

Aplicación del proceso de atención de enfermería en cuidados intensivos

Juan Guillermo Rojas¹
Pilar Pastor Durango²

Resumen

Objetivo. Describir los factores relacionados con la aplicación del proceso de atención de enfermería (PAE) y las taxonomías de diagnósticos, intervenciones y resultados esperados, en Unidades de Cuidado Intensivo –UCI- de Medellín. **Metodología.** Estudio descriptivo de corte transversal realizado en una muestra de 65 profesionales de enfermería de 12 UCI entre abril y junio de 2007. Se exploraron variables sociodemográficas y laborales, metodologías para el cuidado, aplicación del PAE y nivel de aptitud clínica; además del tipo de institución y existencia de registros de enfermería estructurados según la metodología. **Resultados.** Los profesionales son mujeres jóvenes con poca experiencia que cuidan realizando la valoración, planean con base en el diagnóstico médico y siguen los protocolos establecidos en las UCI. Manifiestan no aplicar el PAE - sin embargo, valoran, planean e intervienen y en menor medida formulan diagnósticos y evalúan-, tienen bajo nivel de aptitud clínica. **Conclusión.** Los profesionales de enfermería otorgan importancia al PAE como elemento que da identidad profesional, no obstante, no lo incorporan como metodología para el cuidado.

Palabras clave: investigación en enfermería clínica; enfermería práctica; atención de enfermería; procesos de enfermería.

Intensive care unit nursing care process application

Abstract

Objective. To describe the factors related with the application of the nursing care process (NCP) and diagnostic taxonomies, interventions and expected results in intensive care units -ICU- of Medellín. **Methodology.** Cross-sectional study performed in a sample of 65 nursing professionals from 12 ICU between April and June of 2007. Sociodemographic and labor variables, care methodologies, NCP application and clinical aptitude were explored; the type of institution and the existence of structured nursing reports according to the methodology were explored as well. **Results.** Professionals are young women with a little experience who take care doing assessment; they plan based on the medical diagnosis and

- 1 Enfermero, Magister en Enfermería, Doctorando en Cultura de los cuidados. Profesor de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, Colombia.
email:rojitas620@tone.udea.edu.co.
- 2 Enfermera, Doctora en Salud Pública. Profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, Secretaria de Salud del Municipio de Medellín, Colombia.
email:ppastor@tone.udea.edu.co

Subvenciones: artículo derivado de la investigación Factores relacionados con la aplicación del PAE en doce UCIs de Medellín, 2007, realizada por Juan Guillermo Rojas como requisito para optar al grado de Magister en Enfermería por la Universidad de Antioquia (Colombia), sin apoyos económicos.

Conflicto de intereses: ninguno a declarar.

Fecha de recibido: 23 de noviembre de 2009.
Fecha de aprobado: 4 de junio de 2010.

Cómo citar este artículo: Rojas JG, Pastor P. Aplicación del proceso de atención de Enfermería en cuidados intensivos. Invest Educ Enferm. 2010; 28(3):323-35.

follow ICU established protocols. They say they don't apply the NCP - however they take part, assess and plan, and in a lower degree they diagnose and evaluate-, they have low clinical aptitude too. **Conclusion.** Nursing professionals attach importance to the NCP as a tool that gives professional identity however they don't incorporate it as a care methodology.

Key words: clinical nursing research; nursing practical; nursing care; nursing process.

Aplicação do processo de atendimento de enfermária em cuidados intensivos

■ **Resumo** ■

Objetivo. Descrever os fatores relacionados com a aplicação do processo de atendimento de enfermagem (PAE) e as taxonomias de diagnósticos, intervenções e resultados esperados, em Unidades de Cuidado Intensivo –UCI- de Medellín. **Metodologia.** Estudo de corte transversal realizado numa mostra de 65 profissionais de enfermagem de 12 UCI entre abril e junho de 2007. Exploraram-se variáveis sócio-demográficas e trabalhistas, metodologias para o cuidado, aplicação do PAE e nível de aptidão clínica; além do tipo de instituição e existência de registros de enfermária estruturados segundo a metodologia. **Resultados.** Os profissionais são mulheres jovens com pouca experiência que cuidam realizando a valoração, planejam com base no diagnóstico médico e seguem os protocolos estabelecidos nas UCI. Manifestam não aplicar o PAE - no entanto, valorizam, planejam e intervêm; em menor, medida formulam diagnósticos e avaliam-, têm sob nível de aptidão clínica. **Conclusão.** Os profissionais de enfermagem outorgam importância ao PAE como elemento que dá identidade profissional, não obstante, não o incorporam como metodologia para o cuidado.

Palavras chave: pesquisa em enfermagem clínica; enfermagem prática; cuidados de enfermagem; processos de enfermagem.

Introducción

La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y las taxonomías, como estrategia metodológica y lenguajes disciplinares, que permiten brindar un cuidado científico y humanístico, se fundamentan en la interacción humana y los elementos de la filosofía de Enfermería, cuyo fin último es la transformación interactiva y recíproca de los actores del cuidado en el proceso de satisfacción de necesidades; toda vez que como indicadores empíricos, evidencian y miden los conceptos que representan los fenómenos de las experiencias del cuidado, y se articulan con otros componentes de la estructura jerárquica del conocimiento en Enfermería para orientar el objeto de estudio y promover el desarrollo disciplinar.

El análisis de la utilización del PAE sugiere, además de la revisión de los fundamentos filosóficos y epistemológicos, la consideración de elementos

y factores contextuales que afectan el funcionamiento de las instituciones y los relacionados con los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales, que favorecen o no la realización de un cuidado con perspectiva disciplinar que les brinde satisfacción y permita obtener resultados óptimos en los pacientes.

