



**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**TESIS**

**VIVENCIAS DE LAS ENFERMERAS EN RELACIÓN CON LA  
PLANEACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA(O) EN  
ENFERMERÍA.**

**AUTORES:**

Bach. Enf. AREVALO GARCIA, Enma Indira

Bach. Enf. CELIS DEL AGUILA, Sarafí

Bach. Enf. GARCIA LOPEZ, Raysa Flavia Rubaly

**ASESORAS:**

Dra. VILLANUEVA BENITES, Maritza E.

Dra. CASTILLO ESPITIA, Edelmira

**IQUITOS - PERÚ  
2018**

Vivencias de las enfermeras en relación con la planeación de las intervenciones de enfermería en el cuidado clínico.

### **AUTORES**

Enma Indira Arevalo-Garcia, Sarai Celis-Del Aguila, Raysa Flavia Rubaly Garcia-Lopez.

### **RESUMEN**

Esta investigación tuvo como objetivo describir las vivencias de las enfermeras en relación con la planeación de las intervenciones de enfermería en el cuidado clínico; a través de un estudio cualitativo basado en la fenomenología interpretativa o hermenéutica. Participaron ocho enfermeras clínicas que laboran en los servicios de cirugía, medicina y pediatría de dos hospitales de la ciudad de Iquitos, con tiempo de experiencia laboral mayor de seis meses. La categoría “Intervenciones de enfermería invisibles: lo que no está escrito, no está hecho” surgió del análisis cualitativo a través de las siguientes subcategorías: a) Las intervenciones surgen desde el primer contacto y alrededor del paciente, b) Planificación mental y toma de decisiones con rapidez, c) Simultaneidad en la planificación del cuidado: visita médica, cuidar y docencia y d) Intervenciones de enfermería independientes versus trabajo invisible.

Palabras clave: fenomenología- cuidado clínico-intervenciones de enfermería

Experiences of nurses in relation to the planning of nursing interventions in clinical care.

#### AUTHORS

Enma Indira Arevalo-Garcia, Sarai Celis-Del Aguila, Raysa Flavia Rubaly Garcia-Lopez.

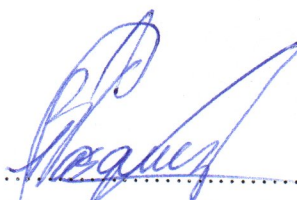
#### ABSTRACT

This research aimed to describe the experiences of nurses in relation to the planning of nursing interventions in clinical care; through a qualitative study based on interpretive or hermeneutical phenomenology. Eight nurses participating in surgery, medicine and pediatrics from two hospitals in the city of Iquitos participated, with work experience of more than six months. The category "Invisible nursing interventions: what is not written, is not done" emerged from the qualitative analysis through the following subcategories: a) Interventions arise from the first contact and around the patient, b) Mental planning and taking decisions quickly, c) Simultaneity in care planning: medical visit, caring and teaching and d) Independent nursing interventions versus invisible work.

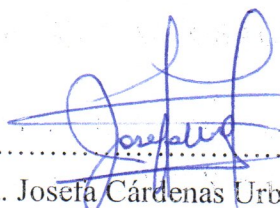
Keywords: phenomenology- clinical care-nursing interventions

PÁGINA DE APROBACIÓN

TESIS APROBADA EN SUSTENTACIÓN PÚBLICA EN EL AUDITORIO  
DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD  
NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA EL DIA 30 DE ENERO DEL  
2018 POR EL JURADO CALIFICADOR:



.....  
Dra. Perla Vásquez Da Silva  
PRESIDENTA



.....  
Dra. Josefa Cárdenas Urbina  
MIEMBRO



.....  
Dra. Maritza Evangelina Villanueva Benites  
ASESORA

## DEDICATORIA

En primer lugar dedico esta tesis a **DIOS**, porque me dio la vida, me brindo sabiduría, me acompañó siempre en todos los momentos, dándome fuerza para salir adelante con su apoyo y amor.

A mis **PADRES Y HERMANOS**, que me brindaron la educación desde pequeña para llegar a ser profesional, me apoyaron y me brindaron fuerza para llegar al éxito.

A mis compañeras de tesis, Sarai y Raysa que salimos adelante, culminando las etapas de la universidad, apoyándonos mutuamente en nuestra enseñanza educativa, aconsejándonos moralmente y espiritualmente.

*Indira*

## DEDICATORIA

Dedico este trabajo a **DIOS**, porque está conmigo en todo momento, dándome la sabiduría, fuerza y valor para lograr mis sueños.

A mis padres: **MAURO** y **MARISOL**, porque son el motivo e inspiración de superarme día a día, sobre todo al haberme inculcado principios, virtudes y valores morales para mi vida.

A mi querido esposo, que me apoya en todo momento, dándome ánimo y motivación para lograr mis sueños.

*Sarai*

## DEDICATORIA

En primer lugar dedico este trabajo de investigación a **DIOS** y le doy muchas gracias por guiarme en mi caminar profesional y ayudarme afrontar los desafíos presentados en mi vida.

Dedico esta tesis a mis padres Rogelio y Corina que siempre me motivaron a seguir adelante a pesar de las adversidades, y a mis hermanos Vinicio, Sergio, Rogelio y Tyrsa que me apoyaron en muchos sentidos para llegar a mí meta.

A mi amado esposo Samuel por ser mi compañero de vida y estar conmigo desde el inicio de mi carrera y darme siempre las fuerzas para seguir adelante y a mi más grande motivación y razón de ser mi hijo Eitan.

*Raysa*

## **RECONOCIMIENTO.**

- A nuestra Alma Mater, la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana por contribuir a nuestro desarrollo profesional y por permitirnos realizar el trabajo de investigación.
- A los profesionales de enfermería, del Hospital Regional de Loreto, Hospital Apoyo Iquitos, por apoyarnos y participar voluntariamente en el desarrollo de la investigación.
- A la docente asesora Dra. Maritza Evangelina Villanueva Benites, por guiarnos en el desarrollo del trabajo de nuestra investigación, gracias por su apoyo y experiencia.
- A los miembros de jurado calificador Dra. Perla Vásquez Da silva, Dra. Josefa Cárdenas Urbina, por guiarnos en el desarrollo de la investigación.
- A todo el personal administrativo de la Facultad de Enfermería, por brindarnos su apoyo y todas las facilidades para el desarrollo de nuestra investigación.



## INDICE DE CONTENIDO

	Pág.
Resumen	
Página de aprobación	
Página de dedicatoria	
Página de reconocimiento	
1.Introducción.	01
Pregunta Orientadora	05
Objetivos	06
2.Marco Referencial	
2.1.Antecedentes	07
2.2.Bases Conceptuales	18
3. Trayectoria Metodológica	
a. Método de Investigación	28
b. Escenarios Culturales	39
c. Muestra	39
d. Técnicas de Recolección de Datos	30
e. Procedimiento de Recolección de Datos	30
f. Análisis de Datos	31
g. Rigor Metodológico	32
h. Aspectos Éticos	33
4. Presentación e Interpretación de Resultados	36
5. Construcción Teórica.	38
6. Conclusiones	52
7. Recomendaciones	53
8. Referencias bibliográficas	54
9. Anexos	

## 1. INTRODUCCIÓN

Existe un consenso mundial en torno al cuidado de la salud de las personas, siendo este el fenómeno central de la disciplina de Enfermería. Gestionar el Cuidado, implica una reflexión filosófica ontológica sobre la naturaleza y el dominio de este concepto, esto se refleja en las teorías y modelos de Enfermería, en parte en las prácticas profesionales vigentes y en el análisis de los resultados de investigaciones sobre cuidado de enfermería para la promoción, la prevención y restauración de la salud de las personas durante su ciclo de vida<sup>1</sup>.

El proceso de cuidar a las personas, familias y colectivos es el elemento esencial de enfermería, no sólo, por la dinámica de las transacciones interpersonales que ello requiere, sino porque además se requiere de una serie de elementos complejos que la enfermera posee y que abarcan conocimientos, dedicación, valores humanos (dado por la relación personal y moral con el sujeto cuidado) entre otros<sup>2</sup>.

El cuidado de enfermería como esencia de la profesión de enfermería, posee dos esferas distintas, una objetiva, que se refiere al desarrollo de técnicas y procedimientos, y otra subjetiva, que se basa en la sensibilidad, la creatividad y la intuición (Souza, 2005)<sup>3</sup>. Las dos esferas se complementan, pues el cuidado objetivo y el subjetivo deben realizarse simultáneamente para que se tenga un cuidado adecuado<sup>4</sup>. Esa interacción entre el tecnicismo del cuidado y el afecto parece en algunos momentos casi imposible, sin embargo, están muy presentes en ambientes hospitalarios en que la persona, requiere de cuidado durante periodos de hospitalización por procesos agudos o crónicos, es decir que la interacción y el afecto surgen cuando la enfermera cuida de ellos.

El cuidado como instrumento orientador de la calidad de la atención se rige por un esquema subyacente denominado Proceso de Enfermería (PE), el cual instala orden, dirección y las bases intelectuales en las que este proceso se desarrolla. El análisis del cuidado dentro de un sistema de organización es considerado desde la perspectiva de la tecnología relacionándolo directamente con las innovaciones tecnológicas que lo favorecen y mejoran. Se hace imprescindible volver a pensar la propia práctica y múltiples condiciones del ambiente como un área de cuidado y de transición, porque el desarrollo de acciones relevantes es fundamental para la consecución de un servicio de enfermería de calidad<sup>5</sup>.

Bajo estas premisas, la planificación de intervenciones de enfermería se torna imperativo, Zárate<sup>6</sup> señala que, las acciones de enfermería se caracterizan por ser polivalentes, altamente flexibles, con gran contenido multidisciplinario, pero también lleno de paradojas; se exige pensamiento crítico, capacidad de análisis, competencias técnicas de muy alto nivel manteniendo una gran sensibilidad para el trato humano de los individuos que se encuentran en situaciones de salud-enfermedad. En este escenario las condiciones de la práctica profesional tienden a transformarse diariamente por los efectos del desarrollo tecnológico, de los sistemas de comunicación computarizados.

Sin embargo, en la estructura hospitalaria, las acciones/interacciones de cuidado también siguen las rutinas estandarizadas y funciones instituidas. El registro de las acciones/interacciones de cuidado de enfermería y de las prescripciones médicas es considerado una herramienta valiosa de la profesión, un instrumento para el cuidado y requisitos legales; sin embargo, las enfermeras lo perciben poco importante y desvalorizado por los otros profesionales en el ámbito de sus acciones, alegando falta de tiempo para realizarlo. Así, los registros de enfermería se muestran imprecisos, poco detallados, incompletos, repetitivos y no ponen en evidencia la autonomía profesional<sup>7</sup>. Este vacío o cuidado invisible puede generar inseguridad y

negación en los estudiantes y profesionales. Representa un desafío para la profesión, generando cuestionamientos sobre la forma más adecuada de enseñanza del proceso de enfermería, sus estrategias de operacionalización en el ámbito hospitalario.

Durante nuestro proceso de formación universitaria se ha observado discordancia entre el proceso de toma de decisiones clínicas que se exige desde los espacios universitarios y el registro de éstas en el campo clínico asistencial; durante la visita médica el profesional de enfermería escasamente formula o registra las intervenciones de enfermería interdependientes e independientes en el Kardex de Enfermería, limitándose muchas veces a la transcripción de las indicaciones médicas; aunque en la práctica hospitalaria efectúe acciones encaminadas al restablecimiento de la salud de la persona hospitalizada. Esta situación hace que el cuidado de enfermería se torne invisible e infravalorado.

Ibañez (2005) agrega que son numerosos los cuestionamientos que se hacen al respecto: ¿qué hace exactamente un profesional de enfermería? ¿Suponen sus acciones alguna diferencia en la calidad de los cuidados que se ofrecen? ¿La práctica de los cuidados de enfermería influye en la prevención de condiciones patológicas, reduce complicaciones o asegura el mejoramiento de la salud y el bienestar de las personas?. Éstas y otras preguntas obligan al profesional de enfermería a cuestionar su labor en un mundo de grandes avances tecnológicos, donde los profesionales que no pueden mostrar su efectividad pierden vigencia en el medio; las profesiones existen como respuesta a una necesidad social y si no la cubren en forma efectiva tienden a desaparecer<sup>8</sup>.

Lo anteriormente descrito muestra que la práctica de enfermería tiene lugar en un contexto de incertidumbre y complejidad, de continuos avances en la investigación y tecnología, la naturaleza dinámica y situación cambiante del entorno de salud requiere enfermeras competentes responsables de tomar decisiones con el fin de responder a las necesidades de los clientes.

Sin embargo, las opiniones y experiencias de enfermeras sobre los factores que afectan a su función clínica y la toma de decisiones clínicas rara vez se han estudiado. Al respecto, Hagbaghery, Salsali y Ahmadi<sup>9</sup> en un estudio cualitativo informaron cinco temas principales que fueron considerados como factores importantes en la toma de decisiones clínicas efectivas desde el punto de vista de las enfermeras: "sentimiento de competencia", "seguridad en sí mismo", "estructura organizativa", "educación/formación en enfermería", y "apoyo".

Según Carpenito, las enfermeras dedican entre el 8 y el 30% de su tiempo a la manipulación de datos y, sin embargo, la información sobre las actividades de enfermería registrada en la documentación clínica y administrativa es bastante deficiente en lo que se refiere a su calidad e, incluso, a su cantidad. Aunque la obtención de datos sea eficaz, éstos pocas veces son transformados en información significativa<sup>10</sup>, como la formulación de intervenciones de enfermería NIC en el ámbito hospitalario. Gaviria señala que el cuidado de enfermería se encuentra subsumido y disuelto dentro del saber biomédico<sup>11</sup>.

De otro lado, en la práctica de enfermería se observa que el cuidado es identificado con el quehacer monótono, lineal y sin sentido, dentro de la racionalidad técnica y el enfoque biomédico, entendido como una ayuda o un complemento en las ciencias de la salud, situación que propicia la negación de la enfermería como ciencia y como arte.

Es preciso entonces que la disciplina pueda explicar en forma concreta y clara cuál es su función y de qué manera ayuda a las personas a lograr los resultados esperados planteados para solucionar los problemas de salud identificados.

En este sentido, interesadas en que la exploración y comprensión de este fenómeno es un aspecto fundamental para el desarrollo profesional y disciplinar, de común acuerdo se planteó el siguiente problema de investigación:

¿Cuáles son las vivencias de las enfermeras en relación con la planificación de las intervenciones de enfermería en el cuidado clínico?

Los hallazgos del presente estudio sirven como evidencia científica para la toma de decisiones y promoción de la aplicación del Proceso de Enfermería en el ámbito de la docencia, asistencia y gestión del cuidado de enfermería.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Describir las vivencias de las enfermeras en relación con la planificación de las intervenciones de enfermería en el cuidado clínico.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Describir lo que las enfermeras piensan, sienten y hacen en relación con la planeación de las intervenciones interdependientes de enfermería.
- Describir lo que las enfermeras piensan, sienten y hacen en relación con la planeación de las intervenciones independientes de enfermería.

## **1. MARCO REFERENCIAL**

### **2.1. ANTECEDENTES**

En el ámbito internacional:

Van Bogaert, Peremans, Diltour et al. (Bélgica, 2016) realizaron una investigación con el objetivo de develar las percepciones de las enfermeras acerca de sus experiencias en el proceso de toma de decisiones y su influencia en la atención de calidad al paciente hospitalizado. Este estudio cualitativo se llevó a cabo mediante entrevistas individuales de 11 enfermeras del personal asignados a las unidades médicoquirúrgicas en un hospital universitario de 600 camas en Bélgica. Durante el período de estudio, el hospital estaba pasando por un proceso de transformación de una estructura organizativa jerárquica clásica a una horizontal e interdisciplinario. Los profesionales de enfermería que habían tenido el proceso de capacitación, estaban dispuestos a participar en los procesos de toma de decisiones clínicas en el cuidado del paciente en el contexto de su unidad hospitalaria. Sin embargo, los participantes no siempre fueron conscientes de los desafíos y el efecto del empoderamiento en su práctica diaria, la calidad de la atención y la seguridad del paciente. Los cambios jerárquicos ocurridos en el hospital promovieron la participación del personal de enfermería en la toma de decisiones clínicas para ciertos aspectos, pero en algunas decisiones, se observó que todavía requerían del proceso jerárquico clásico. Las enfermeras perciben las demandas de trabajo relativamente altas y reconocieron el empoderamiento como oportunidad dentro de su práctica diaria. Los directores de enfermería y el clima organizacional de la unidad hospitalaria se consideran cruciales para el éxito mientras que la falta de tiempo y demandas de trabajo percibido fueron vistos como obstáculos para el empoderamiento<sup>12</sup>.

Seidi, Alhani y Salsali (Irán, 2015) analizaron el proceso de desarrollo del juicio clínico o toma de decisiones clínicas en enfermeras iraníes a través de un estudio cualitativo, realizados en hospitales de la Universidad de Ciencias



Médicas de Kurdistán, que se encuentra en la ciudad de Sanandaj de Irán. Los datos se recogieron a partir de entrevistas e incluyó a 24 participantes. El análisis de datos se llevó a cabo simultáneamente con la recopilación de datos utilizando el método de la teoría fundamentada. Los participantes en el estudio informaron que estaban luchando para acceder a la autonomía profesional, la búsqueda de la integración de habilidades de juicio clínico, trabajando para hacer intervenciones educativas eficaces y búsqueda de la colaboración inter profesional en el juicio clínico. La categoría central fue 'luchando para convertirse en profesional en el desarrollo del juicio clínico'. Cuando las enfermeras fueron apoyadas por profesionales, fueron capaces de desarrollar su juicio clínico profesional. Los resultados de este estudio proporcionan información crítica sobre la adopción de diferentes estrategias para desarrollar la capacidad de juicio clínico<sup>13</sup>.

Van Bogaert, Peremans, De Wit et al. (Bélgica, 2015) desarrollaron otro estudio con el propósito de estudiar las percepciones y experiencias del empoderamiento en los gerentes de enfermería, a través de un diseño fenomenológico cualitativo. Se llevaron a cabo entrevistas individuales con ocho enfermeras gerentes del área médicoquirúrgico en un hospital universitario belga de 600 camas, el cual estaba pasando por la conversión de jerarquía clásica, a un modelo interdisciplinario horizontal. Los hallazgos revelaron que no se encontraron directores de enfermería familiarizados con actitud positiva hacia el modelo de gestión horizontal. Confirmaron el impacto positivo de la capacitación de sus profesionales de enfermería, evidenciado por aumento de la responsabilidad, la autonomía, la reflexión crítica y habilidades de comunicación mejoradas, que a su vez mejora la calidad y la seguridad de la atención al paciente. El empoderamiento estructural estaba siendo apoyado por varias iniciativas de cambio, tanto a nivel de la unidad y del hospital. Se encontró que las enfermeras jefas estuvieron familiarizadas con el empoderamiento de las enfermeras clínicas y mantuvieron actitud positiva hacia ello. El impacto

positivo del empoderamiento se evidencio por el incremento de la responsabilidad, autonomía, reflexión crítica y comunicación efectiva que establecieron en el cuidado del paciente, ellas informaron que la gestión horizontal estaba teniendo un impacto favorable en las actitudes profesionales de enfermería del personal, la seguridad y la calidad de la atención en sus unidades. Sin embargo, también informaron que el proceso de potenciación había dado lugar a cambios en las funciones de los administradores, así como los dilemas de práctica diarias relacionadas con los estilos de liderazgo necesarias para el soporte dedicado tanto de los enfermeros clínicos y gestores de las unidades de enfermería<sup>14</sup>.

