conocimientos exclusivos de una especialidad" "actualización del personal en el método de trabajo" " primero que se simplifique más el instrumento" " se debe actualizar pero no repetir tal cual" (03)

" Cada determinado tiempo se expone un caso clínico y entonces se revisa el plan de cuidados y se proponen alternativas..." (09)

Las participantes dedican tiempo a la presentación de casos clínicos pero señalan algunas necesidades de capacitación y unificación de criterios en el método y en los formatos utilizados.

d) Uso del proceso de enfermería por el equipo de salud.

El proceso de enfermería ayuda a definir el papel de enfermería frente a los demás profesionales, le permite definir la amplitud de su campo de acción y definir directrices hacia la práctica clínica, la atención y el rendimiento profesional.

" en realidad este hospital me gusta porque los médicos no se meten con nosotras" "al personal no le interesa revisar tú plan a ellos les interesa que el paciente este bien y que no se queje" (01)

" En cuanto a como vemos su utilidad aquí es muy difícil porque los médicos dicen que son papelitos sin chiste y sobretodo restan tiempo al trabajo" (02)

" Esta actividad debe realizarse en equipo"(03)

"... yo no he visto que ningún médico tome las hojas de enfermería para consultarlas al contrario dicen ah! Las hojas de los monitores echalas hasta el fondo, pero hasta el fondo

del expediente, no las quieren ver”(06)

“...lo que pasa es que mucha gente no las lee, no las conoce...” (07)

“En algunas ocasiones el médico si las consulta pero hay otros que nos dicen ¿porque perdemos el tiempo? o bien “secretaria” ya deja eso y ven a atenderme acá. Más bien la información la consultamos nosotros” (08)

“ aparentemente para los médicos la idea es que la enfermera facilita el trabajo, pero los médicos no consultan los registros, eso dice mucho, porque no hay claridad en su escritura” (09)

“ para favorecer la comunicación interdisciplinaria y que todo mundo este enterado de que es lo que tiene el paciente y como se ha ido resolviendo”. (10)

Los comentarios anteriores reflejan la falta de reconocimiento a este trabajo de planear y dejar constancia escrita especialmente por el área médica. Al respecto O’Connell (1998) señala que es necesario revisar la valoración y darle un enfoque multidisciplinario para minimizar la duplicación de información. Además se requiere de un lenguaje simple y entendible por todos los profesionales de salud.

4.1 9 Metatemas.

Son todos aquellos aspectos que se relacionan con la aplicación del proceso de enfermería en la práctica que determinan la forma en que se lleva cabo este método de trabajo. Estos son: a) enseñanza del proceso de enfermería en las Instituciones de Educación Superior, b) necesidad de estándares por servicio y c) Sentimiento de confusión en la aplicación del proceso de enfermería.

a) Enseñanza del Proceso de Enfermería en las IES. De las 10 enfermeras sólo una refirió:

“yo creo que es importante que todos manejáramos y que lo dieran mejor en la escuela porque nos dan una “embarradita” y dices ¡que feo! es importante para el paciente y en la organización de las actividades...” (05)

La entrevistada considera necesario se profundice más en los elementos teóricos en cuanto al proceso de enfermería que se da en las Instituciones Educativas. Esto es similar a lo que sugiere O’Connell (1998) respecto a la enseñanza del PE y como usarlo para que los estudiantes desarrollen habilidades en las solución de problemas. También esto ratifica lo que Mason y Atree (1996) señalan en cuanto a que el PE se ha convertido en una herramienta teoretica para la enseñanza y la investigación, más que para la organización del cuidado deliberado de enfermería.

b) Necesidad de estándares por servicio. Las participantes comentaron:

“ tener una plantilla completa de personal porque si se tienen el personal suficiente y calificado se podrá aplicar el Proceso de Enfermería” (01)

“Que todas las enfermeras manejáramos el PE.” “que tuviéramos tiempo para hacerlo a veces por el número de pacientes no se puede concluir..” (02)

“ que se unifiquen criterios y que finalmente se va a establecer un plan y esta actividad debe realizarse en equipo...” “ uno de los objetivos es hacer plan de cuidados, vayamos hacia el mismo objetivo y finalmente que haya continuidad..” (03)

“ se van a elaborar unos formatos para llenarlos en urgencias cuando hay pocos pacientes si se puede cuando se tienen muchos, o el paciente o llenar los formatos...”(04)

“que se sintetice un poquito nada más, porque a veces se hace muy repetitivo” (07)

“que ya vinieran integrados los diagnósticos a las hojas para no perder el tiempo”(08)

“ que se estandraicen más los instrumentos por servicios, a lo mejor estoy planeando algo rígido” (09)

“aquí es importante que se manejen los estándares para el paciente” (10)

El personal en su mayoría coincide en la necesidad de establecer estándares de trabajo por servicio considerando el tipo de paciente, objetivos de los servicios y personal capacitado. Además, hace referencia a que es una actividad que requiere tiempo y suficiente personal.

4.2 Análisis de los aspectos que más caracterizan cada una de las etapas del proceso de enfermería.

Después de haber transcrito las entrevistas del personal operativo (10) se procesaron por el paquete Texpack para identificar aquellas frases que caracterizaran a cada una de las etapas como hallazgos que ratifican lo expuesto de manera cualitativa en los subcapítulos anteriores.

En el cuadro 4.1 se puede destacar que los aspectos de la valoración que más se destacan son actividades de la vida diaria (7), signos vitales (7) y necesidades (6).

Por su parte la etapa de diagnóstico (Cuadro 4.2) se considera la taxonomía de la NANDA (10) como aspecto que la caracteriza y la Teoría de Orem (5). Cabe destacar que a pesar de que reconocen la importancia de la taxonomía, no identificaron como principales las características definitorias ni otros elementos necesarios para la definición del diagnóstico.

Cuadro No. 4.1 Aspectos que caracterizan la etapa de valoración.

ASPECTOS QUE LA CARACTERIZAN	Participantes
Formato/Hoja de valoración	5
Observación	5
Teoría de Orem	3
Actividades de la vida Diaria	7
Diagnóstico médico	5
Necesidades	6
Signos y síntomas	4
Signos vitales	7

n= 10

PE= Proceso de Enfermería

Cuadro No. 4.2 Aspectos que caracterizan la etapa de diagnóstico.

ASPECTOS QUE LA CARACTERIZAN	Participantes
Necesidades	3
Actividades De la vida diaria	2
Problemas	3
Taxonomía de la NANDA	10
Teoría de Orem	5
Signos y síntomas	2
Diagnóstico Médico	2
Características Definitorias	3

n= 10

PE= Proceso de Enfermería

En la etapa de planeación 7 participantes consideran el plan de cuidados como el aspecto principal en esta etapa y sólo dos el uso de la valoración y diagnóstico en la planeación. (Cuadro 4.3)

En el cuadro 4.4, la etapa de ejecución se caracteriza por el uso de registros y recursos: material y equipo reportado por 5 participantes en cada uno

respectivamente. Cabe destacar que la comunicación sólo se considero por 4 de los participantes.

La etapa de evaluación presentada en el Cuadro 4.5, se caracteriza por la satisfacción de necesidades expresada por 6 de los entrevistados, satisfacción del paciente por 5.

Cuadro No. 4.3 Aspectos que caracterizan la etapa de planeación.

ASPECTOS QUE LA CARACTERIZAN	Participantes
Diagnóstico	5
Relación Dx y planeación	5
Plan de cuidados	7
Uso de la valoración, diagnóstico	2

n= 10

PE= Proceso de Enfermería

Cuadro No. 4.4 Aspectos que caracterizan la etapa de ejecución.

ASPECTOS QUE LA CARACTERIZAN	Participantes
Recursos: material y equipo	5
Uso de los registros	5
Cooperación del paciente	3
Comunicación	4

n= 10

PE= Proceso de Enfermería

Cuadro No. 4.5 Aspectos que caracterizan la etapa de evaluación.

ASPECTOS QUE LA CARACTERIZAN	Participantes
Reforzar el plan	4
Satisfacción del paciente	5
Evolución del paciente	4
Satisfacción de necesidades	6
Valorar el diagnóstico	4

n= 10

PE= Proceso de Enfermería

En el cuadro 4.6 se presentan las principales dificultades para la aplicación de las etapas del proceso de enfermería. Las primeras dos etapas son las que tienen mayores dificultades relacionadas con el paciente, capacitación, trabajo en cada servicio, uso de guías en la institución, falta de conocimientos y relación con el personal administrativo y el tipo de servicio.

En la tercera etapa se identifica claramente que falta una integración en las etapas previas y esta. Las dificultades en esta etapa se asocian con las condiciones de trabajo.

