

Visibilidad de la Escuela de Enfermería en los campos de práctica

Universidad Industrial de Santander

RESUMEN

La información real de los diagnósticos y las intervenciones que realizan los estudiantes y docentes durante la práctica permite conocer la correspondencia entre la academia y la asistencia, retroalimentar el proceso de reforma curricular, definir los diagnósticos y las intervenciones de enfermería en los contextos reales, y hacer visible el papel de la Escuela de Enfermería en los campos de práctica.

Se realizó un estudio descriptivo, diseñado e implementado mediante el seguimiento de prácticas y el sistema de registro de las mismas, diligenciado por estudiantes que cursaron asignaturas teórico-prácticas desde el 2001 hasta el 2004.

El formato fue elaborado, y cuenta con la validez de contenido, por parte de los docentes de la Escuela. Se elaboró el software SIPCE (Sistema de Información de Prácticas Clínico-Comunitarias de Enfermería) que permite sistematizar los datos.

Se presentan los diagnósticos de enfermería más frecuentes por género, edad y situación de salud. También se presentan las intervenciones de enfermería realizadas por estudiantes y docentes durante la práctica.

PALABRAS CLAVE

Proceso de enfermería, diagnósticos de enfermería, North American Nursing Diagnostics Association (NANDA), intervenciones de enfermería, Nursing Intervention Classification (NIC), resultados de enfermería, Nursing Outcomes Classification (NOC), registros de enfermería.

ABSTRACT

The real information of diagnosis and interventions done by students and teachers during practice, allows knowing the correlation between academy and assistance, giving feedback to the process of curricular reform, defining diagnostics and nursing interventions in real context, and making visible the role of Nursing Schools in the practice fields.

A descriptive study took place, designed and implemented following up the practice and its system of registry, carried out by students who attend theory - practice subjects, from 2001 to 2004.

The format was elaborated, and has validated its contents by teachers of the School. The software SIPCE was developed (System of Information of Nursing Community-Clinic Practices) allowing the systematization of data. Most frequent nursing diagnostics are presented by gender, age and health situation. It also presents nursing interventions done by students and teachers during practice.

KEY WORDS

Nursing process, nursing diagnostics, North American Nursing Diagnostics Association (NANDA), Nursing Interventions, Nursing Interventions Classification (NIC), Nursing Outcomes Classification (NOC), nursing records.

1 Enfermera especialista en docencia universitaria, Msc. en pedagogía; profesora asociada, UIS, Colombia. libanes@uis.educo.co

2 Enfermera especialista en educación sexual y procesos afectivos; profesora titular, UIS, Colombia. inamaya@uis.educo.co

3 Enfermera especialista en cuidado crítico, UIS, Colombia. vivian44@latinmail.com



Objetivo

escribir los diagnósticos y las intervenciones de enfermería realizadas por estudiantes y docentes de prácticas clínicas entre los años 2001 y 2004.

Justificación

El presente trabajo de investigación busca suplir la carencia de registros propios de enfermería que permitan hacer visible el desempeño de la enfermera en el campo académico y profesional. Enfermería tiene un mínimo de procedimientos registrados en comparación con las intervenciones que realiza durante el desempeño del cuidado, lo cual requiere fortalecer la cultura del registro propio de la profesión para hacerla visible, reconociendo la importancia que tiene el proceso de enfermería en sus diferentes etapas y su aplicación en el contexto real de desempeño. El trabajo permite, además, establecer un sistema de información y documentación sistematizada que facilite la gestión del cuidado de enfermería en los diferentes sitios de práctica, a la luz de los requerimientos de los convenios docente-asistenciales, y retroalimentar el proceso de reforma curricular mediante información que facilite el análisis de los diagnósticos y las intervenciones de enfermería al individuo, la familia y la comunidad.

Marco teórico

Evolución histórica de los sistemas de registro

A partir del siglo XX el ejercicio de la enfermería se ha visto acompañado de un desarrollo científico y un componente visible de la práctica que han repercutido en la educación. De hecho, "Durante la guerra de Crimea, Florence Nightingale, mediante el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud logró disminuir la mortalidad del 42 al 2,2%" (1). En 1923, los aspectos físicos y el carácter médico de los cuidados dados a los enfermos hospitalizados empiezan a tomar gran relevancia y sirven de base a los cuidados de enfermería. El interés se centra en el estudio de los procesos fisiológicos y aparecen las publicaciones de cuidados clínicos de enfermería (1), que se enriquecerán gracias al aporte de las ciencias sociales.