Shahsavari, Hosseini, Fallahi et al. (Irán, 2015), realizaron un estudio para explorar la comprensión sobre el uso de la toma de decisiones en la práctica clínica de los enfermeros de cuidados críticos. En este estudio fenomenológico descriptivo, 12 enfermeras que trabajan en unidades de cuidados intensivos de los hospitales afiliados a una Universidad, fueron reclutadas para un estudio utilizando entrevistas semiestructuradas. De las 12 enfermeras que participaron en el estudio, siete (58,3%) eran mujeres y el casadas, el 88,3% (diez) tenía un título de enfermería grado (BSc), la edad promedio fue  $36,6 \pm 7.01$ , la experiencia de trabajo promedio fue de  $13,75 \pm 6.82$  años y el promedio de tiempo de  $(7,66 \pm 3.36)$  años. Se extrajeron tres temas principales, a saber: "las condiciones del paciente", "enfermera de preparación" y "resultado", y siete subtemas - incluyendo "signos clínicos", "comportamientos del paciente", "pronóstico", "ser sensible", "deseo de actuar "," predicción "y" satisfacción "- imprescindible para comprender el uso de la intuición en la práctica clínica de enfermería en cuidados críticos. Los resultados mostraron que algunas enfermeras se sienten atraídas a utilizar el juicio clínico en las intervenciones de enfermería por las condiciones de los pacientes y eran más intuitivas acerca con ellos, y diseñaron medidas de cuidado más apropiadas, asistidas por enfermeras de más experiencia<sup>15</sup>.

Aguayo y Moraga (Chile, 2015) desarrollaron un estudio para develar el significado del concepto de gestión del cuidado de las/os enfermeras/os que se desempeñan en atención primaria en los departamentos de salud municipal de la Novena Región, Chile. Aplicaron el método cualitativo, teoría fundamentada, datos recolectados a través de entrevistas en profundidad a seis enfermeras que se desempeñan en los establecimientos mencionados, resguardando los principios éticos, análisis mediante, programa Atlas Ti. En los resultados observó que emergieron 10 categorías vinculadas a los objetivos planteados: Gestión del Cuidado, Función Asistencial, Función Administrativa, entre otras. Las enfermeras reconocen el concepto de gestión del cuidado, pero no lo asumen como propio de la enfermería comunitaria, más bien como una actividad realizada por enfermeras/os que se desempeñan en atención cerrada, en tanto que a la función asistencial le otorgan un significado relacionado con su quehacer diario centrado en el paciente y comunidad; surge la gestión del cuidado como la aplicación del juicio profesional a las actividades derivadas de la gestión y administración de los programas ministeriales con un enfoque familiar y comunitario<sup>16</sup>.

Urquiaga y Rodríguez (Perú, 2015) desarrollaron un estudio de trayectoria cualitativa descriptivo exploratorio que se llevó a cabo en el servicio de medicina, de un hospital del norte del Perú con el objetivo de analizar las vivencias de los profesionales de enfermería en la administración del cuidado a personas hospitalizadas. La muestra estuvo constituida por 08 enfermeras, utilizando la técnica de saturación o bola de nieve. La recolección de datos se obtuvo a través de los testimonios como respuesta a la pregunta orientadora, las mismas que fueron grabadas en una grabadora. Se analizaron cada uno de los testimonios con la presencia de aspectos comunes en las descripciones llegándose a establecer 7 unidades de significado: la gestión contribuye a brindar cuidados de calidad al paciente, el cuidado de enfermería se gestiona, satisfacción/insatisfacción del paciente, hacer gestión permite brindar cuidados integrales al paciente, percibiendo satisfacción profesional/insatisfacción, el

cuidado de enfermería se gestiona y percibiendo sentimientos encontrados: sentimientos positivos y negativos. Se tuvo como consideración el concepto de ser de lo vivido de la enfermera, indica un cotidiano consideran como una de las principales funciones es la administración porque permite: la planificación de los cuidados, la organización de los servicios, administración de los insumos, estancia, coordinaciones con la familia contribuyen a mejorar la calidad de atención en el paciente<sup>17</sup>

Lapeña- Moñux et al. (España, 2014) ejecutaron un estudio con el fin de describir la experiencia de las enfermeras “de apoyo” en las diferentes unidades de hospitalización. Utilizaron un enfoque fenomenológico cualitativo, realizaron un muestreo por propósito y teórico de dicho personal del hospital, con el fin de obtener una comprensión más profunda del fenómeno. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas en profundidad y diario de campo. Los datos fueron analizados usando la propuesta de Giorgi. Veintiun enfermeras “de apoyo” con una media de edad de 46 años fueron incluidos. Tres temas principales que describen la experiencia de los enfermeros emergieron de los datos: construyendo el primer contacto, buscando un hueco y estableciendo relaciones interprofesionales/ interpersonales. Concluyeron que la experiencia de acoger dichas enfermeras en entornos clínicos cambiantes está condicionada por diferentes factores. Es preciso establecer objetivos claros respecto al rol de las mismas en las unidades por enfermeras y gestores<sup>18</sup>.

Gómez (Brasil, 2014) realizó un estudio para comprender el significado que los estudiantes de enfermería atribuyen a la gestión de la atención, a través del enfoque cualitativo basado en la fenomenología. El escenario del estudio fueron dos cursos de Graduación en Enfermería de una Universidad Pública ubicada en São Paulo. Se realizó entrevista con 26 estudiantes. A partir de los relatos, los temas fueron organizados e interpretados; siendo realizada una síntesis de las unidades significativas, revelando el tema "Significado de la Gestión de la Atención" y los subtemas "La definición y el papel de la gestión

de la atención"; "El proceso de gestión de la atención"; "Propósito de la gestión de la atención"; y "La Gestión y el Cuidado". En varias ocasiones la definición de gestión de la atención fue usada como proceso de coordinación de la unidad de trabajo, siendo las articulaciones con el cuidado directo al paciente raramente manifestadas. Los resultados indicaron como principales actividades el control y la organización de los recursos humanos. Algunas de las actividades citadas son organizacionales y están mínimamente articuladas a la atención directa al paciente. Comprender el significado de la gestión de la atención para los estudiantes de enfermería es un acto de repensar la práctica de la enseñanza y del aprendizaje<sup>19</sup>.

Ferreira, Ferraro y Herrera (Uruguay, 2012) abordaron la interacción de la autonomía en el trabajo de los licenciados en Enfermería y el marco legal actual, con el objetivo de conocer la percepción de un grupo de profesionales enfermeros con experiencia laboral en el segundo nivel de atención. Es un estudio cualitativo a nivel descriptivo. Los sujetos de estudio fueron 11 profesionales enfermeros del segundo nivel de atención de instituciones prestadoras de salud, los que se escogieron en función de los años de ejercicio y el nivel de atención donde se desempeñaron. Las preguntas orientadoras fueron las siguientes: ¿Tiene conocimiento si en la legislación existente hay una ley que regule su desempeño como profesional? ¿Qué importancia le da? Referente a la gestión del cuidado de los pacientes: ¿En qué aspectos usted se considera un profesional independiente? ¿A lo largo de estos años usted colmó sus expectativas? ¿Siente que pudo aplicar su formación académica en la práctica? A partir de las entrevistas se construyeron 5 categorías: Relevancia-Trascendencia, Factores determinantes, Independencia, Satisfacción, Relación formación – ejercicio. El análisis de cada una de estas permite establecer puntos de partida para plantear trabajos posteriores, como la importancia de la existencia de un marco regulatorio, elementos que condicionan la autonomía profesional de los licenciados, percepción de independencia y de satisfacción

laboral, importancia de la relación existente entre la formación y el ejercicio profesional<sup>20</sup>.

Cabarcas (Colombia, 2012) hizo una revisión de literatura en donde se encontraron diferentes posturas y planteamientos, y es muy escaso el reporte de estudios en Colombia que muestren la experiencia que viven las enfermeras para gestionar el cuidado de sus pacientes. Este estudio es de tipo descriptivo e interpretativo con abordaje cualitativo; se apoyó en el análisis de contenido, técnica de interpretación de textos, grabados y escritos donde puedan recibir toda clase de registros, de datos transcripción de entrevistas y discursos. Para la enfermería es importante acceder y comprender el comportamiento; la cotidianidad de las personas es una parte importante para su desarrollo conceptual desde la experiencia de los seres humanos y la comprensión del significado como uno de los conceptos de dominio de la práctica de enfermería. Para las enfermeras coordinadoras gestionar el cuidado se centra en la organización de los procesos, protocolos, manuales y guías que permitan un direccionamiento acorde a las demandas en el cuidado de los pacientes. Para las enfermeras asistenciales la gestión del cuidado se centra en facilitar los procesos a la familia para ese cuidado en casa, brindando educación al paciente y a la familia. Ambos grupos realizan intervenciones desde su nivel de gestión para promover el mantenimiento de la persona<sup>21</sup>.

Escamilla-Cruz, Cordova-Avila y Campos-Castolo, (México, 2012) realizaron un estudio cuantitativo, transversal, con análisis descriptivo, cuyo objetivo era identificar la percepción que tienen de las propias competencias profesionales los alumnos de 7° u 8° semestre de la Licenciatura en enfermería, a través de un instrumento de 32 ítems que identifica la autopercepción de las competencias establecidas por el proyecto DeSeCo y las específicas de Tunning Latino América para enfermería. Los resultados fueron el promedio general de auto percepción fue 3.95; las competencias mejor calificadas fueron: respeto por la cultura y derechos de los pacientes (4.5) y trabajo en equipo

(4.29). Competencias con nivel más bajo: gestión de protocolos de investigación (3.48), aplicación del cuidado, la metodología y teorías propias de la profesión (3.91), documentación y comunicación con la persona, familia y comunidad (3.92). Concluyeron que los alumnos de enfermería autoperciben un nivel de competencia adecuado para su formación, sin embargo, deben fortalecer algunas competencias específicas que son importantes para la profesión, como el uso de la metodología específica de enfermería y la capacidad de diseñar proyectos de investigación.<sup>22</sup>

Ferreya (Chile, 2010) desarrolló un estudio con el objetivo de comprender como los profesionales de enfermería perciben su actuación profesional y cuáles son sus expectativas en relación a desarrollar la gestión del cuidado íntegramente en sus servicios. La metodología elegida para abordar la temática fue de tipo cualitativo. Los sujetos de estudio fueron profesionales de enfermería del área asistencial tanto pública como privada de instituciones del Uruguay. El número de sujetos participantes de este estudio fueron nueve profesionales de enfermería los cuales se buscaron articulando los tiempos de actuación en el ejercicio profesional, donde se pudieran obtener los mejores datos. Las entrevistas fueron guiadas por las siguientes preguntas orientadoras: ¿En su práctica diaria como desarrolla su función con respecto a la gestión del cuidado de los pacientes? ¿Cuáles son sus expectativas en relación a su rol como enfermero/a gestor/a de cuidados de darse las condiciones a nivel nacional que definan el rol profesional? Se optó por la Fenomenología Social desarrollada por Alfred Schütz, dado que, en base a las inquietudes que motivan este estudio, se tornan relevantes los conceptos de este abordaje relacionados con la experiencia vivida, la teoría de las motivaciones, las expectativas, el sentido de ser en el mundo, contextualizando la intersubjetividad, perteneciendo a un grupo social. El análisis de las categorías permitió construir el tipo vivido por este grupo que muestra una dificultad en llevar a la práctica lo que han aprendido buscando instancias de aprendizaje. Se sienten sobrecargados por el trabajo administrativo descuidando sus funciones

específicas, sienten inseguridad por no reconocerse preparados para asumir la gestión del cuidado dada la falta de formación e información, el tiempo disponible y la ausencia de actualización. Muestran expectativas a futuro marcadas por deseos de definir sus funciones a nivel legal. Desean obtener independencia en el ejercicio profesional, siendo identificados por lo que realmente son. Se proyectan a futuro con la idea de ser valorizados en lo que hacen<sup>23</sup>.

Baez-Hernandez et al (2009) realizó un estudio cualitativo de tipo descriptivo interpretativo, realizado con el propósito de comprender cómo representan los profesionales de enfermería su quehacer profesional. Realizó, un muestreo teórico. Los participantes del estudio fueron profesionales de enfermería, un hombre y seis mujeres, con un promedio de edad de 30 años. Los datos se recolectaron a través de diario de campo y siete entrevistas semiestructuradas aplicadas de manera individual y a profundidad, las cuales fueron grabadas y transcritas en su totalidad; se realizaron tablas y esquemas de codificación abierta y axial que sirvieron para el análisis de los datos, mediante el marco interpretativo de las representaciones sociales de Moscovici, que contempla cuatro dimensiones: información, imagen, actitud y opinión. Encontraron seis categorías periféricas que forman el significado de cuidado: factores, implicaciones, contribuciones, aplicaciones, creencias y actitudes. Concluyeron que el cuidado de enfermería envuelve y comparte la experiencia humana a través de una relación transpersonal y de respeto<sup>24</sup>.

En el ámbito nacional:

Cotos y Rodríguez (Perú, 2015) analizaron el desempeño cotidiano de la enfermera gerente en la gestión de los servicios de enfermería a la luz del pensamiento de Martin Heidegger, a través del enfoque fenomenológico como método de investigación y el pensamiento de Martin Heidegger como referencial teórico filosófico. En la muestra participaron diez personas adultas que desempeñaron la función de jefa del servicio de enfermería o



coordinadoras; se utilizó como técnica de recolección de datos la entrevista personalizada, para lo cual se aplicaron tres preguntas orientadoras que develaron el fenómeno de estudio; los datos fueron analizados a través de la hermenéutica, mediante la cual emergieron 81 unidades de significado, sintetizadas en 16 categorías, que fueron agrupadas de acuerdo con el fenómeno de estudio en experiencias vividas durante la gestión de los servicios de enfermería, sentimientos percibidos en la gestión de los servicios de enfermería y expectativas planteadas cuando se inició la gestión de los servicios de enfermería. Sobre la base de los análisis se pudo evidenciar, entre las experiencias vividas en la gestión, entrega y servicio a la profesión, responsabilidad innata al cargo, empoderamiento y liderazgo, difícil adaptación al cargo, falta de reconocimiento, barreras y limitaciones, organización del recurso humano; asimismo, entre los sentimientos percibidos, se encontraron decepción, frustración, gratitud, satisfacción, sacrificio; indiferencia y falta de colaboración, finalmente, como expectativas, se encontraron crecimiento y desarrollo profesional, respeto y empoderamiento de la profesión, expectativas y retos profesionales, oportunidades y posibilidades, necesidad de preparación en el campo administrativo<sup>25</sup>.

Rivera (Perú, 2014) realizó una investigación cualitativa con abordaje descriptivo exploratorio e interpretativo, con el objetivo de estudiar la práctica ética de las enfermeras jefes en la gestión del cuidado, en un hospital nacional, sustentándose en los aportes conceptuales de Polo L. (1997), Kant I. (2010), Benner P. (2009), Watson J. (2001). El instrumento de recolección de datos, fue la entrevista semiestructurada, aplicada a las enfermeras jefes de servicio, y la observación no participante, la muestra se determinó por saturación y fueron ocho enfermeras jefas de servicio. Los datos obtenidos se procesaron por análisis de contenido. Los resultados se sintetizan en tres categorías: coordinación y asesoramiento como práctica ética en la gestión del cuidado, subcategorías: enlazando el reporte con la visita médica y priorizando a la persona en la gestión ética. Categoría: la intervención hacia la gestión del

cuidado humanizado, sub categorías: trabajo en equipo, como responsabilidad y entrega en los servicios y la delegación responsable como fortaleza en la gestión del cuidado. Categoría: la ética de los recursos humanos, un reto espinoso en la gestión, sub categorías: el manejo de las situaciones conflictivas, en la gestión del cuidado, gestión hacia el desarrollo del personal, con falencias en la motivación. Los principios éticos de Sgreccia (2008), y rigor científico Lincoln y Guba (1985), estuvieron presentes durante todo el proceso investigativo.

## **2.2. BASES CONCEPTUALES**

### **1. Desarrollo de la profesión de enfermería**

Desde el inicio de la Enfermería, como práctica orientada al mejoramiento de las condiciones de salud y al Cuidado de los enfermos, se reconoce indudablemente que este quehacer, inicialmente una vocación que se convirtió en oficio, exigía una serie de conocimientos que inicialmente se adquirían por transmisión oral de generación a generación, que surgían de la intuición y que fueron constituyéndose en un saber, que derivado de la experiencia, lograba, en muchos casos, resolver los problemas que se presentaban. Este tipo de quehacer, centrado en acciones y procedimientos que constituían las rutinas del Cuidado, prevaleció por mucho tiempo acompañado de prácticas sanitarias que combinaban hierbas y procedimientos propios de la época, y servían para el tratamiento y alivio de los enfermos; esto, indudablemente, llegó a formar parte de un saber acumulado por muchos años y ayudó a resolver muchos de los problemas morbosos más frecuentes.

Posteriormente, de acuerdo con los desarrollos y avances en los conocimientos de otras ciencias y a las necesidades de encontrar las causas y la explicación de muchas enfermedades que diezmaban la vida de grandes poblaciones, se empezaron a utilizar conceptos de otras ciencias que permitieron apoyar y sustentar el quehacer de la enfermería, logrando mayores niveles de eficiencia y de efectividad en contra de dichos males. Estos desarrollos incipientes lograron tener una incidencia importante en el manejo y tratamiento de los enfermos, contribuyendo al mejoramiento de las condiciones de salud e implementando estrategias que ayudaron a contrarrestar las enfermedades, a explicar y comprender mejor las alternativas terapéuticas. Estas experiencias que enriquecieron el conocimiento y mejoraron las prácticas de Cuidado,

formaron un nuevo personal mejor preparado para enfrentar los fenómenos relacionados con la enfermedad (Daza de Caballero, 2005)<sup>26</sup>.

El cuidado estuvo enfocado como una actividad de enfermería dirigida a las patologías terapéuticas y técnicas de enfermería, distanciándose de la dimensión del *siendo con el otro* y aproximándose más al “hacer técnico”, en la adquisición de un conocimiento orientado a las ciencias biológicas, incluyendo las terapéuticas y tecnologías quirúrgicas, en detrimento de las ciencias humanas. Los estudios han revelado que “el modo de cuidar” en la enfermería puede presentarse diferente a los ojos de quien cuida, del profesional de salud, y a los ojos de quien recibe el cuidado, el cliente/paciente o usuario<sup>27</sup>.

