

**REPRODUCIBILIDAD DE UN FORMATO PARA TAMIZAR
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE CUIDADO
INTENSIVO ADULTOS (UCIA)**

**HERNÁN PINEDA OLARTE
MARÍA PATRICIA NIÑO VILLABONA**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
ESPECIALIZACIÓN EN ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN CUIDADO CRITICO
BUCARAMANGA
2007**

**REPRODUCIBILIDAD DE UN FORMATO PARA TAMIZAR
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE CUIDADO
INTENSIVO ADULTOS (UCIA).**

**Proyecto de Grado para Optar al título de
ESPECIALIZACION EN ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CUIDADO CRITICO**

**HERNÁN PINEDA OLARTE
MARÍA PATRICIA NIÑO VILLABONA**

**LUZ EUGENIA IBAÑEZ ALFONSO
FLOR DE MARÍA CÁCERES MANRIQUE
Asesoras**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
ESPECIALIZACIÓN EN ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN CUIDADO CRITICO
BUCARAMANGA
2007**

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	9
2. JUSTIFICACIÓN	10
3. OBJETIVO	12
3.1 OBJETIVO GENERAL	12
4. MARCO TEÓRICO	13
4.1 LA ERA DE LA ESPECIALIZACIÓN	13
4.2. VISION GENERAL DE LA ENFERMERÍA	15
4.3. PROCESO DE ENFERMERÍA	16
4.4 IMPORTANCIA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	16
4.5. BENEFICIOS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	17
4.6. DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	17
4.7. EVOLUCIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	19
4.7.1 Componentes Del Diagnósticos De Enfermería	21
4.8. CARACTERÍSTICAS DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	22
4.8.1. Validez	22
4.8.2. Sensibilidad	24
4.8.3. Especificidad	24
4.8.4. Reproducibilidad o fiabilidad:	24
4.9. CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)	25
5. METODOLOGÍA	27
5.1. TIPO DE ESTUDIO	27
5.2. POBLACIÓN	27
5.3. TIPO DE MUESTREO	27
5.4. MUESTRA	27
5.5. VARIABLES	27
5.6. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	28
5.7. PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS	28
5.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS	29
6. RESULTADOS	31
6.1 INSTITUCIONES	31
6.2 ANTECEDENTES	32
6.3 DISTRIBUCIÓN POR EDAD	33
6.4 DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO	34

6.5 DOMINIOS ALTERADOS	34
6.6 DIAGNÓSTICOS PRIORITARIOS MÁS FRECUENTES	35
6.7 REPRODUCIBILIDAD DEL INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	36
6.8 RESULTADOS DEL CRE INICIAL Y CRE FINAL DE LOS DIAGNÓSTICOS SELECCIONADOS	38
7. CONCLUSIONES	43
8. LIMITACIONES	45
9. RECOMENDACIONES	46
BIBLIOGRAFÍA	47
ANEXOS	49

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Personas valoradas según la institución	31
Tabla 2. Antecedentes personales y familiares	33
Tabla 3. Distribución por edad.	33
Tabla 4. Personas según género	34
Tabla 5. Personas según dominio alterado.	35
Tabla 6. Frecuencia según importancia de los 10 diagnósticos prioritarios.	35
Tabla 7. Reproducibilidad de diagnósticos de enfermería	37
Tabla 8. Frecuencia de diagnósticos de enfermería y resultados del CRE inicial y CRE final.	41

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO Nº 1 VARIABLES	50
ANEXO 2. INSTRUMENTO DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA	52

RESUMEN

TITULO: REPRODUCIBILIDAD DE UN FORMATO PARA TAMIZAR DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS (UCIA).*

AUTORES: MARÌA PATRICIA NIÑO VILLABONA. HERNÁN PINEDA OLARTE**

PALABRAS CLAVES: Diagnósticos de enfermería, sistemas de registro, reproducibilidad.

DESCRIPCIÓN O CONTENIDO:

El siguiente estudio se basa en la reproducibilidad y tamizaje de un formato que consta de los 21 diagnósticos de enfermería mas frecuentes en las Unidades de Cuidado Intensivo Adultos (UCIA), nacida de una "Propuesta de sistema de documentación de proceso de enfermería aplicado por los estudiantes de la especialización en atención de enfermería en cuidado crítico en sus sitios de práctica".