El surgimiento del PAE, a mediados del siglo XX, marcó un hito en la enfermería moderna; toda vez que supuso la adopción de un esquema lógico de actuación encaminado a la realización de acciones reflexivas y orientadas hacia un propósito. Lyer¹ lo define como el sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de que el profesional utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas de los pacientes ante los problemas de salud. Se han reconocido múltiples ventajas de la aplicación

de ésta metodología, entre ellas Alfaro² destaca que promueve el desarrollo del pensamiento autónomo y flexible, tiene orientación humanista, se enfoca a la consecución de resultados, fomenta la satisfacción profesional y genera una serie de beneficios institucionales en relación con los costos, los registros, la calidad y la oportunidad en la atención de enfermería.

Desde la perspectiva teórica, el PAE favorece la interacción humana que busca conocer las respuestas humanas ante los problemas del orden biológico, psicológico y social y promover la adaptación, mediante una estrategia de aproximación cualitativa y holística que permite el trabajo conjunto entre los actores del cuidado para la realización de acciones que optimicen las capacidades individuales, fomenten el autocuidado, el bienestar, el desarrollo humano, la mitigación del dolor, la recuperación de la salud o la muerte en condiciones de dignidad. Desde la perspectiva práctica, los cambios introducidos por las reformas políticas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el contexto colombiano^{3,4} incidieron en la reorganización del trabajo, la forma de prestación de servicios y sobre el cuidado de enfermería. Paradójicamente, la falta de preparación de las instituciones para afrontar los cambios derivados de la reforma, ocasionaron una serie de efectos poco favorables para los funcionarios y su forma de ejercicio y los usuarios. En el caso concreto de la enfermería las consecuencias de la transformación política se cristalizaron en la emergencia de labores no propias del perfil, delegación de responsabilidades asistenciales en el personal técnico, dependencia jerárquica de profesionales de otras disciplinas no sanitarias (administración, ingeniería, economía, entre otras), nuevas formas de contratación y énfasis en la delegación de responsabilidades no asistenciales (facturación y auditoría).⁵

En este marco de referencia, los cambios en la práctica profesional se han reflejado en insatisfacción laboral, deterioro en las condiciones y aumento de la carga de trabajo, baja remuneración, inestabilidad laboral y por consiguiente, la pérdida de identidad profesional dentro de las instituciones, que ha desfavorecido la aplicación de las metodologías, la medicalización de los servicios

y la tergiversación de los principios del cuidado de la salud. En el caso concreto de las UCI (Unidades de Cuidado Intensivo) y los profesionales que en ellas se desempeñan, es preciso considerar otras circunstancias, como los cambios en el perfil epidemiológico, el incremento acelerado en la oferta de camas,^{6,7} y la incorporación masiva de profesionales sin experiencia a estas áreas, que pudieran influir negativamente sobre la aplicación de la metodología en el cuidado de los pacientes críticamente enfermos.

Aunque en el mundo se ha hablado mucho sobre el PAE, en el contexto colombiano han sido pocas las investigaciones que han abordado el tema de su aplicación y los factores que lo favorecen o limitan en los escenarios clínicos o comunitarios,^{8,9} tanto antes como después de la entrada en vigencia de las reformas sanitarias. Lo reportado hasta ahora ha coincidido en señalar una serie de dificultades que limitan la práctica profesional y la aplicación de la metodología en el contexto institucional, entre ellas el elevado número de pacientes, desconocimiento de la metodología, carencia de registros y asignación de labores administrativas; sin embargo, el eje del problema no parece ser la normatividad, sino la actitud y el nivel de apropiación que los profesionales de enfermería tienen en cuanto al PAE, puesto que los resultados en uno y otro periodo han sido similares.

El objetivo del estudio estuvo orientado a la descripción de los factores relacionados con la aplicación del PAE y las taxonomías en las UCI, y a partir de esto determinar su pertinencia social y académica para el desarrollo de la Enfermería. Para ello las preguntas de investigación giraron en torno a las metodologías y actividades desarrolladas para el cuidado, la aplicación, el nivel de conocimientos sobre el Proceso de Enfermería y su utilidad en la práctica cotidiana.

Metodología

Se hizo un estudio descriptivo de corte transversal. El universo estuvo constituido por la totalidad de los profesionales de enfermería que labora-

ban en las UCI de la ciudad de Medellín -Colombia- (N=117), por tal razón no se hizo cálculo muestral; no obstante, sólo fue posible establecer contacto con 105 profesionales de 12 UCI. La información fue recolectada entre abril y junio de 2007; se definieron como criterios de inclusión: que fueran profesionales de enfermería, hombres o mujeres, que estuvieran en la plantilla de la unidad, con una experiencia igual o superior a tres meses y desearan participar voluntariamente. Del total de profesionales contactados, 19 no respondieron a pesar de que se les realizaron hasta tres visitas y 21 no aceptaron participar en la investigación aduciendo no tener interés, necesidad de solicitar autorización a sus superiores o falta de

tiempo. Finalmente se recolectó la información de 65 profesionales que cumplieron con los criterios y que equivalían al 61.9% de los que fueron contactados inicialmente, proporción que puede ser considerada como representativa para esta investigación. (Figura 1)

Se estudiaron variables de la caracterización sociodemográfica, aspectos laborales, aplicación del PAE y taxonomías, metodologías empleadas para el cuidado de los pacientes, aptitud clínica (nivel de conocimientos sobre una situación simulada), y opinión frente al PAE y las taxonomías. La información institucional incluyó el tipo de institución y la existencia de registros estructurados según la metodología.