A comienzos de los años sesenta se empieza a usar el concepto de bases científicas para los cuidados de enfermería y la utilización del método de resolución de problemas. Faye Abdellah y Virginia Henderson (2) proponen organizar el cuidado de enfermería a partir de problemas propios de la disciplina y no de diagnósticos médicos, y organizar los programas académicos de enfermería de acuerdo con este enfoque, con base en los 21 problemas de enfermería de Abdellah y las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson. Este hecho condujo a la idea de un proceso de enfermería que en sus comienzos estaba conformado únicamente por dos etapas: la identificación de problemas de la disciplina y el establecimiento de un plan de acción para resolverlos. Con la participación de más de 40 escuelas de enfermería, y bajo la coordinación de la enfermera Faye Abdellah, se realizó el trabajo de clasificación y se logró una primera lista de 21 problemas, que fueron considerados objetivos terapéuticos de enfermería; era el momento histórico en el cual se hacía indispensable trabajar sobre las necesidades y los problemas del paciente (3).

En 1966, Virginia Henderson identificó 14 necesidades humanas básicas que según ella involucraban las funciones fundamentales de enfermería. Tanto la lista de Abdellah como la

de Henderson han sido ampliamente utilizadas en la educación y en la práctica como instrumentos de valoración.

El surgimiento del proceso de enfermería y su aporte a la visibilidad de la profesión

Una situación que presionó la definición del quehacer de enfermería fueron los cambios generados en el sistema de salud de los Estados Unidos; enfermería era un servicio que ni siquiera aparecía en la factura, pues estaba incluido en los costos de alojamiento y alimentación. Las enfermeras, enfrentadas a todas estas restricciones y regulaciones, debían mantener la calidad del cuidado al mismo tiempo que ofrecer una serie de servicios de enfermería cuyo costo pudiera ser calculado y facturado por separado (4).

Preocupadas por esta situación, dos enfermeras docentes de la Escuela de Enfermería de la Universidad de San Luis, Kristine Gebbie y Mary Ann Lavin, empezaron a plantearse la necesidad de definir en forma concreta los "problemas de enfermería", expresión que había evolucionado hacia "diagnósticos de enfermería" (1). Se hacía necesario definir los enunciados para esos diagnósticos que se encontraban en el dominio de la práctica de la profesión, y para ello organizaron la Primera Conferencia para la Definición y Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería (5).

Como resultado de la conferencia se conformó el Grupo Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería, que debería reunirse cada dos años a fin de presentar a la comunidad de enfermería los progresos en la definición de los diagnósticos, y al mismo tiempo encargarse de la divulgación de los mismos.

En la undécima conferencia celebrada en 1994 se analizó la dificultad relacionada con una gran cantidad de diagnósticos admitidos que presentaban problemas para clasificarlos dentro de las categorías presentes en la taxonomía I; por tal razón, se propuso estudiar diferentes posibilidades de clasificación de diagnósticos y, finalmente, se acordó adoptar un tipo de marco basado en los patrones funcionales de Marjory Gordon. Con permiso de la autora se hicieron algunas modificaciones a la estructura, convirtiendo los patrones en dominios, de donde surgió la taxonomía II, aprobada en la decimotercera conferencia celebrada en 1998.

Hoy día hay consenso en que el empleo de un sistema de clasificación proporciona a las enfermeras un marco común de referencia y facilita la comunicación oral y escrita, haciéndola más eficaz; para que enfermería pueda ser considerada como una profesión completa, necesita contar con un sistema de clasificación (taxonomía) para aquellas funciones y responsabilidades que son exclusivas de la enfermera y que por lo tanto, le dan autonomía en su quehacer (4).