Para la Asociación Americana de Enfermeras, el ejercicio de la enfermería significa la iniciación y ejecución, de manera independiente, de cualquier acción de carácter profesional en materia de observación, cuidado y asesoramiento de los clientes, supuestos sanos, lesionados o enfermos; la conservación de la salud y prevención de las enfermedades; y la supervisión y enseñanza del personal técnico y auxiliar de la enfermería. Asimismo, tiene entre sus funciones la ejecución previa autorización de cualquier acción tendiente a la administración de medicamentos y tratamientos prescritos por un médico u odontólogo legalmente autorizado.

## **2. El proceso de toma de decisiones en la gestión del cuidado de enfermería**

Según Duran la enfermería se define como "el estudio del cuidado de la experiencia o vivencia de la salud humana"<sup>28</sup>. Esta comprende las teorías que describen, explican y prescriben sobre el fenómeno central de su interés, el cuidado, así como los resultados de las investigaciones que se relacionan con este fenómeno<sup>29</sup>. Del mismo modo, teoristas como Jean Watson y Patricia Benner mencionan que la esencia de enfermería es el cuidado, y el foco está dado en la comprensión de enfermería como fenómeno<sup>30</sup>.

La gestión del cuidado, es la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de los cuidados, oportunos, seguros e integrales, que aseguren la continuidad de la atención y que se sustenten en políticas y lineamientos estratégicos de la institución.

Según Seidi et al. (2015), el juicio clínico es una de las características más importantes de la práctica profesional de enfermería. Es un requisito previo para el establecimiento de la identidad profesional y se basa principalmente en el conocimiento y la experiencia de las enfermeras, así como su razonamiento, la intuición, el pensamiento clínico, y las habilidades prácticas basadas en la evidencia. Las enfermeras utilizan estas habilidades para evaluar a los pacientes y el medio ambiente y para procesar e interpretar la información del paciente con el fin de identificar y satisfacer las necesidades del paciente<sup>31</sup>.

Este proceso resulta en el establecimiento de diagnósticos de enfermería, la toma de decisiones clínicas efectiva, resolución de problemas y la mejora de la calidad de la atención.

Estudios previos han explorado e identificado algunas de las principales características de la práctica profesional de enfermería, el juicio clínico y la toma de decisiones clínicas<sup>32</sup>. Estas características incluyen el uso de conocimientos y modelos conceptuales en la práctica, la adopción de la toma de decisiones en colaboración interdisciplinaria, uso de pruebas, la intuición y la autonomía<sup>33</sup>.

En otras palabras, la capacidad de las enfermeras para usar el conocimiento, la experiencia y pruebas, así como sus habilidades de pensamiento crítico en la práctica diaria refleja su habilidad en el juicio clínico.

En los cuidados en enfermería, la aceptación de la persona como un ser libre ayuda a situarla en la posición de protagonista de esos cuidados, y no como simple espectadora de las acciones que se realizan para ella; esto se hace

posible con la aplicación del Proceso de Enfermería, método que le otorga identidad a la enfermera profesional<sup>34</sup>. Henderson señala que cuidar es ayudar a las personas en aquellas actividades dirigidas a potenciar la salud o a restituirla lo más pronto posible, y que la persona realizaría por ella misma, si supiera, y si tuviera la fuerza y/o la voluntad necesaria<sup>35</sup>.

### **3. Las intervenciones de enfermería en el ámbito hospitalario**

#### **3.1. Evolución histórica de las Intervenciones de Enfermería NIC.**

La investigación para desarrollar un vocabulario y una clasificación de intervenciones de enfermería comenzó en 1987. Con la formación de un equipo de investigación conducido por Joanne McCloakey y Gloria Bulechek en la University of Iowa. El equipo desarrolló la clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realizan las enfermeras, publicada por primera vez en 1982.

Es una terminología estandarizada de la disciplina de enfermería que se ha utilizado para clasificar sistemáticamente los cuidados de enfermería en el ámbito clínico. Los resultados de enfermería se miden en relación a los diagnósticos de enfermería y NIC estandarizadas, es decir, las intervenciones de enfermería no están solas, sino que son realizadas para tener un efecto en el diagnóstico de enfermería. La mayoría de autores consideran a los diagnósticos de enfermería como de poca utilidad si no tienen conexión con las intervenciones de enfermería y resultados<sup>36</sup>.

La utilización de herramientas metodológicas, como son las taxonomías NANDA, NOC y NIC, refuerzan la consistencia teórica que fundamenta el cuidado a las medidas terapéuticas que requiere el paciente, mejora la calidad de atención, lo que origina una evolución satisfactoria en su estado de salud y permite medir el efecto de la intervención, la cual queda documentada en un instrumento de registros clínicos<sup>37</sup>.

El trabajo enfermero se encuentra recogido y representado en la Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC). La NIC es hoy día un referente internacional de la actividad e intervención de las enfermeras en todos los entornos clínicos. La NIC se constituye como una clasificación global del trabajo de las enfermeras abarcando tanto aquellos tratamientos que las enfermeras realizan como consecuencia de un diagnóstico enfermero, como los que son consecuencia de la colaboración con otros profesionales, generalmente el médico, del mismo modo que contempla aquellas intervenciones realizadas de manera directa, es decir interaccionado con el paciente, como aquellas realizadas de forma indirecta, es decir lejos del paciente pero a favor de él.

## **2.2. Definición de Intervención de enfermería**

Se define como la clasificación global y estandarizada de intervenciones que realizan las enfermeras basados en el conocimiento y juicio clínico para conseguir los resultados esperados de los diagnósticos identificados. Las intervenciones de enfermería NIC, es la sigla de los tratamientos que las enfermeras realizan en todas las especialidades, una intervención de enfermería es cualquier tratamiento basado en el conocimiento, juicio clínico, que realiza la enfermera quirúrgica para obtener resultados sobre la persona. (McCloskey Bulecheck, 2000).

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayuda al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se debe elaborar acciones focalizadas hacia la causa de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema. Las intervenciones NIC, incluyen aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales. Hay intervenciones para la enfermedad, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Las intervenciones

no están solamente diseñadas para los individuos, sino que contempla la familia y la comunidad.

### **2.3. Elementos de una intervención NIC.**

Cada intervención NIC consta de una etiqueta, una definición, un conjunto de actividades que indican las acciones y el pensamiento que llevan a la intervención. La etiqueta y la definición de la intervención son el contenido de la intervención que está estandarizado y que no debe cambiarse cuando se utiliza la NIC para documentar los cuidados, sin embargo estos pueden individualizarse a través de la elección de las actividades.

Actualmente las NIC tiene 7 dominios, 30 clases, 542 intervenciones y más de 12000 actividades, para la codificación de campos o dominios sean utilizado números del 1 al 7, y las clases siguiendo las letras del alfabeto en mayúsculas y minúsculas, las intervenciones con un número de 4 dígitos. Las Intervenciones de enfermería NIC, está estructurada de acuerdo a una taxonomía de tres niveles de abstracción:

### **2.3. Tipos de intervenciones de enfermería según Henderson**

Según Virginia Henderson<sup>38</sup>, las intervenciones de enfermería para el cuidado del paciente, se puede realizar bajo tres tipos de actividades:

- a. Dependientes: actividades relacionadas con la práctica médica, que señalan la manera como se ha de llevar a cabo una actuación médica. Por ejemplo: administración de medicamentos con horarios establecidos, según el protocolo de la institución.
- b. Interdependientes: actividades que el profesional de enfermería realiza junto con otros miembros del equipo de salud; implican la colaboración de ellos. Por ejemplo: asistir en la realización de curaciones diarias, según la



situación clínica del paciente (paciente en cuidado intensivo con el abdomen abierto, por lo tanto, interviene el equipo interdisciplinario).

- c. Independientes: actividades del profesional de enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas o problemas, que está legalmente autorizado a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico. Por ejemplo: realizar maniobras de reanimación cerebro-cardiopulmonar básicas, en situación de emergencia. Educación para el autocuidado

#### **2.4. Formulación de las intervenciones de enfermería**

Para hacer frente a las complejas necesidades de los pacientes, la participación del personal de enfermería en los procesos de toma de decisiones clínicas y de organización dentro de los entornos de atención interdisciplinarios es crucial

El juicio clínico es una de las características más importantes de la práctica profesional de enfermería. Es un requisito previo para el establecimiento de la identidad profesional y se basa principalmente en el conocimiento y la experiencia de las enfermeras, así como su razonamiento, la intuición, el pensamiento clínico, y las habilidades prácticas basadas en la evidencia. Las enfermeras utilizan estas habilidades para evaluar a los pacientes y el medio ambiente y para procesar e interpretar la información del paciente con el fin de identificar y satisfacer las necesidades del paciente.

#### **4. La Fenomenología y Enfermería**

La fenomenología aparece como respuesta a la pregunta antes elaborada, ya que esta se define como una filosofía y un método de investigación que capta "la experiencia vivida", que explora y captura la experiencia subjetiva del individuo, cómo la está percibiendo y qué significado tiene para este. Es una ciencia cuyo propósito es describir un fenómeno en particular o la apariencia de las cosas.

La fenomenología fue pensada y descrita por Edmund Husserl como una filosofía. Esta palabra está compuesta por dos vocablos griegos: "fenomenon" y "logos". "Fenomenon" deriva de "faineszai" que significa mostrarse, sacar a la luz del día, hacer patente y visible en sí mismo. El significado de "logos" significa discurso, ciencia. Es así como se puede entender la fenomenología como la ciencia de lo no visible o no evidente.

Esta filosofía, considerada fenomenología pura o trascendental, se origina debido a que la "ciencia de los hechos" no era capaz de explicar un fenómeno en su totalidad, emergiendo la "ciencia de las esencias" como una ciencia que quiere llegar a conocimientos esenciales y no fijar, en absoluto, hechos. Husserl, la concibe como una tarea de clarificación para poder llegar a las cosas mismas partiendo de la propia subjetividad, en cuanto las cosas se experimentan primariamente como hechos de conciencia, cuya característica fundamental es la intencionalidad. No se trata de una descripción empírica o meramente psicológica, sino trascendental, esto es, constitutiva del conocimiento de lo experimentado, porque se funda en los rasgos esenciales de lo que aparece a la conciencia.

La función fundamental de la fenomenología es la reflexión interpretativa de las experiencias vividas, intentando explicar la "vivencia" y clarificar las "cosas mismas" partiendo de la conciencia. La fenomenología se aproxima a lo propiamente humano y la disciplina de enfermería es humana; por lo que este tipo de aproximación produce conocimiento científico que fortalece la práctica de enfermería, y por tanto, contribuye al desarrollo disciplinar.

Los fenómenos humanos son muy complejos como para ser solo estudiados desde un enfoque cuantitativo, ya que carece de elementos para poder explicarlos en su totalidad. La investigación cualitativa, específicamente la fenomenología, sería la más apropiada para conocer y comprender los fenómenos que conciernen a la disciplina de enfermería. Generando teorías y conocimiento comprensivo sobre lo que los sujetos perciben o significan y

acerca de sus experiencias, ampliando la mirada hacia el proceso subjetivo humano.

Por lo tanto, la disciplina de enfermería precisa de la fenomenología para poder otorgar un sentido interpretativo a los fenómenos de interés, que este caso sería la experiencia de cuidado desde la perspectiva de la persona que la vivencia, permitiendo conocer la importancia de los cuidados en las situaciones de salud-enfermedad y favoreciendo, a través de la descripción y la interpretación de los fenómenos, un análisis crítico y reflexivo del cuidado de enfermería entregado a las personas.

Así también, De la Cuesta<sup>39</sup> menciona que, con frecuencia, ha escuchado a enfermeras decir que para su práctica necesitan de otro conocimiento, que sienten que hay algo "más" por captar en las situaciones de cuidado y que muchas veces sus intervenciones se quedan cortas. Esta dificultad puede ser solucionada incorporando la fenomenología como una forma de crear conocimiento en enfermería, ya que el propósito de esta, es describir las experiencias tal como son vividas, lo que permite conocer la experiencia de cuidado humano, desde la perspectiva de la persona que la vivencia. El conocimiento en profundidad de la experiencia de cuidado brindará al profesional de enfermería la oportunidad de entregar cuidados integrales y centrados en las necesidades de cada persona.

Este método de investigación de enfoque fenomenológico ha tenido bastante aceptación entre los profesionales de enfermería, y esto puede deberse a lo mencionado en el párrafo anterior, pero también a que en la práctica se trabaja con un método inductivo, tal como lo hace la fenomenología, y enfocado en las personas. Debido al contacto permanente con el paciente, el profesional de enfermería está cerca de la experiencia humana y no de la enfermedad como un fenómeno etiopatogénico. La investigación pone su interés y compromiso por develar la vivencia del otro, tal como es vivida.

La enfermería se ha permitido cuestionar que la investigación cuantitativa sea la única forma de conocer, rescatando la dimensión humana de la ciencia. Identificando que el entendimiento universal de los fenómenos, debe incluir una dimensión interpretativa y comprensiva de las situaciones particulares, como un paradigma integrador y revelador de la naturaleza del conocimiento del cuidado humano.

Finalmente, Aimar et al mencionan que "el mayor desafío es no solo poder describir y llegar a explicar los fenómenos en torno al objeto disciplinar, sino comprender, transformar y recrear la expresión del cuidado en una obra donde la estética sintetice la impronta del artista, y haga único e irrepetible ese instante de la existencia humana. Así, el acto de cuidado será arte y ciencia, se transformará en reflexivo, deliberado, heurístico y autónomo. La disciplina integrará la praxis y la academia, como solo es posible pensar la complejidad del cuidado humano"<sup>40</sup>.

## **2. TRAYECTORIA METODOLOGÍA**

### **a. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN**

Se realizó bajo el paradigma del constructivismo, el cual otorga al sujeto un papel activo en el proceso del conocimiento. En este momento la información que provee el medio es importante, pero no suficiente para que el sujeto conozca cómo se debe comportar y evitar las consecuencias de su comportamiento. Es un proceso de interacción entre el sujeto (investigador) y el objeto de conocimiento (grupo a investigar), donde la interpretación, construye estructuras y marcos conceptuales. La metodología utilizada fue la investigación cualitativa apoyada en la fenomenología interpretativa o hermenéutica basada en la filosofía de Martin Heidegger.

La fenomenología interpretativa como método de investigación pretende “comprender las habilidades, prácticas y experiencias cotidianas y articular las similitudes y las diferencias en los significados, compromisos, prácticas, habilidades y experiencias de los seres humanos”. El mundo para Heidegger no es único o universal, por el contrario, es diferente para cada ser humano según su cultura, tiempo, época histórica y la familia en que nace<sup>41</sup>. La manera de “ser” y de “estar” en el mundo está guiada por el significado que cada quien le atribuye a las cosas y situaciones en su mundo propio y particular. Estos significados los va construyendo cada persona a partir de su cultura y apoyada en todas las formas de expresión de que dispone<sup>42</sup>.

La fenomenología, como fundamento de ciencia y saber, estudia el significado de las vivencias de la conciencia, ya que cuando un hecho se presenta se capta la esencia y la manera característica de aparecer el fenómeno; es decir, los conceptos e ideas que nos permiten distinguir o clasificar los hechos. La esencia del fenómeno son las experiencias de vida del sujeto en el mundo<sup>43</sup>. La fenomenología es el estudio de las esencias y se caracteriza por un método de investigación que se ocupa de los fenómenos, o sea, todo lo que se manifiesta,

abandonando los preconceptos y presupuestos. Este tipo de investigación permite al investigador el acceso a la conciencia humana, el regreso “a las cosas mismas”. De ese modo, se trata de un método adecuado de estudios en enfermería, pues nos invita a entender el sentido de ser humano en el mundo a partir de su “facticidad”. Este método se dirige al el interrogativo y al fenómeno que es algo inacabado, donde se puede desvelar el mundo cotidiano del Ser, donde la experiencia se convierte en la descripción de sus vivencias<sup>44</sup>.

**b. ESCENARIOS CULTURALES:**

Se desarrolló en los ambientes de hospitalización de los servicios de cirugía, medicina y pediatría de dos hospitales de II y III nivel de atención de la ciudad de Iquitos.

**c. MUESTRA**

Dado que se trata de un estudio cualitativo, la muestra no fue constituida con el fin de que tenga representatividad estadística y desde ahí generalizar los resultados como tradicionalmente se busca en las aproximaciones cuantitativas, sino que se buscó heterogeneidad en las entrevistas hasta alcanzar el principio de saturación teórica. Esto no resta relevancia ni validez al estudio, ya que dicha diversidad sobre el fenómeno en estudio pretende profundizar. Por lo tanto, la muestra fué intencional, el tamaño de muestra se obtuvo por saturación de datos, es decir, los participantes se seleccionaron de acuerdo a los criterios de inclusión y se completó la muestra cuando se logró la saturación de la información.

Participaron 08 enfermeras clínicas que laboran en los servicios de cirugía, medicina y pediatría de dos hospitales de II y III nivel de atención, y que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión establecidos para la investigación.

### **Criterios de Inclusión**

- Tiempo de experiencia laboral mayor de seis meses
- Estar laborando en los servicios de medicina, cirugía y pediatría en el momento del estudio.

### **d. TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

En el caso de la investigación cualitativa, el instrumento es el propio investigador, se aplicó la técnica de entrevista en profundidad para develar el fenómeno de interés es decir las vivencias de las enfermeras en términos de pensamientos, sentimientos y acciones, en relación a la planificación de las intervenciones de enfermería. La entrevista en profundidad tiene como objetivo explorar profundamente el punto de vista, sentimientos, perspectivas, vivencia de la persona entrevistada. Busca comprender e interpretar de lo que habla el entrevistado.

Se aplicaron entrevistas en profundidad con unos lineamientos específicos, realizadas en un ambiente de privacidad y comodidad en el área de trabajo de las enfermeras, se garantizó la veracidad y confidencialidad de la información, las entrevistas fueron grabadas, previo consentimiento informado que incluyó la garantía del anonimato. Los participantes fueron entrevistados más de una vez por las investigadoras con el fin de entender su situación, corporalidad, temporalidad, preocupaciones, significados y prácticas con relación a un evento específico.

### **e. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS.**

- Se realizó una reunión de sensibilización con las enfermeras de los servicios seleccionados, durante el acercamiento con las enfermeras jefes de servicio, se entregó un documento resumen del proyecto para que sea conocido por las participantes.

