

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---



## **MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

MODELO DE TOMA DE DECISIÓN EN  
ENFERMERAS DE UN HOSPITAL  
PEDIÁTRICO A PARTIR DE LOS  
SIGNOS VITALES

# **T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE

**MAESTRA EN ENFERMERÍA**  
**ORIENTACIÓN: ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO**  
**EN ENFERMERÍA**

**P R E S E N T A**  
Lic. Enf. OLIVIA AGUILAR GUZMÁN

**DIRECTORA DE TESIS: Mtra. Rosa María Ostiguín Meléndez.**

**MÉXICO, D.F.**

**Mayo, 2008**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS

A las autoridades del Hospital Infantil de México Federico Gómez por la oportunidad y apoyo brindado para realizar los estudios de Maestría en Enfermería, especialmente al Dr. José Ignacio Santos Preciado, Director General; Mtra. Magdalena Franco Orozco, Subdirectora de Atención Integral al Paciente; y Lic. Enf. Virginia Lucero Caballero, Jefa del Departamento de Enfermería.

A los profesores integrantes del comité tutorial, quienes con sus conocimientos y experiencia fueron piedra angular para el desarrollo del presente trabajo:

Mtra. Rosa María Ostiguín Meléndez, Mtra Magdalena Franco Orozco y Dra. María Teresa Cuamatzi Peña.

A los maestros de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, y Facultades de Estudios Superiores Zaragoza e Iztacala.

A las enfermeras del Hospital Infantil de México Federico Gómez por su apoyo y comprensión durante la aplicación del instrumento de recolección de datos.

## DEDICATORIA

A todas aquellas personas que formaron parte esencial para mi superación profesional durante estos dos años de estudios de Maestría por su apoyo y paciente espera, en especial:

### **A mis padres**

Gloria Guzmán Gómez

José C. Aguilar Hernández

### **A mi esposo**

Juan Olvera Martínez

### **A mis hijos**

Omar Olvera Aguilar

Josue Olvera Aguilar

Irene Olvera Aguilar

### **A mis hermanos**

Jorge Aguilar Guzmán

María del Rosario Aguilar Guzmán

Carlos Aguilar Guzmán

Daniel Aguilar Guzmán

José Aguilar Guzmán

### **A mis amigas**

Araceli Saldivar Flores

Patricia A. Cárdenas Sánchez

Miroslava L. Carrasco González

Margarita Delgado Rubio

Guadalupe Romero Herrera

Erika Flores Zamora



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA  
UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

## MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

**DR. ISIDRO ÁVILA MARTÍNEZ**  
**DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN**  
**ESCOLAR, UNAM.**  
**P R E S E N T E:**

Por medio de la presente me permito informar a usted que en la reunión ordinaria del Comité Académico de la Maestría en Enfermería, celebrada el día **16 de abril del 2008**, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Maestría en Enfermería (Administración en el Cuidado de Enfermería) de la alumna **OLIVIA AGUILAR GUZMÁN** con número de cuenta 09661723-2, con la tesis titulada :

**"MODELO DE TOMA DE DECISIÓN EN ENFERMERAS DE UN HOSPITAL PEDIÁTRICO A PARTIR DE LOS SIGNOS VITALES."**

bajo la dirección del(a) Maestra Rosa María Ostigüin Meléndez

Presidente : Maestra Silvia Crespo Knopfler  
Vocal : Maestra Rosa María Ostigüin Meléndez  
Secretario : Doctora Dulce María Guillén Cadena  
Suplente : Maestra Laura Morán Peña  
Suplente : Maestra Magdalena Franco Orozco

Sin otro particular, quedo de usted.

**A T E N T A M E N T E**  
**"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"**  
**MÉXICO D, F. a 26 de mayo del 2008.**

  
**MTRA. ROSA MARÍA OSTIGÜIN MELÉNDEZ**  
**COORDINADORA DEL PROGRAMA**

## RESUMEN

**Introducción:** La práctica profesional de enfermería es más que el cumplimiento de tareas o rutinas en las que influyen factores intelectuales, técnicas y habilidades dentro de un proceso de toma de decisiones esenciales para proporcionar el cuidado de enfermería que responda a las necesidades del individuo; por tal motivo es indispensable identificar el modelo de toma de decisión que el profesional de enfermería emplea para proporcionar el cuidado.

**Objetivos:** Determinar el modelo de toma de decisión de las enfermeras que laboran en el Hospital Infantil de México Federico Gómez a partir de los valores clínicos de los signos vitales.

Reconocer la relación del nivel académico, el conocimiento sobre los signos vitales, la experiencia del profesional de enfermería y el contexto en el modelo de toma de decisión desarrollado por las enfermeras que laboran en el hospital infantil de México Federico Gómez.

**Metodología:** Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico con una muestra probabilística constituida por 207 enfermeras seleccionadas mediante un método aleatorio simple que posteriormente a la firma del consentimiento informado se les aplicó un instrumento de escala tipo Likert, el cual obtuvo su confiabilidad mediante un Alpha de Cronbach de .88.

**Resultados:** Se evidenció mediante la estadística descriptiva que el modelo de toma de decisión que predominó en el personal de enfermería fue con tendencia al enfoque analítico, mientras que el conocimiento sobre los signos vitales, el servicio, experiencia y nivel académico no tuvieron una relación con

ninguna de las dos aproximaciones de toma de decisión desde el punto de vista estadístico.

# CONTENIDO

	<b>Página</b>
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO 1	
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Objetivos.....	3
1.3 Hipótesis.....	3
1.4 Justificación.....	4
CAPÍTULO 2 MARCO CONCEPTUAL Y REFERENCIAL	
2.1 Marco conceptual de los modelos de toma de decisión.....	5
2.2 Marco referencial de los modelos de toma de decisión.....	9
CAPÍTULO 3 METODOLOGÍA	
3.1 Tipo de estudio.....	14
3.2 Universo de trabajo.....	14
3.3 Plan de muestreo y muestra.....	14
3.4 Variables del estudio.....	15
3.5 Técnica de recolección de datos.....	15
3.6 Análisis estadístico.....	17
3.7 Implicaciones ética del estudio.....	18
CAPÍTULO 4 RESULTADOS	
4.1 Resultados descriptivos.....	19
4.2 Resultados de estadística inferencial.....	25

CAPÍTULO 5 DISCUSIÓN.....	34
5.1 Conclusiones.....	38
5.2 Sugerencias.....	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41

## APÉNDICES

1 Operacionalización de variables.....	47
2 Carta de consentimiento informado.....	61
3 Cuestionario: Modelo de toma de decisión en enfermeras de un Hospital pediátrico a partir de los signos vitales (Aguilar GO y Ostiguín MRM, 2007).....	62

## INTRODUCCIÓN

La toma de decisiones es una constante en todos los ámbitos de la disciplina de enfermería primordialmente en la gestión, docencia e investigación, pero no se debe olvidar que en el área clínica – asistencial es esencial ya que pone de manifiesto el actuar del profesional para resolver situaciones de salud que en ocasiones ponen en peligro la vida del paciente, ya que el decidir está condicionado por diversos factores tanto objetivos, subjetivos e institucionales.

Por tal motivo y tomando en cuenta que en nuestro país no hay trabajos que aborden la toma de decisión en el ámbito clínico de enfermería, se efectúa la presente investigación cuyo propósito es determinar el modelo de toma de decisión de las enfermeras que laboran en el Hospital Infantil de México Federico Gómez a partir de los conocimientos sobre signos vitales en el neonato para lo cual se aborda dentro del marco conceptual y referencial lo reportado en investigaciones internacionales respecto al tema, específicamente en la disciplina de enfermería. El estudio es de tipo transversal, analítico y prolectivo, teniendo como muestra a 207 enfermeras seleccionadas aleatoriamente que laboran en el hospital antes mencionado; las variables analizadas fueron el modelo de toma de decisión, la experiencia, el nivel académico, el contexto y el nivel de conocimiento sobre los signos vitales en el neonato; para lo cual se aplicó un instrumento que tuvo una confiabilidad por Alpha de Cronbach de .88 y validez de contenido mediante juicio de expertos.

Los principales resultados obtenidos mediante tablas de contingencia son los siguientes: Se evidenció que el profesional de enfermería tiende a tomar

decisiones de manera analítica; predominó el nivel académico de enfermera general, en cuanto al nivel de conocimiento en su mayoría tuvieron un nivel medio; al abordar la experiencia se observó que el 40% de las enfermeras tienen más de 7 años laborando lo cual según Benner pueden ser consideradas expertas; en lo que se refiere al contexto se identificó que en hospitalización y urgencias la tendencia fue hacia el modelo analítico.

Al utilizar la prueba de correlación de Pearson, únicamente para variables con nivel escalar de medición se logró obtener con significancia estadística la asociación entre el nivel de conocimientos sobre signos vitales en el neonato con el modelo intuitivo de toma de decisión, aunque dicha asociación es casi nula ( $r_p = 0.14$ ,  $p = .043$ ).

Por lo tanto se concluye que no hay asociación estadísticamente significativa entre las variables estudiadas y los modelos de toma de decisión, por lo que sería importante averiguar su influencia al momento de brindar el cuidado. Por ello se sugiere continuar la línea de investigación, sobre todo con abordajes cualitativos.

# CAPITULO 1

## 1.1 Planteamiento del problema

Enfermería es una disciplina que tiene como esencia el cuidado del individuo independientemente de su estado de salud y de su etapa de desarrollo; utiliza el Proceso de Atención como método de trabajo<sup>1</sup> para identificar necesidades o respuestas humanas<sup>2</sup>, resolver problemas de salud<sup>3</sup> y proporcionar cuidados de calidad<sup>4</sup>.

En el marco de dicho método, se requiere recolectar información para formar juicios clínicos que favorezcan el proceso de toma de decisión<sup>5,6,7</sup> en todas y cada una de las acciones de cuidado, posteriormente el proceso reflexivo e intelectual<sup>8,9</sup> que permite la selección y decisión sobre una acción a partir de reconocer alternativas; se encuentra influida tanto por factores objetivos, subjetivos, institucionales<sup>10,11</sup>, como por teóricos y prácticos<sup>12</sup>.

Dichos factores delimitan de algún modo la decisión tomada, por ello resulta pertinente explorarlos, para cuando de cuidado se habla.

La toma de decisión conjuga tanto reglas, principios generales y abstractos (noción teórica), así como la experiencia del profesional de enfermería (la noción práctica) que se interrelacionan para ofrecer la atención a través de diversos modelos de decisión en enfermería como: los orientados en normas, en el proceso de enfermería, en la enfermera, en el paciente y el intuitivo<sup>13</sup>.

La relevancia de estos modelos para el profesional de enfermería es el reconocer a la toma de decisión como un proceso natural inherente a su profesión del cuidado.