En la Escuela de Enfermería de la Universidad Industrial de Santander (UIS) se ha venido realizando un seguimiento al proceso evolutivo de los diagnósticos de la North American Nursing Diagnostics Association (NANDA) y, de hecho, ello se ha reflejado en los procesos educativos, investigativos y docente-asistenciales apoyados en los anteriores lineamientos históricos y conceptuales. La escuela sustenta tanto el proceso de formación como el de registro del desempeño de profesores y estudiantes en sus diferentes sitios de práctica, para lo cual utiliza una nomenclatura reconocida en el mundo y con la que se pueden mostrar resultados del desempeño profesional en el abordaje de las respuestas humanas a los problemas de salud. Para este fin, desde el primer semestre de 2001 se diseñó e implementó un formato en el cual se

describen los diagnósticos y las intervenciones de enfermería que los estudiantes realizan en las prácticas desde el enfoque clínico, familiar y comunitario. El registro de este formato se ha sistematizado mediante el software SIPCE (Sistema de Información de Prácticas Clínico-Comunitarias de Enfermería), facilitando su análisis.

Clasificación de las intervenciones de enfermería y su importancia en los sistemas de registro

La selección y formulación de las intervenciones de enfermería constituyen parte importante del planeamiento del cuidado, pues son las indicaciones o prescripciones que la enfermera(o) considera necesarias para obtener los resultados esperados, en términos de corrección, disminución o mantenimiento de las condiciones de salud deseables en el individuo.

Los planes de intervención deben estar estrechamente relacionados con diagnósticos de enfermería identificados; con base en ellos se establecen las metas o los resul-

La selección y formulación de las intervenciones de enfermería constituyen parte importante del planeamiento del cuidado, pues son las indicaciones o prescripciones que la enfermera(o) considera necesarias para obtener los resultados esperados, en términos de corrección, disminución o mantenimiento de las condiciones de salud deseables en el individuo.

tados que se espera lograr a través de la realización de dichas intervenciones de enfermería. Por lo anterior, los objetivos de la selección de intervenciones serán: controlar el estado de salud, resolver o controlar un problema, ayudar con las actividades de la vida diaria, promover un óptimo estado de salud e independencia y minimizar los riesgos.

Es importante recalcar que gran parte del cuidado de la salud compete a enfermería, y es un hecho que éste es indispensable para asegurar el bienestar de las personas; sin embargo, el impacto del cuidado de enfermería es casi invisible y son numerosos los cuestionamientos al respecto: ¿qué hace exactamente un profesional de enfermería? ¿Suponen sus acciones alguna diferencia en la calidad de los cuidados sanitarios 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.

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 diagnósticos de enfermería; la herramienta que le permite mostrar su quehacer es el proceso de enfermería.

En respuesta a esta situación, desde 1987 un grupo de enfermeras de la Universidad de Iowa, liderado por Joanne McCoskey y Gloria Bulecheck (6), se dedicó a trabajar en la elaboración de una taxonomía de intervenciones de enfermería, y en 1992 publicaron su primer trabajo: Nursing Intervention Classification (NIC), en el cual se incluían 336 intervenciones de enfermería, cada una de ellas con una denominación, una definición y un grupo de actividades relacionadas que describían las acciones del profesional de enfermería requeridas para implementar la intervención.

En 1996 se presentó la segunda edición del NIC con un total de 433 intervenciones distribuidas por niveles para su organización. El nivel 1 corresponde a los campos, que son 7; el nivel 2, a las clases para un total de 29, y el nivel 3 corresponde a las 433

Los planes de intervención deben estar estrechamente relacionados con diagnósticos de enfermería identificados; con base en ellos se establecen las metas o los resultados que se espera lograr a través de la realización de dichas intervenciones de enfermería.

intervenciones. En la actualidad se cuenta ya con la tercera edición, la cual presenta un total de 486 intervenciones, organizadas en 7 campos y 30 clases (6).

Entre las múltiples razones que sustentan la necesidad de utilizar la clasificación de intervenciones se encuentran las siguientes: estandarización de la nomenclatura de las intervenciones de enfermería, ampliación del conocimiento de enfermería con respecto a la relación entre diagnósticos, intervenciones y resultados, y desarrollo de un sistema de información del cuidado de enfermería.