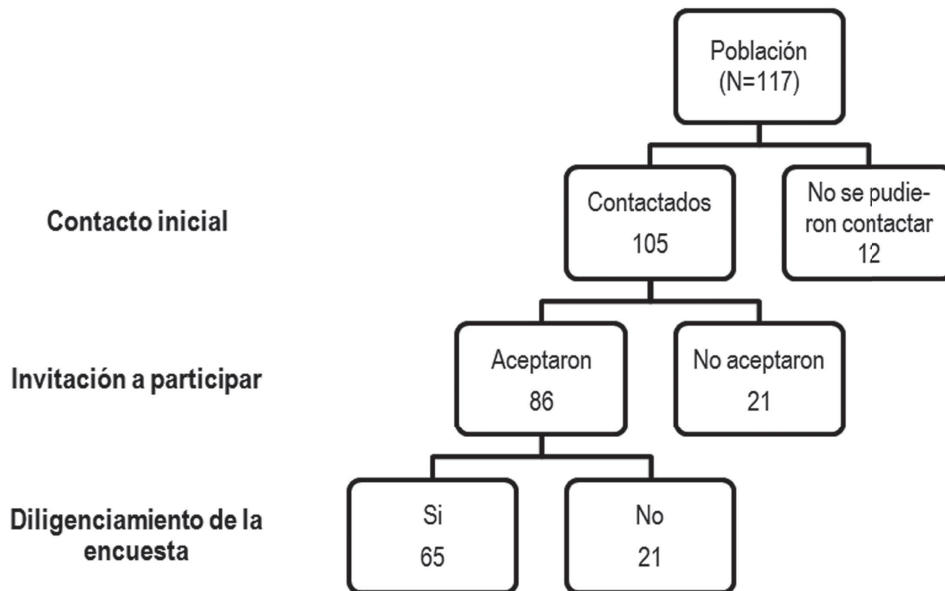


Figura 1. Flujograma utilizado en la selección de los encuestados

El instrumento de recolección de la información era una encuesta, que incluía:

a) *Lista de actividades* en las que se iba a determinar su frecuencia de realización, una prueba de conocimientos para medir la aptitud clínica y una pregunta abierta para explorar la opinión sobre la utilidad práctica del PAE y de las taxonomías en el desempeño profesional. La lista de actividades,

independientes, dependientes y en colaboración, que fue estructurada según las fases del PAE, consideraba la frecuencia de ejecución y el tiempo dedicado para ello durante la jornada laboral.

b) *Prueba de aptitud clínica elaborada por el investigador*, que fue incluida en razón de su valor psicométrico para explorar la relación entre los conocimientos y las prácticas de cuidado sobre la

aplicación del Proceso de Enfermería.¹⁰ La valoración de la aptitud clínica, entendida como la capacidad para reconocer y analizar la información presentada en una situación de cuidado de enfermería y utilizar de manera crítica los elementos de valoración, diagnóstico de enfermería según las etiquetas de la NANDA (*Nursing Diagnosis Association*), de intervenciones según la taxonomía NIC (*Nursing Interventions Classification*), y de evaluación de acuerdo a la taxonomía NOC (*Nursing Outcomes Classification*), se llevó a cabo mediante un test con cinco casos clínicos de pacientes con alteraciones respiratorias, cardiovasculares y neurológicas, para un total de 20 preguntas con múltiple opción de respuesta que fueron posteriormente calificadas (correcta=+1, incorrecta=-1 y no sé=0). Se verificó la validez de contenido y de constructo de la lista de actividades y el test, mediante la revisión por cuatro profesores universitarios expertos en el área de Cuidado Intensivo y tres profesionales con experiencia en el área asistencial. Posteriormente, se llevó a cabo una prueba piloto con ocho profesionales de enfermería de una UCI polivalente, a partir de la cual se realizaron los ajustes respectivos. La calificación de la prueba se realizó con el cálculo de respuestas esperadas por azar empleando la fórmula de Pérez-Padilla y Viniestra,^{11,12} con la que se obtuvieron rangos a partir de cuatro que permitieron construir la escala de valoración y determinación del nivel de aptitud clínica (5 a 7=muy bajo, 8 a 11= bajo, 12 a 15=mediano, 16 a 18=bueno, 19 a 20=excelente). Se tomaron los totales de las pruebas de cada uno de los profesionales encuestados para el análisis. La confiabilidad del instrumento se determinó con el alfa de Cronbach con un resultado de 0.4 indicando bajo nivel.

c) *Verificación de la aplicación del Proceso de Enfermería*, para lo cual se solicitó a los participantes indicar la frecuencia de realización de labores de valoración, formulación de diagnósticos, planeación, ejecución de intervenciones y evaluación; con este propósito los investigadores acordaron tomar como criterio de cumplimiento la realización del 80% de las actividades en mención; con base en lo anterior se estimó la aplicación del PAE en el cuidado de los pacientes.

d) *Pregunta abierta* para explorar la opinión sobre la utilidad práctica del PAE y de las taxonomías en el desempeño profesional.

La información se procesó con ayuda del programa SPSS vr. 15.0, con el que se realizaron análisis de estadística descriptiva e inferencial. Los datos cualitativos provenientes de la pregunta abierta se procesaron manualmente y se organizaron en categorías para ampliar el análisis de los datos numéricos.

El contacto para el encuestamiento fue realizado directamente entre el investigador y los profesionales de enfermería por fuera de su jornada laboral, buscando la sensibilización para participar en la investigación con el compromiso de mantener la confidencialidad de la información. Se siguieron los principios éticos de respeto a la dignidad humana, justicia, confidencialidad y autonomía consignados en el consentimiento informado que firmó cada encuestado.