Investigaciones independientes particularmente de Finlandia y respecto a los modelos de toma de decisión que utilizan las enfermeras en diferentes áreas clínicas muestran variables de interés común como: la estructura del

conocimiento en torno a patologías específicas<sup>14,15</sup>, la experiencia<sup>16,17</sup>, en contextos específicos o campo de acción<sup>18,19,20</sup> y en tareas específicas en la cual debe decidir el profesional<sup>21</sup>.

Una de las acciones más comunes a realizar por la enfermera sin duda es la toma de signos vitales; misma que se ha abordado como responsabilidad de la profesión<sup>22,23</sup>, como rutina<sup>24,25</sup>, tarea mecánica<sup>26,27</sup> o mera técnica<sup>28,29</sup>, sin embargo no se reporta en la literatura el proceso teórico-práctico por el cual se realiza. Así que este es un espacio para profundizar en el tema.

Paralelamente, a los signos vitales les subyace una relevancia por demás subrayada como evidencia clínica indiscutible del estado hemodinámico y metabólico del individuo y, particularmente para el recién nacido es el principal recurso para identificar su estado de salud.

Hasta el momento, en la literatura revisada sobre el modelo de toma de decisión y los signos vitales únicamente se ha encontrado un estudio en función con la valoración del dolor y administración de analgesia en adultos<sup>30</sup>, pero el área infantil carece de investigaciones en este sentido, lo que sin duda hace posible reconocer un espacio de oportunidad para investigar, por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es el modelo de toma de decisión de las enfermeras que laboran en el Hospital Infantil de México Federico Gómez a partir de los valores clínicos de los signos vitales?

## **1.2 Objetivos**

Determinar el modelo de toma de decisión de las enfermeras que laboran en el Hospital Infantil de México Federico Gómez a partir de los valores clínicos de los signos vitales.

Reconocer la relación del nivel académico, el conocimiento sobre los signos vitales, la experiencia del profesional de enfermería y el contexto en el modelo de toma de decisión desarrollado por las enfermeras que laboran en el hospital infantil de México Federico Gómez.

## **1.3 Hipótesis**

La experiencia, el nivel académico, el conocimiento sobre signos vitales y el contexto por parte del personal de enfermería determinan el modelo de toma de decisión de las enfermeras que laboran en el hospital infantil de México Federico Gómez.

## 1.4 Justificación

El estudio se hace pertinente para la propia Enfermería ya que se podrá identificar al modelo de toma de decisión cómo un proceso inherente a la práctica profesional, favoreciendo la autonomía de la disciplina al reconocer que el proceso de reflexión clínica por parte del profesional que brinda el cuidado permite desarrollar estrategias a favor de la toma de decisiones en el área clínica con pacientes pediátricos.

Para el niño (sujeto de cuidado) indirectamente el proyecto adquiere sentido ya que a partir de la información obtenida se podrán desarrollar programas de toma de decisión e intervenciones específicas de acuerdo a necesidades identificadas en ellos en lo particular de los signos vitales.

Desde la óptica institucional el conocer las variables que influyen en los modelos de toma de decisión por parte del personal de enfermería cobra importancia en tanto que podrían considerarse como indicadores de calidad de cuidado y de la atención y con ello proponer nuevas estrategias y programas de mejora.

## CAPITULO 2

### MARCO CONCEPTUAL Y REFERENCIAL

#### 2.1 Marco conceptual de los modelos de toma de decisión

A nivel general, la toma de decisión es el acto de elegir o seleccionar algo, siendo un proceso mental en el cual se identifican las acciones o rutas que se habrán de tomar o seguir en la solución de un problema o en la consecución de un fin específico. Para ello se pueden seguir distintas estrategias o pasos que pueden ir desde una espontánea decisión, hasta una concienzuda y razonada proposición de carácter científico<sup>31,32</sup>.

El origen de los modelos de toma de decisión en el ámbito de la salud aparece entre los años cincuenta y sesenta a partir de trabajos realizados por Meehl quién propone la llamada situación clínica – actuarial en donde se manifiesta que el método estadístico era superior al método clínico en la realización de clasificaciones y predicciones clínicas. El método clínico se refiere a la realización de las clasificaciones y predicciones de forma intuitiva, tal como se supone que se realiza en la práctica clínica diaria, mientras que el método estadístico actuarial o mecánico se refiere a la combinación matemática de la información disponible, siendo ambos recursos para tomar decisiones<sup>33</sup>.

En la literatura se identifican dos conceptos sobre los modelos de toma de decisión: el modelo isomorfo y el paramorfo; el primero da una aproximación centrada en describir el proceso cognitivo que utilizan los seres humanos cuando realizan juicios, toman decisiones o resuelven problemas. El segundo

modelo refiere que es una aproximación que intenta representar matemática o lógicamente el proceso de la información que realizan los clínicos al tomar decisiones<sup>34</sup>. Ambas denominaciones han evolucionado y el modelo isomorfo dio pie al hoy conocido como descriptivos o de trazado de proceso que se apoya en la psicología y el paramorfo a los normativos o prescriptivos que se sustentan en las matemáticas<sup>35</sup> (Figura 1).

**FIGURA 1.-MODELOS DE TOMA DE DECISIÓN EN LA CIENCIA**

<b>Modelos</b>	<b>Descriptivos o de trazado de proceso</b>	<b>Normativos – prescriptivos o estructurales.</b>
<b>Propósito</b>	Describen o reproducen los pasos mediante los que se forma el juicio clínico (proceso).	Reproducción de los pasos sin atender el proceso del juicio clínico.
<b>Características</b>	Se ocupan de explorar los pasos intermedios, la estructura de la información y tipo de estrategias o reglas del proceso del juicio clínico.	Considera solo la función del juicio clínico sin el proceso. .
<b>Teoría base</b>	Teoría del procesamiento de la información.	Teoría perceptiva del funcionamiento probabilístico.

Aguilar, G.Olivia 2008

Las perspectivas anteriores dan origen a lo que en enfermería se ha identificado como modelo intuitivo y analítico. La aproximación intuitiva, heurística, o fenomenológica está relacionada con modelos descriptivos o procesual en donde Benner ha incursionado para hablar de la experiencia. El modelo analítico que se denominan racional está vinculado con modelos

paramorfos, normativos o estructurales de toma de decisión, que a su vez proviene del método hipotético-deductivo<sup>36</sup> (figura 2).

**Figura 2.- MODELOS DE TOMA DE DECISIÓN EN ENFERMERÍA**



Aguilar, G.Olivia 2008

Por lo tanto los dos tipos de modelos de toma de decisión identificados son el Intuitivo y el analítico. El intuitivo es el reconocimiento inmediato de los

elementos clave e incluye el rápido procesamiento de la información, el uso simultáneo de claves, el reconocimiento de patrones y la evaluación a nivel perceptual; mientras que el analítico es un proceso paso a paso, consciente y lógicamente defendible que se caracteriza por usar reglas lógicas y organizar de manera específica las tareas<sup>37</sup>.

De lo anterior se desarrollan investigaciones sobre los conceptos de modelo intuitivo y analítico siendo Lauri S. una de sus exponentes principales.

Sin embargo otros autores<sup>38</sup> estudian el fenómeno de toma de decisión a partir de considerar este hecho como un sistema abierto en donde no se conocen los resultados a partir de las acciones y donde pueden interferir otros factores como la intuición y la experiencia, o bien como un sistema cerrado en donde se tiene conocimiento de los factores más comunes y los resultados esperados se pueden determinar de acuerdo a la frecuencia de lo ocurrido y conociendo que la elección es la mejor, así la decisión será más analítica y basada en un proceso sistemático, lo que abre un campo bidireccional en el proceso de toma de decisión.

Por otro lado Thompson<sup>39,40</sup> propone que la toma de decisión se produce en un continuo desde lo racional hasta lo intuitivo o viceversa según la naturaleza de la acción o tarea en donde se tenga que decidir.

## 2.2 Marco referencial de los modelos de toma de decisión

La revisión documental ha permitido encontrar algunos reportes de investigación que en principio no se centran en pacientes pediátricos, pero que abordan los modelos de toma de decisión y los signos vitales por separado.

En cuanto al proceso de toma de decisión en Enfermería Lauri S y Salanterä S, han desarrollado varias investigaciones en Finlandia desde 1992. En todas ellas plantean cuatro etapas del proceso de toma de decisión: recolección de la información, procesamiento de datos e identificación de problemas, planes de acción e implementación del plan con evaluación, mismas que vincularon con las variables: experiencia, estructura del conocimiento, tarea y contexto. A continuación se retoman algunos de los resultados más pertinentes para el estudio.

En la investigación publicada en 1995<sup>41</sup> por Lauri, S y Salanterä, S. pretendieron describir los modelos de toma de decisión de enfermeras finlandesas con relación a variables como la experiencia, la estructura del conocimiento, el tiempo desde la última capacitación y la tarea o contexto; para ello recabaron una muestra de 100 enfermeras hospitalarias y 100 de salud pública; mismas a las que aplicaron un instrumento de 56 ítems con respuesta tipo likert (elaborado por ellas mismas en 1992) que cubrió las 4 etapas del proceso de toma de decisión y que fue construido bajo la perspectiva teórica del modelo de habilidades de Dreyfus, la teoría de procesamiento de la información, la teoría de toma de decisión analítica así como la teoría del continuumm cognitivo de Hammond. Dicho instrumento para ese momento obtuvo una confiabilidad para cada uno de sus factores con un Alfa que varió entre 0.85 y 0.90.

Los resultados revelaron cuatro tipos de modelos de toma de decisión:

- a) Toma de decisión sin preguntar/ preguntando, b) creativa, c) orientada a paciente/ enfermera y d) la basada en reglas y situaciones.

Por otro lado, la experiencia fue evidente; cuando las enfermeras con menor experiencia tomaron decisiones con el modelo de cuestionamiento ( $P < 0.10$ ,  $\delta^2 = 11.16$  y  $df = 6$ ). , mientras que las de más de 6 años parecieron estar más orientadas hacia el paciente.

En relación al tiempo de la última capacitación profesional se dividió en 0-2 años, 3-5, 6-10 y más de 10 años. Esta variable tuvo significancia estadística ( $p < 0.016$ ,  $\delta^2 = 15.6$  y  $df = 6$ ), ya que las enfermeras hospitalarias y de salud pública con más de 10 años; claramente tomaron decisiones orientadas al paciente.

En cuanto a la variable de tarea y contexto de enfermería, existió significancia estadística ( $P < 0.0000$ ,  $\delta^2 = 32.9$  y  $df = 3$ ) lo que sugiere que las enfermeras de hospitalización son firmes e incuestionables cuando toman decisiones sobre sus pacientes, mientras que las de salud pública típicamente usan la aproximación de cuestionamiento.