La historia clínica como sistema de registro y su influencia en la enfermería como profesión

Según Carpenito (2), 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 (7). La estructura actual de la documentación de enfermería, los vocabularios y la calidad de los datos registrados son un problema agravado por la demanda. Hay factores que complican aún más estos temas, entre ellos cabe mencionar los siguientes:

- La gran demanda de atención en enfermería.
- La escasez de enfermeras matriculadas.
- La gran disparidad con respecto a los medios, los niveles y la calidad de la educación profesional y el desempeño.
- La mayor parte de la asistencia de enfermería está a cargo de auxiliares, los requisitos específicos para documentar la atención varían según el organismo, la institución, el nivel de educación profesional, la tradición, las rutinas y el entorno jurídico, lo que impide emplear documentación normalizada.
- El que no se reconozca que la documentación de enfermería es un aspecto importante para explicar y caracterizar la contribución de la enfermería a la atención de salud.

- La carencia de documentación con un formato normalizado, que impide extraer información para su análisis.
- El uso de distintos sistemas de clasificación provenientes de otros países, que a menudo no son adecuados para los usuarios locales y el modelo de atención.
- La falta de validación y evaluación de los sistemas de clasificación.
- La carencia de datos y conjuntos normalizados de términos o terminologías de atención de enfermería para sustentar la ejecución del proceso.
- La carencia de métodos de comparación de prácticas y de herramientas para asegurar la calidad y la eficacia en función de los costos de la atención de enfermería.
- La falta de experiencia en el manejo de organizaciones complejas, entornos cambiantes y equipos multiprofesionales.
- La falta de conocimientos y aptitudes en materia de tecnologías de la información y de motivación para aprender sobre ellas, agravada por el hecho de no reconocerlas como un recurso personal esencial para la evaluación del desempeño profesional (7).

En la actualidad existen diferentes formas de registro; entre ellas se mencionan las que se han utilizado en las prácticas de las estudiantes en las diferentes instituciones de salud, que no corresponden al sistema de registro de éstas sino que se convierten en una exigencia académica por cuanto en la mayoría de las instituciones no se establecen parámetros claros de registro de las intervenciones de enfermería.

El método DAR, que ha sido adoptado por la Escuela de Enfermería de la Universidad Industrial de Santander, se aplica de la siguiente forma:

D: se refiere al registro de cada uno de los diagnósticos de enfermería aceptados por la NANDA (5), identificados a través de la valoración; cada diagnóstico debe ir acompañado de los datos objetivos y subjetivos que permiten su validación.

A: se registran las acciones de enfermería realizadas para el diagnóstico, teniendo cuidado especial de consignar la hora preci-

sa en la cual fueron realizadas y las respuestas humanas generadas por la actividad. Es importante aclarar que el enfoque conceptual retoma la estructura de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería del grupo Iowa.

R: hace referencia a los resultados obtenidos con la ejecución de las actividades realizadas, por tanto, antes de registrarlos es preciso realizar la evaluación. De igual manera, el enfoque conceptual retoma la estructura de la Clasificación de Resultados de Enfermería (8).

Cualquiera que sea el sistema de registro utilizado se requiere conocer los criterios establecidos para que éstos sean efectivos: estar adaptado a los tipos de problemas que presenta con mayor frecuencia la población de personas de la institución, reflejar el uso del proceso de enfermería, detectar la inconveniencia de la doble documentación, aumentar la calidad de los registros enfermeros, y ser legalmente adecuados (9).

Los sistemas de acreditación han dirigido su atención hacia la eficacia de los cuidados y requieren datos acerca de los pacientes y la correlación de los problemas de salud, intervenciones y resultados, de modo que se puedan analizar datos en conjunto y se generen nuevos conocimientos acerca de la calidad y utilidad de los cuidados que se brindan.

La mayor parte de la asistencia de enfermería está a cargo de auxiliares; los requisitos específicos para documentar la atención varían según el organismo, la institución, el nivel de educación profesional, la tradición, las rutinas y el entorno jurídico, lo que impide emplear documentación normalizada.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo realizado mediante el seguimiento de las prácticas clínicas desde agosto de 2001 hasta la fecha, período en el cual se diseñó e implementó el Sistema de Registro de las Prácticas Clínicas, diligenciado por todos los estudiantes inscritos en el programa de formación y cursando las asignaturas de práctica clínica, desde el tercer semestre de la carrera. El formato cuenta con el aval del docente supervisor de cada sitio de práctica.