La cuarta y la quinta etapa son las que menos dificultades presentan, en la etapa de ejecución sólo se enfrentan al carácter de los pacientes, exceso de trabajo y tiempo. Sin embargo, señalan que una de la dificultades es el entendimiento del plan. En la evaluación no presentan ninguna dificultad, pero también cabe destacar que en la entrevista muchas de las participantes dejan esta tarea a las administrativas al referirse a las auditorías.

Las dificultades expresadas por las participantes en este estudio se asocian con lo encontrado por O'Connell (1998) al comentar que las condiciones del contexto como la falta de tiempo, el cambio rápido de paciente, la contratación de enfermeras de agencias, la rotación de enfermeras y pacientes en los servicios y el "conocer" al paciente dificulta que se logre la tarea, además las etapas del proceso son difíciles de operativizar en su forma actual por lo que se requiere una revisión y crítica a dicho proceso; y lo señalado por Mason y Atree (1996) en la no aplicación en su totalidad del Proceso de Enfermería.

Cuadro No. 4.6 Principales dificultades para aplicar cada una de las etapas del proceso de enfermería según reportes de participantes.

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANEACION	EJECUCION	EVALUACION
"diferencia en los servicios" "diferentes pacientes"	"confusión en guías" "como integrarlo"	" falta de observación" " falta relación entre diagnóstico y planificación"	"carácter de los pacientes" "permanencia del paciente"	"ninguna"
"estado de conciencia del paciente" "exceso de trabajo"	"carga de trabajo" "familiaridad con las características definatorias"	"profundidad en los conocimientos" "rotación de personal"	"entendimiento del plan" "estado del paciente"	
"gravedad del paciente" "paciente demandante"	"conocer bien la taxonomía" "confusión entre personal administrativo"	"interés personal"	"exceso de trabajo" "tiempo"	

n= 10

PE= Proceso de Enfermería

4.3 Análisis de la entrevista al grupo focal.

Los hallazgos encontrados se organizaron de igual forma que los de los sujetos de estudio, en categorías y subcategorías. Sin embargo, a pesar de que se les cuestionó respecto a la implementación de las etapas del PE se obtuvieron respuestas enfocadas más a los aspectos administrativos y de la construcción del Modelo, por lo que algunas de las subcategorías no fueron abordadas por el grupo focal.

4.3.1 Características académico-personales del grupo focal

El grupo focal fue integrado por cinco licenciadas en enfermería cursando la maestría en administración de los servicios de salud, con una antigüedad en el Hospital que fluctúa entre uno y diez años, con funciones de Directora de Enfermería del Hospital Angeles, Supervisora, Jefe de servicio y Enfermera operativa

4.3.2 Conocimientos en la aplicación del proceso de enfermería.

Respecto a los conocimientos que aplican en el proceso de enfermería el grupo se remitió a expresar las experiencias en la adquisición de las teorías que fundamentan su Modelo de Atención y contestaron:

“ Los maestros que nos dieron el complementario no conocen el tema nos hablan muy poco muy escueto de lo que es Henderson y Orem, Watson y no aterrizan, no les dan la importancia..... a mí la maestra que me dio esa materia fue una maestra ya grande, como que no esta convencida”

“ Yo conocí las diferentes teorías ahora que curse la licenciatura, pues me sirvió muchísimo para entender nuestro modelo de atención de la Dra. Orem, ahora nos corresponde estudiar a Henderson.....”

“ ...si te dan las bases teóricas,....te lo dan muy elemental, te lo dan porque te lo tienen que dar y punto,.....no con la profundidad que debe, ni con la importancia, pero si te dan de todas las teorías.....”

“ volvemos a lo mismo es gente que no tienen los elementos básicos que es una teoría

esto es de entrada...”

Con lo anterior se puede identificar que el grupo focal le da prioridad a los conocimientos para comprender el Modelo de Atención más que comentar sobre los principios de anatomía y fisiología. Cabe destacar, que se identifica una gran necesidad en la preparación que tuvieron en su formación como Licenciadas en enfermería en lo que respecta a Modelos y Teorías.

Al cuestionarles sobre si se considera el estilo de vida en los conocimientos para aplicar el PE, es conveniente mencionar que algunas de ellas participaron en la construcción del Modelo de Atención de Enfermería del Grupo Empresarial Angeles por lo tanto conocen los indicadores a través de los cuales miden dicho estilo. Al respecto mencionaron:

“ en tu hoja de valoración tienes varias partes en una están los datos generales del paciente, en otra parte de esa hoja, en otra parte de esa misma hoja pones las dificultades que tienen el paciente para llevar acabo las actividades de la vida diaria humana ya sabes son alimentación, eliminación, vestido y arreglo personal y movilidad...”

4.3.3 Etapa de Valoración.

Al indagar sobre las características del instrumento de valoración se aprecia que el grupo focal tiene un conocimiento claro y preciso de los elementos que lo integran. Se puede pensar que el grupo esta convencido no sólo de soporte teórico del instrumento sino además de la utilidad y aplicación del mismo. Algunas de ellas comentaron:

“ en tu hoja de valoración tienes varias partes, en una están los datos generales del paciente, actividades de la vida diaria humana, tu haces la valoración del estado físico del paciente, protocolos de riesgos de caídas, en la hoja de valoración va la evaluación análoga del dolor esa hoja es importantísima porque en base a esa hoja tu formulas tus diagnósticos de enfermería...”

“ nosotros utilizamos una hoja, primero tu hoja de valoración, en tu hoja de valoración tienes varias partes en una están, los datos generales del paciente y en la otra parte de esa misma hoja pones las dificultades que tiene el paciente para llevarlas a cabo, las actividades de la vida diaria humana ya sabes son alimentación, eliminación, vestido, arreglo personal y movilidad, entonces tu ahí identificas porque no pueden hacerlo y tu ya haces la valoración si es dependiente, independiente o totalmente independiente.....”

“ yo creo que eso es importante los formatos se han ido cambiando de acuerdo a las necesidades y siempre se toman en cuenta las opiniones de las propias enfermeras y usuarias y de los médicos.....”

El grupo al asociar la valoración con el estado de salud del paciente en su aplicación comentó:

“ Ahí tu haces una valoración del estado físico del paciente, si tiene equimosis, si la piel está lastimada, si tiene una fractura... pero hay detalles que se te van y los protocolos de riesgos de caídas que aquí tenemos en el hospital, riesgo de traumatismo por caída, también va en esa hoja de valoración en la parte posterior de la hoja de valoración va la evaluación análoga del dolor EVA”

Es importante mencionar que el grupo si identifica los indicadores del estado de salud del paciente en su instrumento de valoración, además considera otros factores que pueden producir riesgos a la salud del paciente como las caídas y el dolor.

4.3.4 Etapa de Diagnóstico.

Se les cuestionó sobre la importancia de la experiencia profesional, actualización y el diagnóstico de enfermería. Reflexionan sobre el trabajo y el tiempo requerido para diagnosticar, no hacen referencia a la actualización de los diagnósticos. Mencionan la importancia de recibir cursos de capacitación en los Modelos y teorías y en la apropiación del Modelo por parte del personal para incrementar su interés al aplicarlo.

“ tenemos todo lo necesario para poder diagnosticar hacer nuestros propios diagnósticos de enfermería sería lo que planeas, no se me dificulta ninguna cuando tienes los pacientes

que debes tener te da tiempo de hacer todo bien y hechas a trabajar la neurona, pero cuando tienes llenísimo y tienes mucho trabajo no puedes planificar como debe ser...”

“ muchas veces la gente lo hace porque lo estamos exigiendo pero no tienen la conciencia del porque del plan de cuidados...”

“ aquí en el hospital creo que empezamos al revés, primero empezamos haciendo el Plan la gente sabe que está fundamentado en una teoría yo creo que primero deberíamos haberles hablado sobre filosofía y teoría para que la gente entienda porque queremos hacer una plan de cuidados y para que sirva ... ”

“ al personal hacerles sentir hacerlo suyo apreciarlo quererlo identificarse con el instrumento de trabajo, son muy pocas muy contadas...”

“ la fase donde teníamos más fallas es la evaluación del cuidado y se mejoró notablemente con talleres ahora sé esta dando la capacitación teórica...”

“ le hemos dado su valor nos hemos documentado, nos da el interés personal de comprar un libro para salir adelante...”

El grupo focal menciona las siguientes dificultades en el uso de la taxonomía de la NANDA:

“ lo que más se dificulta el escribir porque el personal operativo, yo también me incluyo no están familiarizadas con la terminología que maneja la taxonomía de la NANDA...”

“ para formular los diagnósticos de enfermería tenemos la taxonomía de la NANDA, que hay muchas cosas que a mi juicio deberían que modificarse, más que nada ubicar bien la terminología, porque te suenan así como raros algunos diagnósticos...”