En 1998 la misma Lauri, S y Salanterä S<sup>42</sup> en un proyecto internacional pretendieron identificar los modelos aplicados por enfermeras en sus diferentes campos de acción y encontrar las variables que explican el uso de diversos modelos. La muestra fue por conveniencia de 483 enfermeras Finlandesas en donde el 87% de ellas eran especialistas en su área.

La experiencia fue dividida en cuatro categorías: 0-1 años, 2-4 años, 5-10 años y más de 10 años, la cual no fue significativa para la toma de decisión.

En los resultados se reconocieron cinco modelos de toma de decisión: el orientado al paciente, a las reglas, al proceso de Enfermería, el intuitivo y a la enfermera.

En relación a la estructura del conocimiento no proporcionó significancia estadística; pero al preguntar el 58% respondió utilizar conocimiento basado en práctica y teoría al valorar las necesidades de sus pacientes y en la recolección de datos. El conocimiento teórico fue usado por el 25% y el práctico por el 17%.

Por otro lado los campos de acción de Enfermería mostraron asociación estadística con los modelos de toma de decisión (Variación de  $X^2$  que fluctuó de 50.4 a 177.4,  $p= 0.0001$ ,  $df = 8$ ). Así las enfermeras comunitarias se apoyaron principalmente en la toma de decisión orientada al paciente y a la enfermera, en contraste con las enfermeras de cuidados críticos que usaron todos los modelos de toma de decisión, excepto el orientado a reglas.

En 1998 nuevamente Lauri, S y Salanterä S<sup>43</sup>. realizaron un estudio comparativo en cinco países (Canadá, Finlandia, Irlanda del Norte y los Estados Unidos) en el que el propósito fue describir el modelo de toma de decisión en 314 enfermeras del área de cuidados. El instrumento utilizado fue el mismo de investigaciones anterior con 56 ítems tipo likert

Para este perfil de enfermeras se identificaron los modelos: a) orientado al proceso de enfermería, b) creativo o intuitivo, c) al paciente, d) a la enfermera y d) a las reglas.

Con respecto, a la utilidad existió poca diferencia entre los países participantes con el modelo de decisión creativa, que estuvo centrada en la etapa de implementación y evaluación de enfermería ( $X^2 = 13.67$ ,  $df = 8$ ,  $p= 0.091$ ), lo que significa que la toma de decisión creativa es usada en forma similar en los diferentes países.

La experiencia y la estructura del conocimiento no tuvieron un efecto estadísticamente significativo sobre los modelos de toma de decisión.

Así el estudio concluyó que existen diferentes etapas en la toma de decisión que abarca la perspectiva sistemática e intuitiva y que las enfermeras con limitada experiencia se apoyan en esta última.

En el 2001 Lauri<sup>44</sup> reportó en un estudio exploratorio sobre toma de decisión clínica en cinco países y en dos áreas específicas (geriátrica y médico quirúrgica), en una muestra por conveniencia de 459 enfermeras (236 geriatras, 223 quirúrgicas) con los siguientes modelos utilizados: el analítico paso a paso, el de patrón de reconocimiento intuitivo, de procesamiento intuitivo, interpretativo intuitivo y el de procesamiento analítico.

Por otro lado la variable educación mostró una asociación estadística significativa con los modelos de: reconocimiento de patrón intuitivo, procesamiento intuitivo y procesamiento analítico.

Las enfermeras de nivel licenciatura usaron el modelo de reconocimiento de patrón intuitivo más a menudo que las enfermeras de nivel técnico. Sin embargo la experiencia práctica tuvo asociación solamente con el modelo de reconocimiento de patrón intuitivo.

El tipo de conocimiento teórico estuvo asociado con el modelo paso a paso analítico y el práctico con el de procesamiento analítico.

Los estudios anteriores, han dejado de lado la situación o contexto donde se toman las decisiones, es decir la acción donde la enfermera tiene que decidir.

Para el caso de signos vitales solo se han encontrado estudios que los han abordado de forma aislada particularmente la temperatura<sup>45,46,47,48,49</sup> y la presión arterial<sup>50,51</sup> siendo las más exploradas, particularmente en su sentido procedimental.

Específicamente en cuanto a la asociación entre signos vitales y la toma de decisión, la literatura es escasa y se ha ubicado una investigación de McCaffeny M<sup>52</sup> quien analizó la influencia de las constantes vitales de un adulto

en las decisiones que toman las enfermeras en relación con la valoración del dolor y la elección para administrar analgesia, para el cual contó con 166 profesionales de enfermería.

Los resultados señalaron que el 89% del personal confiaba en los signos vitales para verificar el grado de dolor; omitiendo la expresión verbal del paciente en lo referente a la intensidad del síntoma.

La influencia de los signos vitales siguió siendo evidente cuando decidieron respecto a la administración de la analgesia, puesto, que el 75% de las enfermeras decidieron pasar el fármaco con una elevación de las constantes.

Dicho estudio concluyó que mientras el personal de enfermería tome en cuenta los signos vitales de sus pacientes, estará mejor preparada para tomar la decisión correcta respecto a la analgesia y proporcionará los cuidados que necesiten.

## **CAPÍTULO 3**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1 Tipo de estudio**

Se llevó a cabo un estudio de tipo transversal, prolectivo y analítico.

#### **3.2 Universo de trabajo**

Estuvo constituido por 406 enfermeras que laboran en el Hospital Infantil de México Federico Gómez; ubicadas en 12 servicios de hospitalización y que estaban asignadas de manera permanente en las unidades seleccionadas, pero además que tuvieran más de 1 año de desempeñarse como enfermera dentro del servicio.

Se excluyó al personal que se encontraba de manera transitoria en el área y a las que ocupaban puestos administrativos.

#### **3.3 Plan de muestreo y muestra**

La muestra fue probabilística y se tuvo como unidades de observación a 207 enfermeras, dicho tamaño de muestra fue calculada basada en tres criterios.

1.- La fórmula estadística para población finita en donde se obtuvo 188 enfermeras y considerando el 10% de mortalidad estadística hacen un total de 207 enfermeras; el 2do. Criterio se basó en que simultáneamente se pretendió

validar el instrumento de recolección de datos para lo cual se consideraron 5 personas por cada ítem del instrumento, por lo tanto son 39 ítems que da un total de 195 enfermeras y al considerar el 10% por la mortalidad estadística, el total serían 215 enf. y el 3ro de acuerdo a la prueba estadística utilizada para el estudio (modelo de regresión logística) que consiste en 10 personas por cada categoría de cada variable siendo  $10 \times 16 = 160 + 16 = 176$ .

Considerando los tres criterios la muestra cumple con los requisitos.

### **3.4 Variables del estudio**

- Dependiente: modelo de toma de decisión.
- Independiente: conocimiento de los signos vitales en el neonato, experiencia de la enfermera (años), contexto (servicios) y el nivel académico.

A partir de las cuales se realizó la operacionalización de las mismas y de las cuales se desprende el instrumento de recolección de datos (Apéndice 1)

### **3.5 Técnica de recolección de datos**

Previo a la recolección y/o aplicación del instrumento se realizaron los trámites administrativos para el registro, aprobación y autorización por parte del Comité de Investigación de la institución, en seguida se seleccionaron a 207

enfermeras por método aleatorio simple, a partir de un listado del total de enfermeras que cubrían los criterios de inclusión; posteriormente se procedió a la recolección de datos, previo consentimiento informado en forma escrita al personal de enfermería (Apéndice 2).

El instrumento fue elaborado por la investigadora y se sometió a validez de contenido por jueceo de expertos en un primer tiempo y después en la prueba piloto con 40 sujetos se obtuvo la confiabilidad con un Alpha de Cobrach de .88.

El cuestionario titulado Modelo de Toma de Decisión en Enfermeras a partir de los Signos Vitales en Neonatos (MTDESVN, Aguilar GO y Ostiguín MRM; 2007) consta de tres apartados, el primero se refiere a los datos generales de la enfermera, el segundo consta de 20 preguntas de opción múltiple en donde se abarcan los conocimientos fundamentales de anatomía y fisiología sobre los signos vitales y el tercero es refiere al modelo de toma de decisión que consta de 19 reactivos con respuesta tipo likert\* en donde 1 es nunca y 5 es siempre (Apéndice 3).

Durante los meses de Septiembre y Octubre del 2007, se realizó la recolección de datos, mediante la aplicación del cuestionario que fue proporcionado por el personal de supervisión a las enfermeras identificadas que cumplieron con los

---

\* Las escalas likert son de uso común en las investigaciones en ciencias de la salud, la característica de sumatoria de está escala permite distinguir claramente a los individuos que tienen diferentes opiniones sobre determinado tema, observando hasta qué punto concuerda con la opinión expresada. Polit DF, Hungler BP. Autoinformes en: Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Principios y Métodos. 6ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 325-327

criterios de inclusión, asignándoles un número progresivo que correspondía al número del cuestionario.

Posterior a la solicitud de la firma de consentimiento informado, se realizó la aplicación en los servicios en donde estaban ubicadas cada una de las enfermeras, utilizando como tiempo promedio para contestar el cuestionario de 14 a 20 minutos.

Conforme se recolectaba la información por parte del personal que ayudó en la aplicación del instrumento, lo entregaba a la investigadora principal para su codificación.

A las personas que apoyaron la aplicación del cuestionario (9 enfermeras supervisoras) se les informó sobre el objetivo del estudio y se les capacitó acerca del llenado del instrumento en una sesión de 2 horas.

### **3.6 Análisis estadístico**

Los datos se procesaron a través de la estadística descriptiva (frecuencias relativas) mediante el programa computacional Statical Package For The Social Science (SPSS) versión 13.0, utilizando además tablas de contingencia; la significancia para el estudio fue de  $p=.05$ ; se elaboraron cuadros conforme a los resultados obtenidos.

A partir de los resultados obtenidos en las tablas de contingencia, se observó que no hubo significancia estadística por lo cual no se realizó el modelo de regresión logística, y se trabajan los resultados a partir de la estadística descriptiva; solo para variables medidas en intervalos (años de experiencia, nivel de conocimientos sobre signos vitales en el neonato y ambos modelos de toma de decisión) se utilizó la prueba estadística de correlación de Pearson, para determinar la fuerza y dirección de la relación entre dichas variables.

### **3.7 Implicaciones éticas del estudio**

Los aspectos éticos de la investigación se basaron en lo establecido por la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en el título segundo, capítulo 1, art. 3, el cual menciona que en toda investigación en donde el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar y en el art. 16 que se refiere a proteger la privacidad de los individuos sujetos de la investigación.

El estudio no representará riesgo alguno para los sujetos que participen en la investigación, por lo que se solicitará el consentimiento informado de manera escrita y se les dará a conocer los objetivos del proyecto.

Además serán considerados los cuatro principios éticos universales: Principio de no maleficencia, de beneficencia, de autonomía o de libertad de decisión y el de justicia.