- Posteriormente se solicitó el consentimiento informado para efectuar el trabajo de campo (Anexo 1).
- Las investigadoras realizaron los contactos personales con las enfermeras que reunían los criterios de inclusión.
- Las entrevistas se orientaron específicamente para develar el fenómeno de interés en relación a la planeación de las intervenciones de enfermería, creando condiciones para que el sujeto se expresara libre y espontáneamente, relatando sus experiencias en forma precisa y descriptiva, tal como la perciben ellos. El número de entrevistas por informantes fue aproximadamente de dos a tres por participante
- Luego de realizada cada entrevista ésta fue transcrita (no más de 48 horas post entrevista) antes de realizar la próxima. La transcripción se realizó de forma precisa y exacta como eran expresadas las ideas por los participantes
- Para ello se llevó un registro y documentación completa de las decisiones e ideas de las investigadoras con relación al estudio. Así, si hay un investigador más adelante interesado en buscar los datos y trabajar con ellos podrá llegar a conclusiones iguales o similares a las de esta investigación, siempre y cuando tenga perspectivas de investigación similares a las de este trabajo.

#### **f. ANÁLISIS DE DATOS:**

El análisis se desarrolló concurrentemente con la recolección de los datos; en este tipo de análisis la información se codifica y categoriza de acuerdo a lo expresado por los participantes. Las categorías emergieron de los mismos datos y de esta manera el análisis corresponde al método inductivo. Los datos fueron analizados tomando las fases que Heidegger propone, en ese sentido, en la



primera fase se realizó la lectura y relectura de la transcripción del material, tratando de escuchar atenta y cuidadosamente el discurso de los sujetos en sus expresiones naturales.

#### **g. RIGOR METODOLÓGICO**

Se realizó teniendo en cuenta los criterios propios de éste, entre ellos están:

- El criterio de **credibilidad** se alcanzó por medio de la revisión de datos particulares del fenómeno de interés durante la visita médica, básicamente por medio de la realización de la entrevista en profundidad y la relación creada entre el investigador y la enfermera mientras se realizaron éstas, ya que allí se hizo la verificación de la información. Por medio de ésta se confirmaron los hallazgos y revisaron algunos datos particulares; las investigadoras retornaron a las enfermeras informantes durante la recolección de la información por medio de la presentación de los avances y los participantes según la experiencia descrita en la literatura siempre estuvieron dispuestos a colaborar en la verificación de la información ya que querían que ella fuera completa y veraz. De esta manera se confirmó la credibilidad de la información.
  
- Se buscó que la **auditabilidad** del trabajo no se viera afectada en el futuro, que los participantes por medio de la interacción cotidiana se sintieran en confianza con las investigadoras, para que la presencia de este no influyera en la naturaleza de los datos, por tanto, las investigadoras compartieron en varias ocasiones dentro del servicio y no solo en el momento de realizar la entrevista. Por otra parte, se guardaron todos los apuntes y las grabaciones realizadas durante el proceso de investigación. Por último, los investigadores realizaron reuniones periódicas (cada semana) donde se analizó como están influyendo ellos en la calidad de la información por medio de la técnica de la entrevista. La auditabilidad básicamente se lleva a cabo cuando alguien le lleva el rastro a los investigadores, en este caso, la

docente asesora responsable fué la encargada de rastrear que efectivamente lo que se va recogiendo y analizando corresponda a la realidad.

- **La transferibilidad o aplicabilidad**, tercer criterio se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones. En la investigación cualitativa la audiencia o el lector del informe son los que determinan si pueden transferir los hallazgos a un contexto diferente del estudio. Para lograr esto, se logró describir densamente el lugar y las características de las personas donde el fenómeno fué estudiado.

## **h. ASPECTOS ÉTICOS**

La investigación cualitativa comparte muchos aspectos éticos con la investigación convencional. Así, los aspectos éticos que son aplicables a la ciencia en general son aplicables a la investigación cualitativa. Por ejemplo, lo que puede decirse de las relaciones de la ciencia con los valores de verdad y justicia se aplica correctamente también a esta modalidad de investigación. La práctica científica como práctica de la libertad es igual cuando realizamos investigación cualitativa. Sin embargo, los problemas, los métodos y la comunicación y divulgación de la investigación cualitativa plantean algunos conflictos adicionales.

El ejercicio de la investigación científica y el uso del conocimiento producido por la ciencia demandan conductas éticas en el investigador y el asesor. Hay un acuerdo general en que hay que evitar conductas no éticas en la práctica de la ciencia

Se obtuvo el consentimiento informado de las enfermeras clínicas que ingresaron al estudio en forma voluntaria, previa lectura, explicación y firma de la hoja de consentimiento informado.

En todo momento se respetó la decisión de la participante de retirarse del estudio si así lo desea. Es necesario indicar que éste recibió la información acerca de su participación, incluyendo de manera concreta las actividades a realizar, es decir: el propósito de la investigación, duración esperada y procedimientos, su derecho a negarse a participar una vez iniciada su participación, beneficios de la investigación.

Las transcripciones literales y grabaciones obtenidas durante la recolección de datos fueron manejadas en forma anónima, se codificaron manualmente en la misma ficha. Solo tuvieron acceso esta información los investigadores responsables del estudio.

## **PRINCIPIOS ETICOS**

- El principio de no maleficencia obliga a no dañar a los otros anteponiendo el beneficio, aun considerando las respuestas terapéuticas que implica el cuidado a la salud.
- El principio de autonomía establece que en el ámbito de la investigación la prioridad es la toma de decisiones de los valores, criterios y preferencias de los sujetos de estudio. Su aplicación ofrece a los sujetos la información suficiente para tomar una decisión razonada acerca de los posibles beneficios y costos de su participación sin ningún tipo de abuso.
- El principio de beneficencia se refiere al bien obtenido derivado de su participación y a los riesgos a los que se somete en relación con el beneficio social, potencial de la investigación. La mediación de los valores contenidos en los principios de autonomía y de justicia es necesaria para tomar decisiones menos discutibles.
- El principio de justicia exige el derecho a un trato de equidad, a la privacidad, anonimato y confidencialidad. Igual se refiere a la distribución de los bienes sociales, que la investigación genere.

La investigación en enfermería debe dejar claramente explicitados los principios de autonomía, de no maleficencia, de beneficencia y de justicia, para todos los participantes, directa e indirectamente involucrados en los estudios científicos.

#### 4. PRESENTACION E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Los datos fueron analizados tomando las fases que Heidegger propone, utilizando la fenomenología como método de investigación, la cual es una opción para el profesional de enfermería desde el punto de vista filosófico, y proporcionar elementos e interpretar sucesos desde una óptica diferente

Del análisis cualitativo emergió la categoría **“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA INVISIBLES: LO QUE NO ESTÁ ESCRITO, NO ESTÁ HECHO”** que surgió de la codificación y clasificación de los discursos de las enfermeras entrevistadas, a través de las siguientes subcategorías:

- Sub categoría 1: Las intervenciones surgen desde el primer contacto y alrededor del paciente.
- Subcategoría 2: planificación mental y toma de decisiones con rapidez.
- Subcategoría 3. Simultaneidad en la planificación del cuidado: visita médica, cuidar y docencia.
- Subcategoría 4: intervenciones de enfermería independientes versus trabajo invisible.

A continuación, se describen las fases del análisis:

En la primera fase se realizó la lectura y relectura de la transcripción del material, tratando de escuchar atenta y cuidadosamente el discurso de los sujetos en sus expresiones naturales.

Durante la segunda fase, se procedió a organizar y presentar los datos a través del EMIC–ETIC. La visión EMIC, está constituida por el punto de vista que adoptan los propios participantes, es la visión que ellos consideran real, significativa o apropiada; son los conocimientos y habilidades tradicionales o folclóricas, culturalmente aprendidos y que usan las personas en sus actos de asistencia, apoyo o facilitación hacia sí mismos y hacia otros para aliviar o mejorar una condición de salud, incapacidad, estilo de vida o para enfrentar la muerte. En cambio, la visión ETIC, es la que adopta el observador externo, es

el punto de vista que toma el investigador cuando intenta valorar una situación cultural desde su propia cultura, desde los parámetros establecidos por esta. Desde el punto de vista de salud implica el conocimiento y habilidades prácticas de la atención profesional, aprendidas normalmente en instituciones educativas, para proporcionar asistencia, apoyo o facilitación con el fin de aliviar o mejorar una condición de salud humana, incapacidad, estilo de vida o para enfrentar la muerte.

Se continuó con el análisis de los datos transcritos buscando convergencia de las vivencias en término de pensamientos, sentimientos y acciones en relación a la planeación de intervenciones de enfermería en el Kardex, identificándose temas y sub temas, donde se expresa la voz de los participantes.

En la tercera fase de análisis de resultados, se realizó una identificación taxonómica objetiva a través de la cual se identificó la saturación de las ideas y patrones recurrentes que nos llevó a la cuarta fase para definir los temas.

## 5. CONSTRUCCIÓN TEÓRICA

Los discursos analizados ofrecen una perspectiva general sobre algunos de los aspectos que se relacionan con la planificación de las intervenciones de enfermería en el ámbito clínico; involucra el proceso de toma de decisiones clínicas de la enfermera inmersa en un contexto complejo en el que se manifiestan. Denotan simultaneidad entre la planeación, gestión y el cuidar, con autonomía, dependencia, e invisibilidad en el registro de las intervenciones.

Del análisis cualitativo emergió la categoría **“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA INVISIBLES: LO QUE NO ESTÁ ESCRITO, NO ESTÁ HECHO”** que surgió de la codificación y clasificación de los discursos de las enfermeras entrevistadas, a través de las siguientes subcategorías:

### **Sub categoría 1: Las intervenciones surgen desde el primer contacto y alrededor del paciente**

Según el grupo de enfermeras participantes la planificación del cuidado se inicia desde el reporte de enfermería, al establecerse el primer contacto con el paciente, a través de la valoración y priorización según necesidades, patologías y gravedad.

*(...) Desde el reporte de enfermería voy observando y valorando a mis pacientes uno por uno, a medida que recibo el reporte veo su estado, su condición y que tengo que priorizar; tengo que ver que es lo voy hacer, desde que inicia el día hasta la noche.*

*(...) Recibo el reporte de enfermería, evaluó a los pacientes de acuerdo al estado de gravedad y voy atendiendo priorizando a los pacientes con mayor riesgo. Tomo en cuenta también lo que está establecido en el Kardex, si el paciente se pone más delicado, más crítico, con la evaluación del médico, con el equipo de salud me planifico para las actividades de acuerdo a la gravedad del caso.*

Los discursos descritos muestran que los cuidados son la razón de ser de la profesión de enfermería y constituyen el elemento principal de la práctica, y

por lo tanto el foco de atención y objeto de estudio de la enfermería como disciplina profesional. Este cuidado profesional debe ser estructurado, formalizado y destinado a satisfacer las necesidades del ser humano con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud (Watson, 2007)<sup>45</sup>. Ello explicaría la valoración centrada en las necesidades de los pacientes a cargo.

La planeación de las intervenciones de enfermería se realiza en diferentes momentos e incluso son duplicidades entre la planificación y ejecución; son más intensos en los turnos de la mañana y cubren las 24 horas del día:

*(...) A medida que recibo el reporte de enfermería evalúo a mis pacientes uno por uno, de acuerdo a su estado y condición de gravedad, y priorizo; al término del reporte, si tengo un niño con fiebre lo atiendo primero, si tengo una vía infiltrada y si son críticos voy primero con ellos.*

*(...) Desde que ingreso al servicio, comienzo a revisar al paciente, evaluar, ver que problemas tiene, y que voy a hacer hasta trazar el plan de trabajo.*

*(...) Empiezo verificando actividades (baños, pre operatorios, exámenes, interconsultas pendientes), a las 8 am es la visita médica, muchas veces se modifican las indicaciones médicas, hay aumento de exámenes auxiliares, radiológicos, laboratoriales, todo esto se tiene que planear durante la mañana para las 24 horas siguientes*

Los hallazgos confirman lo informado por Gutiérrez (2007), quien reportó características de la gestión del cuidado hospitalario de enfermeras en instituciones de la costa peruana: simultaneidad en el acto de cuidar, con singularidades de autonomía, dependencia, acciones uniduales de rutina creatividad, que precisa de la articulación disciplinaria interdisciplinaria así como de espacios singulares para el acto de gestión, y en el que se suceden aspectos resonantes y disonantes de gestionar cuidar<sup>46</sup>.

De otro lado, resaltar que el proceso de la relación ayuda que se establece entre la enfermera y paciente es vital en la planificación de las intervenciones de enfermería. Esa interacción entre el tecnicismo del cuidado y el afecto parece



en algunos momentos casi imposible, sin embargo, están muy presentes en ambientes hospitalarios.

*(...) Planifico las intervenciones de enfermería basándome en el proceso de atención de enfermería y alrededor del paciente, tengo que evaluar a mi paciente, tengo que presentarme, saber que siente, cómo está, cuáles son sus necesidades, luego planifico mis intervenciones.*

*(...) Tiene que ver el trato amable y cordial del enfermero- paciente, si estoy molesta, tensa, estresada, eso transmitiré a los demás luego señalan a la enfermera que no hace bien su trabajo, esto hace que pierda el valor del trabajo profesional, tengo que tener cuidado porque nuestra labor es única y bonita que hace diferencia de los demás.*

*(...) Recibo el turno, la colega me dice cómo está dejando al paciente, me presento con el paciente, le digo que esté en confianza, le pregunto qué necesidad tiene para poder ayudarlo, él me dice que le duele, que le falta, tiene sentimientos encontrados, entonces le doy apoyo psicológico, apoyo espiritual es muy importante las actividades de enfermería.*

Watson postula que el amor incondicional y el cuidado son esenciales para la supervivencia y desarrollo de la humanidad. El cuidado y el amor hacia uno mismo procede al amor y cuidado hacia los demás. La enfermera se preocupa de la persona no solamente como ser único, sino también como ser global e interacción mutua con su familia, el grupo al que pertenece y su comunidad<sup>47</sup>.

En este sentido, las enfermeras y demás profesionales de la salud forman parte de todos ellos de lo que habitualmente se conoce como profesiones de ayuda, orientadas al servicio de las personas. El término de ayuda implica el deseo y la voluntad de colaborar, solucionar y reparar alguna carencia, o deficiencia, o un mal funcionamiento<sup>48</sup>.

El cuidado de enfermería como esencia de la profesión de enfermería, posee dos esferas distintas, una objetiva, que se refiere al desarrollo de técnicas y procedimientos, y otra subjetiva, que se basa en la sensibilidad, la creatividad y la intuición (Souza, 2005)<sup>49</sup>. Las dos esferas se complementan, pues el cuidado

objetivo y el subjetivo deben realizarse simultáneamente para que se tenga un cuidado adecuado<sup>50</sup>.

### **Subcategoría 2: Planificación mental y toma de decisiones con rapidez**

La dinámica y naturaleza incierta del entorno del cuidado de salud requiere de enfermeras que sean competentes en la toma de decisiones clínicas, capaces de sintetizar información relevante e implementar decisiones. Según el grupo de enfermeras de estudio, las intervenciones de enfermería se realizan con anticipación de acuerdo a un esquema mental, por la experiencia del trabajo y conocimiento de protocolos de cuidado:

*(...) Tengo un plan de trabajo, cuando veo al paciente, sé muy bien lo que voy a hacer, trabajo con el Soapie, de acuerdo a la necesidad y las patologías que presentan los pacientes, eso hago durante la visita médica.*

*(...) En el reporte de enfermería, me dicen que es un paciente en primer día de post operatorio, presenta dren tubular entonces tengo en mi mente mi intervención de enfermería, debo brindar los cuidados a la herida en torno al dren tubular y actividades que el paciente pueda realizar en las próximas 6 horas de post operatorio.*

Con base en los principales supuestos de las enfermeras entrevistadas, el paciente es siempre sujeto inspirador de cuidado, es el actor de mayor importancia en el proceso de enfermería, es a partir de la identificación/valoración de sus necesidades que se elabora, aplica y evalúa el cuidado de enfermería.

Al respecto Baliza et al., señala que estas habilidades están directamente relacionadas con la inserción del enfermero en el proceso de toma de decisiones clínicas<sup>51</sup>. Miller (2017) manifiesta que las enfermeras disponen de herramientas para ayudarles en el proceso de toma de decisiones clínicas, tales como el proceso de enfermería, las vías clínicas basadas en la toma de decisiones clínicas, los protocolos y la intuición<sup>52</sup>. En este marco, los hallazgos

permiten asumir el uso de la toma de decisiones intuitivas de las enfermeras sujetos de estudio, como un constructo que explica la práctica de toma de decisiones clínicas en enfermería; aunque aún falta reconocer la validez de la práctica intuitiva en la disciplina de enfermería.

Según Benner<sup>53</sup> la toma de decisiones clínicas tiene tres fases: a) la *intuición cognitiva*, donde la evaluación se procesa subcientemente y puede ser racionalizada en retrospectiva; b) la *intuición transicional*, donde la sensación física y otros comportamientos ingresan en la conciencia de la enfermera; y c) la *intuición incorporada*, cuando la enfermera confía en los pensamientos intuitivos. Es probable que, los discursos de las enfermeras revelen el producto final de la aplicación conceptual del proceso de enfermería, generando intervenciones de enfermería mentales; sin embargo, se precisa de la aplicación instrumental de las mismas, es decir generación de registros e indicadores que demuestren su utilización en el cuidado del paciente. Lo anteriormente señalado, es importante en la medida que es un indicador del juicio crítico del proceso de enfermería basado en el método de resolución de problemas. Sin embargo, esta planificación mental, al parecer puede influir en la ausencia de registros de enfermería:

*(...) Estoy en la visita médica, tengo un paciente para punción torácica, planifico ¿qué necesita el paciente? ¿Qué voy a requerir en ese momento? adecuo, solicito a farmacia, preparativos para el procedimiento...*

*(...) Conozco las intervenciones de enfermería por la experiencia del trabajo, tengo varios años en el servicio y sé en qué condiciones está el paciente, tengo un esquema para atender a cada uno de ellos,...este esquema está elaborado en mi cabeza, en base de mi propia experiencia laboral que he ganado. No lo escribo en el Kardex porque es algo tácito y se lo que voy hacer.*

La experiencia personal es otro de los factores relevantes para la enfermera en su proceso de decisión; quizás este factor esté asociado al juicio clínico, un aspecto fundamental de la toma de decisiones clínicas y que ninguna regla sistemática puede sustituir.

Sobre este aspecto, Benner<sup>54</sup> en su teoría de enfermería denominada "De principiante a Experto: excelencia y dominio de la práctica de enfermería clínica; señala que, a medida que el profesional adquiere experiencia, el conocimiento clínico se convierte en una mezcla de conocimiento práctico y teórico. En sus estudios observó, que la adquisición de habilidades basada en la experiencia es más segura y rápida cuando se produce a partir de una base educativa sólida y que dependiendo en qué etapa se encuentre el profesional se crearán diversas estrategias de aprendizaje.

Ella señala que el desarrollo del conocimiento en una disciplina consiste en ampliar el dominio práctico mediante la exploración del saber previo y su combinación con la experiencia clínica. La estructura de Benner es la siguiente: principiante, principiante avanzado, competente, eficiente y experto; es decir se trata de un proceso de principiante a experta, nivel donde se adquiere excelencia y destreza en la práctica de la enfermería clínica. De otra parte, señalar que si este saber práctico se adquiere por imitación, existe riesgo de profesionales con falencias en los registros de las intervenciones de enfermería<sup>55</sup>.