“ y ya con tu hoja de valoración y la taxonomía de la NANDA ya hacemos los diagnósticos de enfermería y ahí mismo formulas tu plan de cuidados...”

Se aprecia que el grupo focal expresa la necesidad de modificar los diagnósticos de la taxonomía de la NANDA, así como destacan la importancia de tener una mejor preparación en el manejo de la taxonomía para poder elaborar el plan de cuidados.

Al cuestionarles sobre como se definen los diagnósticos y como estos se asocian con el tipo de paciente, mencionaron que existen diferentes formatos para cada servicio con diagnósticos específicos. Conocen claramente como se registran los diagnósticos en los formatos, sin embargo no mencionaron la ruta crítica para la elaboración de los mismos (uso de la valoración y las características definitorias).

Expresaron:

“ las acciones se registran en ese mismo formato del lado derecho de la hoja pones el diagnóstico por ejemplo; “déficit de la movilidad” es tu diagnóstico le pones fecha de cuando lo ubicaste y luego enuncias los cuidados que le vas a dar para ayudar al paciente que no se pueda mover ya cuando ves que el paciente se puede mover cierras tu diagnóstico es lo que hacemos.....”

4.3.5 Etapa de planeación.

En esta etapa el grupo focal menciona algunas de las dificultades que observan en su personal operativo al momento de planear el cuidado de enfermería. Algunas de estas fueron la falta de habilidad para pensar y escribir al mismo tiempo que sé esta atendiendo a los pacientes, falta de agrado por la escritura y falta de convicción en lo que sé esta haciendo. Es importante señalar que la opinión del grupo focal puede diferir en estas dificultades con el grupo operativo debido a que este último es el que trabaja directamente con los pacientes y conoce de las necesidades de cada uno de los servicios, tales como tipo y número de paciente, tipo de cuidados y tiempo para cada uno de estos. Esto se puede identificar en las siguientes expresiones:

“ con el modelo primero es sentarte, revisarlo, te llega el paciente lo revisas haces la valoración, haces tu plan de cuidados y das el cuidado eso es lo que debe de ser.....”

“ la fase en lo que te sientas a escribir y a pensar y documentar es a lo que se dedica menos tiempo.....”

“ se me dificulta más la planeación porque lo tienes en la cabeza el escribir, además que a veces no tienen tiempo....”

“ si el personal operativo no les gusta escribir dicen que pierden tiempo pero porque no están convencidas de la aplicación del método.....”

“ se me dificulta escribir, como ya lo habíamos comentado es la planeación....”

“ no se me dificulta ninguna cuando tienes los pacientes que debes de tener te da tiempo de hacer todo bien y echar a trabajar la neurona, pero cuando tienes llenísimo y tienes mucho trabajo no puedes planificar como debe ser.....”

4.3.6 Etapa de ejecución.

En lo relacionado a las dificultades en la ejecución el grupo focal refirió que es el momento que la enfermera tiene que sentarse a escribir, asocian la ejecución con la forma de trabajo de enfermería, es decir la enfermera como se ha visto a través de la historia es “ejecutora” por lo tanto esta etapa es la de mayor “facilidad” según los comentarios:

“ la etapa que más se me facilita pues es la ejecución, si, todo mundo lo hace aquí se trabajo mucho capacitando a la gente lo que dificulta es sentarse a escribirlo y a ordenarlo es que esta bien definido y bien sabido que así somos las enfermeras más ejecutoras, no escribimos para que escriban un artículo les tienes que estar rogando a medio mundo....”

“ la ejecución es lo que se me facilita más, la aplicación porque es inmediata...”

“ si claro considero que la aplicación de las intervenciones es lo que más se me facilita....”

Sin embargo al momento de cuestionarles la relación entre la observación y los registros de enfermería, el grupo señaló que el personal ocupa mucho tiempo al estar escribiendo y emplea poco tiempo en las actividades de su servicio. Al identificar esta situación sumada al rechazo del formato por parte del personal médico, se establecieron los estándares para facilitar el trabajo de enfermería, es decir, antes la enfermera tenía que registrar todos sus cuidados, con las

modificaciones ahora sólo tiene que marcar aquellas acciones que realiza y escribir aquellas que no estén dentro del formato. Algunos de los comentarios al respecto fueron.

“ de otro modo le estas facilitando a la enfermera porque se quejaban, era una queja muy fuerte, eso de que se pasaba escribe y escribe era demasiado tiempo, los mismos doctores en quirófano se quejaban y decían quiten esa porquería, hasta que los hemos convencido poco a poco el jefe de terapia intensiva decía están locas con esa onda que traen ustedes, a raíz de eso retomamos las quejas de los médicos las tomamos muy en cuenta y en razón de ello hicimos las hojas con los estándares, para facilitar el trabajo a la enfermería para evitar que escriba y escriba y pueda acudir a hacer otras cosas por ejemplo; la circulante de quirófano dedica más tiempo a las hojas que a su función que tenía que atender...”

“ y escribe para retroalimentar y que mejore...”

“ la enfermera esta viendo este estándar, no lo cumple mi paciente, mi paciente tiene otro, entonces en ese momento se documenta y si falta uno hay espacio para agregarlo...”

“ es que no se lleva como debe de llevarse, no dices voy a elaborar mi plan de cuidados para ver que voy hacer con mi enfermo, entiendes primero, atiendes primero al enfermo y luego te sientas a escribir lo que deberías de haber hecho, muchas cosas hiciste y muchas no...”

“ primero siéntate revísalo, te llega el paciente lo revisas haces la valoración haces el plan de cuidados y das el cuidado eso es lo que debe de ser, muchas veces te llega el paciente lo atiendes vas escribés, eso es lo que más se dificulta, el escribir porque el personal operativo no esta familiarizado con la terminología...”

“ yo creo que a todos, bueno se enfoca más a la ejecución, la fase en que te sientas a escribir y a pensar y documentar es a lo que se dedica menos tiempo”

4.3.7 Etapa de Evaluación.

Respecto al personal encargado de evaluar contestaron:

“ cuando se hacen las auditorias nos damos cuenta y sentimos que tenías algo de deficiencias en el método de atención sin embargo se retoma a todo el grupo operativo por partes se abarco al 98 por ciento del personal en talleres de dos horas cada sesión y mejoro mucho...”

Este comentario se corresponde con el del personal operativo pues ratifica el hecho de que le dan más importancia a la evaluación del Modelo de esta institución y no a la evaluación del cuidado como etapa final del proceso de enfermería.

4.3.8 Utilidad del Proceso de Enfermería.

Las enfermeras del grupo focal contestaron lo siguiente en relación con el impacto en la organización del trabajo:

“ a mi me da miedo que nos sistematizaran tanto con esos formatos aunque, a mi también me encantan porque están preciosos, pero de lo que se trata cuando tu haces un plan, de mover la neurona de pensar superar las expectativas con este tipo de formatos, pum, pum, pum, o sea se puede sistematizar tanto que nos podemos olvidar de detalles que son muy importantes...”

“ yo creo que es básico y muy importante que nosotros tengamos fundamentaciones teóricas que la gente entienda porque de un plan, porque tenemos que retomar de algunas teoristas que lo han hecho creo que aquí en México todavía no hay nadie, retomar lo bueno y adaptarlo a nuestra población Mexicana y al Sistema Nacional de Salud que tenemos en el país...”

Uso de sesiones clínicas para la aplicación del proceso de enfermería:

“ al principio no iba a clases empezaron a meterse a los servicios Carmen se las llevaba a un cuarto con ellas, casi se las llevaba a la fuerza...”

“ me decía Carmen nos toca clase y ahora de que, pues de calidad de la hojita pues esa hojita nos traía locas y era muy fácil y es vaciado ver la evolución que ha tenido, ahora ya no escribes...”

“ los formatos están preciosos tenemos las hojas del hospital, de urgencias, de terapia intensiva, UCIN., de transoperatorio, de cirugía ambulatoria...”

Respecto a la utilidad del PE lo asocian más con la estructura de los formatos desde el punto de vista administrativo, en la presentación del mismo y en los cambios que ha tenido pero no en las implicaciones del mismo en la aplicación del PE.

4.3.9 Metatemas.

Enseñanza del Proceso de Enfermería en las Escuelas.

“ desde la Universidad están mal ahora que ya tienes más experiencia y has leído más, y te has preocupado por seguir adelante académicamente te das cuenta de la importancia que tiene...”

“ son pocas, solo la gente que de verdad se siente identificado son contadísimas porque ni ellas, si tu estas convencida no vas a convencer a nadie...”