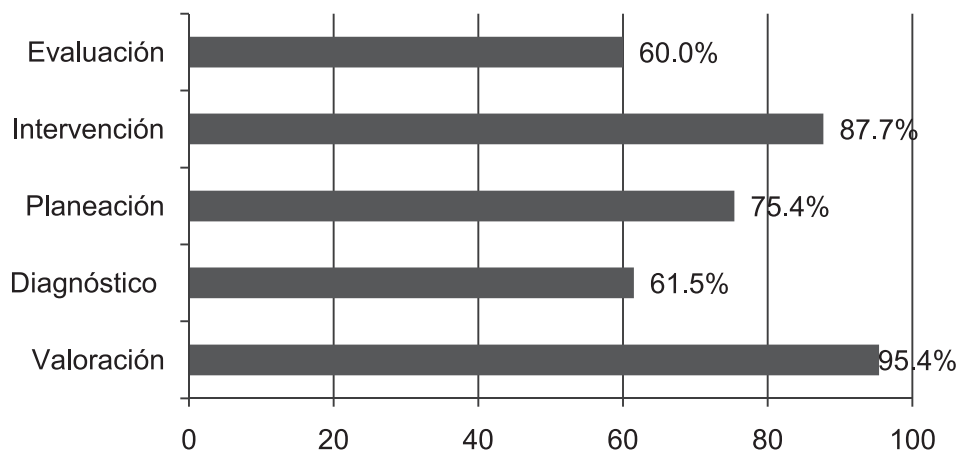
Resultados

La encuesta fue respondida por 65 profesionales de enfermería de 12 UCI de la ciudad de Medellín (85.7% privadas y 14.2% públicas). El 75% de los encuestados reportó tener menos de 35 años; entre ellos, los de menos de 30 se hallaron principalmente en las instituciones privadas, en tanto que en las públicas se encontraron los profesionales con rangos de edad mayores. Se observó un mayor número de mujeres (83%), entre los participantes. Con proporciones casi similares el tipo de contratación más frecuente fue a término indefinido (públicas: 58.8%, privadas: 62.5%).

En cuanto a los métodos de trabajo empleados, se encontró que los profesionales realizaban la valoración, pero ejecutaban el cuidado empleando otras metodologías, como el cumplimiento de órdenes médicas (93.8%) y el seguimiento de protocolos (100%). Al indagar sobre la realización de actividades que conformaban las fases del PAE, en la Gráfica 1 se aprecia que la valoración (95.4%) e intervención (87.7%) fueron las más

realizadas; no ocurrió igual con la formulación de diagnósticos (61.5%) y la evaluación (60%). Se

estimó que el 78.5% aplicaba el Proceso de Enfermería, en tanto que el 21% restante no.



Gráfica 1. Proporción de profesionales de enfermería que realizan cada una de las fases del PAE (n=65)

En sus opiniones, los profesionales manifestaron que el PAE era útil porque les permitía llevar a cabo diferentes funciones, facilitaba la formación profesional, traía beneficios para el cuidado de los pacientes y otorgaba identidad profesional. Los siguientes testimonios fueron aportados al respecto: *“Ayuda a identificar y priorizar necesidades de acuerdo a la condición de salud del paciente, garantizando la satisfacción y cumplimiento de objetivos tendientes a mejorar su estado...”* (encuesta 27); *“Permite a la enfermera organizar su trabajo esquematizando prioridades y elaborando acciones concretas que ayuden a prestar un servicio técnico ajustado al paciente, satisfaciendo sus necesidades prioritarias y proporcionando un cuidado integral”* (encuesta 5); *“Favorece la medición de la efectividad de las acciones de enfermería. Nos da autonomía para tomar decisiones con respecto al manejo de los pacientes, permitiendo dirigir intervenciones para lograr metas. Nos da identidad”* (encuesta 56).

Algunos encuestados señalaron que la aplicación del PAE era una limitación para llevar a cabo las acciones de cuidado, igualmente el tiempo dedicado a las labores no asistenciales y de apoyo logístico y la inexistencia de registros adecuados;

y aunque, no se comprobó asociación estadística entre la utilización del PAE y las variables en cuestión, se refirieron a ellas como factores que les impedía poner en práctica la metodología: *“Ayuda en la priorización del cuidado, pero es muy extenso y la realización de otras actividades hace que el cuidado se disperse”* (encuesta 1); *“Sería la forma más objetiva y de calidad para brindar el cuidado de enfermería, pero en la práctica llevarla a cabo al pie de la letra es casi imposible por muchos factores principalmente el tiempo”* (encuesta 13); *“... desafortunadamente por el volumen de pacientes y la sobrecarga laboral no se hace visible en el quehacer de la enfermera, no quedan registros que permitan sistematizar el cuidado”* (encuesta 64); y *“Sería práctico si fuera menor el número de individuos a cuidar y si existieran registros que facilitaran el trabajo”* (encuesta 63).

La distribución proporcional del tiempo de una jornada laboral de 12 horas según el tipo de actividades realizadas durante la misma, se detalla en la Tabla 1; en relación al cuidado directo, solo uno de cada tres participantes (32.3%) manifiesta que dedica a esta actividad más del 40% de su jornada laboral, mientras que uno de cada dos dedica entre el 21 al 40% de la jornada a activi-

dades de gestión. En cambio, casi la totalidad de los participantes refieren dedicar el 20% o menos a actividades educativas, de apoyo logístico (llamadas telefónicas, consecución de citas, envío de muestras, traslado de pacientes) u otro tipo de actividades (facturación, auditoría de historias clínicas y otras) relacionadas con las nuevas

formas de prestación de servicios impuestas por la legislación y el sistema de seguridad social en las instituciones. El utilizado para las tareas no asistenciales generalmente es tomado del que se requiere para las actividades de cuidado directo y en muchos casos debe ser compensado por fuera de la jornada laboral.