### **Subcategoría 3. Simultaneidad en la planificación del cuidado: visita médica, cuidar y docencia**

Pinheiro afirma que, en el proceso de formación de las enfermeras, debido a su cercanía a las experiencias humanas, éstas deben ser formados con mente flexible, que sepan aceptar las sincronización y ambigüedades del mundo moderno: transformación, complejidad, y simultaneidad y que tengan una capacidad de diferir, crear e inventar<sup>56</sup>.

La planificación de las intervenciones de enfermería ocurre en situaciones coexistentes: durante la visita médica, la recepción del reporte de enfermería, en los espacios de docencia clínica, en la interacción conjunta con el equipo de salud:

*(...) A las 8 am se inicia la visita médica en conjunto con todos los profesionales y planifico las intervenciones de enfermería... la hora de la visita médica es conversación entre médico, enfermera, interno de medicina, interna de enfermería, nutricionista y farmacéutica.*

*(...) Formo parte del equipo de salud, soy quien organizo y estoy en la visita médica. El médico evalúa al paciente, yo reporto la evolución del paciente y respuesta al tratamiento durante las 24 horas. El médico indica el tratamiento y voy actualizando el Kardex y planeando actividades de enfermería.*

*(...) Participo en la visita médica, porque sé que mi aporte es importante, y porque además me permite planificar la terapia médica (dosis y horarios de medicamentos), por ahí encuentro que algunas veces se equivocan en dosificaciones, dialogo con los médicos. Pero sobre todo me permite actualizar y escribir las intervenciones de enfermería que deben ejecutarse durante las 24 horas siguientes.*

*(...) Participo activamente en la visita médica, el medico a veces no sabe que exámenes se realizó al paciente, como reaccionó y evolucionó en las ultimas 24 hora, todas esas cosas que hacen una visita médica agradable y de aprendizaje, porque aprendo todo el tiempo*

Esta simultaneidad, no es el resultado de un proceso uniforme, sino, como se observa, constituye el resultado de una serie de fenómenos complejos en los que intervienen múltiples factores interrelacionados entre sí; como la complejidad de las necesidades de los pacientes, la cantidad y pluralidad de información que utilizan, se aplica siempre en situaciones de incertidumbre, de inestabilidad, con carácter único y con conflictos de valores.

Reyes y Barbón expresan que precisamente durante este espacio sincrónico de interacción del equipo de salud y el paciente, se operacionalizan los tratamientos desde el convencional hasta el intervencionista más avanzado protegiendo la vida y mejorando la calidad de vida de cada persona<sup>57</sup>.

*(...) Los médicos se demoran en cada visita, hacen las clases prácticas con sus estudiantes, a veces se demoran 30 a 40 minutos con cada paciente porque van explicando a sus estudiantes la patología de cada paciente, entonces avanzo con la terapéutica, planeo y voy a la par con el tratamiento médico.*

*(...) El médico hace docencia con sus alumnos, empiezo a actualizar mi Kardex, a veces no alcanza el tiempo, el medico pasa acá, y el otro médico de la otra especialidad me llama diciéndome que quiere pasar visita, entonces se tiene que repartir el trabajo, dejo a una interna, mando a otra interna con el otro médico, estoy monitorizando a ambas.*

#### **Subcategoría 4: Intervenciones de enfermería independientes versus trabajo invisible**

En la práctica clínica el profesional de enfermería tiene un rol concreto como sujeto cuidador, los cuidados varían dependiendo del tipo de paciente y la planeación de las intervenciones depende de las diferentes situaciones que se presenten, pero en general se realizan funciones que dan lugar a acciones autónomas, rápidas, responsables, eficaces y eficientes que caracterizan a un profesional de enfermería líder de un servicio que es coordinado por el profesional de enfermería experto<sup>58</sup>.

La necesidad de generar conocimiento basados en el método científico se evidencia en la instauración del proceso de atención de enfermería, y en el desarrollo de modelos y teorías que sustentan el quehacer. Este conocimiento y al delimitar a los cuidados de enfermería en el objeto central de estudio, los profesionales perfilan claramente un quehacer autónomo e indelegable<sup>59</sup>:

*(...) En el Kardex registro los medicamentos, los procedimientos como control de funciones vitales, balance hídrico, control de diuresis; usamos dos Kardex, uno para tratamientos y otro para procedimientos, porque así pide el SIS, para poder reconocer la labor de enfermería.*

*(...) Las únicas intervenciones de enfermería que coloco en el kardex son las funciones vitales, cambio de sonda, catéter, cambios posturales.*

*(...) El kardex es un registro de terapias que están en la historia, es un documento legal, no debe ser tachado, se registra los exámenes de laboratorio, complementarios, control de funciones vitales, colocación de sonda, canalización de vía periférica, balance hídrico.*

*(...) El kardex es un documento importante donde deben ir todos los medicamentos que administré al paciente, porque si no tuviéramos eso como podríamos decir a qué hora se ha dado un medicamento...*

Las acciones independientes de enfermería son las que consolidan el carácter científico de la profesión, que les permite actuar con científicidad y profesionalidad<sup>60</sup>. Wyson señala que las enfermeras que toman decisiones clínicas rápidas y correctas, tienen habilidad para explicar signos y síntomas, tratamientos, complicaciones e intervenciones<sup>61</sup>.

Otro es el punto de vista de los profesionales, especialmente de los enfermeros, que asumen posturas claras y radicales respecto a las actitudes relacionadas con la autonomía del paciente, y opuestas a la posición de poder absoluto del médico como decisor<sup>62</sup>.

*(...) En el servicio, soy creativa, detallista con las intervenciones enfermería, de esa forma valoren mi trabajo, no es solo transcribir medicamentos, sino organizar el cuidado de las 24 horas, cuando un paciente tiene fiebre, no solo doy un antipirético, le aplico medios físicos, retiro el exceso de ropa y otras intervenciones más que como enfermera realizo.*

*(...) El procedimiento XXX (procedimiento invasivo) lo hacen dos enfermeras, hemos sugerido a la parte médica y ellos están de acuerdo al procedimiento, porque saben que somos líderes en eso, ellos no hacen ese procedimiento.*

*(...) Las actividades independientes las registro en el Kardex y en las notas de enfermería, a veces por tanto trabajo no me acuerdo en registrarlo, como en niños con síndrome febril si no está escrito en la terapéutica medica hago una gota gruesa para saber su diagnóstico o un niño que este con abdomen distendido, vomitando, le comunico al médico a pesar de las indicaciones, pongo sonda nasogástrica u orogástrica.*

Las enfermeras tienen la responsabilidad, tanto profesional como legal, de documentar sus observaciones con precisión, detalle, claridad y de forma oportuna. Waldow afirma que durante y después de la acción, la cuidadora registra la reacción del paciente y, en este proceso, la reflexión es más bien objetiva. La cuidadora reflexiona de lo que se hizo hasta entonces, como se hizo, quien ejecuto la acción, las acciones y condiciones del ambiente, el

material y sobre sus valores y sentimientos en relación con la situación<sup>63</sup>. A continuación, se muestra algunos testimonios del registro de las intervenciones en el Kardex de enfermería

*(...) El kardex es un registro de terapias que están en la historia, en pediatría las dosis de los niños se modifican, es un documento legal, no debe ser tachado, se registra los exámenes de laboratorio, complementarios, control de funciones vitales, colocación de sonda, canalización de vía periférica, balance hídrico.*

*(...) El kardex es un documento importante donde deben ir todos los medicamentos que administré al paciente, porque si no tuviéramos eso como podríamos decir a qué hora se ha dado un medicamento.*

Sin embargo, en la estructura hospitalaria, las acciones/interacciones de cuidado también siguen las rutinas estandarizadas y funciones instituidas.

*(...) La planeación lo realizo desde el momento en que ingreso, no lo tendré escrito en el kardex pero sé que voy hacer, se cuál es el problema del paciente, no lo registro porque no tengo mucho tiempo.*

*(...) En las notas coloco exactamente la hora de intervención que he realizado es algo más detallado, para que la colega tenga conocimiento.*

*(...) El Kardex es muy importante, sirve para chequear el tratamiento e intervenciones de enfermería al paciente, cuando no se ve en el kardex a veces no se realiza, cuando está registrado sabes lo que vas a hacer porque se está viendo y más que todo no es porque no lo sepa hacer, no lo quiera hacer o no tenga conocimiento lo que debo hacer, sino más que todo por la demora del tiempo, si fueran dos enfermeras disminuiría el trabajo, tuviera más tiempo de realizar mis intervenciones por cada paciente.*

El registro de las intervenciones de cuidado de enfermería y de las prescripciones médicas es considerado una herramienta valiosa de la profesión, un instrumento para el cuidado y requisitos legales; sin embargo, las enfermeras lo perciben poco importante y desvalorizado por los otros profesionales en el ámbito de sus acciones, alegando falta de tiempo para realizarlo. Así, los registros de enfermería se muestran imprecisos, poco detallados, incompletos, repetitivos y no ponen en evidencia la autonomía profesional<sup>64</sup>. Una práctica muy cotidiana en los servicios de enfermería es



registrar una vez que el turno ha finalizado, justo antes de terminar la jornada laboral, y no en el momento en que se ejecutan las intervenciones de enfermería.

Este vacío o cuidado invisible puede generar inseguridad y negación en los estudiantes y profesionales éstas y otras preguntas obligan al profesional de enfermería a cuestionar su labor en un mundo de grandes avances tecnológicos, donde los profesionales que no pueden mostrar su efectividad pierden vigencia en el medio; las profesiones existen como respuesta a una necesidad social y si no la cubren en forma efectiva tienden a desaparecer<sup>65</sup>.

*(...) El Kardex de enfermería es un formato que maneja enfermería, sin embargo, he observado, que es un formato muy simple, en algunos servicios solo colocan la terapéutica médica y los cuidados de enfermería no se plasman (registran).*

*(...) El Kardex es un formato de espacio reducido, por ejemplo, ahí solo registro Cuidados de sonda nasogástrica y el número de días que el paciente está la sonda; en cambio en las notas de enfermería, registro las acciones específicas, para que los demás profesionales puedan enterarse y así evitar complicaciones.*

*(...) En el Kardex está todo simplificado como se dice con datos fríos que se puede colocar, pero lo que es en las notas de enfermería no, ahí se puede poner algo imprevisto que ha sucedido, como: si hubo hemorragia, signos de alarma (hemorragia post-operatoria) en tus notas puedes evidenciar todo, el color de la sangre. En las notas de enfermería me explico todo lo que realice o acontecido con el paciente.*

*(...) Muchos de nosotros no registramos, decimos estoy muy cansada para escribir todas las actividades, pero si no se evidencia lo que hemos hecho existirá un vacío.*

*(...) Durante la visita, casi no puedo planificar mis intervenciones, le puedo dar alguna responsabilidad a la interna pero finalmente la responsable es la enfermera de turno, entonces al final de la visita sacamos las historias y nuevamente revisamos, ahí recién nosotras podemos realizar la planificación de nuestras intervenciones por paciente. No se puede realizar esto al 100% por que solo hay una enfermera, la interna apoya, al fin y al cabo también es una estudiante y está en una etapa de aprendizaje.*

Según Gottlieb (2015), la mayoría de las enfermeras no son conscientes de porque hacen lo que hacen, pero cuando se detienen a reflexionar sobre lo que hacen y sobre las razones por las que están haciendo lo que están haciendo, descubren que su labor está enraizada en la tradición, el conocimiento y la experiencia, además de en la cultura y en las normas prácticas de su entorno laboral concreto<sup>66</sup>.

Las enfermeras informaron la utilización de tiempo para el diligenciamiento de otros formatos clínicos en detrimento del Kardex de enfermería:

*(...) Uso la escala de Glasgow, la hoja de control de cistoclasia para pacientes urológicos.*

*(...) Registro las actividades independientes en 4 hojas que son: funciones vitales, notas de enfermería, evaluación de enfermería y Kardex, es mi responsabilidad de mantenerlos al día, con todas las indicaciones médicas.*

Los cuidados invisibles son necesarios y fundamentales en el ejercicio de la enfermería. Se debe reconocer su importancia y empezar a contabilizarlos dentro del trabajo diario de esta profesión<sup>67</sup>.

*(...) Lo que no está escrito no está hecho, de nada sirve realizar intervenciones y por el tiempo no registrar ¿entonces mi trabajo como enfermera dónde queda?, no tiene sentido, mi tiempo, energía que he gastado, el tiempo ocupado en el paciente, tenemos que aprender a registrar el trabajo de enfermería.*

*(...) El error que tengo es que no registro todas las intervenciones que realizo, me olvido de anotar algunas intervenciones en la historia o en el kardex, esto se da por múltiples factores que día a día lucho para la mejor calidad de atención del paciente.*

*(...) Escuché de los médicos expresar la razón porque no revisan las notas de enfermería, ellos leen: paciente se encuentra en su cama, despierto, dormido, en AREC, LOTEPE, se da tratamiento completo, para eso mejor nada, no pierden el tiempo leyendo, falta que me dedique a evidenciar mi trabajo, pierde el valor del trabajo cuando no registro en la historia.*

*(...) Debo registrar hasta el más mínimo detalle, si le dado apoyo emocional, debo colocar en la historia, o que el paciente desde las 10 de la mañana está*

*evolucionando favorablemente y muchos de nosotros no registramos, dicen estoy cansada para escribir todas las actividades, pero si no se evidencia lo que hemos hecho, tu trabajo no quedo evidenciado.*

Además de tener valores personales, las enfermeras necesitan desarrollar una serie de valores profesionales. En el caso de algunas enfermeras, los valores personales pueden estar en contradicción con los valores profesionales. Ello puede generar estrés y puede ser una fuente de conflicto interior. Es deseable tener unos valores personales y unos valores profesionales que sean congruentes y coherentes entre sí. Cuando las enfermeras se vuelven conscientes de sus valores, es más probable que ejerzan sus intervenciones de una manera que les motive a desarrollar su labor de una forma que refleje lo que son, lo que es importante para ella, lo que piensan que es moralmente correcto<sup>68</sup>.

Los datos encontrados son similares a un estudio desarrollado en un hospital nacional, no todas las enfermeras elaboran por escrito el plan de cuidados al paciente hospitalizado, en el formato Kardex, destinado al registro de trabajo de la enfermera, y que aún en la actualidad no lo escriben, lo que contribuye a aumentar el número de complicaciones intrahospitalarias, tales como presencia de escaras primarias, caídas y flebitis<sup>69</sup>.

También en otro estudio realizado en un hospital de provincia en 74 historias clínicas cada una con 4 registros de enfermería (hoja gráfica, notas de enfermería, balance hídrico y kardex de enfermería), solo el 68% de registro de kardex de enfermería fueron de buena calidad, 31% de regular calidad y el 1% de mala calidad<sup>70</sup>.

Así, hablar de estatus prestigio en la profesión de enfermería, implica conocer y reconocer algunos aspectos tales como la autopercepción profesional, el nivel académico, las actividades desempeñadas y el reconocimiento social y laboral, así como el ingreso económico. Según Cárdenas<sup>71</sup>, el hecho de que permanezcan invisibles tienen que ver con diversos motivos, entre otros el rol

que el sistema espera de las enfermeras, la falta de exhaustividad en los registros enfermeros que omiten gran cantidad de cuidados profesionales, haciéndolos invisibles; así como, diversos elementos macrosociales refuerzan esa invisibilidad<sup>72</sup>.

- (...) *Son pocos los médicos que leen las notas de enfermería, esto es un aspecto muy importante en la evolución y recuperación del paciente, el hecho de hacer baño corporal, ellos se dan cuenta si se bañó al paciente, si tiene una herida el aseo hace que no se infecte, lo plasmo en la historia clínica, y para el médico es muy importante esa intervención, lo corroboran con la hoja de gráficas de las enfermeras.*
- (...) *Los médicos revisan muy poco las notas, no les gusta leer, un grupo mínimo revisa si se dió el tratamiento indicado, si el paciente evolucionó favorablemente, si se llenó el balance hídrico que ellos habían indicado y me doy cuenta que muchas de las colegas no registran todas las intervenciones.*
- (...) *No valoran mi trabajo, piensan que solo administro medicamentos, no se toman la delicadeza de ver qué otras cosas hago o apporto como enfermera, durante la visita soy en ocasiones receptiva, sin embargo, estoy en la capacidad de sugerir, de decir al médico que el paciente presenta tal cosa, soy profesional, trabajo con fundamento científico, no solo escribo pongo sellos y hago firmar, sino que estoy constante con el paciente.*
- (...) *El médico no revisa las notas de enfermería, pues como él dice, el trabajo secretarial de la enfermera no le interesa y lo que más le interesa es lo práctico.*

## **6. CONCLUSIONES**

Los datos de este estudio cualitativo reflejan el proceso de gestión del cuidado desarrollado por las enfermeras en el campo clínico; muestran el contraste entre la toma de decisiones, la autonomía profesional y la invisibilidad de la misma en situaciones complejas que confluyen durante el cuidado del ser humano.

Se pone en evidencia la presencia del desarrollo del conocimiento intuitivo en la gestión del cuidado clínico, con mayor primacía del componente tácito sobre el explícito, en la que se logra acumular experiencia empírica, acrecentada por la información verbal transmitida en los cambios de turno, ello estaría reforzando más el paradigma de vocación de ayuda y de servicio. Entonces el componente disciplinar y el asistencial se encuentran limitados en su desarrollo por una probable desarticulación observada.

## **7. RECOMENDACIONES**

- Desarrollar estudios cualitativos que profundicen el conocimiento del proceso de toma de decisiones clínicas y su relación con la planeación de las intervenciones de enfermería, para ayudar a comprender el fenómeno y develar los factores limitantes.
- Durante la formación del pre grado hacer énfasis en la planificación y registros del cuidado clínico como productos hacia la construcción de indicadores de cuidado clínico.
- Desarrollar programas de formación continua en profesionales de enfermería centrada en la planificación de los cuidados y en la importancia de construcción de indicadores de cuidado clínico.
- Promover el uso de programas informáticos de planificación de cuidados que reduzcan el tiempo utilizado en registros narrativos, formando a los profesionales en el uso tecnologías de información.
- Construir y validar registros de Kardex de enfermería a través de métodos cuantitativos que visibilicen el cuidado de enfermería, y mejora gradual de los indicadores.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 
- <sup>1</sup>Rivera, María Soledad, and Luz María Herrera. "Fundamentos fenomenológicos para un cuidado comprensivo de enfermería." *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2006; 15 (Esp): 158-63.
- <sup>2</sup> Mendoza, Ximena Ibarra. "Aspectos cualitativos en la actividad gestora de los cuidados enfermeros." *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades* 20 (2006): 147-152.
- <sup>3</sup> Souza Maria de L, Sartor VV, Padilha MI, Prado ML. O cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*. 2005; 14(2):266-270.
- <sup>4</sup> Kuerten Rocha P., Lenise Do Prado M., De Gasperi P., Fabiane Sebold L., et al. O Cuidado e a Enfermagem. *av.enferm*. [Internet]. 2009 July [cited 2016 May 20];27(1):102-109. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002009000100011&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002009000100011&lng=en).
- <sup>5</sup> Ediane Gayeski M., Micheloto Parizoto G., Perin Guimarães G., Lorenzini Erdmann Alacoque, Hörner Schindwein M.a. Sistemas organizacionais de cuidados em enfermagem: refletindo sobre a complexidade do cuidado como prática assistencial. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2012 Mar [cited 2016 Mayo 19];28(1):49-62. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192012000100006&lng=ens](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000100006&lng=ens).
- <sup>6</sup> Zarate Grajales R. La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index Enferm* [Internet]. 2004 Jun [cited 2016 Mayo 19] ; 13( 44-45 ): 42-46. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es).
- <sup>7</sup> Ledesma-Delgado Ma. Elena, Mendes Maria Manuela Rino. El proceso de enfermería como acciones de cuidado rutinarias: construyendo su significado en la perspectiva de las enfermeras asistenciales. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2009 June [cited 2016 May 23] ; 17( 3 ): 328-334. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692009000300008&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000300008&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000300008>.