Variables nominales: género, problemas de salud, diagnóstico de enfermería prioritario, diagnóstico de enfermería secundario según etiquetas de la NANDA, intervención de enfermería según Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC), institución de salud y servicios donde se realizan las prácticas.

Variable continua: edad de pacientes intervenidos.

Aspectos metodológicos de la propuesta

Primera etapa:

- Prueba piloto en el primer semestre de 2001 con 750 registros de personas hospitalizadas en el Hospital Universitario González Valencia (HURGV).
- Base de datos en Epi info. 6.04.

Segunda etapa:

- Diseño de un segundo formato.
- Inclusión de nuevas intervenciones y variables como edad, género, diagnóstico de enfermería, diagnóstico médico, institución y rotación, lo cual hace extensiva la aplicación del formato a todos los campos de práctica con quienes se mantiene el convenio docente-asistencial.
- Construcción de un instructivo individual.

Tercera etapa:

- Directrices de la escuela frente a la operacionalización de los indicadores.
- Implementación de la Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC) incluyendo las escalas de medición.

Resultados

Se analizaron 2.351 registros provenientes de 11 instituciones donde se llevó a cabo la práctica clínica durante el período de estudio.

El diseño y diligenciamiento del sistema de registros de enfermería ha permitido conocer comportamientos importantes de las prácticas clínicas relacionadas con las personas intervenidas según género, edad, situación de salud, diagnóstico de enfermería prioritario y secundario, e intervenciones de enfermería, rotación e institución.

De igual manera ha sido posible conocer, dentro de la población intervenida, la relación entre edad y situación de salud, edad e intervenciones de enfermería, edad y diagnósticos de enferme-

El diseño y diligenciamiento del sistema de registros de enfermería ha permitido conocer comportamientos importantes de las prácticas clínicas relacionadas con las personas intervenidas según género, edad, situación de salud, diagnóstico de enfermería prioritario y secundario, e intervenciones de enfermería, rotación e institución.

ría, rotación y diagnósticos de enfermería, rotación e intervenciones de enfermería y su análisis en las respectivas instituciones.

A través de estos años de registro de prácticas clínicas se han podido encontrar tendencias interesantes relacionadas con la prevalencia de diagnósticos de enfermería como son: riesgo de infección, dolor agudo, conocimientos deficientes, deterioro de la movilidad física, riesgo de lesión, riesgo de deterioro de integridad cutánea, deterioro de integridad tisular y desequilibrio nutricional por defecto.

Las intervenciones de enfermería más frecuentes han sido: enseñanza individual, monitoreo de signos vitales, recibo y entrega de turnos, arreglo de unidad, cuidados de medicamentos parenterales, monitoreo de líquidos, mantenimiento de acceso venoso, manejo del dolor, control de la infección y manejo de heridas.

A continuación se presentan algunos datos relacionados con la experiencia académico-asistencial de la Escuela de Enfermería durante el primer semestre de 2004, con el objetivo de ilustrar los aspectos

metodológicos que permiten registrar las prácticas de formación de estudiantes y docentes.

En la tabla 1 se presenta la prevalencia diagnóstica prioritaria; en la tabla 2 se presenta la prevalencia diagnóstica secundaria; la tabla 3 muestra la prevalencia diagnóstica según edad; en la tabla 4 se observa la prevalencia diagnóstica según servicio de rotación, y en la tabla 5 la prevalencia de intervenciones de enfermería según NIC.

Conocer la prevalencia diagnóstica de enfermería permite a los profesionales profundizar sobre los problemas que con mayor frecuencia se enfrentan en la práctica diaria, reconociéndolos con un lenguaje y una estructura conceptual estandarizada.