“ es muy difícil trabajar esto te digo mientras la gente no tenga, la Licenciatura no se va a poder porque la gente con nivel técnico o solo que las Universidades les diga que los de nivel técnico, les diga la importancia del porque, desde iniciando la carrera porque quieres ser enfermera, ubicando a la gente, mira la historia de enfermería es así tienes muchos retos por delante porque en enfermería trabajas mucho pero las forman por formarlas y las hacen más operativas y técnicas, las Universidades no se preocupan, así no se va a conseguir nada...”

“ los éxitos pues que somos las primeras ojalá que jalemos a más profesionales y se nos reconozca como profesión o sea no es posible que esta mas pagada la Carrera de Ingeniería Biomédica, pues Enfermería esta peor...”

En los hallazgos encontrados en la entrevista a cada uno de los licenciados en enfermería y al grupo focal en cada una de las categorías y subcategorías se destaca que existe conocimiento de ambas partes de las diversas dificultades en la aplicación del PE, la necesidad de capacitación y adiestramiento continuo en los Modelos y Teorías de enfermería así como de los Diagnósticos de la NANDA, la necesidad de un formato por servicio, la necesidad de tener personal de manera permanente en los servicios para la continuidad de los planes de cuidado, la integración del personal administrativo con el operativo para conocer de cerca la aplicación del PE. Es pertinente destacar que el personal del grupo focal demostró interés en hacer cambios en enfermería como profesión por lo que se dieron a la tarea de reestructurar sus instrumentos. Esta última reestructuración se presenta en el Apéndice F.

4.4 Descripción de la entrevista sobre cambios en la estructura del formato del PE.

La entrevista fue realizada a la Coordinadora de Calidad del grupo líder del Hospital Angeles.

Los motivos que tuvieron para modificar los instrumentos fueron los siguientes:

“ la necesidad fue que tuvieran un instrumento que identificara una corriente de pensamiento en la valoración de la enfermera pero esto nada más es forma..”

“ las enfermeras se cansan de escribir ellas identifican un diagnóstico con base a esa valoración pero era una situación, no tenía un orden, nada más era el método como tal muy laico, tratando de identificar algunos aspectos de una teoría pero sin definición..”

“ pero a la hora que se incorporan los elementos teóricos y metodológicos a través de llevar los formatos, se pueden identificar los diagnósticos y la intervenciones estos se traducen en estándares de cuidado..”

La prueba piloto se hizo en noviembre y diciembre del año pasado en los servicios de Terapia Intensiva y en las áreas de hospitalización los resultados que arrojaron fueron los siguientes.:

“ ellas identificaron que era un beneficio usar los estándares ya no tenían que escribir y sobre todo hacerlo con más intervenciones muy limitadas y nada más por llenar ahora estas intervenciones deben garantizar que van a resolver el problema del paciente, traducido en diagnóstico del paciente..”

“ se necesita continuamente estar retroalimentando en el enfoque de las teorías, en el beneficio, en el crecimiento profesional, en las ventajas que tiene la aplicación de las teorías..”

“ también que otros diagnósticos, pudieran ser más comunes para las áreas de hospitalización..”

“ y finalmente pregunte la opinión de las enfermeras a través de los formatos ellas que pensaban de la implementación de las hojas en los servicios de labor y toco en los turnos matutino, vespertino y nocturno , bueno sus comentarios fueron esos, que les encantaban las hojas pero todavía es forma, ahora bien se estableció que se hiciera expansivo a todos los formatos con diagnóstico y estándares..”

“ con un esquema totalmente diferente en las áreas de hospitalización es necesario, que se les haga la valoración del paciente con el esquema de Orem y Henderson, en las áreas quirúrgicas por el tiempo de permanencia de los pacientes ahí nada más se aplican estándares, no puede uno valorar a un paciente con el estado de conciencia , siendo que se tiene que hacer una entrevista etc., entonces ahí la elección que se tomo fue hacer diagnósticos y estándares específicos por áreas como pediatría, la UCIN.”

“ nos dimos a la tarea de definir primeramente que diagnósticos eran más comunes que utilizaran en las áreas especiales como son, quirófano y terapia intensiva a través de esta, la primera hoja que salió con los estándares ya definidos fue la de terapia intensiva luego la de hospitalización y así abarcamos todos, incluso ya tenemos una hoja de hemodinamia con estándares y diagnósticos de enfermería..”

El objetivo de este nuevo instrumento es:

“ que ellas accedan en la aplicación de estándares pero que lo complementen, que sepan porque lo van hacer, que hagan asociación a través del conocimiento con el cuidado”

“ la aplicación de este nuevo instrumento se inicio este año”

“en noviembre del año pasado empezamos en terapia intensiva y a partir de este año empezamos en hospitalización, terapia intensiva y medicina interna..”

Dificultades que han encontrado para su aplicación.

“ninguna, dificultades en el sentido, lo hacen por forma por hacerlo pero ya es un avance, una ganancia, pero para mi sería excelente que las enfermeras se llevaran su formato, le dijeran al paciente, señor buenos días , buenas tardes vengo hacerle una serie de preguntas con el afán de identificar cuales son sus necesidades de cuidado enfermera, si se llegara a dar esta situación sería lo ideal, le permitiría a la enfermera interactuar con el paciente, le permitiría realmente identificar los problemas que a través del cuidado enfermero se debe modifica, pero para esto necesitan ellas conocer saber de exploración, las técnicas de interrogatorio de la entrevista, la validación de los datos...”

“la reacción de la enfermeras ha sido buena ellas dicen ya no tenemos que escribir..”

Capacitación de las enfermeras para la aplicación de este instrumento

“antes de que se sacara el instrumento se les dio la capacitación sobre el modelo de atención específico del Grupo Angeles, esta capacitación igualmente fue tratando de darles las aportaciones más importantes de cada una de las diferentes teorías en donde se identifica el entorno, salud, los supuestos principales de las teorías...”

“después de esta capacitación se le propuso el paquete didáctico, pero es necesario que ellas sepan los aspectos filosóficos, los aspectos epistemológicos, que identifiquen que es

una ley, que es una teoría, como se generan los modelos, se les dice cuales son las ventajas, y se les hace un breve desarrollo histórico de lo que ha sido enfermería a partir del siglo pasado desde analizar lo que es el cuidado enfermero, el objeto de estudio..”

“ ahorita ya capacite al 100 por ciento del personal con esta nueva forma..”

“ ahorita ya estamos en la etapa de validación de los formatos..”

“ se formo un comité corporativo tiene la finalidad de que se hicieran adecuaciones en cuanto a diseño, en cuanto a estructura y procesos de datos se va a integrar una manual de formatos pienso que este año sale este manual, se piensa generalizar en todos los hospitales del Grupo Corporativo Angeles...”

Considerando las respuestas del personal entrevistado del grupo de licenciadas en enfermería al grupo focal y a un directivo del Hospital, tocan puntos de coincidencia en los objetivos de trabajo, en cuanto a la necesidad de la capacitación y adiestramiento continuo del personal sobre elementos teóricos y metodológicos que fundamenten el Modelo de trabajo, así como la reestructuración de los formatos en los diferentes servicios de enfermería tomado en cuenta la taxonomía de la NANDA y los estándares de cuidado por servicio y sin olvidar las auditorias de enfermería. Cabe mencionar que es un grupo de trabajo con deseos de hacer cambios en la profesión de enfermería del Grupo Corporativo Angeles.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

1. Del análisis de las descripciones de cada una de las participantes se deducen las siguientes hipótesis para un diseño cuantitativo de investigación:

Hipótesis 1: La hoja de registro de las etapas del proceso de enfermería mejora la organización de los cuidados de enfermería.

Hipótesis 2: La aplicación del proceso de enfermería determina la calidad de los cuidados de enfermería en el ámbito hospitalario.

Hipótesis 3: Las enfermeras que se ubican de manera permanente en un servicio y un turno, aplican de manera integral el proceso de enfermería, que aquellas enfermeras que son movilizadas por diferentes servicios y turnos.

2. La experiencia de las licenciadas en enfermería con la aplicación del proceso de enfermería evidencio que las bases de conocimiento que guían la aplicación, están relacionadas con aspectos de anatomía y fisiología, con el proceso mismo, con la Taxonomía de la NANDA de los modelos y teorías de enfermería. Al respecto cabe destacar que si bien los mismos participantes tanto del grupo individual como del focal usan estos conocimientos, se identifica la necesidad de capacitación y adiestramiento continuo.

3. Se encontraron incongruencias entre lo que se establece con la literatura y por algunas teorías de enfermería respecto a la aplicación del proceso de

enfermería, pues en algunas etapas es evidente que las dificultades son mayores a las facilidades para implementarlas, tal es el caso de la valoración y diagnóstico como etapas básicas para la integración en los cuidados de enfermería.