Tabla 1. Proporción de la jornada laboral que 65 profesionales de enfermería emplean en actividades selectas

Actividad %	Cuidado directo	Gestión	Apoyo logístico	Educación	Otras actividades
0 a 20%	15.4	35.4	98.5	96.9	98.5
21 a 40%	52.3	52.3	1.5	3.1	1.5
41 a 60%	30.8	7.7	0.0	0.0	0.0
61 a 80%	1.5	3.1	0.0	0.0	0.0
81 a 100%	0.0	1.5	0.0	0.0	0.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Para ampliar este análisis, se buscaron algunas relaciones entre las variables del estudio y la aplicación del PAE. En la Tabla 2 se muestra el porcentaje de profesionales que empleaban el PAE según las variables de estudio, y aunque no se encontró ninguna diferencia que fuera estadísticamente significativa, sí se observó que el perfil de las personas que usaban el PAE estaba determinado por laborar en una institución pública, ser menor de 35 años, tener más de 10 años de haber egresado, haber recibido formación de pregrado, tener menos de 3 años de experiencia, tener vinculación laboral a término indefinido y poseer un nivel de aptitud clínica medio; adicionalmente tener una asignación de 4 a 6 pacientes y contar con registros estructurados de acuerdo a la metodología del Proceso de Enfermería.

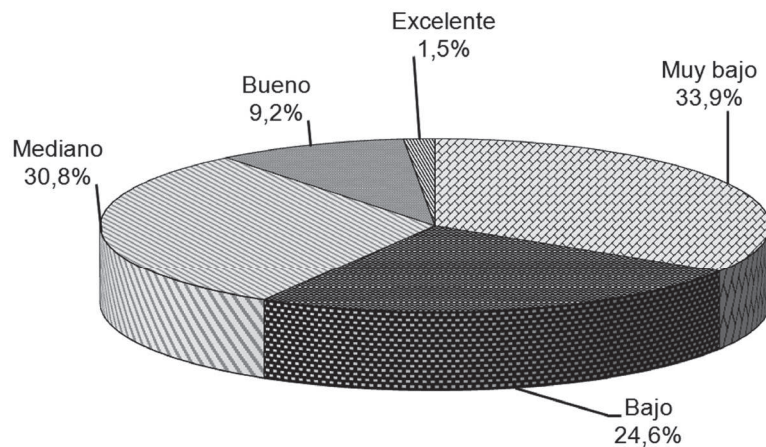
De acuerdo con el reporte de la distribución del tiempo en su jornada de trabajo en relación

con el número de pacientes asignados, no se encontró asociación estadística entre las variables ($p=0.017$, $X^2=71.12$). En relación con la existencia de registros adecuados, el 73.9% de encuestados señaló aplicar el PAE y contar con ellos; en contraste con el 89.4% que empleaban la metodología a pesar de no contar con las herramientas adecuadas para el registro ($p=0.533$)

Los conocimientos sobre el Proceso de Enfermería medidos con la prueba de aptitud clínica tuvieron un promedio de 9 puntos ($DE=4.3$), con una calificación mínima de -1 y la máxima de 18 puntos. La Gráfica 2 ilustra la clasificación de los encuestados en relación con su nivel de aptitud clínica, en el que más de la mitad tiene un nivel entre muy bajo y bajo, y tan solo uno de cada diez tenía calificación entre bueno y excelente. No se encontró asociación estadística entre el nivel de aptitud clínica y la aplicación del PAE.

Tabla 2. Proporción de encuestados que aplican el PAE en la jornada laboral según variables selectas

Variable	Aplican el PAE		X ²	Valor de p
	Si %	No %		
Institución			1.30	0.254
Pública	88.3	11.7		
Privada	75.0	25.0		
Edad			4.09	0.394
<35 años	81.6	18.3		
35 y más	68.7	31.2		
Tiempo de graduado			17.54	0.733
<10 años	82.0	17.9		
10 y más años	73.0	26.9		
Nivel de formación			1.45	0.484
Pregrado	76.4	23.5		
Posgrado	88.2	11.7		
Curso perfeccionamiento	71.4	28.5		
Experiencia profesional			30.28	0.350
<3 años	80.4	19.5		
3 y más años	75.0	25.0		
Tipo de contratación			1.68	0.431
Término indefinido	75.0	25.0		
Término fijo	80.0	20.0		
Asociado a cooperativa	100.0	0.0		
Número de pacientes en un turno			2.88	0.578
1 a 3	77.7	22.2		
4 a 6	84.8	15.1		
7 a 9	75.0	25.0		
10 a 12	60.0	40.0		
13 y más	50.0	50.0		
Existencia de registros estructurados			2.09	0.533
Sí	73.9	26.0		
No	89.4	10.5		
Nivel de aptitud clínica			2.08	0.720
Muy bajo	75.0	25.0		
Bajo	76.9	23.0		
Medio	85.1	14.8		
Bueno	66.6	33.3		
Muy bueno	100.0	0.0		



Gráfica 2. Nivel de aptitud clínica de 65 profesionales de enfermería

Discusión

Los hallazgos de este estudio señalan la existencia de factores de los profesionales y de las instituciones que podrían estar relacionados con la aplicación del PAE en el cuidado de los pacientes en UCI, que aunque no se asociaron estadísticamente, fueron corroborados por testimonios de los encuestados como limitantes.