Es importante resaltar en la tabla 1 la prevalencia de diagnósticos reales como: dolor agudo, conocimientos deficientes, deterioro de la movilidad física, de la integridad cutánea y tisular, los cuales se convierten en campos específicos del desempeño de enfermería. De igual manera, se resalta la prevalencia de diagnósticos de riesgo como: infección, lesión y deterioro de la integridad cutánea, los cuales se convierten en hallazgos que permiten evidenciar el papel activo que asume el profesional de enfermería en

TABLA 1. Prevalencia diagnóstica prioritaria. Primer semestre, 2004

Diagnóstico	n	%
Riesgo de infección	59	18,07
Dolor agudo	44	14,14
Conocimientos deficientes	41	13,18
Deterioro de la movilidad física	37	11,89
Riesgo de lesión	34	10,93
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	24	7,71
Deterioro de la integridad cutánea	24	7,71
Ansiedad	20	6,43
Deterioro de la integridad tisular	17	5,46
Desequilibrio nutricional por defecto	11	3,53
Total	311	100

la prevención de los diagnósticos reales, y el impacto positivo para las personas intervenidas y para las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Encontrar dentro de la prevalencia diagnóstica los casos de ansiedad, refleja la ruptura que desde hace algunos años los pro-

fesionales han logrado al pasar de un enfoque biólogo a un enfoque integral que involucra diagnósticos de enfermería psicosociales permitiendo además adelantar proyectos curriculares dentro de un contexto más humanizante.

TABLA 2. Prevalencia diagnóstica secundaria. Primer semestre, 2004

Diagnóstico	n	%
Riesgo de infección	87	20,76
Dolor agudo	70	16,70
Deterioro de la movilidad física	53	12,64
Conocimientos deficientes	52	12,41
Perfusión tisular inefectiva	45	10,73
Deterioro de la integridad tisular	37	8,83
Desequilibrio nutricional por defecto	25	5,96
Patrón respiratorio ineficaz	25	5,96
Riesgo de déficit de volumen de líquidos	25	5,96
Total	419	100

Comparando la prevalencia diagnóstica secundaria con la tabla 1 sobre prevalencia diagnóstica primaria, existe la correspondencia en cuanto a diagnósticos que con mucha frecuencia se encuentran en diferentes campos de desempeño y que se convier-

ten en prioridades del rol profesional, facilitando elementos cognoscitivos que permiten realizar intervenciones de calidad en las personas afectadas.

TABLA 3. Prevalencia diagnóstica según edad. Primer semestre, 2004

Rango de edad	Diagnóstico	n	%
De un mes a 5 años	1. Dolor agudo	5	25
	2. Riesgo de infección	4	20
	3. Hipertermia	4	20
	4. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	4	20
	5. Limpieza ineficaz de vías aéreas	3	15
	Total	20	100
De 5 años a 10 años	1. Deterioro de la movilidad física	4	31
	2. Riesgo de disfunción neurovascular periférica	3	23
	3. Riesgo de lesión	2	15
	4. Baja autoestima situacional	2	15
	5. Deterioro de la dentición	2	15
	Total	13	100
De 10 años a 29 años	1. Riesgo de infección	68	31
	2. Dolor agudo	51	23
	3. Conocimientos deficientes	39	18
	4. Riesgo de lesión	36	16
	5. Deterioro de la movilidad física	25	11
	Total	219	100
De 29 años a 45 años	1. Riesgo de infección	34	31
	2. Dolor agudo	26	24
	3. Conocimientos deficientes	21	19
	4. Deterioro de la integridad tisular	15	14
	5. Deterioro de la movilidad física	14	13
	Total	110	100
Mayores de 45 años	1. Deterioro de la movilidad física	44	24
	2. Perfusión tisular inefectiva	37	21
	3. Riesgo de infección	36	20
	4. Riesgo de lesión	33	18
	5. Conocimientos deficientes	30	17
	Total	180	100

Conocer la prevalencia diagnóstica ha permitido, dentro de la Escuela de Enfermería, identificar los diagnósticos de enfermería más frecuentes, según rango de edad, al igual que el comportamiento de los mismos en las diferentes rotaciones y semestres. Se destaca cómo durante el primer semestre de 2004 la población más intervenida fue la de 10 a 29 años, con diagnósticos de enfermería muy específicos para algunos rangos de edad como dolor agudo, riesgo de infección e hipertermia, en menores de 5 años y la baja autoestima situacional y el deterioro de la dentición entre 5 y

10 años. Se destaca el diagnóstico de conocimientos deficientes presente en la población mayor de 10 años.