4. Los factores asociados con la aplicación del proceso de enfermería se ubican en diferentes niveles:

- a) factores del paciente y su familia,
- b) los asociados con el servicio de enfermería,
- c) los relacionados con el contexto Institucional,
- d) factores de capacitación y adiestramiento y
- e) de interrelación entre el personal operativo y administrativo.

5. A pesar de que los participantes expresan dificultades en la aplicación del proceso de enfermería es evidente que existe interés por continuar con la preparación en la aplicación del proceso de enfermería y de que sea un método de distinción del trabajo de enfermería así como del mejoramiento continuo de los cuidados proporcionados en este grupo corporativo de hospitales privados.

5.2 Recomendaciones

1. Dar a conocer los resultados de esta investigación a través de las diferentes coordinaciones como son la de enseñanza y la de evaluación de calidad de los diferentes hospitales que integra el grupo corporativo, con la finalidad de retroalimentar lo aquí planteado en cada una de las experiencias en la aplicación del proceso de enfermería así como a otras instituciones interesadas en la aplicación del PE como el IMSS.

2. A través de la investigación cuantitativa medir la efectividad y eficacia del proceso de enfermería en razón del cuidado que se proporciona en los diferentes hospitales que conforman el grupo corporativo con la finalidad de dar a conocer los resultados de su utilidad a otros profesionales del área de la salud y principalmente al gremio de enfermería de otros hospitales.

3. A los ejecutivos de enfermería del Grupo Corporativo Angeles, mantener constantemente comunicación con el personal operativo para conocer más de cerca las dificultades que se presentan al momento de la aplicación del proceso de enfermería, que permitan mejorar los instrumentos utilizados, así como su preparación en los fundamentos teóricos del proceso.

4. Divulgar los resultados en las Instituciones de Educación Superior, para que conozcan las implicaciones que tiene la aplicación del PE en la práctica, administración e investigación en una institución hospitalaria.

BIBLIOGRAFIA

Alfaro, R. 1992 Aplicación del Proceso de Enfermería Guía Práctica, (2ª. Ed.) Mosby-Doyma Barcelona España.

Alfaro, R. 1996 Aplicación del Proceso de Enfermería, (3ª.ed.) Mosby-Doyma Madrid España.

Alvarado, O. (1998) Aplicación del Proceso de Enfermería por Estudiantes: Factores que intervienen. *Enfermería Clínica* 8(4):133-140.

Antiga, N. 1996 El método Científico Aplicado a la Práctica Clínica de Enfermería *Desarrollo Científico de Enfermería*, 4(7):18-24

Balderas, P., 1988 Administración de los servicios de Enfermería Mc. Graw-Hill. México.

Bonnie, W., 1993, Estandares de Calidad para Cuidados de Enfermería Edición, Doyma Barcelona España.

Carrpenito, L., 1990, Diagnóstico de Enfermería (3ª. Ed.) Interamericana Mc. Graw - Hill Madrid España.

De la Cuesta, B. (1997) Investigación cualitativa en el campo de la salud. *Revista ROL de Enfermería*. 232:13-16.

De la Cuesta, B., (1998) Contribución de la Investigación a la Práctica Clínica de los Cuidados de Enfermería: la Perspectiva de la Investigación Cualitativa, *Enfermería Clínica* 8(4): 166-170

Estrada, S., 1996 Hoja de Valoración de Enfermería Desarrollo Científico de Enfermería 4(5):15-24.

Feliu, B., 1995 Validación del Método del Proceso de Atención de Enfermería Desarrollo Científico de Enfermería 3(4):4-13.

González, J.S.; García, H.E.; Cibanal, J.y Galao, M.R.1999. Fenomenología y Enfermería: grados de especificidad en el conjunto de la producción científica. *Enf. Clínica* 9(1):13-20.

Grypdonck M. 1997 Importance of qualitative research for nursing and nursing science *Pflege*, 26:222-8. (Abstr.).

Hohmann – U; Weinrich - H. Y Gatschenberger-G 1997; New documentation system yo facilitate a patient centered nursing process in longterm care in the community and nursing homes (German.) *Pflege*, 10(3): 157-63. (Abstr.).

Ibarra, G.,1994 Aplicación del proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad de Enfermería *Desarrollo Científico de Enfermería* 2(1):23-26.

Ibarra, G., 1999, Modelo de Atención de Enfermería del Grupo Angeles *Desarrollo Científico de Enfermería* 7(7):200-203.

Iyer, W.R. y Camp, H.N. 1995. *Nursing Documentation. A nursing approach.* (2nd. Ed.)Mosby:USA.

Iyer, P. Taptich, B. Bernocchi. (1997) *Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería* (3A. Ed.) Mc Grow-Hill Interamericana.

Kim, M., McFarland, G., y M. Mc Lane, A., 1993 *Guía Clínica de Enfermería Diagnóstico en Enfermería y Plan de Cuidados* (5ª.ed) Mosby Madrid España.

Koch FT; Speers AT., 1997 Aug. It is time to move from the nursing process to critical thinking., *AORN J*, 26(2) 318-20 (Abstr.).

Kozier, E., 1993 *Enfermería Elemental Conceptos, Procesos y Práctica* (4ª.ed), Mc. - Graw - Hill Interamericana de España.

Leddy, S., y Pepper, M., 1995 *Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional Organización Panamericana de la Salud.*

Luis, R., 1993, *Diagnóstico de Enfermería un Instrumento para la Práctica Asistencial* Edición Doyma Barcelona España.

Marquis y Huston, 1998 *Managenent. Dessicion Waking, For Norce* (3Ed.) Lippincott: USA.

Marriner, T., 1996 *Administración y Liderazgo en Enfermería* (5ª.ed) Mosby-Doyma Madrid España.

Marriner, T., 1994 *Modelos y Teorías de Enfermería* (3ª.ed) Harcourt Brace Madrid España..

Martinez, B. C., 1995 El Proceso de Atención de Enfermería como Estrategia para la Atención en el Hogar, *Desarrollo Científico de Enfermería* 3(5):7-10.

Mason GM; Attree M. 1997 The relationship between research and the nursing process in clinical practice, *practice Journal of Advanced Nursing*, 26, 1045-1049.

Moran, L., 1996 Teorías, Modelos y Métodos Utilizados en Enfermería *Desarrollo Científico de Enfermería*, 4(10):26-30. *Artículo traducido 1999.*

O´Connell - B 1998 The clinical application of the nursing process in selected acute care settings: a professional mirage *Australian Journal of Advanced Nursing* 15(4):22-32. *Artículo Traducido 1999*

Orem, D., 1993 *Conceptos de Enfermería Práctica Edición Científicas y Técnicas*, S.A., Masson Salvat.

Pesut - DJ; Herman - J 1998 Transformation of nursing process for contemporary Nursing – Outlook, 46(1):29-36. (Abstr.).

Phaneuf, M., 1993 *Cuidados de Enfermería, El Proceso de Atención de Enfermería* Mc. Graw - Hill Madrid España.

Polit, H., 1997 *Investigación Científica en Ciencias de la Salud, (5ª.ed)Edición*, Mc. Graw Hill Interamericana México.

Potter, P., Perry, A., 1996 *Fundamento de Enfermería Teoría y Práctica (3ª. ed.)* Mosby Doyma Madrid España.

Potter, P., RN., MSN., 1995 Guía Clínica de Enfermería Valoración de la Salud (3ª. ed.) Mosby Doyma Madrid España.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud 1987, México D.F.

Settelen - Strub C. 1997 Feb. The diagnostic process in nursing Pflege, 10(1):35-42. (Abstr.).

Smith, S., Duel, D., 1996 Enfermería Básica y Clínica Editorial El Manual Moderno S.A. México.D.F. Santafé de Bogotá.