## **CAPÍTULO 4**

### **RESULTADOS**

Los resultados de la presente investigación se presentan en dos bloques; los primeros cinco cuadros representan la estadística descriptiva y los cuatro últimos la estadística inferencial realizada mediante tablas de contingencia y la prueba estadística de correlación de Pearson.

#### **4.1 Resultados descriptivos**

Los resultados descriptivos se presentan en cinco cuadros que corresponden a las variables que se estudiaron que fueron experiencia, nivel académico del personal de enfermería, conocimiento sobre los signos vitales y el contexto.

## CUADRO No. 1

### EXPERIENCIA EN AÑOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

EXPERIENCIA EN AÑOS	f	%
Un año	46	22
De 2 a 3	51	24.5
De 4 a 6	26	13
De 7 a más	83	40
Perdidos	1	0.5
Total	207	100

Fuente: Instrumento Modelo de toma de decisión en enfermeras de un hospital pediátrico a partir de los signos vitales (MTDESVN) Aguilar, Ostiguín 2007.

Se observa que el 40% del personal de enfermería tiene más de 7 años de experiencia laborando en un mismo servicio, a su vez el grupo de entre 4 a 6 años representan el 13% siendo el porcentaje más bajo.

## CUADRO No. 2

### NIVEL ACADÉMICO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

NIVEL ACADÉMICO	f	%
Enf. Gral. Técnica	25	12
Enf. Gral.	83	40
Enf. Gral. con postécnico	17	8
Lic. Enf.	62	30
Lic. Enf con postécnico	8	4
Lic. Enf. con especialidad	11	5.5
Perdidos	1	0.5
Total	207	100

Fuente: Instrumento MTDESVN, Aguilar, Ostiguín 2007.

El nivel académico que predominó fue el de enfermeras generales a nivel técnico con un 40%, el de Licenciadas en Enfermería un 30% pero en contraparte las Licenciadas con curso postécnico en pediatría representaron el 4%; el 5% (11/207) representan a las licenciadas con postgrado en enfermería infantil, y cabe destacar que el 12% (25/207) son auxiliares.

### CUADRO No. 3

#### NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ SOBRE SIGNOS VITALES EN EL NEONATO

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SIGNOS VITALES EN EL NEONATO	f	%
No saben	18	9
Nivel bajo	88	43
Nivel medio	94	45
Nivel alto	7	3
Total	207	100

Fuente: Instrumento MTDESVN, Aguilar, Ostiguín 2007.

Sobre el conocimiento de signos vitales en el neonato que las enfermeras tuvieron fue de nivel medio con un 45% seguido por el nivel bajo con un 43%; el 9% representan a las enfermeras que no tienen conocimientos básicos de anatomía y fisiología de los signos vitales en el neonato y solo el 3% del total de las enfermeras encuestadas evidencian un nivel alto de conocimientos.

#### CUADRO No. 4

### SERVICIOS EN DONDE LABORA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

SERVICIO	f	%
Urgencias	21	10
Terapias	78	38
Hospitalización	108	52
Total	207	100

Fuente: Instrumento MTDESVN, Aguilar, Ostiguín 2007.

Con respecto a los servicios en donde se encontraba laborando el personal de enfermería en su mayoría se ubicaron en hospitalización 52%, el 38% en terapias y sólo el 10% en urgencias.

### CUADRO No. 5

#### MODELO DE TOMA DE DECISIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

MODELO	f	%
Intuitivo	76	37
Analítico	126	61
Sin modelo	5	2
Total	207	100

Fuente: Instrumento MTDESVN, Aguilar, Ostiguín 2007.

En lo que se refiere al modelo de toma de decisión el 61% (126/207) se identificaron con el modelo analítico, mientras que el intuitivo fue representado por un 37% (76/207) y solo en un 2% (5/207) no se identificó con ningún modelo para decidir a partir de los valores clínicos de los signos vitales en el neonato.

## 4.2 Resultados de estadística inferencial

Los resultados de la estadística inferencial se presentan en cuatro cuadros que corresponden a la correlación de las variables que se estudiaron que fueron experiencia, nivel académico del personal de enfermería, conocimiento sobre los signos vitales y el contexto relacionados con los modelos de toma de decisión mediante tablas de contingencia, las cuales tienen una base estadística de  $X^2$ . El resultado de la correlación de Pearson se presenta en una figura ya que solamente dos variables resultaron estadísticamente significativas.

**CUADRO No. 6**

**AÑOS DE EXPERIENCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL  
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ RELACIONADOS  
CON EL MODELO DE TOMA DE DECISIÓN**

EXPERIENCIA EN AÑOS	TIPO DE MODELO			Total f (%)
	Sin modelo f (%)	Intuitivo f (%)	Analítico f (%)	
Un año	1 (2)	21 (46)	24 (52)	46 (100)
De 2 a 3 años de experiencia	0 (0)	17 (33)	34 (67)	51 (100)
De 4 a 6 años de experiencia	1 (4)	8 (31)	17 (65)	26 (100)
De 7 a más años.	3 (4)	30 (32)	50 (60)	83 (100)
Total	5 (2)	76 (37)	125 (61)	206 (100)

Fuente: Instrumento MTDESVN, Aguilar, Ostiguín 2007.

$$X^2 = .636$$

En lo que se refiere a los años de experiencia relacionados con el modelo de toma de decisión y utilizando porcentajes relativos se puede observar que las enfermeras en general tienden a utilizar el modelo analítico a partir de los valores de signos vitales, ya que a mayor años de antigüedad aumenta la

tendencia hacia lo analítico; aunque se identifica un porcentaje relativo del 46% en el grupo de enfermeras de un año de experiencia que mostró inclinación hacia el modelo intuitivo.

**CUADRO No. 7**

**NIVEL ACADÉMICO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL  
INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ RELACIONADOS CON EL  
MODELO DE TOMA DE DECISIÓN**

<b>NIVEL ACADÉMICO</b>	<b>SIN MODELO f (%)</b>	<b>INTUITIVO f (%)</b>	<b>ANALÍTICO f (%)</b>	<b>TOTAL f (%)</b>
Enf. Gral. Técnica	0 (0)	12 (48)	13 (52)	25 (100)
Enf. General	2 (2)	30 (36)	51 (61)	83 (100)
Enf. General con postecnico	1 (6)	8 (47)	8 (47)	17 (100)
Lic. Enfermería	2 (3)	22 (36)	38 (61)	62 (100)
Lic. Enf. con postécnico	0 (0)	0 (0)	8 (100)	8 (100)
Lic. Enf. Con especialidad	0 (0)	4 (36)	7 (64)	11 (100)
<b>Total</b>	<b>5 (2)</b>	<b>76 (37)</b>	<b>125 (61)</b>	<b>206(100)</b>

Fuente: Instrumento MTDESVN, Aguilar, Ostiguín 2007.

$$X^2 = .506$$

Con respecto al nivel académico de las enfermeras relacionado con el modelo de decisión se observa que el 52% en porcentaje relativo de las enfermeras técnicas toman decisiones analíticas, al igual que el 61% de las enfermeras generales; en las enfermeras generales con postécnico no se observó

diferencias entre ellas respecto al modelo de decisión ya que el porcentaje fue del 47% en ambos modelos y solo el 6% no pudo identificarse en ningún modelo. Las Licenciadas en enfermería con y sin postécnico y con especialidad se identificaron con el 100 % (8/8), 61% (38/62) y 64% (7/11) respectivamente hacia el modelo analítico.

**CUADRO No. 8**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL  
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ SOBRE SIGNOS  
VITALES EN EL NEONATO RELACIONADO CON EL MODELO DE TOMA  
DE DECISIÓN**

Nivel de conocimiento sobre signos vitales	Modelo				Total
	Sin Modelo	Intuitivo	Analítico		
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	
No saben	0	6 (33)	12 (67)	18 (100)	
Nivel bajo	0	37 (42)	51 (58)	88 (100)	
Nivel medio	4 (4)	30 (32)	60 (64)	94 (100)	
Nivel alto	1 (14)	3 (43)	3 (43)	7 (100)	
<b>Total</b>	<b>5 (2)</b>	<b>76 (37)</b>	<b>126 (61)</b>	<b>207 (100)</b>	

Fuente: Instrumento MTDESVN, Aguilar, Ostiguín 2007.

$X^2 = .121$

En relación con el conocimiento sobre los signos vitales y el modelo de toma de decisión se observa que dentro del rubro no saben el 67% decidieron de manera analítica, de igual manera en el nivel bajo y medio la tendencia fue

hacia el modelo analítico con un 58% y un 64% respectivamente; aunque en el nivel medio se puede evidenciar el mayor número de enfermeras que no se identificaron en ninguno de los dos modelos.

En el nivel alto de conocimientos el porcentaje se distribuyó de manera equitativa entre ambos modelos con un 43%.

**CUADRO No. 9**

**SERVICIOS DONDE LABORA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL  
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ RELACIONADO CON  
EL MODELO DE TOMA DE DECISIÓN**

Servicio	Tipo de modelo			Total f (%)
	Sin modelo f (%)	Intuitivo f (%)	Analítico f (%)	
Urgencias	0 (0)	7 (33)	14 (67)	21 (100)
Terapias	4 (5)	33 (42)	41 (53)	78 (100)
Hospitalización	1 (1)	36 (33)	71 (66)	108 (100)
<b>Total</b>	<b>5 (2)</b>	<b>37 (76)</b>	<b>126 (61)</b>	<b>207 (100)</b>

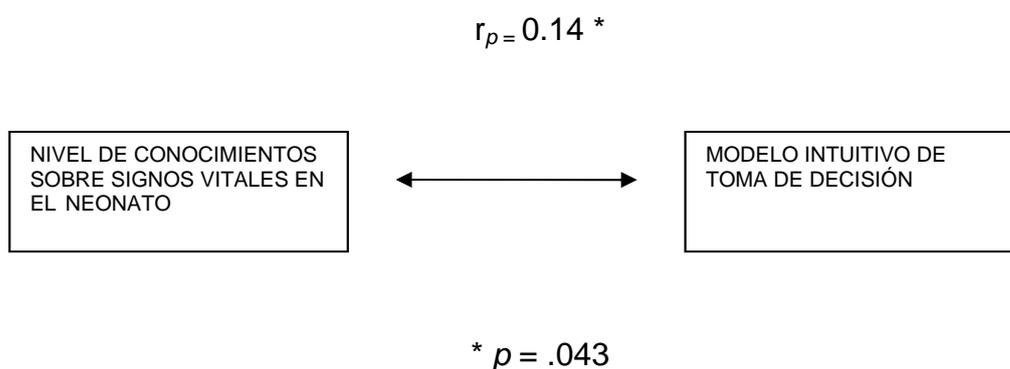
Fuente: Instrumento MTDESVN, Aguilar, Ostiguín 2007.