Los datos anteriores han permitido reconocer la correspondencia académico-asistencial, la integración teórico-práctica y el proceso de retroalimentación necesario en el actual cambio de currículo, el cual está unido a procesos externos como las nuevas políticas de salud, problemas de salud específicos de la región y procesos internos dados por las nuevas tendencias en cuanto a tecnología y educación.

TABLA 4. Prevalencia diagnóstica según servicio de rotación. Primer semestre, 2004

Servicio	Diagnóstico	n	%
Medicina interna	1. Riesgo de lesión	21	21
	2. Riesgo de infección	15	15
	3. Deterioro de la movilidad física	10	10
	4. Desequilibrio nutricional por defecto	10	10
	5. Patrón respiratorio ineficaz	9	9
	6. Conocimientos deficientes	8	8
	7. Intolerancia a la actividad	7	7
	8. Protección inefectiva	7	7
	9. Perfusión tisular inefectiva	6	6
	10. Limpieza ineficaz de vías aéreas	6	6
	Total	99	100
Quirúrgicas	1. Desequilibrio nutricional por defecto	18	17
	2. Deterioro de la integridad tisular	18	17
	3. Dolor agudo	17	16
	4. Riesgo de infección	14	14
	5. Volumen deficiente de líquidos	9	9
	6. Deterioro de la integridad cutánea	9	9
	7. Conocimientos deficientes	6	6
	8. Patrón respiratorio ineficaz	5	5
	9. Riesgo de déficit de volumen de líquidos	4	4
	10. Retención urinaria	3	3
	Total	103	100

Servicio	Diagnóstico	n	%
Trabajo de parto y parto de alto riesgo	1. Riesgo de infección	30	24
	2. Riesgo de lesión	28	22
	3. Ansiedad	16	13
	4. Conocimientos deficientes	16	13
	5. Dolor agudo	10	8
	6. Perfusión tisular inefectiva	10	8
	7. Riesgo de déficit de volumen de líquidos	8	6
	8. Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos	4	3
	9. Lactancia materna efectiva	2	2
	10. Manejo efectivo del régimen terapéutico	2	2
	Total	126	100
Comunidad	1. Conocimientos deficientes	34	31
	2. Riesgo de lesión	13	12
	3. Riesgo de infección	10	9
	4. Patrón respiratorio ineficaz	9	8
	5. Dolor agudo	9	8
	6. Conductas generadoras de salud	9	8
	7. Temor	8	7
	8. Hipertermia	7	6
	9. Limpieza ineficaz de vías aéreas	6	5
	10. Desequilibrio nutricional por defecto	6	5
	Total	111	100

El conocimiento detallado de los diagnósticos de enfermería por rotación permite identificar los problemas más frecuentes en los que ésta interviene, según servicios de atención; lo anterior ha permitido construir protocolos de manejo y estándares de atención, al igual que orientar la integración y pertinencia de nuestro programa de formación.

Utilizar las bases conceptuales y clasificatorias para registrar las intervenciones de enfermería constituye un aporte significativo a la visibilidad del desempeño profesional, en cuanto permite cuantificar con un lenguaje estandarizado las acciones de enfermería, facilitando la relación de diagnósticos y sus intervenciones para solucionar los más relevantes, como los siguientes:

TABLA 5. Prevalencia de intervenciones de enfermería según NIC. Primer semestre, 2004

Intervenciones	n	%
Enseñanza individual	476	9,4
Monitoreo de tensión arterial	435	8,6
Monitoreo de pulso	432	8,5
Recibo y entrega de turno	404	8,0
Monitoreo de temperatura	389	7,7
Arreglo de la unidad	298	5,9
Cuidados de medicamentos parenterales	277	5,4
Monitoreo de líquidos	248	4,9
Mantenimiento de acceso venoso	233	4,6
Manejo del dolor	209	4,1
Control de infección	221	4,3
Cuidado en cama	218	4,3
Cambios posturales	217	4,3
Documentación	206	4,0
Interpretación de datos de laboratorio	201	3,9
Cuidados de medicamentos orales	184	3,6
Baño con ayuda parcial	180	3,5
Promoción de reposo-sueño	166	3,2
Apoyo emocional	166	3,2
Prevención de úlcera por presión	152	3,0
Monitoreo respiratorio	128	2,5
Total	5.040	100

- Conocimientos deficientes con enseñanza individual.
- Riesgo de infección con control de infección y monitoreo de signos vitales.
- Dolor agudo con manejo de dolor.
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea con prevención de úlceras por presión y cambios posturales.
- Ansiedad con apoyo emocional.