APENDICES

**APENDICE A
DIAGNOSTICOS ENFERMEROS
DE LA NANDA 1999-2000**

DIAGNOSTICOS ENFERMEROS DE LA NANDA 1999-2000

PATRON 1: INTERCAMBIO

- 1.1.2.1 Alteración de la nutrición por exceso
- 1.1.2.2 Alteración de la nutrición por defecto
- 1.1.2.3 Riesgo de la alteración de la nutrición por exceso
- 1.2.1.1 Riesgo de infección
- 1.2.2.1 Riesgo de alteración de la temperatura corporal
- 1.2.2.2 Hipotermia
- 1.2.2.3 Hipertermia
- 1.2.2.4 Termoregulación ineficaz
- 1.2.3.1 Disreflexia
- 1.2.3.2 Riesgo de disreflexia
- 1.3.1.1 Estreñimiento
- 1.3.1.1.1 Estreñimiento subjetivo
- 1.3.1.1.2 Estreñimiento crónico
- 1.3.1.2 Diarrea
- 1.3.1.3 Incontinencia fecal
- 1.3.1.4 Riesgo de estreñimiento
- 1.3.2 Alteración de la eliminación urinaria
- 1.3.2.1.1 Incontinencia urinaria de esfuerzo
- 1.3.2.1.2 Incontinencia urinaria refleja
- 1.3.2.1.3 Incontinencia urinaria de urgencia
- 1.3.2.1.4 Incontinencia urinaria funcional
- 1.3.2.1.5 Incontinencia urinaria total
- 1.3.2.1.6 Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia
- 1.3.2.2 Retención urinaria
- 1.4.1.1. Alteración de la perfusión tisular (especificar) (renal, cerebral, cardiovascular, gastrointestinal, periférica)
- 1.4.1.2. Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos
- 1.4.1.2.1 Exceso de volumen de líquidos
- 1.4.1.2.1.1 Déficit de volumen de líquidos
- 1.4.1.2.2.2 Riesgo de déficit de volumen de líquidos
- 1.4.2.1 Disminución del gasto cardíaco
- 1.5.1.1 Deterioro del intercambio gaseoso
- 1.5.1.2 Limpieza ineficaz de las vías aéreas
- 1.5.1.3 Patrón respiratorio ineficaz
- 1.5.1.3.1 Incapacidad para mantener la respiración espontánea
- 1.5.1.3.2 Respuesta ventilatoria disfuncional al destete del ventilador
- 1.6.1 Riesgo de lesión

- 1.6.1.1 Riesgo de asfixia
- 1.6.1.2 Riesgo de intoxicación
- 1.6.1.3 Riesgo de traumatismo
- 1.6.1.4 Riesgo de aspiración
- 1.6.1.5 Riesgo de síndrome de desuso
- 1.6.1.6 Respuesta alérgica al látex
- 1.6.1.7 Riesgo de respuesta alérgica al látex
- 1.6.2 Alteración de la protección
- 1.6.2.1 Deterioro de la integración tisular
- 1.6.2.1.1 Alteración de la mucosa oral
- 1.6.2.1.2.1 Deterioro de la integridad cutánea
- 1.6.2.1.2.2 Riesgo de deterioro de la integración cutánea
- 1.6.2.1.2.3 Alteración de la dentición
- 1.7.1 Disminución de incapacidad perceptiva intracraneal
- 1.8 Transtorno del campo de energía

PATRON 2: COMUNICACIÓN

- 2.1.1.1 Deterioro de la comunicación verbal

PATRON 3: RELACIONES

- 3.1.1.1. Deterioro de la interacción social
- 3.1.1.2. Aislamiento social
- 3.1.3 Riesgo de soledad
- 3.2.1 Alteración en el desempeño del rol
- 3.2.1.1 Alteración parenteral
- 3.2.1.1.2 Riesgo de alteración parenteral
- 3.2.1.1.2.1 Riesgo de la alteración de la vinculación entre los padres y el lactante
- 3.2.1.2.1 Disfunción sexual
- 3.2.2. Alteración de los procesos familiares
- 3.2.2.1 Tensión en el desempeño del rol de cuidador
- 3.2.2.2 Riesgo de tensión en el desempeño del rol de cuidado
- 3.2.2.3.1 Alteración de los procesos familiares: alcoholismo
- 3.2.3.1 Conflicto del rol parenteral
- 3.3 Alteración de los patrones de sexualidad

PATRON 4: VALORES

- 4.1.1 Sufrimiento espiritual (sufrimiento del espíritu humano)
- 4.1.2 Riesgo de sufrimiento espiritual
- 4.2 Potencial del aumento del bienestar espiritual

PATRON 5: ELECCION

- 5.1.1.1 Afrontamiento individual inefectivo
- 5.1.1.1.1 Deterioro de la adaptación
- 5.1.1.1.2 Afrontamiento defensivo
- 5.1.1.1.3 Negación ineficaz
- 5.1.2.1.1 Afrontamiento familiar inefectivo:incapacitante
- 5.1.2.1.2 Afrontamiento familiar inefectivo: comprometido
- 5.1.2.1 Afrontamiento familiar: potencial de desarrollo
- 5.1.3.1 Potencial efectivo de afrontamiento de la comunidad
- 5.1.3.2 Afrontamiento inefectivo de la comunidad
- 5.2.1 Manejo ineficaz del régimen terapéutico (personal)
- 5.2.1.1 Incumplimiento del tratamiento (especificar)
- 5.2.2 Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar
- 5.2.3 Manejo inefectivo del régimen terapéutico de la comunidad
- 5.2.4 Manejo inefectivo del régimen terapéutico personal
- 5.3.1 Conflicto de decisiones inespecíficas
- 5.4 Conductas generadoras de salud (especificar)

PATRON 6: MOVIMIENTO

- 6.1.1 Deterioro de la movilidad física
- 6.1.1.1.1 Riesgo de la función neurovascular periférica
- 6.1.1.1.2 Riesgo de lesión posoperatoria
- 6.1.1.1.3 Deterioro de la deambulaci3n
- 6.1.1.1.4 Deterioro de la movilidad en la silla de ruedas
- 6.1.1.1.5 Deterioro de la movilidad para la traslaci3n
- 6.1.1.1.6 Deterioro de la movilidad en la cama
- 6.1.2 Intolerancia a la actividad
- 6.1.1.2.1 Fatiga
- 6.1.1.3 Riesgo de intolerancia a la actividad
- 6.2.1 Alteraci3n del patr3n del sue1o
- 6.2.1.1 Recuperaci3n del sue1o
- 6.3.1.1 D3ficit de actividad recreativa
- 6.4.1.1 Dificultad para el mantenimiento del hogar
- 6.4.2 Alteraci3n del mantenimiento de la salud
- 6.4.2.1 Retraso en la recuperaci3n quir3rgica
- 6.4.2.2 Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo
- 6.5.1 D3ficit del autocuidado: alimentaci3n
- 6.5.1.1 Deterioro de la degluci3n
- 6.5.1.2 Lactancia materna ineficaz
- 6.5.1.2.1 Interrupci3n de la lactancia materna
- 6.5.1.3 Lactancia materna ineficaz

- 6.5.1.4 Patrón de alimentación ineficaz del lactante
- 6.5.2 Déficit del autocuidado: baño/higiene
- 6.5.3 Déficit del autocuidado: vestido/acicalamiento
- 6.5.4 Déficit del autocuidado: uso del vater
- 6.6 Alteración del crecimiento
- 6.6.1 Riesgo de alteración del desarrollo
- 6.6.2 Riesgo de alteración del crecimiento
- 6.7 Síndrome del estrés de traslado
- 6.8.1 Riesgo de conducta desorganizada del lactante
- 6.8.2 Conducta desorganizada del lactante
- 6.8.3 Potencial de mejora en la organización de la conducta del lactante

PATRON 7: PERCEPCION

- 7.1.1 Transtornos de la imagen corporal
- 7.1.2 Transtorno de la autoestima
- 7.1.2.1 Baja autoestima crónica
- 7.1.2.2 Baja autoestima situacional
- 7.1.3 Transtornos de la identidad personal
- 7.2 Alteraciones sensitivas/perceptuales (especificar visuales, auditivas, cinestésicas, gustativas, táctiles, olfatorias)
- 7.2.1.1 Desatención unilateral
- 7.3.1 Desesperanza
- 7.3.2 Impotencia

PATRON 8: CONOCIMIENTO

- 8.1.1 Déficit de conocimiento (especificar)
- 8.2.1 Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno
- 8.2.2 Confusión aguda
- 8.2.3 Confusión crónica
- 8.3 Alteración de los procesos del pensamiento
- 8.3.1 Deterioro de la memoria

PATRON 9: SENTIMIENTOS Y SENSACIONES

- 9.1.1 Dolor
- 9.1.1.1 Dolor crónico
- 9.1.2 Náuseas
- 9.2.1.1 Duelo disfuncional
- 9.2.1.2 Duelo anticipado

- 9.2.1.3 Aflicción crónica
- 9.2.2 Riesgo de violencia: lesiones a otros
- 9.2.2.1 Riesgo de automutilación
- 9.2.2.2 Riesgo de violencia: autolesiones
- 9.2.3 Síndrome postraumático
- 9.2.3.1 Síndrome traumático de la violación
- 9.2.3.1.1 Síndrome traumático de la violación: reacción compuesta
- 9.2.3.1.2 Síndrome traumático de la violación: reacción silente
- 9.2.4 Riesgo de síndrome postraumático
- 9.3.1 Ansiedad
- 9.3.1.1 Ansiedad ante la muerte
- 9.3.2 Dolor

APENDICE B

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

Maestría en Ciencias de Enfermería.