$X^2 = .174$

En lo referente al servicio y el modelo de toma de decisión se observó que tanto en urgencias y hospitalización son más analíticas con un 67% y un 66% respectivamente, pero en las áreas de terapias el porcentaje es muy similar para ambos modelos con un 42% para el intuitivo y un 53% para el analítico.

Figura 1

**RELACIÓN ENTRE LOS PUNTAJES DEI NIVEL DE CONOCIMIENTOS  
SOBRE SIGNOS VITALES EN EL NEONATO DEL PERSONAL DE  
ENFERMERÍA DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ Y  
EL MODELO INTUITIVO DE TOMA DE DECISIÓN**



Se encontró una asociación lineal, directamente proporcional y estadísticamente significativa débil entre el nivel de conocimientos sobre signos vitales en el neonato y el modelo intuitivo de toma de decisión en las enfermeras que laboran en el Hospital Infantil de México Federico Gómez ( $r_p = 0.14$ ,  $p = .043$ ).

## CAPÍTULO 5

### DISCUSIÓN

El propósito de este estudio fue determinar el modelo de toma de decisión de las enfermeras que laboran en el Hospital Infantil de México Federico Gómez a partir de los valores clínicos de los signos vitales así como reconocer la relación del nivel académico, el conocimiento sobre los signos vitales, la experiencia del profesional de enfermería y el contexto en el modelo de toma de decisión desarrollado por las enfermeras que laboran en la institución antes mencionada.

Respondiendo al primer objetivo se evidenció que el personal de enfermería al abordar los signos vitales en el neonato tienden a tomar decisiones de manera analítica, considerando que es una institución de alta especialidad esto no coincide con lo reportado principalmente por Lauri<sup>33</sup> en áreas específicas de cuidados intensivos y de salud pública de cinco países en donde las enfermeras usaron la intuición en lo relacionado con la toma de decisiones, posiblemente las diferencias que se observaron con lo encontrado se deba al sistema de salud en nuestro país.

Lo anterior difiere con lo señalado por Lauri <sup>31.32</sup> en donde identifica que las enfermeras al dar cuidados o soluciones a problemas de salud no lo pueden realizar de manera completamente intuitiva, si no que requieren de un esfuerzo conciente para recoger toda la información necesaria acerca del paciente y su entorno.

Al reconocer la relación entre algunas variables estudiadas en otras investigaciones y en diferentes lugares del mundo con los modelos de toma de decisión se identificó que el nivel académico que predominó fue el de enfermera general a nivel técnico, seguido por las licenciadas en enfermería y ambos niveles se inclinaron hacia el modelo analítico aunque estadísticamente no fue significativo, situación que coincide con lo reportado por Hoffman<sup>53</sup> que menciona que el nivel académico no tuvo relación con la toma de decisión pero que la educación se relaciona con el querer ser capaz de tomar mas decisiones en el área clínica; en donde a mayor nivel académico mayor actitud de disponibilidad a tomar decisiones; hecho que se contrapone con lo reportado en el 2001 por Lauri<sup>34</sup> en donde las enfermeras con licenciatura usaron el modelo intuitivo más a menudo que las enfermeras de nivel técnico.

Lo anterior implica que las enfermeras de ambos niveles en México desarrollan al modelo analítico, definido como la separación en partes simples de una situación ante la dificultad de poderla visualizar de manera global para su resolución<sup>54</sup>, pero además únicamente reproducen los pasos de algunos procedimientos sin atender el proceso del juicio clínico.

En lo que se refiere a la relación del conocimiento sobre los signos vitales en el neonato y el modelo de toma de decisión se identificó que la mayoría de las enfermeras tuvieron un nivel medio y más de la mitad de estas mismas cargaron hacia la decisión analítica, pero sin significancia estadística, lo cual es similar a lo reportado por Lauri, Salantera<sup>32</sup> en el sentido de que el

conocimiento en el personal de enfermería se basa en la práctica diaria. Aunque en un estudio realizado por ella misma en el 2001<sup>34</sup> menciona que el conocimiento teórico esta asociado con el modelo analítico. Lo que permite considerar que el modelo analítico en la disciplina tiene un componente teórico aunado a otros a explorar, probablemente ubicados en la práctica.

Al utilizar la prueba de correlación de Pearson se observo ligera asociación del conocimiento con el modelo de toma de decisión intuitivo lo cual se contrapone con lo ya expuesto por Lauri<sup>34</sup>.

Al abordar la experiencia, definida como los años que tiene la enfermera laborando en el área pediátrica se observó que la mayoría tuvo más de 7 años, lo cual según Benner<sup>12</sup> pueden ser consideradas expertas y al hacer la correlación con el modelo de decisión sugiere tendencia hacia el modelo analítico, aunque se careció de significancia estadística. El resultado coincide con lo reportado por Lauri en tres investigaciones <sup>31,32,33</sup> en 1995 y 1998 en donde de igual manera la experiencia no fue estadísticamente significativa, pero el modelo prevalente en las enfermeras con mayor experiencia (más de 6 años) estaba orientado hacia el modelo intuitivo.

Lo anterior invita a pensar en otros elementos que estén orientado a la enfermera mexicana a modelos analíticos ya que sin duda un modelo intuitivo entendido como la acción global de cuidado inmediato sustentada por la experiencia y percepción del profesional de enfermería sin considerar los

elementos de la situación, implica conocimiento sobre el área en este caso signos vitales y una capacidad de análisis para intuir durante la práctica.

Por último la variable contexto que fue el servicio en donde labora el personal de enfermería la mitad se ubica en hospitalización, seguidos de las áreas de cuidados intensivos y al hacer la asociación con el modelo de toma de decisión, tanto hospitalización como urgencias tienden a inclinarse hacia lo analítico aspecto que en el caso de terapias intensivas se observan en porcentajes similares para ambos modelos aunque estadísticamente no fueron significativos.

La literatura al respecto refiere que las enfermeras que proporcionan cuidados a pacientes en estado crítico utilizan todos los modelos de toma de decisión excepto el orientado a reglas<sup>32</sup> dada la presteza con la cual deben decidir y crear soluciones basadas principalmente en conocimientos fisiológicos y en su experiencia.

Sin lugar a dudas la investigación ofrece la posibilidad de incursionar más en el fenómeno de la toma de decisión en el cuidado del niño y abre el escenario para nuevas consideraciones en torno al tema.

## 5.1 Conclusiones

Después de haber terminado el trabajo de investigación se rechaza la hipótesis nula de que la experiencia, el nivel académico, el conocimiento sobre signos vitales y el contexto por parte del personal de enfermería no tienen relación con el modelo de toma de decisión de las enfermeras que laboran en el hospital infantil de México Federico Gómez.

Así mismo el estudio permitió identificar que no existe un tipo puro de toma de decisión en las intervenciones del profesional de enfermería ya que hay un porcentaje reducido que no se pudo posicionar en ninguno de los dos, lo cual puede sugerir que el tipo de tarea es determinante para el modelo de toma de decisión o que existen otros elementos por explorar, tales como la edad del profesional, el puesto, la categoría y posiblemente factores personales de la enfermera.

De igual manera se identificó que a mayor nivel académico del personal de enfermería existe mayor tendencia al modelo analítico al momento de tomar decisiones.

Por otro lado el personal de enfermería tiene un nivel medio sobre conocimientos de signos vitales en el neonato lo cual es importante ya que se consideran como indicadores del estado de salud en dicha etapa pediátrica, sin embargo considerando que es un hospital de alta especialidad es de llamar la atención que se tenga dicho nivel.

La experiencia del personal de enfermería permite ubicarlas como expertas considerando la teoría de Benner.

El servicio o escenario es determinante en la toma de decisión por que a partir de él se puede inferir la tendencia hacia la decisión que influye en el cuidado que se brindan en cada área del hospital.

Los resultados de las variables aunque estadísticamente no son significativos señalan alguna vinculación en el proceso de toma de decisión.

## 5.2 Sugerencias

El término del presente permite sugerir que se debe continuar con la línea de investigación respecto a la toma de decisión en enfermería en el ámbito clínico utilizando otras formas de recolección de datos tales como la entrevista, auditorias o bien casos simulados por computadora que permitan evidenciar el proceso, que se lleva en áreas críticas y no críticas.

Sería interesante investigar sobre los factores que influyen en la toma de decisión en el ámbito clínico tales como la edad, el puesto o cargo y la categoría.

Así también trabajar en investigaciones de tipo cualitativo y específicamente con la variable de experiencia, en torno a toma de decisión en diferentes escenarios clínicos de enfermería, lo cual permitiría tener una visión global en el proceso de toma de decisión.

Se debe considerar implementar estudios de tipo longitudinal utilizando alguna otra tarea como administración de medicamentos o aspiración de secreciones asociado al fenómeno de toma de decisión por parte del profesional de enfermería.

Por último realizar estudios multicentricos utilizando el instrumento de recolección de datos elaborado para esta investigación en poblaciones similares.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

<sup>1</sup> García-Carpintero SJ, Piñón PM. ¿Por qué no siempre funciona el P. A. E? Rol Enf. 1994; 195: 63-66.

<sup>2</sup> Alfaro R. aplicación del proceso de enfermería Guía practica. 2da. Ed. España: Doyma; 1992.

<sup>3</sup> Wong LD. Enfermería Pediátrica. 4ta ed. España: Harcourt; 1995.

<sup>4</sup> Santo Tomás PM. Proceso de Enfermería: ¿sí o no? Rol Enf. 1994; 196: 33-36.

<sup>5</sup> Ibidem pág.34.

<sup>6</sup> Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Losey O. El razonamiento crítico y el proceso de enfermería en Proceso y diagnóstico de Enfermería. México: McGraw-Hill Interamericana; 1997.

<sup>7</sup> Kozier B, Erb G, Berman A, Snyder S. El proceso de enfermería en: Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica. 7ª ed. España: McGraw-Hill; 2004.

<sup>8</sup> Huber D. Toma de decisiones en liderazgo y administración en enfermería. 1ª. ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 1999.