- 
- <sup>8</sup> Ibáñez Alfonso Luz Eugenia, Amaya de Gamarra Inés Cecilia, Céspedes Cuevas Viviana Marycel. Visibilidad de la Escuela de Enfermería en los campos de práctica. Aquichán [Internet]. 2005 Oct [cited 2016 May 20] ; 5( 1 ): 8-19. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972005000100002&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100002&lng=en).
- <sup>9</sup> Hagbaghery MA, Salsali M, Ahmadi F. The factors facilitating and inhibiting effective clinical decision-making in nursing: a qualitative study. *BMC Nursing*. 2004;3:2. doi:10.1186/1472-6955-3-2.
- <sup>10</sup> Carpenito LJ. Diagnóstico de enfermería. 9° ed. España: Editorial Interamericana; 2000
- <sup>11</sup> Gaviria Noreña, Dora Lucía. (2009). La evaluación del cuidado de enfermería: un compromiso disciplinar. *Investigación y Educación en Enfermería*, 27(1), 24-33. Retrieved May 18, 2016, from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072009000100002&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072009000100002&lng=en&tlng=es).
- <sup>12</sup> Van Bogaert P, Peremans L, Diltour N, et al. Staff Nurses' Perceptions and Experiences about Structural Empowerment: A Qualitative Phenomenological Study. Harris F, ed. *PLoS ONE*. 2016;11(4):e0152654. doi:10.1371/journal.pone.0152654.
- <sup>13</sup> Seidi J, Alhani F, Salsali M. Nurses' Clinical Judgment Development: A Qualitative Research in Iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2015;17(9):e20596. doi:10.5812/ircmj.20596.
- <sup>14</sup> Van Bogaert P, Peremans L, de Wit M, et al. Nurse managers' perceptions and experiences regarding staff nurse empowerment: a qualitative study. *Frontiers in Psychology*. 2015; 6:1585. doi:10.3389/fpsyg.2015.01585
- <sup>15</sup> Shahsavari Isfahani S, Hosseini MA, Fallahi Khoshknab M, Peyrovi H, Khanke HR. Nurses' Creativity: Advantage or Disadvantage. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2015;17(2):e20895. doi:10.5812/ircmj.20895.
- <sup>16</sup> Aguayo Acuña Fabíola, Mella Moraga Rebeca. Significado práctico del concepto gestión del cuidado en las enfermeras/os que se desempeñan en atención primaria en salud. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2015 Dez [citado 2016 Maio 19] ; 21( 3 ): 73-85. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532015000300007&lng=pt](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000300007&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000300007>



- 
- <sup>17</sup> Urquiaga Alva, M. Vivencias de los profesionales de enfermería en la gestión del cuidado a personas hospitalizadas. In *Crescendo Ciencias de la salud*, [S.l.], v. 2, n. 2, p. 65-73, ene. 2016. ISSN 2409-8663. Disponible en: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/1033>>. Fecha de acceso: 23 may. 2016
- <sup>18</sup> Lapeña-Moñux, Yolanda Raquel, et al. "A experiência das enfermeiras de turno num hospital espanhol: estudo qualitativo-fenomenológico." *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 48.spe2 (2014): 59-65.
- <sup>19</sup> Gomes Maziero, Vanessa, et al. "Construindo significados sobre gerência da assistência: um estudo fenomenológico." *Cienc Cuid Saude* 2014 Jul/Set; 13(3):563-57
- <sup>20</sup><http://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/810/809>
- <sup>21</sup> Cabarcas C. Significado de la experiencia de la gestión del cuidado de enfermeras en una clínica de tercer nivel de la ciudad de Cartagena. Maestría thesis, Universidad Nacional de Colombia. 2012- See more at: <http://www.bdigital.unal.edu.co/cgi/export/7092/#sthash.Khb3jeC6.dpuf>
- <sup>22</sup> Cruz, S. E., Ávila, M. Á. C., Castolo, M. C. Autopercepción de competencias profesionales de alumnos de la Licenciatura en Enfermería. *Revista Conamed* 2012, 17(2), 67-75.
- <sup>23</sup> Ferreira A. "Percepciones y expectativas de las enfermeras en relación a su actuación profesional: una perspectiva comprensiva de acción social." (2010). <http://etesis.unab.cl/xmlui/handle/tesis/106>
- <sup>24</sup> Francisco Javier Báez Hernández, Vianet Nava Navarro, Leticia Ramos Cedeño, Ofelia Medina López. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Aquichan*, 2009 Vol. 9, N°. 2, , págs. 127-134 ISSN 1657-5997
- <sup>25</sup> Cotos R., Rodríguez Y. El cotidiano desempeño de la enfermera gerente en la gestión de los servicios de enfermería. In *Crescendo Ciencias de la salud*, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 203-214, jul. 2015. ISSN 2409-8663. Disponible en: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/852>>. Fecha de acceso: 19 may. 2016
- <sup>26</sup> Daza de Caballero R. Cuidado y práctica de enfermería: Línea de Investigación. *Index Enferm* [Internet]. 2005 Nov [citado 2016 Mayo 19]; 14(50): 57-60. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962005000200012&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000200012&lng=es).

- 
- <sup>27</sup> Fernandes de Freitas G., Barbosa Merighi M., Prado Fernandes M. La interface entre la fenomenología y el cuidado de enfermería. *Index Enferm* [Internet]. 2007 Nov [citado 2016 Mayo 19]; 16(58):55-58. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962007000300012&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000300012&lng=es).
- <sup>28</sup> Duran de Villalobos, M. Marco epistemológico de la enfermería. *Aquichan*, 2002;2(2):7-18
- <sup>29</sup> De la Cuesta-Benjumea C. La investigación cualitativa y el desarrollo del conocimiento en enfermería. *Texto Contexto Enferm*. 2010;19:762-6.
- <sup>30</sup> Chinn P, Kramer M. Theory and Nursing: a systematic approach Nursing's knowledge development pathways. En: *Emergence of Nursing as a science*. 1a ed. USA: Mosby; 1999. p. 29-45. Citado en: Rubio Acuña Miriam, Arias Burgos Marisol. Fenomenología y conocimiento disciplinar de enfermería. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2013 Sep [citado 2016 Mayo 23]; 29(3): 191-198. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192013000300005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192013000300005&lng=es).
- <sup>31</sup> Seidi J, Alhani F, Salsali M. Nurses' Clinical Judgment Development: A Qualitative Research in Iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2015;17(9):e20596. doi:10.5812/ircmj.20596
- <sup>32</sup> Bem DJ. Feeling the future: experimental evidence for anomalous retroactive influences on cognition and affect. *Journal of personality and social psychology*. 2011;100(3):407.
- <sup>33</sup> McCraty R, Atkinson M. Electrophysiology of Intuition: Pre-stimulus Responses in Group and Individual Participants Using a Roulette Paradigm. *Global Advances in Health and Medicine*. 2014;3(2):16-27. doi:10.7453/gahmj.2014.014.
- <sup>34</sup> Burbano C. Una mirada actual de la simbología en enfermería. *Colombia medica*. Vol. 38 N° 4 (Supl 2), 2007 (Octubre-Diciembre): 105-109
- <sup>35</sup> Henderson V. La naturaleza de la enfermería: una definición y sus repercusiones en la práctica, la investigación y la educación. *Reflexiones 25 años después*. México: McGraw-Hill Interamericana; 1994.
- <sup>36</sup> Bravo, M, Diplomado. Elaboración y Desarrollo de Registros de Enfermería NANDA–NIC–NOC por especialidades. págs. 15-18,35-47I.

- 
- <sup>37</sup> Johnson, M; Bulechek, G; Butcher, H. Interrelaciones NANDA NOC y NIC, Diagnósticos Enfermeros, Resultados e intervenciones. Edic. en español, Elsevier España, S.A. págs. 4-5, 632-639, 645-656.
- <sup>38</sup> González Salcedo P., Chaves Reyes A. Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, [S.l.], v. 11, n. 2, p. 47-76, ago. 2011. ISSN 2027-128X. Disponible en:  
<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1617>. Fecha de acceso: 23 may. 2016
- <sup>39</sup> De la Cuesta Benjumea, C. (2006). Naturaleza de la investigación cualitativa y su contribución a la práctica de Enfermería. *Metas de enfermería*, 9(5), 50-55.
- <sup>40</sup> Rubio Acuña Miriam, Arias Burgos Marisol. Fenomenología y conocimiento disciplinar de enfermería. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2013 Sep [citado 2016 Mayo 26]; 29(3):191-198. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192013000300005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192013000300005&lng=es).
- <sup>41</sup> Castillo E. La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. Invest Edu Enferm 2000;18(1). [Consultado: 12 de enero de 2010]. Disponible en: <http://www.udea.edu.co/revista>
- <sup>42</sup> Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: Conduct, critique & utilization. 3th ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 1997.
- <sup>43</sup> Husserl E. Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. Fondo de Cultura Económica. México. 1969; p. 37. Citado en Rodríguez, L., Rondón, R., Varón, M., Guerra, A., Fernández, V., & Erdmann, A. L. (2015). Enfoque fenomenológico del cuidado humano en estudiantes de enfermería. *Salus*, 19(2), 7-12.
- <sup>44</sup> Dartigues, A. (2003) O que é fenomenologia. São Paulo: Moraes. Citada en Baptista, Patrícia Campos Pavan, Miriam Aparecida Barbosa Merighi, and Genival Fernandes de Freitas. "El estudio de la fenomenología como una vía de acceso a la mejora de los cuidados de enfermería." *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades* 29 (2011): 9-15.
- <sup>45</sup> Watson Jean. Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2007 Mar [cited 2017 Sep 16]; 16(1): 129-135. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-)

---

07072007000100016&lng=en.  
07072007000100016.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000100016>

- <sup>46</sup> Gutiérrez Méndez, N. C. (2007). Gestión del cuidado de enfermería en los servicios de salud hospitalarios.
- <sup>47</sup> Kerouac S., Pepin J., Ducharme F., Duquette A., Major F. El pensamiento enfermero. España. Editorial Masson. 1996. 163-065
- <sup>48</sup> Gottlieb LN. Strengths-Based Nursing Care: Health and Healing for Person and Family. New York: Bilbao ; 2015: 768-057
- <sup>49</sup> Souza Maria de L, Sartor VV, Padilha MI, Prado ML. O cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica. Revista Texto e Contexto Enfermagem. 2005; 14(2):266-270.
- <sup>50</sup> Kuerten Rocha P., Lenise Do Prado M., De Gasperi P., Fabiane Sebold L., et al. O Cuidado e a Enfermagem. av.enferm. 2009 July [cited 2016 May 20]; 27(1):102-109. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002009000100011&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002009000100011&lng=en).
- <sup>51</sup> Baliza Michelle Freire, Bousso Regina Szylit, Poles Kátia, Santos Maiara Rodrigues dos, Silva Lucía, Paganini Maria Cristina. Factors influencing Intensive Care Units nurses in end-of-life decisions. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2015 Aug [cited 2017 Sep 15] ; 49( 4 ): 0572-0579. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342015000400572&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000400572&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342015000400006>.
- <sup>52</sup> Miller EM, Hill PD. Intuition in Clinical Decision Making: Differences Among Practicing Nurses. J Holist Nurs. 2017 Aug 1:898010117725428. doi: 10.1177/0898010117725428. [Epub ahead of print].
- <sup>53</sup> Lyneham J, Parkinson C, Denholm C. Explicating Benner's concept of expert practice: intuition in emergency nursing. J Adv Nurs. 2008 Nov;64(4):380-7. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04799.x. Epub 2008 Aug 20.
- <sup>54</sup> Benner, P. Using the Dreyfus Model of Skill Acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education. The Bulletin of Science, Technology and Society Special Issue: Human Expertise in the Age of the Computer 2005; 24 (3):188-199.
- <sup>55</sup> Molina Chailán Pía Mabel, Jara Concha Patricia del Tránsito. El saber práctico en Enfermería. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2010 Jun [citado 2017 Dic 05]; 26(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192010000200005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000200005&lng=es).

- 
- <sup>56</sup> Piñero, L. G. P. (2008). Consideraciones de ciencia, tecnología y sociedad para la formación de habilidades profesionales en los estudiantes de enfermería. *Medisur*, 6(1), 24-33.
- <sup>57</sup> Reyes Morales C, Barbón Clemente J. Atención de enfermería a pacientes con síndrome coronario agudo en la unidad de cuidados coronarios.
- <sup>58</sup> Massó E, Fernández J, Macías C, Betancourt Y. Valoración de algunas teorías de enfermería y la vigencia en la práctica cubana. *Revista Cubana de Enfermería* 2008; 24:(3-4).
- <sup>59</sup> Burgos Moreno Mónica, Paravic Kljin Tatiana. Enfermería como profesión. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2009 Jun [citado 2017 Sep. 18] ; 25( 1-2 ) Disponible:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192009000100010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000100010&lng=es).
- <sup>60</sup> Porra J., Díaz I. y Cordero G. Conocimientos y aplicación de los principios éticos y bioéticos en el proceso de atención de enfermería. *Rev Cubana Enfermer* 2001; 17(2):132-8.
- <sup>61</sup> Wysong, P. R., & Driver, E. (2009). Patients' perceptions of nurses' skill. *Critical Care Nurse*, 29(4), 24-37.
- <sup>62</sup> Guix Oliver Joan, Fernández Ballart Joan, Sala Barbany Joan. Pacientes, médicos y enfermeros: tres puntos de vista distintos sobre una misma realidad. Actitudes y percepciones ante los derechos de los pacientes. *Gac Sanit* [Internet]. 2006 Dic [citado 2017 Sep. 18] ; 20( 6 ): 465-472. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112006000600009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000600009&lng=es).
- <sup>63</sup> Waldow Regina V. Cuidar: expresión humanizadora. 1<sup>ra</sup> ed. México. Palabra. 2008. 171-123.
- <sup>64</sup> Ledesma-Delgado Ma. Elena, Mendes Maria Manuela Rino. El proceso de enfermería como acciones de cuidado rutinarias: construyendo su significado en la perspectiva de las enfermeras asistenciales. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2009 June [cited 2016 May 23]; 17(3): 328-334. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692009000300008&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000300008&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000300008>.
- <sup>65</sup> Ibáñez Alfonso Luz Eugenia, Amaya de Gamarra Inés Cecilia, Céspedes Cuevas Viviana Marycel. Visibilidad de la Escuela de Enfermería en los campos de práctica. *Aquichán* [Internet]. 2005 Oct [cited 2016 May 20]; 5(1): 8-19. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972005000100002&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100002&lng=en).
- <sup>66</sup> Gottlieb LN. *Strengths-Based Nursing Care: Health and Healing for Person and Family*. New York: Bilbao; 2015: 768-118.

- 
- <sup>67</sup> Rosa Eduardo Rosanna de la, Zamora Monge Gerardo. Cuidados invisibles: ¿son suficientemente reconocidos? *Index Enferm* [Internet]. 2012 Dic [citado 2017 Sep. 17] ; 21( 4 ): 219-223. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962012000300009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300009&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300009>.
- <sup>68</sup> Gottlieb LN. *Strengths-Based Nursing Care: Health and Healing for Person and Family*. New York: Bilbao; 2015: 768-118.
- <sup>69</sup> Alvarado Rivadeneyra Silas. El plan de cuidados y la calidad de atención que brinda la enfermería en el HNGAI. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2000 Ago [citado 2017 Dic 07]; 16(2): 133-136. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192000000200013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192000000200013&lng=es).
- <sup>70</sup> Vega Y. Calidad de los registros de enfermería en la historia clínica del servicio de cirugía general del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, 2016. Laura URI: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/3989>.
- <sup>71</sup> Cárdenas Becerril L., Arana Gomez B., Monroy Rojas A., García Hernández M. *Cuidado profesional de enfermería*. 1<sup>ra</sup> ed. México. Federación mexicana de asociación de facultades y escuelas de enfermería. 2009. 183-038.
- <sup>72</sup> Huércanos Esparza Isabel. Cuidado Invisible: donde los medicamentos no llegan. *Index Enfermo* [Internet]. 2013 Jun [citado 2017 Sep. 15] ; 22( 1-2 ): 5-6. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962013000100001&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100001&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100001>.