Guía de Entrevista a Profundidad

Dirigida a: Licenciadas en Enfermería que aplican el Proceso de Enfermería.

Espacio. Hospital Ángeles del Pedregal.

Num. de Entrevista _____

Fecha ____ / ____ / ____

Hora de inicio _____

Hora de término _____

I DATOS ACADEMICO-PERSONALES

- 1.- Grado académico _____
- 2.- Fecha de titulación _____
- 3.- Antigüedad Profesional _____
- 4.- Antigüedad en el Hospital. _____
- 5.- Servicio en el que labora _____
- 6.- Tiempo de aplicar el PE. _____

II VALORACIÓN DEL PACIENTE

- 7.- ¿Como valora al (los) paciente (s) que tiene asignado (s) para darle los cuidados que requiere?
- 8.- ¿Que tipo de conocimientos aplica al realizar la valoración?
- 9.- ¿Que dificultades ha tenido para valorar a sus pacientes o alguno de

ellos? ¿Como las ha solucionado?.

10.-¿ Que instrumentos utiliza para la valoración?.

III DIAGNOSTICO

11.- Una vez que valora a su paciente, ¿Que criterios tomo en cuenta para determinar el diagnostico de su paciente?. (profundizar)

12.- ¿Como formula el diagnostico de enfermería para la atención de sus pacientes?.

13.- ¿Que dificultades ha enfrentado en la integración del diagnostico de enfermería? ¿Como las ha resuelto?.

IV PLANIFICACIÓN

14.- ¿ Mencione los elementos que incluye al elaborar su plan de cuidados?(profundizar)

15.¿ Que dificultades ha tenido en la elaboración del plan de cuidados.? ¿Como las ha solucionado?.

16.- El plan de cuidados del paciente que atiende ¿Fue planificado por la enfermera del turno anterior? ¿De que manera usted los continua?

V EJECUCIÓN.

17.- ¿ Que interferencias u obstáculos ha enfrentado en la implementación del plan de cuidados ? ¿Como las ha resuelto?.

18.- ¿ Realiza registros de enfermería de la atención proporcionada a sus pacientes?.¿ En que formato?.

19.- ¿Que información incluye en los registros de enfermería?.

20.- ¿Que utilidad tiene el registro de las observaciones para el diagnóstico y el plan de cuidados?

VI EVALUACIÓN.

21.-¿ De que manera evalúa el plan de cuidados?

22.- ¿Ha tenido dificultad para la evaluación de los planes de cuidados ? Si es así ¿ Como las ha resuelto?.

23.- De lo que planea ¿Que tanto ha logrado?

24.-¿ Como valora la efectividad de lo realizado por enfermería?

25.- En base a sus experiencia;

a) ¿Cuál ha sido el impacto de la aplicación del PE en el bienestar de los pacientes?.

b) ¿Cual es la utilidad del PE. para el resto del equipo de salud?

c) ¿Que recomendaciones haría Usted, para el mejoramiento de la aplicación del PE.?.

COMENTARIOS.

APENDICE C

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

Maestría en Ciencias de Enfermería.

**Guía de entrevista para Grupos Focales de Enfermeras
Licenciadas sobre la aplicación del Proceso de Enfermería.**

1. ¿ Las bases teóricas obtenidas en su formación académica, en que les haya ayudado para la aplicación del Proceso de Enfermería?.
2. ¿ En la aplicación del Proceso de Enfermería cuales etapas no se realizan?.
3. ¿ A cual etapa del Proceso de Enfermería le dedica más tiempo?.
4. ¿ Hay alguna etapa del Proceso de Enfermería a la que le dedique menos tiempo?.
5. ¿ Que problemas han tenido en la aplicación del Proceso de Enfermería?
6. ¿ Cual es la etapa que se le facilita más su aplicación?.
7. ¿ Cual es la etapa que se le dificulta más su aplicación?.
8. ¿ Si pudiera dividir su experiencia desde que iniciaron la Aplicación del Proceso de Enfermería hasta la actualidad cuales serían las dificultades y diferencias positivas y negativas en su implementación?
 - a) En la primera etapa inicial.
 - b) En la segunda etapa intermedia.
 - c) En la actualidad.
- 9- ¿ Cuales son los instrumentos metodológicos que utiliza durante la aplicación del Proceso de Enfermería?.

- Número de enfermeras que integraron el grupo
- Servicio
- Grado Académico.....Antigüedad.....

APENDICE D

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

Maestría en Ciencias de Enfermería.

Entrevista sobre los cambios en la estructura del formato del Proceso de Enfermería

**Preguntas dirigidas a la Coordinadora de Calidad de la Dirección de
Enfermería del Hospital Angeles del Pedregal México D.F.**

1. ¿ Que motivos tuvieron para modificar los instrumentos de trabajo?
2. ¿ Cuanto tiempo paso para hacer la evaluación?
3. ¿ Esto es una prueba piloto?
4. ¿ Que dificultades han encontrado en su aplicación?
5. ¿ Cual ha sido la reacción de las enfermeras?
6. ¿ Que cursos han tomado las enfermeras para la aplicación de este formato?
7. ¿ Cual es el objetivo de este nuevo formato?
8. ¿ A partir de que tiempo se inicia la aplicación de este formato?
¿ En que servicios?
9. ¿ Los instrumentos anteriores se siguen aplicando?
10. ¿ En cuanto tiempo piensan generalizarlo en los demás hospitales del
grupo cooperativo?

APENDICE E

GLOSARIO

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

Es la utilización que hace la enfermera del PE en cada una de sus etapas durante su práctica clínica medida a través de las percepciones que tiene respecto al uso de conceptos teóricos y su diferenciación con la realidad en donde se desarrolla este fenómeno e indica el punto de referencia empírico que la enfermera tiene del PE y se puede definir como una experiencia subjetiva iniciada por estímulos e influenciada por diferentes variables.

BASES CIENTÍFICAS.

Referencias teóricas de diferentes ciencias físicas, biológicas y sociales que la enfermera requiere para la aplicación de su práctica profesional.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS.

Grupo de signos y síntomas y factores de riesgo, que con frecuencia se observan en un paciente con un diagnóstico de enfermería específico. Alfaro (1995)

FACTORES DE RIESGO.

Representa los antecedentes o información actualizada que es contextual (situación o del entorno) o factores del estado de la persona como la edad. Gordon (1996)

FACTORES RELACIONADOS.

Factores que contribuyen a un diagnóstico de enfermería real.

Mi Ja Kim (1994)

EXPERIENCIA DE LA ENFERMERA.

Es un proceso activo de refinamiento y transformación de conocimientos adquiridos por la práctica en determinado periodo de tiempo..

INTERVENCION DE ENFERMERIA

Acción realizada por la enfermera para prevenir la enfermedad (o sus complicaciones) y para promover, mantener, recuperar la salud y para ayudar al paciente a terminar o lograr una muerte tranquila.

METATEMA

Son temas que surgen del cruce de diferentes categorías de experiencias vividas por los participantes de un estudio fenomenológico y que puede ubicarse en el contexto del fenómeno de estudio, pero también puede influir en las experiencias de los sujetos.

PRACTICA PROFESIONAL.

Implica cambiar y crecer en diferentes etapas de la carrera, la enfermera se socializa mediante las experiencias educativas y ocupacionales, creencias, conocimientos y habilidades que al integrarse a las normas legales y morales caracterizan el servicio profesional competente y comprometido.

PROBLEMA REAL

Problema que esta experimentando el paciente en la actualidad. Potter (1996).

PROBLEMA POTENCIAL.

Situación detectada antes de un diagnóstico de enfermería cuando el problema todavía no existe pero es muy probable que se produzca, a menos que se tomen medidas preventivas debe quedar registrada cuando se den factores de alto riesgo asociadas al problema. Potter (1996).

PROCESO DE ENFERMERIA.

Método sistemático y organizado para administrar los cuidados de enfermería centrándose en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de las personas o grupos con alteraciones de salud reales y potenciales. Consta de cinco etapas; valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, a durante las cuales la enfermera analiza acciones deliberadas para lograr los objetivos de enfermería. Alfaro (1992)

PROFESIONAL DE ENFERMERIA.

El profesional de enfermería (Licenciatura) tiene derechos y responsabilidades en la prestación de servicios. El derecho fundamental de la profesión es controlar su ejercicio, su compromiso básico y responsabilizarse del servicio que pretende ofrecer. Cuando la conservación de la salud constituye el principal interés del usuario y de la enfermera profesional puede funcionar en forma independiente.