<sup>9</sup> García HJA. El proceso de toma de decisión y de resolución de problemas. Centro de psicología clínica. [online]2006 [citado 3-oct-2006] Disponible en: <http://www.cop.es/colegiado/M-00451/tomadeciones.htm>

<sup>10</sup> Verdú SJ, Galiana SMAE, Albert SJA, Gascón PE. Caballero PP. Nolasco BA. Tomar decisiones una aproximación conceptual. Rol. Enf. 2002; 25 (2): 822-830

<sup>11</sup> López MM. La creatividad en la toma de decisiones de los líderes de enfermería. Desarrollo Científico de Enfermería. 1999; 7 (6): 163-166

<sup>12</sup> Benner P. Práctica progresiva en enfermería. Manual de comportamiento profesional. 1ª ed. Barcelona: Grijalbo; 1987

<sup>13</sup> Verdú SJ, Galiana SMAE, Albert SJA, Gascón PE. Caballero PP. Nolasco BA. op cit pág. 828-829

<sup>14</sup> Viciano V. influencia de las “ayudas a la decisión” en las decisiones sobre el tratamiento quirúrgico de cáncer de mama. Gestión clínica y sanitaria 2005; 7 (1):27

<sup>15</sup> Rabanaque MJ. En los cribados de cáncer la toma de decisión informada mejora los conocimientos y la percepción del riesgo. *Gestión clínica y sanitaria* 2005; 7 (1): 33

<sup>16</sup> Sánchez GS. op cit. pág. 3-4

<sup>17</sup> Sánchez PR, Echeverry RJ. Análisis de decisiones clínicas: estrategia práctica para la selección de la mejor alternativa en el manejo de pacientes. *Rev. Colombiana de pediatría* [on line] [citado 5 de agosto-2006]:[aprox. 4p] Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/pediatria/pediatria39304-analisis.htm>

<sup>18</sup> Carbajosa CD. Metodología de actuación para la enfermería de urgencias y emergencia prehospitalaria. *Ciber Revista enfermería de urgencias* [on line].2006 dic [citado 03de enero-2007]; 47:[aprox. 4p]. Disponible en: <http://ciberrevista.enferurg.com/metodologiaactuacion.htm>

<sup>19</sup> Azorin RI, Pérez AI, León MJ, Conesa GMD. Estudio de datos de frecuentación y demanda asistencial en urgencias infantil del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia en el periodo enero 2000 a diciembre 2004. *Enfermería Global* [on line].2005 mayo [citado 03de enero-2007]; 6:[aprox. 19p.]. Disponible en: [www.um.es/eglobal/](http://www.um.es/eglobal/)

<sup>20</sup> Sabater A, Amilcar J. Toma de decisiones en enfermeras de una unidad de hospitalización a domicilio: Un estudio exploratorio. *Enferm Cientif.* 2004; 272-273: 24-35

<sup>21</sup> Zaforteza C, Salvatierra J. Toma de decisiones clínicas: manejar evidencias y el coste en catéteres venosos. *Evidencia* [on line].2006 sep-oct [citado 11 de dic-2006]; 3 (11): [aprox. 6p.]. Disponible en: <http://www.index-f.com/evidencia/n11/260articulo.php>.

<sup>22</sup> Sánchez GN, Ortega MC. Valores de las constantes vitales. *Siglo XVIII. Rol. Enf.* 2002; 25(5):338-342.

<sup>23</sup> Scharff K: determinación sistémica de los signos vitales. Lo que puede estar ignorando. *Nursing* 1992; 10 (3): 49-50

<sup>24</sup> Frometa MM. Alba IZ. Momblanch GD. et al. Modo de actuación en proceso de enfermería. *Rev. Cub. Enfermer.* [online]2000 mayo-ago.[citado 28 julio 2006]; 16 (2): [17 plantillas]. Disponible en: [http://scielo.sid.cu/scielo.php?script=sci\\_arttex&pid=S0864-03192000000200002&ing=es&nrm=iso](http://scielo.sid.cu/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0864-03192000000200002&ing=es&nrm=iso). ISSN0864-0319.

<sup>25</sup> Marín FB. Hermoso de Mendoza CJ. Aliaga MM. Berrade ZE. Brun SC. Aguinaga OI. Et al. Temperatura corporal. Diferentes sistemas de medición. *Rol Enf.* 1999; 22(12):823-827

<sup>26</sup> Gandarias E A. Gandarias E I. El desempeño de enfermería. Profesionalismo en el hospital Universitario. República de Haití. [serial online] 2001 Rev. Cubana de Enfermería [citado ene-abr. 2001];17(1): [8pantallas]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192001000100006&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192001000100006&script=sci_arttext)

<sup>27</sup> Clavería SM. Diferencias de presión arterial ¿Influye el tiempo transcurrido entre tomas? Rol Enf. 2000; 23 (9): 587-594

<sup>28</sup> Scharff K, op cit pag. 49

<sup>29</sup> Corral QRJ. Corral MMGR. Juárez BME. Ochoa ChML. Signos Vitales: Conocimiento y cumplimiento de técnicas de medición. Rev. Enfemr. IMSS. 2006; 14 (2): 97-100

<sup>30</sup> McCaffeny M, Ferreil RB. ¿Hasta que punto son vitales los Signos? Nursing 1993; 11(1): 43-47

<sup>31</sup> Mercado PR. La toma de decisiones y racionalidad en las organizaciones. Universidad de Guadalajara. Sincronía verano 2005. Sincronía, ISSN 1562-384X, N° 2

<sup>32</sup> . Biagini AL. Evidence and decision making process. Rev. Med. Chile 2005; 133 (8): 871-873. ISSN 0034-9887

<sup>33</sup> Verdú SJ, Galiana SMAE, Albert SJA, Gascón PE. Caballero PP. Nolasco BA. Tomar decisiones una aproximación conceptual. Rol. Enf. 2002; 25 (2): 822-830

<sup>34</sup> Hoffman PJ. The paramorphic representation of clinical judgment psychological bulletin 1960; 47 116-131

<sup>35</sup> Godoy A. Toma de decisiones y juicio clínico. Una aproximación psicológica Madrid: Ed. Pirámide; 1996

<sup>36</sup> Benner P. Práctica progresiva en enfermería. Manual de comportamiento profesional. 1ª ed. Barcelona: Grijalbo; 1987

<sup>37</sup> Lauri S, Salantera S, Chalmers K, Ekman SL, Kim HS, Kappeli S; et al. An Exploratory Study of clinical Decision – Making in five Countries. Journal of Nursing Scholarship. First Quarter 2001; 33(1): 83-90

<sup>38</sup> Grier MR, Decision making about patient care. *Nursing research* 1976; 25(2): 105-110

<sup>39</sup> Thompson C, McCaughan D, Cullum N, Sheldon T, Raynor P. Barriers to evidence-based practice in primary care nursing-why viewing decision-making as context is helpful. *Journal of Advanced Nursing*. 2005; 52 (4): 432- 444

<sup>40</sup> Thompson C. A conceptual treadmill: the need for middle ground in clinical decision making theory in nursing. *Journal of Advanced Nursing* 1999; 30 (5): 1222-1229

<sup>41</sup> Lauri S, Salanterä S. Decision \_ Making Models of Finnish nurses and public health nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 1995; 21 (3): 520-527

<sup>42</sup> Lauri S, Salanterä S. Decision – Making Models in Different Fields of Nursing. *Research in Nursing & Health*. 1998; 21 (5): 443-452

<sup>43</sup> Lauri S, Salanterä S, Callister C L, Harrison S, Kappeli S, MacLeod M. Decision making of nurses practicing in intensive care in Canada, Finland, Northern Ireland, Switzerland and United State. *Heart & Lung*. 1998; 27 (2): 133-142

<sup>44</sup> Lauri S, Salanterä S, Chalmers K, Ekman SL, Kim HS, Kappeli S; et al. An Exploratory Study of clinical Decision – Making in five Countries. *Journal of Nursing Scholarship*. First Quarter 2001; 33(1): 83-90

<sup>45</sup> De la rubia DLRJA, Aguirre JA, Fernández VAM, Pérez HC. Termómetro timpánico ¿oído derecho o izquierdo?. *Rev de Enf*. 2002; Abr; 25 (4):50-54.

<sup>46</sup> Marín FB, Hermoso de Mendoza CJ, Aliaga MM, Berrade ZE, Brun SC, Aguinaga OI. Et al. Op cit

<sup>47</sup> Rodríguez MJJ, Sánchez CC, Pérez BJ, Pérez LJ, Rodríguez MM, Pastor PR. et al. Estudio prospectivo de la lectura de la temperatura timpánica en una UCI Polivalente. *Enfermería global*. [online] 2002 nov. [consultado 9 julio 2006] 1 [6 pantallas]. Disponible en: <http://www.un.es/eglobal/1/01b01.html>.

<sup>48</sup> Cobano E, Barbera LM. Sistemas digitales de medición de la temperatura corporal como opción al termómetro de mercurio. Evidentia [online]2005 mayo-agosto [consultado 28 julio 2006]; 2 (5): disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/ns/r129articulo.php>

<sup>49</sup> Corral QRJ, Corral MMGR. Juárez BME. Ochoa ChML. Op cit.

<sup>50</sup> Clavería SM. Op cit.

<sup>51</sup> Salas RL, Martínez CFC, Fernández CLA. Valores de tensión arterial en Recién nacidos sanos durante sus primeras horas de vida. Bol. Med. Del Hosp.. Inf. De Méx. 2002 Feb; 59 (2):89-97.

<sup>52</sup> McCaffeny M. Ferreil RB Op cit..

<sup>53</sup> Hoffman K, Donoghue J, Duffield C. Decision-making in clinical nursing: investigating factors. Journal of Advanced Nursiing. 2004; 45 (1): 53-62

# APÉNDICES

Apéndice 1  
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	PREGUNTA	TIPO DE RESPUESTA	NIVEL DE MEDICIÓN
Contexto	Son las circunstancias o instalaciones en las que se hace la toma de decisión. <sup>1</sup>	Área del hospital que congrega a un determinado número de pacientes con características comunes a la patología.	Servicios del hospital	Servicio en el que labora	1.- Urgencias 2.- Terapia Quirúrgica. 3.- Unidad de terapia intensiva pediátrica. UTIP 4.-recuperación. 5.-Pediatria I y II 6.-Pediatria III y IV. 7.-Cirugía General. 8.-Cirugía de especialidades. 9.-Ortopedia y oftalmología. 10.-Nefrología. 11.-Unidad de cuidados intensivos neonatales UCIN. 12.-Inmunocomprometidos Oncología	Nominal

<sup>1</sup> Lauri S, Salanterä S. Decisión \_ Making Models of Finnish nurses and public health nurses. Journal of Advanced Nursing. 1995; 21 (3): 521

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	PREGUNTA	TIPO DE RESPUESTA	NIVEL DE MEDICIÓN
Nivel académico	Fase o etapa del sistema educativo con objetivos y tipo de estudios que lo caracterizan. <sup>2</sup>	Grado máximo de estudios que tienen las enfermeras.	Grado académico	Indique el nivel máximo de estudios que tiene.	1-Enf. Gral. técnica 2.-Enf. Gral. 3.-Enf. Gral. con postecnico. 4.- Lic. en Enf. 5.-Lic. en Enf con postécnico. 6.-Lic. Enf. con especialidad. 7.- Maestría.	Ordinal

<sup>2</sup> Lauri S, Salanterä S, Callister C L, Harrisson S, Kappeli S, MacLeod M. Decision making of nurses practicing in intensive care in Canada, Finland, Northern Ireland, Switzerland and United State. Heart & Lung. 1998; 27 (2): 133-142