# **ANEXOS**

## ENTREVISTAS

### VIVENCIAS DE LAS ENFERMERAS EN RELACIÓN CON LA PLANEACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

N°	ENTREVISTADAS	HOSPITAL	SERVICIO	N° DE ENTREVISTAS			FECHA			HORA			DURACION		
				1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1		HAI	CIRUGÍA	X	X	X	21-09-16	19-10-16	11-11-16	6:32 pm	6:36 pm	6:32 pm	32 min 30 seg	15 min 12 seg	
2		HAI	JEFA/CIRUGIA	X	X	X	30-09-16	11-11-16	14-4-17	11:16 am	7:21 pm	11:16 am	23 min 3 seg	26 min 21 seg	
3		HRL	UCINEO	X	X	X	11-11-16	2-2-17	14-4-17	10:44 am	4:00 pm	10:44 am	31min 22seg	09min	
4		HAI	JEFA/ EMERGEN	X	x	X	12-11-16	14-4-17	15-03-17	7:11 pm	6:00 pm	7:11 pm	27min 37seg	16min	
5		HAI	PEDIATRIA	X	X	X	5-1-17	2-2-17	15-03-17	9am	12:10 am	9am	49min 39 seg	15min 9seg	
6		HAI	JEFA/PEDIATRIA	X	X	X	19-1-17	15-03-17	20-3-17	12:16 pm	9:20 am	12:16 pm	31min 3seg	18min 59 seg.	
7		HRL	UCI MEDICINA	x	x	X	25/1/17	20-3-17	29-4-17	9:35 pm	7:30 pm	9:35 pm	27 min 9 seg	17min 23seg	
8		HRL	UCI MEDICINA	X	x	X	26-01-17	29-4-17		8: 57 am	12:00 pm	8: 57 am	26 min	14min 18seg	



PART	EMIC	ETIC	TEMAS CATEGORIZACION	COD.		
1	<p>¿Cómo planificas las intervenciones de enfermería en los pacientes a tu cargo, ¿qué es lo que sientes, que es lo que haces? <b><u>Nosotros iniciamos a partir del reporte de enfermería, desde el primer contacto que tenemos con el paciente</u></b> al empezar el turno, en el reporte, <b><u>nos va presentando al paciente de acuerdo a la patología</u></b> y a las condiciones y a las cosas que el paciente pueda presentar en cuanto a procedimientos que les hayan realizado nosotros vamos planificando nuestro trabajo durante las 12 horas en este caso que yo trabajo en turno diurno y lo que ya se va plasmando durante toda la jornada mayormente <b><u>lo aplicamos durante la mañana con más intensidad</u></b> y luego vamos completando en el resumen final.</p>	<p>Planifico las intervenciones de enfermería con los pacientes a mi cargo, desde el reporte de enfermería, desde el primer contacto que tengo con el paciente al empezar el turno, en el reporte, me presento al paciente de acuerdo a la patología a las condiciones y cosas que pueda presentar el paciente en cuanto a los procedimientos que le voy a realizar <b><u>durante la mañana con más intensidad.</u></b></p>	<p>Desde el reporte, primer contacto con el paciente INTENSIDAD EN MAÑANA</p>	1	<p>Reporte: valoración, priorización según necesidades, patologías y gravedad.</p>	A
2	<p>¿Cómo planificas las intervenciones de enfermería con los pacientes que están a cargo ¿cómo te sientes, que es lo que piensas y que es lo que haces? <b><u>La planificación, se da frente a un reporte que se recibe dentro del servicio.</u></b> Cada día tenemos más o menos una cuenta de pacientes de 4 a 6 en UCI neonatal y de 6 a 12 en la unidad de intermedio de neonatal. <b><u>La enfermera prácticamente tiene que planificar su labor de acuerdo a las necesidades y problemas que presente cada neonato. Nosotros priorizamos la atención del paciente en la unidad de cuidados intensivos del más crítico hasta al menos crítico</u></b> igualmente en la unidad de intermedios de pacientes con un poco más de riesgo que aquellos que están ya en recuperación.</p>	<p>Me planifico desde el reporte que recibo dentro del servicio, como enfermera planifico de acuerdo a las necesidades y problemas de cada neonato, priorizo la atención del paciente en la unidad de cuidados intensivos <b><u>del más crítico hasta al menos crítico.</u></b></p>	<p>Necesidades del paciente (crítico no crítico).</p>	1		A
2	<p>Otros de los aspectos que hace <b><u>la enfermera en cuanto a la planificación para la atención de pacientes es que tiene que ver que es lo que va a hacer con su paciente, desde que inicia el día hasta que viene la noche,</u></b> las 24 horas. La enfermera de la mañana tiene que dejar aperturada toda la hoja de enfermería, todo lo que es exámenes de laboratorios, todo lo que es tratamiento, procedimientos, exámenes auxiliares. Si se tiene que completar se completa en la tarde o se completa en la noche, pero la enfermera en la mañana tiene que apertura la hoja de enfermería, que es una hoja sabana, grande, que va toda la parte de monitoreo del paciente con lo que es signos vitales, si está en ventilación, si esta con oxígeno, en segunda fase, en primera fase, la primera fase es oxígeno por cánula, segunda fase es oxígeno por sipa y la tercera fase ya es con ventilación mecánica, <b><u>entonces</u></b></p>	<p><b><u>Cuando planifico la atención del paciente, tengo que ver que es lo voy hacer, desde que inicia el día hasta la noche.</u></b> La enfermera de la mañana deja aperturada toda la hoja de enfermería que es una hoja sabana grande, lo que es exámenes de laboratorios, tratamiento, procedimientos, exámenes auxiliares, donde va toda la parte de monitoreo del paciente, signos vitales, si está</p>	<p>Planificación PARA 24 HORAS</p>	1		A

	<u>toda esa serie de aspectos tiene ya que planificarlo en el día y continuarlo en la siguiente que viene en la noche.</u>	con ventilación, si esta con oxígeno primera fase por cánula, segunda fase es oxígeno por sipa y la tercera fase con ventilación mecánica, todo esto tengo que planificarlo.			
2	Nosotros rotamos diurna y nocturna, entonces <b><u>la enfermera tiene que priorizar todas sus actividades</u></b> como ya les dije anteriormente, empieza por un baño al recién nacido, a las 8 pasa la visita médica a constatar <b><u>las historias para ver las indicaciones del médico, muchas veces cambia</u></b> , hay aumento de exámenes auxiliares, exámenes radiológicos, ecográficos, todo eso se tiene que avanzar durante la mañana y <b><u>luego a partir de las 10 o 12 del día tiene que planificar su tratamiento, que es lo que indica el médico.</u></b>	Priorizo mis actividades, <b><u>empiezo por un baño al recién nacido, a las 8 am pasa la visita médica, constato indicaciones, solicitud de exámenes auxiliares, a</u></b> partir de las 10 o 12 del día indicaciones farmacológicas.	trabajo intenso en la mañana	1	A
4	<b><u>Vamos a conversar su vivencia como enfermera durante la visita médica, qué es lo que haces, qué es lo que piensa y qué es lo que sientes en relación con eso. Nos gustaría que nos contaras cómo planificas las intervenciones de enfermería de los pacientes a su cargo?</u></b> Son un grupo de cosas que me estas pidiendo, pero <b><u>lo que acá se acostumbra hacer, se estila al trabajo del servicio</u></b> es nuestro ingreso que es a las 7 de la mañana, nos reportamos los pacientes y la colega que nos rota <b><u>nosotros vamos viendo uno por uno quien está más grave pues ahí planificamos en ese momento que hacer, se planifica de acuerdo a las patologías que presenta el paciente.</u></b>	Desde mi ingreso, aquí en el servicio se acostumbra-estila hacer, según la rutina del servicio, la colega me reporta los pacientes y voy viendo uno por uno quien está más grave y voy planificando de acuerdo a las patologías que presenta el paciente.	Planificación desde el ingreso al servicio (por patología y gravedad del paciente durante el reporte de enfermería)	1	A
5	<b><u>¿Cómo planificas las intervenciones de enfermería en los pacientes a tu cargo, ¿qué es lo que sientes, que es lo que haces?</u></b> Bueno cuando empiezo un turno por decir, <b><u>empiezo recibiendo el turno, en el reporte de enfermería, yo me voy valorando a mis pacientes uno por uno a medida que voy recibiendo el reporte yo voy mirando, su estado de cada paciente mirando su condición, o que tengo que priorizar en ellos, voy priorizando,</u></b> termino de recibir el reporte ya me voy, si tengo un niño con fiebre le atiendo primero, si tengo de repente una vía infiltrada le atiendo primero, tengo de repente una vía vacía le tengo que darle el tratamiento, en eso me voy <b><u>y después de eso ya de organizarme, ya me voy por el grado de enfermedad que tiene el paciente,</u></b> si son críticos me voy primero con ellos.	Empiezo recibiendo el turno desde el reporte de enfermería valorando a mis pacientes uno por uno, a medida que recibo el reporte veo su estado, su condición y que tengo que priorizar en ellos, al término del reporte si tengo un niño con fiebre lo atiendo primero, si tengo una vía infiltrada, luego de eso me organizo y de acuerdo al grado de enfermedad que tiene el paciente, si son críticos voy primero con ellos.	Planificación desde el reporte de enfermería (valoración individual por el grado de enfermedad)	1	A

6	<p>Como planificas las intervenciones de enfermería de los cargos a tus pacientes, ¿qué es lo que piensas, qué es lo que sientes y que es lo que haces? Al inicio de cada jornada tenemos el reporte de enfermería, <u>en el reporte de enfermería vas evaluando a pacientes de acuerdo a la gravedad y vas atendiendo priorizando a tus pacientes</u>. Planificación, <u>se comienza con la atención del paciente de acuerdo con lo que ya tenemos establecido en el kardex</u> y si en el caso el paciente se pone más delicado, más crítico, con la evaluación del médico, el equipo de salud, nos planificamos para las actividades de acuerdo a la gravedad del caso.</p>	<p>Recibo el reporte de enfermería, evalúo a los pacientes de acuerdo al estado de gravedad y voy atendiendo priorizando a los pacientes con mayos riesgo. Planifico con la atención del paciente de acuerdo con lo que esta establecido en el kardex, si el paciente se pone más delicado, más crítico, con la evaluación del médico, con el equipo de salud me planifico para las actividades de acuerdo a la gravedad del caso.</p>	<p>Planificación de enfermería en el primer contacto con el paciente (de acuerdo a la necesidad y su patología)</p>	1	<p>Actuación de acuerdo a lo establecido en el kardex (mandato)</p>	I
7	<p>¿Cómo planifica las intervenciones de enfermería, de los pacientes a tu cargo, que es lo que piensas, que es lo que sientes, que es lo que haces? <u>Comienzo con la visita médica, en el momento que entramos, ingresamos al servicio, comenzamos a revisar a nuestro paciente</u>, a evaluarle, para ver como esta, para ver cómo estamos recibiendo el turno, que problemas tiene y que vamos a hacer hasta trasar el plan de trabajo.</p>	<p>Comienzo con la visita médica, desde que ingreso al servicio, comienzo a revisar al paciente, evaluarle, ver como esta, que problemas tiene, ver como estoy recibiendo el turno, y que voy a hacer hasta trasar el plan de trabajo.</p>	<p>Planificación desde el ingreso al servicio y con la visita médica (se traza el plan de trabajo).</p>	1	<p>Planificación mental y toma de decisiones con rapidez por conocimiento de protocolo</p>	B
7	<p>El plan de trabajo, <u>nosotros ya vemos al paciente, ustedes saben muy bien que vamos a hacer, con el soapie trabajamos, de acuerdo de la necesidad y las patologías que presentan los pacientes</u>, eso es lo que hacemos durante la visita.</p>	<p>Tengo un plan de trabajo, cuando ya veo al paciente, sé muy bien lo que voy a hacer, trabajo con el soapie, de acuerdo de la necesidad y las patologías que presentan los pacientes, eso es lo que hago durante la visita.</p>	<p>Planificación de enfermería en el primer contacto con el paciente (de acuerdo a la necesidad y su patología)</p>	1	<p>Planificación mental y toma de decisiones con rapidez por conocimiento de protocolo</p>	B
1	<p>En el reporte de enfermería me dicen que es un paciente post-operado en primer día y que este paciente presenta un dren tubular, <u>entonces yo ya tengo en mi mente mi intervención de enfermería</u>, debo brindar los cuidados a la herida, <u>debo brindar los cuidados de enfermería entorno al dren tubular</u>, incluso a las actividades que el paciente ya pueda realizar dentro de las próximas 6 horas al pos operatorio, me refiero al pos operatorio porque trabajo en el departamento de cirugía con pacientes que constantemente están siendo enfermeros.</p>	<p>En el reporte de enfermería me dicen que es un paciente en primer día de post operatorio, presenta dren tubular entonces tengo en mi mente mi intervención de enfermería, debo brindar los cuidados a la herida en torno al dren tubular y actividades que el paciente pueda realizar en las próximas 6 horas de post operatorio.</p>	<p>Planificación mental de intervenciones de enfermería (brindar cuidado al paciente)</p>	2	<p>Planificación mental y toma de decisiones con rapidez por conocimiento de protocolo</p>	B

1	<p>La visita médica, por decir el paciente ya le indica el médico retiro de dren tubular, y ese procedimiento lo va a realizar el médico y <b><u>yo tengo que tener en cuenta cómo va a quedar esa herida del dren tubular,</u></b> tengo que mirar que quede curado, que los apostos no se estén humedeciendo constantemente y <b><u>luego otras intervenciones en cuanto al tratamiento en qué condiciones yo lo pueda realizar.</u></b></p>	<p>En la visita médica, el médico indica retiro de dren tubular, tengo que tener en cuenta cómo va a quedar esa herida del dren tubular, que los apósitos no se estén humedeciendo constantemente</p>	<p>Anticipación de acciones (pensando cómo va a quedar mi intervención)</p>	2	<p>Planificación mental y toma de decisiones con rapidez por conocimiento de protocolo</p>	B
1	<p>En cuanto al tratamiento en qué condiciones yo lo pueda realizar, <b><u>no solamente el médico me ordena o me indica administrar tal medicamento, pero yo tengo que tener mucho cuidado empezando por aplicar mi cinto correcto si ya estoy haciendo mi planificación</u></b> y de ahí posteriormente diferentes actividades que se puedan presentar en su momento <b><u>si el paciente por ejemplo hace alza térmica en ese momento yo tengo que planificar rápidamente que cosa voy a realizar</u></b> para que el paciente pueda normalizar su temperatura.</p>	<p>En el tratamiento tengo que tener cuidado en qué condiciones lo pueda realizar, el medico no solo me indica u ordena que medicamento administrar, inicio aplicando los cinco correctos si estoy haciendo mi planificación, y luego en actividades que se puedan presentar si el paciente hace alza térmica, planifico rápidamente que realizaré para que él pueda normalizar su temperatura.</p>	<p>Planificación con rapidez ante un evento inesperado.</p>	2	<p>Planificación mental y toma de decisiones con rapidez por conocimiento de protocolo ?</p>	B
4	<p>Viene un paciente que vamos hacer una punción torácica, <b><u>entonces inmediatamente la enfermera planifica ¿qué es lo que necesita? ¿Qué es lo que vamos a requerir en ese momento?</u></b> Entonces adecuamos, pedimos, solicitamos a farmacia, esterilización a todo el equipamiento todo lo preparamos para hacer la intervención de punción lumbar, igual cuando tiene algún examen especial en el pacientito, por eso es muy importante estar ahí escuchando y participando también porque es muy importante.</p>	<p>Viene un paciente para hacer una punción torácica, planifico ¿qué es lo que necesita el paciente? ¿Qué es lo que voy a requerir en ese momento? adecuo, pido, solicito a farmacia, se esteriliza el equipamiento, todo se prepara para hacer el procedimiento, por eso es importante escuchar y participar.</p>	<p>Anticipación de acciones de enfermería (no solo escucha también participa).</p>	2	<p>Planificación mental y toma de decisiones con rapidez por conocimiento de protocolo</p>	B
7	<p><b>Nos gustaría que nos profundice más respecto a la planeación de las intervenciones, dado el caso de un paciente crítico, más que todo acerca de las intervenciones, cuando entras al turno, si te toca un paciente crítico, que es lo que haces tú en ese momento desde que ya estás entrando.</b> Si veo a mi paciente que no tiene una buena hemodinamia, que no está con unas buenas funciones, que no tiene una buena presión, entonces nosotros que <b><u>comunicar al médico inmediatamente, tenemos que administrarle sus medicamentos, tenemos que conseguirlo como de lugar la medicina y administrar lo medicamentos, dependiendo de que sea la gravedad,</u></b> y si es un</p>	<p>Si observo que el paciente no tiene buena hemodinamia, funciones vitales, presión arterial, entonces comunico al médico inmediatamente, y tengo que administrar sus medicamentos, tengo que conseguir como de lugar la medicina y administrarlos, dependiendo de que sea la gravedad.</p>	<p>Planificación e intervención con rapidez médico-enfermera (preparadas ante un suceso)</p>	2	<p>Planificación mental y toma de decisiones con rapidez por conocimiento de protocolo</p>	B

	<p>paro, tenemos que hacer una reanimación cardiopulmonar ya avanzada, porque mayormente el paciente aquí está entubado y si no está entubado, <b><u>nosotros tenemos que entubar al paciente, si no hay médico entubamos, si hay médico, el médico lo entuba.</u></b> Entonces preparar todo el material inmediatamente para entubar y todas las cosas que tenemos que hacer, atención al paciente, ponerlo en una buena posición, preparar todo el material para entubar, ayudar al médico, hacer participar que están a nuestro alrededor, jalar nuestro coche, hacer una reanimación desfibrilar, todas esas cosas le tenemos que hacer a un paciente que está haciendo un paro.</p>					
7	<p><b>La planeación usted menciona que hace al momento de estar con el paciente, o ya va planeando antes, lo que va a realizar con cada paciente. No, <u>el soapie es la valoración del paciente desde el momento en donde uno ingresa, que le plasmes es cuando tengas tiempo,</u> que ya le escribas sus notas cuando tengas tiempo, la enfermera ya lo hace desde el momento en que ingresa, <b><u>no lo tendrá escrito pero ya sabe que va a poner, que va a hacer, ya sabe cuál es el problema del paciente.</u></b> no lo plasma porque no tiene mucho tiempo, pero desde el momento que ingresa ya ella está haciendo la valoración de su paciente, porque desde el momento que ingresa ya hace la valoración del paciente.</b></p>	<p>La planeación lo realizo desde el momento en que ingresó, no lo tendré escrito en el kardex pero sé que voy hacer, se cuál es el problema del paciente, no lo registro porque no tengo mucho tiempo.</p>	<p>Planificación mental de intervenciones de enfermería (desde el ingreso al turno)</p>	2	<p>Trabajo invisible: ausencia/evidencia de registro de enfermería</p>	H
3	<p><b>Como planificas las intervenciones de enfermería de los pacientes a tu cargo, que es lo que piensas, que es lo que sientes, que es lo que haces? <u>Las intervenciones de enfermería que yo planeo van basadas a un proceso de atención de enfermería,</u> sabemos muy bien que antes que yo planifique antes tengo que evaluarlo a mi paciente, tengo que presentarme, <b><u>saber que sientes, cómo está, cuáles son sus necesidades,</u></b> de acuerdo a ello yo recién voy a programarme un objetivo, luego mis intervenciones y eso mucho depende en qué área yo esté laborando.</b></p>	<p>Planifico las intervenciones de enfermería basadas a un PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA, tengo que evaluar a mi paciente, tengo que presentarme, saber que siente, cómo está, cuáles son sus necesidades, luego planifico mis intervenciones.</p>	<p>PAE: Evaluación del paciente: que siente, cómo está y cuáles son sus necesidades.</p>	3	<p>Cuidar: Relación/ ayuda</p>	C
3	<p>Por ejemplo: hace años yo estuve laborando en las áreas de hospitalización, entonces <b><u>cuando uno recibe el turno, la colega del turno anterior te dice cómo está dejando al paciente.</u></b> Llegamos, nos presentamos con el paciente, le decimos que se sienta en confianza, <b><u>le preguntamos qué necesidad tiene para poder ayudarle, ahí el paciente cuando está en confianza te dice que le duele, que le falta, a veces tiene sentimientos encontrados donde necesita de nuestros cuidados, apoyo psicológico, apoyo espiritual, es muy importante las actividades de enfermería.</u></b> Si bien es cierto en las áreas de hospitalización que yo he rotado, no para todos los pacientes se hace un soapie, existe una hoja de valoración que es propiamente</p>	<p>Recibo el turno, la colega me dice cómo está dejando al paciente, me presento con el paciente, le digo que este en confianza, le pregunto qué necesidad tiene para poder ayudarle, él me dice que le duele, que le falta, tiene sentimientos encontrados, entonces le doy apoyo psicológico, apoyo espiritual es</p>	<p>Interacción enfermera-paciente desde el inicio del turno (qué siente, cómo está y cuáles son sus necesidades).</p>	3	<p>Cuidar: Relación/ ayuda</p>	C