De igual manera, se puede resaltar la importancia del registro de intervenciones básicas que brindan bienestar a las personas intervenidas, tales como: arreglo de unidad, cuidado en cama, baño con ayuda parcial, promoción de reposo y sueño, y apoyo emocional, intervenciones que no se registran y mucho menos se reconoce su importancia en la atención de los pacientes.

Otras intervenciones como recibo y entrega de turno, y documentación o interpretación de datos de laboratorio, deben ser registradas e interpretadas como indicadores de calidad del cuida-

do de enfermería por cuanto reflejan continuidad y monitoreo permanente de la evolución de las personas intervenidas.

Desde el punto de vista del papel de la enfermera en el apoyo farmacológico se encuentran intervenciones prevalentes como: cuidados de medicamentos parenterales, monitoreo de líquidos, mantenimiento de acceso venoso, cuidado de medicamentos orales, las cuales resaltan la importancia del papel de enfermería en este campo.

Conclusiones

El análisis de la información anterior ha permitido redefinir el enfoque curricular y el diseño de los núcleos temáticos, fundamentados en diagnósticos e intervenciones de enfermería más frecuentes. De igual manera, ha permitido presentar informes institucionales rescatando un lenguaje unificado y sistematizado que visibiliza la profesión y retroalimenta permanentemente el desarrollo de las prácticas clínicas de nuestro programa.

La Escuela de Enfermería de la UIS ha venido utilizando como herramienta metodológica el proceso de enfermería tanto en el desarrollo teórico como en las experiencias prácticas en diferentes instituciones. Con el diseño de la experiencia se pretende rescatar

en las prácticas clínicas el proceso de enfermería en su conjunto, haciendo énfasis en: diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería, considerados como fuentes importantes de datos para analizar la eficacia de los tratamientos, beneficios y contribución del cuidado de enfermería en la salud de la población. Actualmente la Escuela de Enfermería asume un papel protagónico a nivel nacional al dirigir la subgerencia de los Servicios de Enfermería del nuevo Hospital Universitario de Santander. El plan conjunto de trabajo que se desarrolla entre el hospital y la universidad permite la integración de los avances tecnológicos y científicos con la asistencia. La utilización de los registros clínicos sistematizados ha posibilitado que la escuela haga visible la labor que desempeña en la nueva institución, y ha generado proyectos de costos que alimentan la unidad de negocios de la Subgerencia de Enfermería. Por tal razón, los beneficios están relacionados con:

- Desarrollo académico fundamentado en el contexto real.
- Información sistematizada que refleja el rol de la profesión, logrando mayor posicionamiento dentro del equipo de salud.
- Información cuantitativa que fundamenta el valor generado por enfermería en las instituciones donde se realizan las prácticas, permitiendo avanzar en el desarrollo de planes de negocio de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gordon M. Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. 3° ed. España: Mosby Doyma; 1998.
2. Carpenito LJ. Diagnóstico de enfermería. 9° ed. España: Editorial Interamericana; 2000.
3. Abdellah F. Improving the Teaching of Nursing Through Research in Patient Care. Heiderken LE, editor. Washington: Catholic University of America; 1959.
4. Ibáñez LE, Sarmiento LV. El proceso de enfermería. 1ª ed. Bucaramanga: Ediciones UIS; 2003.
5. NANDA Internacional, Diagnósticos enfermeros: definición y clasificación. Madrid: Elsevier Imprint
6. Bulechek G, McCloskey J. Nursing Intervention classification. 4 ed. Madrid: Mosby.
7. OPS-OMS, Desarrollo de sistemas normalizados de información en enfermería. Washington: OPS; 2001.
8. Johnson M, Maas Meridean M, Nursing Outcomes Classification (NOC). 3 ed. Madrid: Mosby; 2000.
9. Alfaro R. Aplicación del proceso enfermero. Barcelona: Editorial Springer-Verlag Ibérica; 1999.