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	PREGUNTA	TIPO DE RESPUESTA	NIVEL DE MEDICIÓN
Experiencia	Años activos que tiene el personal de enfermería en el trabajo <sup>3</sup>	Años que tiene la enfermera laborando en el área de pediatría.	Años de antigüedad	-Anote los años que tiene laborando como enfermera.  -Indique los años que lleva laborando en el servicio.	El que aparezca  Un año 2 a 3 años 4 a 6 años De 7 a más años	Nominal  (Intervalar)

<sup>3</sup> Lauri S, Salantera S, Callister C L, Harrisson S, Kappeli S, MacLeod M. Decision making of nurses practicing in intensive care in Canada, Finland, Northern Ireland, Switzerland and United State. Heart & Lung. 1998; 27 (2): 133-142

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	PREGUNTA	TIPO DE RESPUESTA	NIVEL DE MEDICIÓN
Conocimiento de signos vitales en el neonato.	Es el "saber que" acerca de un fenómeno o hecho comprendiendo manifestaciones formales sobre la relación mutua entre los acontecimientos <sup>4</sup> .  Es la información esencial y adquirida de diferentes maneras, que se espera sea una reflexión exhaustiva de la realidad, se incorpora y se usa para dirigir las acciones de una persona (Kaplan, 1964) <sup>5</sup> .	Es la información que tiene el profesional de enfermería sobre los valores promedio de los 4 signos vitales en niños menores de 30 días de vida extrauterina para dirigir la acción de su cuidado.	-Información sobre aspectos de anatomía y fisiología de los signos vitales en el neonato.	-En el neonato durante la respiración y específicamente la inspiración el diafragma:  -Los receptores respiratorios se localizan en las vías aéreas superiores principalmente en:  -Al valorar la frecuencia cardíaca del neonato se debe esperar:	A) Se contrae, la pared torácica se dilata y el volumen de los pulmones aumenta. B) Se relaja la pared torácica y el volumen de los pulmones aumenta. C) Ambas situaciones  A) Tráquea y pulmones. B) Nariz y faringe C) faringe y laringe  A) un tono alto de duración corta y de gran intensidad. B) Un tono bajo de duración largo y de intensidad disminuida. C) Un tono suave de duración prolongada.  A) El miocardio funciona en la parte superior de la curva del gasto cardíaco y el volumen es limitado.	
Signos vitales	Son los indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales (Cerebro, corazón, pulmones), que expresan de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo. Los 4 principales son: Frecuencia cardíaca, Frecuencia respiratoria, presión arterial y temperatura <sup>6</sup> .					
Neonato	Son la percepción del estado de salud del individuo mediante la valoración de la temperatura, presión arterial, pulso y frecuencia cardíaca <sup>7</sup>  Comprende al recién nacido desde el momento inmediato al nacimiento hasta los 30 días de vida extrauterina y se caracteriza por un incremento de peso y talla acelerado <sup>8</sup> .  Comprende al niño desde el nacimiento hasta los 28 días de edad que se caracteriza por ser altamente					

	<p>vulnerable con cambios del orden biológico encaminados a lograr la supervivencia y sobrepasar la crisis del nacimiento</p>			<p>produce poco cambio en el gasto cardiaco porque:</p> <p>-Los neonatos tienen mayor riesgo de distermias debido a:</p> <p>-En los recién nacidos el mecanismo termogenetico que aumenta la producción de calor es:</p> <p>-La presión arterial esta determinada por:</p>	<p>B) El miocardio funciona en la parte inferior de la curva del gasto. C) No lo recuerdo.</p> <p>A) La inmadurez de los centros termorreguladores. B) Aumento de su superficie corporal. C) No recuerdo.</p> <p>A) Escalofríos B) Aumento del metabolismo y consumo de oxígeno. C) No lo recuerdo</p> <p>A) La resistencia vascular periférica y el gasto cardiaco. B) La viscosidad de la sangre y sustancias vasoconstrictoras. C) La estructura y función del músculo liso de las arterias</p> <p>A) El sistema renina-angiotensina-aldosterona. B) El sistema hematopoyetico C) El sistema urinario.</p>	
--	---	--	--	--	---	--

			<p>-Información sobre aspectos topográficos para la toma de signos vitales en el neonato.</p>	<p>-La regulación de la presión arterial se da por medio de :</p> <p>En el neonato el sitio recomendado para la toma de la frecuencia respiratoria es:</p> <p>-El lugar anatómico en el que debo tomar la frecuencia cardiaca en el neonato es:</p> <p>-Es la zona anatómica mas recomendada para la toma de la temperatura en el neonato por su</p>	<p>A)Parte anterior del tórax (ápex) B) Solo con la observación. C) Parte posterior del tórax.</p> <p>A) En el tercer o cuarto espacio intercostal y a la izquierda de la línea media clavicular. B) Por arriba del tercer espacio intercostal y a la izquierda de la línea media clavicular. C) Entre el segundo y tercer espacio intercostal y a la izquierda de la línea media clavicular.</p> <p>A) Rectal. B) Axilar C) otica.</p> <p>A) Las dos extremidades superiores</p>	
--	--	--	---	--	---	--

				<p>exactitud.</p> <p>-Al realizar por primera vez la toma de la presión arterial en el neonato debe ser tomada en :</p> <p>-¿Cuál es la cifra promedio de la frecuencia respiratoria en el neonato?</p> <p>-¿Cuál es el promedio de la frecuencia cardiaca en un neonato?</p> <p>-¿La cifra promedio de la temperatura en el neonato es?</p> <p>-¿El valor de la presión arterial esperada en el neonato es?</p> <p>-Los neonatos son respiradores nasales</p>	<p>B) Las dos extremidades inferiores C) En las cuatro extremidades.</p> <p>40- 44x´ 45-49x´ 50-54x´</p> <p>80- 110 x´ 120-140x´ 150- 170x´</p> <p>36 a 36.5 °c. 36.6 a 37 °c 37 a 37.5 °c</p> <p>90/50 110/70 70/30</p> <p>A) La epiglotis alongada, casi toca al paladar blando. B) Los senos maxilares son de</p>	
			<p>-Información sobre valores promedio de signos vitales en el neonato</p>			
			<p>-Información sobre especificidades de los signos vitales en el neonato.</p>			

				<p>anatómicamente por:</p> <p>-La frecuencia cardiaca en el recién nacido se valora mejor mediante:</p> <p>-En el recién nacido la fuente termogenica exclusiva de dicha edad se denomina:</p> <p>-Durante el primer mes de vida extrauterina la presión sistólica del neonato sube como consecuencia de :</p>	<p>menor tamaño. C) Los senos frontales no invaden aun el hueso esfenoidal.</p> <p>A) Auscultación. B) Palpación. C) Observación e inspección.</p> <p>A) Tejido adiposo graso. B) Ambiente térmico neutro C) Escalofríos.</p> <p>A) Aumento de la capacidad del ventrículo izquierdo B) Disminución de la capacidad del ventrículo izquierdo. C) No lo recuerdo.</p>	
--	--	--	--	--	--	--



				<p>signos vitales, me permite identificar necesidades y complicaciones en el neonato.</p> <p>-Mi experiencia como enfermera me ha facilitado distinguir la información importante referente al neonato para definir su estado de salud.</p> <p>-Cuando atiendo al neonato, jerarquizo los cuidados en situaciones donde intervienen los signos vitales.</p> <p>-Antes de proporcionar atención al neonato tomo los signos vitales.</p> <p>-Los signos vitales</p>		
--	--	--	--	---	--	--

			<p>-Percepción del profesional de enfermería</p>	<p>en el neonato me indican únicamente datos objetivos de su estado de salud.</p> <p>-Cuando tomo los signos vitales, inmediatamente reconozco lo que le sucede al neonato.</p> <p>-Cuando atiendo al neonato, sus signos vitales son elementos que me hacen visualizar o anticipar complicaciones.</p>		
--	--	--	--	---	--	--

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	PREGUNTA	TIPO DE RESPUESTA	NIVEL DE MEDICIÓN
Modelo analítico	<p>Es la distinción y separación de las partes de un todo hasta llegar a conocer sus principios o elementos, envolviendo pensamientos simbólicos<sup>12</sup>.</p> <p>Del griego análisis que significa desatar, soltar, disolución de un conjunto en sus partes. Método de descomposición en partes simples ante la dificultad de algunos problemas para así examinarlos mejor<sup>13</sup>.</p>	Determinación de una acción a partir de identificar y examinar los elementos sustantivos iniciales del cuidado a partir de los signos vitales.	-Identificación y examinación de los signos vitales para brindar el cuidado..	<p>-Los signos vitales en su conjunto me indican el estado hemodinámico del neonato.</p> <p>-Es importante tomar los cuatro signos vitales en el neonato.</p> <p>-Los signos vitales por separado me indican el estado de salud del neonato.</p> <p>-Para que yo pueda valorar al neonato debo relacionar las cifras en su conjunto de todos los signos vitales.</p> <p>-Durante el primer contacto que tengo con el paciente realizo la valoración para detectar problemas o necesidades.</p> <p>-Los signos vitales que identifico en el neonato son parte de</p>		Nominal.

				<p>mí valoración.</p> <p>-Brindo los cuidados de enfermería al neonato de acuerdo a lo identificado en la valoración.</p> <p>-Comparo la información que he recibido del paciente con conocimientos médicos acerca de la enfermedad, signos y síntomas de la enfermedad.</p> <p>-Uso el plan medico del paciente como marco referencial para mis cuidados.</p> <p>-No tengo dificultad para preparar planes de enfermería individualizados.</p> <p>-Normalmente registro el plan de enfermería para el paciente, en la hoja correspondiente.</p> <p>-Proporciono los cuidados de enfermería al neonato de acuerdo a las rutinas establecidas por el servicio.</p>		
--	--	--	--	---	--	--

				<p><b>-Evaluó los cuidados que proporciono al neonato durante mi jornada de trabajo.</b></p> <p><b>-Registro la evolución del neonato de acuerdo a mis intervenciones de enfermería planeadas</b></p> <p><b>-Uso la información específica sobre el tratamiento de la enfermedad del neonato cuando tomo decisiones de enfermería, durante el cuidado.</b></p> <p><b>-Sobre la base de la información previa, específico todos los cuidados que intento brindar al neonato.</b></p> <p><b>-Evaluó mis acciones de enfermería de acuerdo al estado de salud del neonato.</b></p>		
--	--	--	--	---	--	--

<sup>10</sup> Benner P. Práctica progresiva en enfermería. Manual de comportamiento profesional. Ed. Grijalbo. 1987. Barcelona p 319

<sup>11</sup> Gibson Q. La lógica de la investigación social. 2da. ed. Ed. Tecnos. 1974. Madrid p 28

<sup>12</sup> Lauri S, Salantera S. Developing an Instrument to Measure and Describe Clinical Decision Making in Different Nursing fields. Journal of Professional Nursing. 2002; 18 (2): 93-100.