	estructurada, pero de ahí nosotros le hacemos en un formato de notas de enfermería, colocamos el objetivo, luego las intervenciones que debemos realizar.	muy importante las actividades de enfermería.				
<b>3</b>	<p>Otra de las actividades que realizamos nosotras las enfermeras, es la explicación que hacemos antes de hacer un procedimiento. Otro de ellos es explicarle los estilos de vida que debe tener el paciente, porque un paciente que está hospitalizado no solamente es darle un tratamiento, seguir, cumplir la cabalidad del tratamiento, no, <b><u>nuestra labor como enfermera es el cuidado de la relación que tenemos con él y darle el apoyo emocional, el apoyo espiritual, orar con paciente, sentir lo que él siente, hay que tratarle a la persona que necesita de nuestro cuidado como quisiéramos que nos traten a nosotros</u></b>, entonces hay que hacerlo así, como si a mí me gustaría que me traten, así tengo que tratar. Otra cosa, es importante mucho con el paciente, preguntar por ejemplo porque está haciendo frecuentemente sus diarreas, como está en la casa, si está cocinando, si está comiendo, por ejemplo, en la calle, que comidas come, qué hábitos de higiene tiene, ir moldeando, ir explicándole, porque una actividad, porque no, para que, entonces también tenemos que trabajar los estilos de vida, desde la hospitalización de un paciente. Entonces el objetivo no solo es restaurar la salud, si no también ir más allá de lo que es prevención.</p> <p><b>¿Registras en la historia clínica tus actividades independientes que realizas?</b>- Por lo general sí. Por ejemplo, <b><u>yo siempre coloco las actividades, uno de ellos es la interacción con el paciente, yo coloco, se realiza interacción enfermero-paciente, en esa interacción tiene mucho que ver el cuidado que realice el profesional de enfermería</u></b>, esa interacción es saludarle, es presentarle la cama donde va a estar el paciente, explicarle que de repente no va a estar solo en el cuarto, va a tener que compartir con dos, tres hasta cuatro pacientes y que cada uno tiene sus propias costumbres y que por ejemplo a muchos de ellos no les gusta la luz en la noche. A uno le gusta, otro paciente te dice que duerme con la luz prendida, entonces hay manera para nosotros explicarle, porqué prender la luz, porque apagarlo, porque darle un tratamiento por ejemplo a media noche, porque hay tratamiento 2 de la mañana, entonces porque molestarlo. Es muy importante registrar interacción enfermero-paciente.</p>	<p>Otra actividad es explicar que procedimiento realizo, explicar los estilos de vida al paciente, porque un paciente que está hospitalizado no solo es dar tratamiento, sino mostrar mi labor como enfermera en el cuidado, darle el apoyo emocional, apoyo espiritual, orar con el paciente, sentir lo que él siente, tratar a la persona que necesita de nuestro cuidado como nos gustaría que nos traten.</p> <p>Registro las actividades independientes en la historia clínica: interacción enfermero-paciente, esa interacción tiene mucho que ver con el cuidado, es saludarle, presentarle la cama donde va a estar el paciente, explicarle que no va a estar solo en el cuarto, que compartirá con más pacientes, que cada uno tiene sus costumbres.</p>	Interacción enfermera-paciente (que siente, cómo está y cuáles son sus necesidades del paciente)	<b>3</b>	Registro de cuidados en la historia clínica: notas de enfermería y otros formatos.	<b>G</b>

3	<p><b><u>Todo paciente es diferente y cada paciente necesita una intervención diferente.</u></b> como les digo a mis colegas y siempre compartimos reuniones y estamos intercambiando palabras para bien, si yo no recibo al paciente con una sonrisa por mas desesperado que esté y <b><u>le digo una palabra confortable, decirle “te estoy ayudando”, con esa simple palabra “te estoy ayudando”, “estamos para ayudarte”, “por favor, déjate ayudar”, esa palabra tranquiliza a ese paciente, a ese familiar que viene desesperado, gritando, incluso muchas veces en vez de dejar de hacer tus actividades, te agarra de las manos y te dice “sálvame” y no te suelta y entonces ahí es donde nosotros tenemos que decirle: “cálmate, te estamos ayudando”, “te vamos a ayudar”, pero dame ese espacio, y como te digo, la reacción de los pacientes y familiares son diferentes y vienen con diferentes tipos de diagnósticos y muchas veces por ejemplo lo poli contusos, como también otros pacientes no ingresan conscientes, ingresan en paro cardiorrespiratorio.</u></b></p>	<p>Todo paciente es diferente y necesita intervención distinta, como digo a mis colegas si no recibo al paciente con una sonrisa o no le digo una palabra confortable, “te estoy ayudando”, “por favor, déjate ayudar”, esa palabra tranquiliza a ese paciente, a ese familiar que viene desesperado gritando, y en vez de dejarte hacer tus actividades, te agarra de las manos te dice “sálvame”.</p>	<p>Interacción enfermera-paciente (Te estoy ayudando, déjate ayudar, empatía con el paciente y familia)</p>	3	<p>Cuidar: Relación/ ayuda</p>	C
6	<p><b><u>Tiene que ver mucho el trato amable y cordial del enfermero-paciente.</u></b> sobre todo los familiares, <b><u>si uno está molesta, tensa, estresada, eso se transmite a los demás luego tildan a la enfermera que no hace bien su trabajo, es muy mal tratable, esto hace que pierda el valor del trabajo profesional,</u></b> hay que tener cuidado porque nuestra labor es única y bonita que nos hace la diferencia en los demás. Estoy segura con esto, que el profesional de enfermería tiene su propio lugar, liderazgo, respeto ante todos los demás profesionales y toma de decisiones firmes ante cualquier situación que se presente, somos capaces de resolver de una forma responsable, siempre y cuando respetando las decisiones médicas del profesional médico.</p>	<p>Tiene que ver el trato amable y cordial del enfermero- paciente, si estoy molesta, tensa, estresada, eso transmitiré a los demás luego señalan a la enfermera que no hace bien su trabajo, trata mal, esto hace que pierda el valor del trabajo profesional, tengo que tener cuidado porque nuestra labor es única y bonita que hace diferencia de los demás. El profesional de enfermería tiene su propio lugar, liderazgo, respeto ante todos los demás profesionales y toma de decisiones firmes ante cualquier situación, soy capaz de resolver responsablemente, siempre y cuando respeto las decisiones médicas.</p>	<p>Interacción enfermera-paciente (un mal trato de enfermería hace que su trabajo pierda valor).</p>	3	<p>Cuidar: Relación/ ayuda</p>	C

6	<p>Generalmente los pacientes que nosotros tratamos en la unidad de cuidado críticos son pacientes que la mayoría no están lúcidos, son pacientes que han tenido un accidente de tránsito y la mayoría están en un estado de confusión y es diferente a un paciente que tiene una patología crónica. <b><u>Sí lo tenemos con los pacientes que están despiertos, te acercas, conversas, preguntas, das tu apoyo psicológico y emocional.</u></b></p>	<p>Estoy al cuidado de pacientes no lúcidos, son pacientes que han tenido un accidente de tránsito o enfermedad crónica, si tengo pacientes que están despiertos me acerco, le pregunto, le brindo apoyo psicológico y emocional.</p>	<p>Interacción enfermera-paciente (Brindo apoyo psicológico y emocional)</p>	3	<p>Cuidar: Relación/ ayuda</p>	C
8	<p>Entonces de esa manera pasamos la visita, y <b><u>durante la visita casi no podemos planificar intervenciones</u></b> como te puedes dar cuenta, si estamos en ese plan no se puede planificar intervenciones. <b><u>Luego cuando ya termina la visita, porque a la interna le puedes dar alguna responsabilidad pero al final la responsable es la enfermera de turno, entonces al final de la visita sacamos las historias y nuevamente revisamos, ahí recién nosotras podemos realizar la planificación de nuestras intervenciones por paciente.</u></b> No se puede realizar esto al 100% por que solo hay una enfermera, ni bien es cierto la interna apoya, al fin y al cabo también es una estudiante y está en una etapa de aprendizaje. Realmente nosotros decimos que hay que atender al paciente con calidez, pero tenemos toda la voluntad, pero por la falta de personal no se puede cumplir con ese objetivo.</p>	<p>Durante la visita, casi no puedo planificar mis intervenciones, le puedo dar alguna responsabilidad a la interna pero finalmente la responsable es la enfermera de turno. Al final de la visita, saco las historias, reviso, recién puedo planificar mis intervenciones por paciente, no se puede realizar al 100% porque solo hay una enfermera, realmente digo hay que atender al paciente con calidez, tengo toda la voluntad, por la falta de personal y tiempo no se puede cumplir con ese objetivo.</p>	<p>Duplicidad durante la visita médica y docencia (interna de enfermería)</p>	10	<p>Simultaneidad : visita médica, cuidar y docencia</p>	D
1	<p>según cada institución y según cada servicio como hemos podido observar, <b><u>el kardex que es un formato muy simple</u></b>, porque incluso hay servicios que solamente colocan la terapéutica que indica el médico y los cuidados de enfermería no se plasman. Si ese es un formato que maneja enfermería, porque no colocar lo que nosotros también hacemos. <b><u>En mi servicio, somos un poco más creativos, más detallados, para poder colocar las intervenciones de esa forma valorar nuestro trabajo, no solamente el trabajo está en poner la medicina</u></b> y el paciente se recupera, sabemos que no es así, sabemos que enfermería está 24 horas con el paciente y todas nuestras intervenciones durante las 24 horas van a llevar al tratamiento que el medico les deja. <b><u>El paciente tiene fiebre, no solamente con un antipirético, con un metanimazol va a disminuir la fiebre, va a disminuir también cuando le aplico medios físicos, cuando le retiro al paciente el exceso de ropa que tiene, y otras intervenciones más que yo como enfermera lo voy a hacer</u></b>, ya que el médico no va a venir a sacarle la ropa al paciente, el médico no va a venir a ponerle pañitos en la cabeza o a pasarle el paño en todo el cuerpo, eso es</p>	<p>Según cada institución y cada servicio he observado, que el kardex es un formato muy simple, porque en otros servicios solo colocan la terapéutica que indica el médico y los cuidados de enfermería no se plasman. Es un formato que maneja enfermería. En el servicio, soy creativa, detallista para colocar las intervenciones y de esa forma valoren mi trabajo, no es solo poner la medicina y que el paciente se recupere, estoy las 24 horas con el paciente, cuando un paciente tiene fiebre, no solo doy un antipirético, le aplico medios físicos, retiro el exceso</p>	<p>Intervenciones Independientes de enfermería (eventualidades en su servicio).</p>	5	<p>Autonomía enfermero: Acciones/ iniciativa</p>	E



	intervención de enfermería.	de ropa y otras intervenciones más que como enfermera realizo.				
1	<p><b>¿Qué tiene que ver el Kardex con tus decisiones clínicas?</b> El kardex está normalmente elaborado para nosotras las enfermeras, transcribir básicamente toda la terapéutica que el médico indica, pero sin embargo hay situaciones en la que el médico no va a indicar porque son intervenciones netamente de enfermería. El medico va a indicar cambio de catete intravenoso, como enfermera yo sé cada cuantos días le voy a cambiar un catete a un paciente y <b><u>tengo que anotar en el Kardex</u></b>, porque esa información me va a servir para que yo pueda contabilizar o darme cuenta si ese paciente está siendo o está presentando un signo de alarma por ese catete que no le he cambiado a tiempo o por cualquier otro tipo de procedimiento, por ejemplo la colocación de una sonda vesical, la colocación de una sonda nasogástrica, son cosas que yo, <b><u>como enfermera voy a plasmar</u></b>. Otras intervenciones por ejemplo los cambios posturales de los pacientes que no pueden movilizarse, que tengan paralizado los miembros inferiores, son intervenciones que como enfermera, <b><u>como criterio de enfermera yo sé qué tengo que hacer con ese paciente para que se recupere en todo caso para que no existan otras complicaciones</u></b>, yo quiero que ese paciente se recupere y que no haga complicaciones dentro de su hospitalización en cosas que yo pueda salvarle o subsanarle, tratando de evitar que ese paciente no se complique por cosas básicas que enfermería lo puede realizar.</p>	<p>Otras intervenciones son: cambios posturales de los pacientes que no pueden movilizarse, que tengan paralizado los miembros inferiores, es criterio de enfermería, se lo que tengo que hacer con mi paciente para que se recupere y evitar complicaciones dentro de su hospitalización en cosas básicas que pueda salvarle o subsanarle. <b><u>El kardex está elaborado para transcribir la terapéutica del médico</u></b>, hay situaciones que el médico no indica porque son <b><u>intervenciones de enfermería como: cambio de un catéter intravenoso, sonda vesical, sonda nasogástrica, cambios posturales, lo anoto en el kardex</u></b> y eso me sirve para darme cuenta si mi paciente presenta algún signo de alarma.</p>	Acciones propias de enfermería (Criterio enfermero, se lo que tengo que hacer con mi paciente)	5	Registro kardex: acciones propias, criterio de enfermería	F
2	<p><b><u>El PICC lo hacen dos enfermeras</u></b>, entonces, ya hemos sugerido a la parte médica y ellos están de acuerdo, porque saben muy bien que nosotros <b><u>somos líderes en eso y lo hacemos, ellos no hacen ese procedimiento, lo hace la enfermera. Entonces así se priorizan las necesidades</u></b>, así mismo también la enfermera tiene la capacidad de decirle al médico, por ejemplo si hay un paciente para referencia, transferencia, las referencias del paciente, se hizo los debidos trámites, falta algo, nosotros debemos estar coordinando continuamente para que ese niño se refiera rápidamente y no este estacionado.</p>	<p>El procedimiento PICC (procedimiento invasivo de catéter central) lo hacen dos enfermeras, hemos sugerido a la parte médica y ellos están de acuerdo al procedimiento, porque saben que somos líderes en eso, ellos no hacen ese procedimiento. Priorizo las necesidades, es decir, si hay un paciente para referencia o transferencia, voy a realizar los debidos trámites, si falta algo coordino, para que ese niño se</p>	Intervenciones Independientes de enfermería (liderazgo en PICC).	5	Autonomía enfermero: Acciones/ iniciativa	E

		refiera rápido y no este estacionado.				
2	<p><b><i>Si hay que colocar o administrar la NPT que es la nutrición parenteral</i></b> que nos llega del nivel central en cajas térmicas y nosotros al llegar esa nutrición en caja térmica, nosotros tenemos que sacarlo para ponerlo al medio ambiente que se enfríe por lo menos una hora para colocarlo al paciente, <b><i>eso también es otro procedimiento especial que lo tienen que hacer entre dos enfermeras.</i></b> eso se hace al medio día y yo les doy opción a que lo hagan a partir de la 1 o 2 de la tarde, porque la mañana es puro procedimiento y visita y no se tiene mucho tiempo o nos falta el tiempo. A partir de las 2 de la tarde la enfermera, una lidera, o sea una es la que empieza a buscar todo el material y a tratar de hacer su mesa estéril para poder preparar la NTP de los pacientes que haya, porque si son dos o tres en una sola mesa se prepara todo y luego las enfermeras que están a cargo de su paciente, ellas van a encargarse de apoyar a la enfermera que está administrando la nutrición, porque eso se hace de forma estéril y con las normas de acuerdo a lo que dice el servicio. Esa preparación más o menos el conlleva de 1 a 2 horas, porque tienen que conectar los frascos que vienen y los conectores, poner los filtros y al paciente sacarle el anterior, ver que este permeable el picc y empieza la nueva nutrición, eso es otro trabajo de enfermería.</p>	Si coloco o administro la NTP (nutrición parenteral), esto llega del nivel central en cajas térmicas, tengo que sacarlo para ponerlo al medio ambiente para que enfríe por lo menos una hora y colocar al paciente, eso es otro procedimiento especial que hace enfermería, se hace al medio día, porque la mañana es puro procedimiento y visita, nos falta el tiempo, una lidera, empiezo buscando todo el material y hacer la mesa estéril para poder preparar la NTP, si son dos o tres en una sola se prepara todo, se hace en forma estéril con las normas de acuerdo al servicio.	Acciones propias de enfermería (Procedimiento especial (NPT).	5	Autonomía enfermero: Acciones/ iniciativa	E

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### PROPOSITO

La gestión del cuidado, es la aplicación del juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de los cuidados, oportunos, seguros e integrales, que aseguren la continuidad de la atención hospitalaria, y que se sustenten en modelos conceptuales y teóricos que ayuden a visibilizar la autonomía de enfermería en la gestión de cuidados hospitalarios.

En este contexto, un equipo de tesis de la Facultad de Enfermería Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, asesorado por la Dra. Maritza Villanueva Benites, se encuentran desarrollando un estudio de investigación con el propósito de describir las vivencias de las enfermeras en relación con la planeación de las intervenciones de enfermería durante la visita médica. Los resultados que se obtengan servirán para diseñar estrategias docentes y asistenciales que contribuyan a fortalecer la autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia de enfermería en el campo hospitalario.

### ELECCION DE PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

La participación en el presente estudio es **VOLUNTARIA**. Usted libremente puede consentir en ingresar o no ingresar al estudio, puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes. Le informamos además que si usted opta por ingresar al estudio, toda la información consecuente del mismo será manejado con **CONFIDENCIALIDAD** y guardada celosamente por el investigador principal bajo llave (no se identificará los nombres, no aparecerá el servicio ni la institución)

El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al público. Habrá pequeños encuentros en servicios hospitalarios y estos se anunciarán. Después de estos encuentros, se publicarán los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación.

### CONTACTO CON LOS INVESTIGADORES

Si Usted considera que el haber contribuido en el estudio le ha causado inquietud o daño alguno, le rogamos por favor contacte con las investigadoras principales: Arevalo Garcia, Enma Indira, Saraí Celis Del Aguila , Raysa Garcia Lopez y/o asesora Dra. Maritza Villanueva Benites a los teléfonos: 266368.

### FIRMA DEL PARTICIPANTE

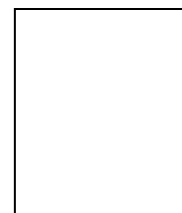
He leído la información provista arriba. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas las preguntas han sido contestadas satisfactoriamente. Se me ha entregado una copia de este consentimiento. Al firmar este formato estoy de acuerdo en participar en forma voluntaria en la investigación que aquí se describe.

Nombre, Firma y huella del participante

\_\_\_\_\_  
**Firma**

**Huella digital**

DNIN°:-----



**¡Muchas Gracias!**