Los cambios en la legislación colombiana, el perfil de morbimortalidad y el crecimiento del municipio de Medellín y su área metropolitana han forzado la apertura de nuevas UCI y la vinculación de personal de enfermería joven y poco experimentado, como se constató en este estudio; en muchos de los casos, como estrategia institucional para suplir la necesidad de personal y orientar la capacitación y el desempeño de los profesionales hacia los objetivos institucionales. Hallazgo similar en relación con el tiempo de experiencia fue reportado por Zambrano.¹³ La reforma sanitaria propició la participación creciente del sector privado en la prestación de servicios de salud y la libre competencia con el objeto de ampliar las coberturas y mejorar la calidad;¹⁴ por lo tanto, esto ha inducido a un aumento importante en el número de UCI en la ciudad durante los últimos años.

Dadas las características de los pacientes y la utilización de equipos de alta tecnología, el profesional de enfermería de UCI debe poseer unas competencias cognitivas y procedimentales específicas que le permitan tomar decisiones para resolver e intervenir asuntos críticos del cuidado. Sin embargo, de acuerdo con el planteamiento de Benner¹⁵ al citar a Heidegger y a Gadamer, la experiencia se adquiere cuando las ideas preconcebidas y las expectativas son contradichas o matizadas por una contingencia real.

Aunque la mayoría de profesionales sólo tienen formación de pregrado, las cifras reportadas de quienes han hecho diplomados o especializaciones dan cuenta del interés creciente por alcanzar la cualificación profesional necesaria para su desempeño en el área; situación que podría guardar relación con la reciente normatividad en relación con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad;¹⁶⁻¹⁸ que incluye los estándares del proceso de atención al cliente, las condiciones institucionales para habilitar servicios y las competencias técnicas del personal.

En relación con los métodos de trabajo empleados por los profesionales en nuestro contexto, se logró precisar que la planeación y las intervenciones

realizadas no tomaban en cuenta la información recolectada durante la valoración y se fundamentaban en el diagnóstico médico, los protocolos de la Unidad y en menor medida los problemas identificados; dicho de otra manera, la información obtenida durante la valoración se pierde, al no ser agrupada sistemáticamente en el diagnóstico de enfermería, con lo cual podría deducirse que la práctica profesional en muchos de los casos es irreflexiva y profundamente influenciada por el modelo biomédico. En síntesis, los profesionales llevan a cabo múltiples actividades para valorar a los pacientes, planear y ejecutar las acciones de cuidado, sin una organización sistemática, lo que finalmente los lleva a la ejecución de diversas acciones dependientes y en menor proporción independientes, según las características del servicio de enfermería en la UCI, las condiciones de gravedad de los pacientes y el necesario engranaje interdisciplinario requerido en su cuidado.

Los profesionales de enfermería encuestados opinan que el mayor número de pacientes que deben cuidar les impide aplicar la metodología y por esta razón no la encuentran práctica para el desempeño de sus funciones. Al igual que el tipo de vinculación, la cantidad de pacientes asignados puede influir negativamente sobre la aplicación de la metodología, en razón de que deben simplificar sus tareas y limitarse a la ejecución de intervenciones enfocadas a las necesidades básicas interferidas, dejando de lado los asuntos psicológicos o sociales, debido a que buscan optimizar el tiempo y los recursos, de acuerdo con las exigencias institucionales. Igual situación fue descrita por Céspedes,⁸ Orozco,⁹ Zambrano,¹³ y Pérez.¹⁹

Nuestros hallazgos coinciden con otros estudios,^{8,9} en el sentido de que subsiste la delegación de funciones no propias del cuidado directo que sustraen a los profesionales de sus funciones sustantivas, entre ellas las educativas y de acompañamiento a pacientes y familiares; a lo sumo, el ejercicio profesional en la actualidad está orientado a la realización de intervenciones derivadas de la prescripción médica y de las normas institucionales que van diluyendo el cuidado como eje fundamental de la práctica.²⁰

Aunque en sus opiniones los profesionales indicaron no aplicar el PAE en la cotidianidad, en nues-

tra investigación se logró precisar que realizan las actividades propias de cada fase de manera aislada, sin establecer conexiones lógicas entre ellas, lo cual refuerza el planteamiento de la práctica irreflexiva. La fase que más llevan a cabo los profesionales encuestados es la valoración y le atribuyen como beneficio que les permite acercarse a las necesidades de los pacientes; hallazgo similar reportado por Céspedes.⁸

La formulación de diagnósticos y la evaluación son las actividades menos realizadas porque suponen un alto grado de dificultad para los profesionales; estos datos coinciden con los reportados por otros autores,^{8,9,21} toda vez que los profesionales indican utilizar el diagnóstico médico para orientar el plan de cuidados y no utilizan las etiquetas diagnósticas de enfermería porque las ven como difíciles de elaborar, poco prácticas y conocen poco de ellas. La planeación se apoya en el diagnóstico médico, las rutinas y protocolos establecidos en las unidades; a esto se añade que la hegemonía médica, la escasa apropiación del PAE en el contexto institucional y la influencia de los cambios derivados de la reforma del Sistema General de Seguridad Social fomentan el ejercicio profesional centrado en intervenciones derivadas de la prescripción médica y las normas institucionales.²⁰

En este estudio, se encontró que los profesionales realizan diversas intervenciones con el paciente, al igual que una serie de tareas no propias del cuidado de enfermería, hecho reportado ya por Céspedes,⁸ ratificando la carencia de criterios autónomos para valorar, planear, realizar y justificar las intervenciones de cuidado de enfermería. El resultado de todo es la realización de una práctica irreflexiva, sin tener en cuenta que la fundamentación para desempeñarse en UCI debe estar enfocada a los aspectos técnicos y al desarrollo de actitudes favorables hacia la interacción que promueva avances en las prácticas de cuidado,²² con la utilización del PAE como metodología para el cuidado y como estrategia pertinente para el desarrollo disciplinar y profesional.