<sup>13</sup> Ursua N, Ayestaran I, Gonzalez JD. Filosofía crítica de las ciencias humanas y sociales. Historia, metodología y fundamentación científica. 1 ed. Ed. Coyoacán. 2004. México p 310.

---

Apéndice 2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA  
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

**Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación**

Ciudad de México a        de        de 2007

Yo \_\_\_\_\_ Por medio de la presente autorizo participar en el protocolo de investigación denominado: Modelo de toma de decisión en enfermeras de un hospital pediátrico a partir de los signos vitales; que tiene como objetivo: Determinar el modelo de toma de decisión de las enfermeras que laboran en el Hospital Infantil de México Federico Gómez a partir de los valores clínicos de los signos vitales

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder totalmente un cuestionario con 43 preguntas.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: Publicar los resultados de esta investigación en foros para su difusión.

El Investigador Responsable se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar dudas que le plantee acerca de la recolección de la información, los riesgos, beneficios u otros asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente.

El Investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial; además se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio.

Nombre y Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma y matrícula  
del Investigador Responsable.

\_\_\_\_\_  
Testigo  
Nombre y firma

\_\_\_\_\_  
Testigo  
Nombre y firma

---

Apéndice 3

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA  
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LA INVESTIGACIÓN DENOMINADA:

**MODELO DE TOMA DE DECISIÓN EN ENFERMERAS DE UN HOSPITAL PEDIÁTRICO A PARTIR DE LOS SIGNOS VITALES.**

El objetivo del estudio es: Determinar el modelo de toma de decisión de las enfermeras que laboran en el Hospital Infantil de México Federico Gómez a partir de los valores clínicos de los signos vitales.

Nos interesa conocer el modelo de toma de decisión que tiene el personal de enfermería a partir de actividades cotidianas como lo son los signos vitales; por tal motivo en este cuestionario usted indique lo que generalmente realiza en cada una de las aseveraciones. El cuestionario consta de tres apartados, el primero es acerca de datos generales de la persona que lo conteste, el segundo consta de 20 preguntas de opción múltiple y el tercero es para determinar la toma de decisión.

En los tres apartados usted deberá marcar con una X la respuesta que considere adecuada de acuerdo a la pregunta, Todas las preguntas deberán contestarse con una sola respuesta de lo contrario el cuestionario se invalidará.

Recuerde que la información que usted proporcione será manejada de manera estrictamente confidencial y se guardará el anonimato.

Gracias por participar en los avances de nuestra disciplina.

Fecha \_\_\_\_\_

Folio \_\_\_\_\_

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA  
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ**

**MODELO DE TOMA DE DECISIÓN EN ENFERMERAS A PARTIR DE LOS SIGNOS VITALES EN NEONATOS. (MTDESVN, Aguilar GO y Ostiguín MRM; 2007)**

**I.- Conteste lo que se le solicita:**

1.- Servicio en el que labora.

- 1.- Urgencias \_\_\_\_\_ 2.- Terapia Quirúrgica \_\_\_\_\_ 3.- UTIP \_\_\_\_\_  
4.-recuperación \_\_\_\_\_ 5.-Pediatria I y II \_\_\_\_\_ 6.-Pediatria III y IV \_\_\_\_\_  
7.-Cirugía General \_\_\_\_\_ 8.-Cirugía de especialidades \_\_\_\_\_ 9.-Ortopedia y oftalmología \_\_\_\_\_  
10.-Nefrología \_\_\_\_\_ 11.-UCIN. \_\_\_\_\_ 12.- Oncología \_\_\_\_\_

2.- Indique el nivel máximo de estudios que tiene.

- 1-Enf. Gral. Técnica \_\_\_\_\_ 2.-Enf. Gral. \_\_\_\_\_ 3.-Enf. Gral. con postécnico \_\_\_\_\_  
4.- Lic. en Enf. \_\_\_\_\_ 5.-Lic. en Enf con postécnico \_\_\_\_\_ 6.-Lic. Enf. con especialidad \_\_\_\_\_

3.-Indique los años que lleva laborando en el servicio \_\_\_\_\_

4.-Anote los años que tiene laborando como enfermera. \_\_\_\_\_

**II.- Marque con una X la respuesta que considere correcta.**

5.- En el neonato durante la respiración y específicamente en la fase de inspiración el diafragma:

- A) Se contrae, la pared torácica se dilata y el volumen de los pulmones aumenta.  
B) Se relaja la pared torácica y el volumen de los pulmones aumenta.  
C) Ambas situaciones

6.-Los receptores respiratorios se localizan en las vías aéreas superiores principalmente en:

- A) Tráquea y pulmones.  
B) Naríz y faringe  
C) faringe y laringe

7.-Al valorar la frecuencia cardiaca del neonato se debe fisiológicamente esperar:

- A) un tono alto de duración corta y de gran intensidad.  
B) Un tono bajo de duración largo y de intensidad disminuida.

---

C) Un tono suave de duración prolongada.

8.-En los neonatos, el incremento en la frecuencia cardiaca produce poco cambio en el gasto cardiaco porque:

- A) El miocardio funciona en la parte superior de la curva del gasto cardiaco y el volumen es limitado.
- B) El miocardio funciona en la parte inferior de la curva del gasto.
- C) El miocardio funciona en la parte media de la curva del gasto cardiaco.

9.-Los neonatos tienen mayor riesgo de distermias debido a:

- A) La inmadurez de los centros termorreguladores.
- B) Aumento de su superficie corporal.
- C) Disminución de su superficie corporal.

10.-En los recién nacidos el mecanismo termogenético que aumenta la producción de calor es:

- A) Escalofríos
- B) Aumento del metabolismo y consumo de oxígeno.
- C) Hipotermia.

11.-La presión arterial está determinada por:

- A) La resistencia vascular periférica y el gasto cardiaco.
- B) La viscosidad de la sangre y sustancias vasoconstrictoras.
- C) La estructura y función del músculo liso de las arterias

12.-La regulación de la presión arterial se da por medio de la:

- A) renina-angiotensina.
- B) Sangre - plasma
- C) renina-plasma.

13.-Los neonatos son respiradores nasales anatómicamente por:

- A) La epiglotis alargada, casi toca al paladar blando.
- B) Los senos maxilares son de menor tamaño.
- C) Los senos frontales no invaden aun el hueso esfenoidal.

14.-La frecuencia cardiaca en el recién nacido se debe valorar mediante:

- A) Auscultación.
- B) Palpación.
- C) Observación.

15.-En el recién nacido la fuente termogénica exclusiva y natural se denomina:

- A) Tejido adiposo graso.
- B) Ambiente térmico neutro
- C) Escalofríos.

16.-Durante el primer mes de vida extrauterina la presión sistólica del neonato sube como consecuencia de:

- A) Aumento de la capacidad del ventrículo izquierdo
- B) Disminución de la capacidad del ventrículo izquierdo.
- C) Disminución de la capacidad del ventrículo derecho.

---

17.-En el neonato el sitio recomendado para la toma de la frecuencia respiratoria es:

- A) Parte anterior del tórax (ápex)
- B) Parte lateral del tórax.
- C) Parte posterior del tórax.

18.-El lugar anatómico en el que debo tomar la frecuencia cardiaca en el neonato es:

- A) En el tercer o cuarto espacio intercostal y a la izquierda de la línea media clavicular.
- B) Por arriba del tercer espacio intercostal y a la izquierda de la línea media clavicular.
- C) Por debajo del tercer espacio intercostal y a la izquierda de la línea media clavicular.

19.-Es la zona anatómica mas recomendada por la literatura especializada para la toma de la temperatura en el neonato por su exactitud.

- A) Rectal.
- B) Axilar
- C) otica

20.-Al realizar por primera vez la toma de la presión arterial en el neonato debe ser tomada en:

- A) Las dos extremidades superiores
- B) Las dos extremidades inferiores
- C) En las cuatro extremidades.

21.- ¿Cuál es la cifra promedio de la frecuencia respiratoria en el neonato?

- A) 40- 44x´
- B) 45-49x´
- C) 50-54x´

22.-¿Cuál es el promedio de la frecuencia cardiaca en un neonato?

- A) 80- 110 x´
- B) 120-140x´
- C) 150- 170x´

23.- ¿La cifra promedio de la temperatura en el neonato es?

- A) 36 a 36.5 °c.
- B) 36.6 a 37 °c
- C) 37 a 37.5 °c

24.- ¿El valor de la presión arterial esperada en el neonato es?

- A) 90/50
- B) 110/70
- C) 70/30

**III.- A continuación se le presentan una serie de preguntas, las cuales deberá contestar lo más sinceramente posible, no hay respuestas correctas e incorrectas. Marque con una X la respuesta que más se acerque a lo que realiza diariamente. Contesta una sola respuesta a cada pregunta.**

preguntas	NUNCA	RARAMENTE	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
25.- Tomó en cuenta las condiciones generales en que se encuentra el neonato para tomar los signos vitales.					
26.-Al observar al recién nacido identifiqué inmediatamente su estado general de salud.					
27.-Los signos vitales por separado me indican el estado de salud del neonato.					
28.- Los signos vitales del neonato me permiten tener una visión integral de su situación para actuar de manera inmediata.					
29.- Antes de proporcionar cuidados al neonato tomo los signos vitales.					
30.- Al iniciar el turno tomo los signos vitales y observo al neonato para brindar el cuidado de manera inmediata.					
31.- La rapidez con que tomo los signos vitales, me permite identificar necesidades y complicaciones en el neonato.					
32.- Mi experiencia como enfermera me ha facilitado distinguir la información relevante en cuanto al estado de salud del neonato.					
33.- Cuando atiendo al neonato, jerarquizo los cuidados a partir de mi experiencia sobre los signos vitales.					
34.- Al valorar al neonato primero identifiqué sus signos vitales y posteriormente proporciono el cuidado.					

35.- Uso la información específica de los signos vitales para la toma de decisiones de enfermería, durante el cuidado.					
36.- Al proporcionar los cuidados de enfermería al neonato, identifiqué primero su estado general de salud mediante los signos vitales.					
37.- Al valorar al neonato relaciono las cifras de los signos vitales en su conjunto para identificar su estado general de salud.					
38.- Las cifras de signos vitales en los neonatos tienen significados sólo de manera independiente.					
39.- Evalué mis acciones de enfermería de acuerdo a los signos vitales y al estado de salud del neonato.					
40.- Los signos vitales en su conjunto me permiten identificar el estado hemodinámico del neonato para poder actuar.					
41.-Durante el primer contacto que tengo con el paciente realicé la valoración para detectar problemas o necesidades en donde se involucren los signos vitales.					
42. Brindo los cuidados de enfermería al neonato de acuerdo a lo identificado en la valoración de los signos vitales y la observación en general.					
43.-Los conocimientos de signos vitales que poseo me permiten darle significado en conjunto para planear el cuidado.					