APENDICE F
FORMATOS DE VALORACION CLINICA
DE ENFERMERIA

DATOS GENERALES

FECHA: _____ HORA: _____ EDAD: _____ SEXO: _____ PESO: _____ TALLA: _____ ACOMPAÑANTE: _____

MEDICO TRATANTE: _____ Dx. _____

FORMA DE INGRESO: URGENCIAS _____ ADMISION: _____ TRANSFERENCIA: _____

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA HUMANA (ADVH)

NIVELES DE DEPENDENCIA:		1	2	3	CODIGO:	PROBLEMAS IDENTIFICADOS
COMUNICACION	(A)				3 = INDEPENDIENTE.	A _____
ALIMENTACION	(B)				2 = PARCIAL DEPEND.	B _____
ELIMINACION	(C)				1 = DEPENDIENTE.	C _____
MOVILIDAD	(D)					D _____
BIENESTAR Y REGLO PERS.	(E)					E _____

DATOS BASICOS DE ENFERMERIA

ESTADO GENERAL: B R M SENSOPERCEPCION: AUDICION _____ VISTA: _____

CONCIENCIA _____

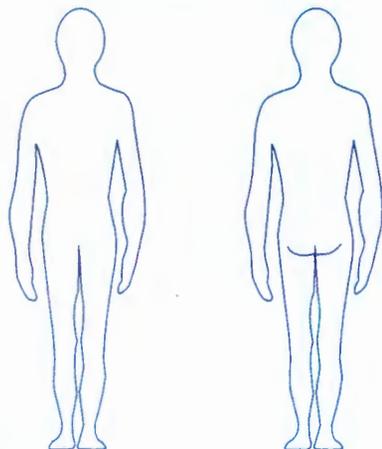
SIGNOS RESPIRATORIOS: PERMEABLES _____ TOS _____ SECRECION _____ PATRON RESP. _____

ACTITUD: NORMAL _____ DEPRIMIDO _____ NERVIOSO _____ AGITADO _____ OTROS _____

ALERGIAS: MEDICAMENTOS _____ ALIMENTOS _____ OTROS _____

TIPO DE FIEBRE: FISIOLÓGICO _____ INDUCIDO _____ INSOMNIO _____ TEMPERATURA _____

VALORACION DE LA PIEL



OBSERVACIONES: _____

RIESGO DE CAIDA

CONTESTE SI O NO, SEGUN EL ESTADO DE SU PACIENTE.

- | | |
|---|---------------------------------|
| * Problemas de equilibrio: _____ | * Menor de 6 años _____ |
| * Incapacidad p/movilidad _____ | * Mayor de 70 años _____ |
| * Confusion, desorientación o crisis convulsivas. _____ | * Antecedentes de caídas. _____ |
| * Agitado o deprimido. _____ | * Pac. c/sig. medicación: _____ |
| * Ayuno prolongado. _____ | * Psicotrópicos. _____ |
| * Reposo prolongado _____ | * Antihipertensivos. _____ |
| * Déficit de la visión. _____ | * Diuréticos o Laxante. _____ |
| * Hipotensión ortostática _____ | * Sustancias tóxicas _____ |
| * Postoperatorio 24 Hrs. _____ | |
- * Paciente con alguna de estas situaciones y renuentes a pedir ayuda al realizar sus actividades diarias.
- * Otros (especifique) _____

ALTO RIESGO = Paciente c/cualquiera de estas situaciones (aplicar el protocolo de prevención de caídas).

BAJO RIESGO = Cualquier paciente, aún cuando no tenga ninguna de estas situaciones.

ENFERMERA: _____



APENDICE G
CAMBIOS EN LOS FORMATOS DE VALORACION CLINICA
DE ENFERMERIA

INGRESO: _____ No. DE CUNA _____
 HISTORICO: _____
 ESTANCIA: _____
 TRO ABDOMINAL: MAT. _____ VESP. _____ NOCT. _____
 TRATANTE: _____
 NO MEDICO TRATANTE: _____

PESO: _____ TALLA: _____ P. CEFALICO: _____
 CAT. IV _____ INST. _____ RET. _____
 TUBO ENDOTRAQUEAL: _____ Fr. _____ FECHA INSTALACION: _____
 EDAD EXTRA UTER.: _____ SEM. GESTION: _____
 APGAR.: _____
 FOTOTERAPIA: _____

		08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	07	
LABORATORIO Y GABINETE																										
TEMP. CUNA																										
P. ART.	180																									
	160																									
	140																									
	120																									
	100																									
PULSO	80																									
	60																									
	40																									
TEMP	40°C																									
	39																									
	38																									
	37																									
	36																									
	35																									
FR																										
PVC																										
APNEA																										
DURACION																										
POSICION																										
ESTIMULACION																										
SATURACION																										
DENSIDAD URINARIA																										
LABSTIX																										
DESTROSTIX																										
TECNICA ALIM.																										
FORMULA																										

PARA TECNICA DE ALIMENTACION: Bib SOG STP



Hospital Angeles de Las Lomas.

A: _____

REPORTE DE ENFERMERIA NEONATOLOGIA - UCIN

APENDICE H
EXPERIENCIAS DEL INVESTIGADOR
EN EL DISEÑO CUALITATIVO

En este apéndice se deja constancia de la experiencia vivida por el investigador en el desarrollo del protocolo, en la implementación del estudio y en la preparación del informe implementando un diseño cualitativo.

Al elaborar el protocolo de investigación y decidir la utilización de la metodología cualitativa me enfrente con las primeras dificultades entre las que se pueden mencionar: la experiencia del investigador en el desarrollo de protocolos de investigación más aún tratándose de esta metodología, la falta de bibliografía afín al estudio y la preparación en la aplicación en cada uno de los pasos en la fenomenología, desde comprender su conceptualización, objetivos y usos en la investigación en enfermería.

Una vez concluido el protocolo inicie uno de mis más grandes retos, la implementación de esta investigación, esta tuvo diferentes implicaciones desde el cambio en el tiempo previsto para la recolección de la información hasta detalles mínimos pero tan importantes en el presupuesto previsto en el proyecto. Al momento de recolectar la información la sorpresa principal fue no encontrar a un mínimo representativo de licenciadas enfermeras disponibles en ese momento, sin embargo me di a la tarea de ir por turnos en busca de los participantes.

Iniciada la recolección se presentó como barrera la comunicación, por el uso de la grabadora así como el ambiente en el que se desarrollaba la entrevista, es importante comentar que el investigador en estudios cualitativos debe considerar con anterioridad las características de los posibles espacios que se adecuen al objetivo de la entrevista y que disminuyan al máximo las interferencias. Una de las limitaciones que en la medida de lo posible se pudo controlar fue el tiempo, porque a pesar de que las entrevistas en los estudios cualitativos deben ser a profundidad,

en este estudio en repetidas ocasiones el tiempo programado desde el traslado a la institución, la espera en el servicio de cada una de las enfermeras y el tiempo empleado e interrupciones, rebasó al tiempo de cada entrevista a esto también hay que sumarle la parte presupuestal en horas estacionamiento y en el combustible necesario para el transporte.

En el desarrollo de cada una de las entrevistas es conveniente aprender a profundizar de acuerdo a los objetivos del estudio y no permitir respuestas concretas de los participantes.

En lo que respecta al desarrollo de la entrevista focal, el investigador tiene que estar preparado para reorientar la discusión a pesar de la existencia de un participante de mayor jerarquía porque de otra manera sucederá como en este estudio, en donde el grupo dio algunas respuestas en función de los que comentó uno de los participantes.

Finalmente en la recolección de la información fue importante mantener un estado de alerta con respecto al fenómeno en estudio, esto facilitó la identificación de los cambios que se realizaron en los formatos de registro del proceso de enfermería, lo que indica la interacción entre el investigador y los involucrados en el fenómeno.

Una de las etapas cruciales en esta metodología cualitativa es sin duda alguna la elaboración del informe, ya que es importante que el investigador sea capaz de analizar objetivamente cada una de las transcripciones de las entrevistas y de manera fundamentada lleve a cabo un proceso de síntesis que le permita hacer las deducciones. También es necesario dedicarle tiempo a cada una de las lecturas de las transcripciones así como de las referencias bibliográficas. Por otra parte el investigador debe buscar en la medida de lo posible asesoría en la presentación

más apropiada de los resultados que permitan al lector comprender el fenómeno estudiado.

A pesar de que aún no se inicia la divulgación de esta investigación es momento de pensar en la forma de preparar el material para una presentación en público, en cartel o en una revista científica.

Lo expresado en párrafos anteriores refleja de manera breve las horas de dedicación en cada una de las etapas desarrolladas, pero de ninguna manera representa la conclusión del trabajo pues de este pueden resultar otras investigaciones.