Existen falencias en el tema de la evaluación del Proceso de Enfermería, a pesar de que hay elementos comunes entre este y el estudio de Céspedes.⁸ Según Ibáñez y Sarmiento,²³ la aplicación

del PAE requiere de conocimientos, habilidades y actitudes, haciendo alusión a los conocimientos necesarios para resolver los problemas y tomar decisiones, es decir, a un adecuado nivel de aptitud clínica. En relación con los conocimientos sobre el PAE y su aplicación en la práctica profesional, se constató que los profesionales tienen un nivel de aptitud clínica entre muy bajo y bajo; datos que coinciden con los reportados por Del Río et al.¹¹ y García,²⁴ quienes con la misma estrategia hallaron deficiencia en los conocimientos y la habilidad para aplicarlos, entre profesionales de enfermería de México. Para explicar este fenómeno, Viniegra²⁵ plantea que en la mayoría de los casos las experiencias de aprendizaje disocian la teoría de la práctica y particularmente el desempeño en el área asistencial tiende a ser rutinario, razón por la cual la competencia clínica, aptitud clínica en este caso, suele ser bajo. Los bajos niveles de aptitud clínica encontrados en esta investigación se correlacionan con los problemas de conocimiento en cuanto al Proceso y el uso de las taxonomías ya reportados por Céspedes⁸, Orozco⁹ y Pérez.¹⁹

En este sentido, Collière²⁶ plantea que para caracterizar una profesión que ofrece una prestación de servicio, deben mirarse algunos aspectos tales como los conocimientos, la tecnología utilizada y las creencias y valores en los que se basa. En cuanto a los conocimientos es importante considerar que sean facilitados por la formación y la experiencia práctica, a partir de unas estrategias pedagógicas actualizadas cuyos recursos estén fundamentados en las fuentes de vida y que fomenten la capacidad de los profesionales para mantener una apertura al aprovechamiento de las fuentes de información; de esta manera se logra que los conocimientos sean significativos y útiles para la práctica profesional. Propone el método como una forma de organizar y utilizar los conocimientos, no sólo como una técnica ni un marco conceptual preestablecido, sino como los principios operativos que ayudan a los profesionales a pensar por sí mismos.

Al igual que lo encontrado en esta investigación, estudios previos han documentado que la no aplicación de la metodología está directamente relacionada con la falta de reconocimiento, moti-

vación y compromiso de las instituciones por fomentar la ejecución del Proceso en el cuidado de enfermería y por ende el desarrollo profesional, la instrumentalización del cuidado y la carencia de herramientas de registro.^{8,9,19}

De manera paralela al desconocimiento institucional del PAE, subyace un asunto de identidad colectiva. La desfragmentación es la causante de la impotencia política e ineficiencia profesional, que sumados al desinterés por asumir la responsabilidad de solucionar los problemas propios, ocasiona que otras personas, incluso de disciplinas diferentes, tomen las decisiones que afectan tanto a los profesionales de enfermería como a los pacientes, en los asuntos de la gestión y del cuidado.²⁷

El PAE es asumido como un requisito durante la etapa de formación, que no se apropia e incorpora como metodología en el desempeño profesional a causa de la divergencia conceptual, la falencia en la inclusión de la perspectiva disciplinar en los proyectos educativos y la falta de diálogo académico en el interior de las instituciones formadoras, las instituciones de salud y entre ambas en relación con la filosofía del cuidado y las estrategias para llevarlo a cabo. En este orden de ideas, la formación profesional en enfermería debe promover el análisis y reflexión sobre las vivencias de aprendizaje y del desempeño cotidiano, de manera que la información sea contrastada con los conocimientos y las experiencias previas, es decir, que provoquen aprendizajes significativos durante el proceso formativo, teniendo en cuenta las situaciones del contexto en el que se prestan los servicios de salud. El resultado final, será la apropiación y utilización del PAE en el cuidado de los pacientes y una práctica profesional reflexiva y autónoma.

A nivel hospitalario, el cuidado de enfermería hace parte de las actividades para el cumplimiento de metas en la reducción de indicadores de complicaciones e incremento de la productividad; sin embargo, no está enmarcado dentro de una plataforma estratégica apoyada en la interacción humana, la calidad y el logro de objetivos; a esto se suma que una vez inmersos en el trabajo los profesionales se insertan en las dinámicas institucionales repitiendo de manera reactiva las formas de actuación de los antecesores en respuesta a las exigencias

institucionales, y dejando de lado el componente disciplinar de la profesión de enfermería²⁸.

Como conclusión de esta investigación se puede decir que aunque los profesionales manifiestan no aplicar el PAE, sí llevan a cabo más de la mitad de las actividades que corresponden a cada fase, es decir, valoran, planean e intervienen y en menor proporción formulan diagnósticos y evalúan. Particularmente, la importancia que le otorgan al Proceso de Enfermería radica en su utilidad para la formación académica y la identidad que les otorga en el ejercicio profesional, no obstante no lo incorporan como estrategia para brindar cuidado a los pacientes, porque no es utilizado en el contexto institucional, les delegan múltiples tareas no asistenciales y no cuentan con los mecanismos adecuados para su registro.

Referencias

1. Iyer P, Taptich B, Bernocchi B. Proceso y diagnóstico de enfermería. 3ª edición. México: McGraw Hill Interamericana; 1997.p.444. 6,7,9,11,16,17,22.
2. Alfaro-Lefevre R. Aplicación del Proceso Enfermero. Fomentar el Cuidado en Colaboración. 5ª edición. Barcelona: Masson; 2003. 274.p.p. 4, 5, 11,22,23,25,26,29 47
3. República de Colombia. Senado de la República de Colombia. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia, 1991, por la cual se reforma la Constitución Política de 1886. Bogotá; Senado de la República de Colombia; 1991.
4. Colombia. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea del Sistema de Seguridad Social Integra y se dictan otras disposiciones. Boletín Oficial, 41148, (Dic 23, 1993).
5. Castrillón MC, Orrego S, Pérez L, Ceballos M. La reforma del sector salud y sus implicaciones en la práctica, la regulación y la educación de la enfermería en Colombia. En: Guevara E, Mendias E. La reforma del sector salud y sus implicaciones para la práctica, la regulación y la educación de enfermería: un estudio de cinco países. Organización Panamericana de la Salud. Washington: OPS. OMS; 2001. p.87.
6. Alcaldía de Medellín. Secretaría de Salud. Indicadores básicos 2005. Situación de salud en Medellín. Medellín: Secretaría de Salud; 2006.
7. Departamento de Antioquia. Departamento administrativo de planeación. Anuario estadístico de Antioquia 2003 y 2004. Medellín: Gobernación de Antioquia; 2004.
8. Céspedes M, Jaramillo D, Pulido S, Ruiz Y, Uribe M, Gutiérrez M. Conocimiento y aplicación del proceso de enfermería en las instituciones de salud de Medellín, 1991. Invest Educ Enferm. 1991; 12(2): 87-103.
9. Orozco L, Camargo A, Vasquez S, Altamiranda L. Factores que influyen en el conocimiento y aplicación del proceso de enfermería. Bucaramanga: Escuela de Enfermería. Universidad Industrial de Santander. 1997. Documento inédito suministrado por los autores
10. Viniegra L, Jiménez J, Pérez P R. El desafío de la evaluación de la competencia clínica. Rev Inves Clin. 1991; 43(1):87-95. p.88-90
11. Del Río R, González R, Mendez I. Aptitud clínica de las enfermeras en servicios de medicina interna y cirugía. Rev Enferm IMSS. 2005; 13(2): 91-95.
12. Rivera M, Viniegra L, Matus R. Aptitud clínica de los estudiantes de enfermería en el proceso materno infantil. Rev Enferm IMSS. 2004; 12(13): 137-146.
13. Zambrano G. Estresores en las Unidades de cuidado intensivo. Aquichán. 2006; 1(6): 156-169.
14. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Sistema General de Seguridad Social en Salud: guía práctica del régimen contributivo. Medellín: Gobernación de Antioquia; 1997. p.97.
15. Benner P. Práctica progresiva en enfermería. Manual de comportamiento profesional. 2ª edición. Barcelona: Grijalbo; 1987. p. 31, 32, 48, 49 329 p.
16. Colombia. Decreto 2309 de 2002. Por el cual se define el sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud del sistema general de seguridad social en salud. Diario oficial, 44967, (Oct 17, 2002).
17. Funciones de la entidad acreditadora. Resolución 1445/2006 de Mayo 8. Diario Oficial de Colombia, no. 46271 (Oct. 15 2002).
18. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1043 de 2006. Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Diario oficial, 46271, (Abr 4 2006).

19. Pérez M, Sánchez P, Franco O, Ibarra A. Aplicación del proceso de enfermería en la práctica hospitalaria y comunitaria en instituciones del Distrito Federal. *Rev Enferm IMSS*. 2006; (1): 47-50.
20. García M, Pérez M, Tobón J. Influencia de la Ley 100 de 1993 en la gestión del profesional de enfermería [Tesis especialista en gestión del talento humano]. Medellín: Universidad de Medellín; 2000. p. 58, 62, 73.
21. Mena F, Macías A, Romero M. Influyen los diagnósticos de enfermería en la valoración del método de trabajo enfermero? *Rol Enferm*. 2001; 24(2): 57-59.
22. Beltrán O. Significado de la experiencia de estar críticamente enfermo y hospitalizado en UCI [Tesis magíster en enfermería]. Medellín: Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia; 2007.
23. Ibañez L, Sarmiento L. El proceso de enfermería. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander; 2003. 192 p.
24. García A, González R, Viniestra L, Jiménez M. Evaluación de la aptitud clínica a través del proceso de enfermería. *Rev Enferm IMSS*. 2001; 9(3):137-131.
25. Viniestra L. Evaluación de la competencia clínica: describir o reconstruir. *Rev Inves Clin*. 2000; 52(2):109-11.
26. Collière M. Cuidados de enfermería. Reflexión sobre el servicio de enfermería: contribución a la identificación del servicio prestado. *Rev ROL Enf*. 1981; 39:7-15.
27. Diárbora E, Rossi C. La construcción de la identidad profesional en el sistema educativo y en el sistema prestador de la atención en salud. *Temas enferm. actual*. 1998; 6(27):9-15.
28. Durán MM. Dimensiones sociales, políticas y económicas del cuidado de enfermería. En: Grupo de cuidado. Facultad de Enfermería Universidad Nacional. Dimensiones del cuidado. Bogotá: UNIBIBLOS; 1998. 253 p.