El tipo de estudio utilizado para esta investigación fue evaluación de tecnología diagnostica, utilizando el muestreo por conveniencia donde la población intervenida fueron las personas enfermas asignadas a los estudiantes en los sitios de práctica del Hospital Universitario de Santander (HUS) y la clínica Comuneros del Seguro Social (ISS), realizada desde Diciembre 1 del 2005, hasta Julio 8 del 2006.

Estos usuarios se caracterizaron por presentar alteraciones en el sistema respiratorio y cardiovascular, viéndose reflejados en los diagnósticos de enfermería con mayor frecuencia, los cuales fueron: Deterioro del intercambio gaseoso, patrón respiratorio ineficaz, perfusión tisular inefectiva y disminución del gasto cardiaco, sin descartar que los demás diagnósticos del formato estuvieron presentes en las personas enfermas pero con menor frecuencia o teniendo en cuenta que el formato esta diseñado para marcar solo 2 diagnósticos, uno primario y uno secundario.

A pesar de las dificultades expresadas por los compañeros y la inexperiencia para llevar el proceso de enfermería y el manejo del formato, se logró aplicar y recolectar una muestra de 110 formatos (55 pacientes valorados) para dicho estudio. Gracias al análisis realizado en todo el proceso de la presente investigación, se recomienda aumentar la intensidad horaria para fortalecer el aprendizaje del proceso de enfermería, igualmente adaptar el instrumento suprimiéndole los 9 dominios y su clasificación medico-quirúrgico ya que estos están incluidos junto con los diagnósticos; para hacer de este instrumento una herramienta útil y práctica para el quehacer de la enfermería.

* Trabajo de grado

** Facultad de Salud, Especialización en atención de enfermería en Cuidado Crítico. Ibáñez Alfonso Luz Eugenia, Cáceres Flor de María.

ABSTRACT

TITLE: REPRODUCIBILITY OF A FORMAT TO BLEND NURSING DIAGNOSES IN ADULT INTENSIVE CARE UNITS

AUTHORS: MARIA PATRICIA NIÑO VILLABONA. HERNÁN PINEDA OLARTE**

KEY WORDS: Nursing diagnoses, recording systems, reproducibility.

DESCRIPTION OR CONTENTS:

The following study is based on the validity of contents and the reproducibility of a format of 21 diagnoses more units (UCIA). It was born from a proposal of documenting system of nursing process applied by students of specialization in nursing care, in critical care at their places of practice.

This investigation was applied at the field of diagnostic technology. Using the samples convened at the places of practices of Santander Universtary Hospital (HUS) and Comuneros Hospital of national health system (ISS) accomplished in December 1 2005 to July 8 2006.

These people characterized them selves to Cardiovascular system reflected in the nursing diagnoses with high frequency, were: deterioration of the gaseous interchange, respiratory inefficient pattern, in effective tisular perfusion and decrease of the cardiac expense wi that discard the rest of the diagnoses of the format were present in persons having in a account than the format was designed fo dial only 2 diagnoses, primary one and secondary one.

Despite all troubles expressed to succeed in the nursery process and the format management, it was achieved ant to collect a samples of 110 format (55 evaluates) for such study, thanks to the release analysis of this investigation, it is recommended to increase the schedule to strengthen the Knowledge of nursery process, and of adapt the instrument suppressing a domains and its medical – surgical classification, because these are included with the diagnostics, for to do of this instrument a practical and useful too for the nursery to do

* Degree work

** Health Faculty Specialization in nurse critical care. Ibáñez Alfonso Luz Eugenia, Cáceres Flor de Maria

INTRODUCCIÓN

Teniendo en cuenta el estudio titulado: Propuesta de un sistema de documentación de proceso de enfermería aplicado por los estudiantes de la especialización en atención de enfermería en cuidado crítico en sus sitios de práctica, quinta cohorte;'' se quiso dar continuidad a este proceso para poder medir la reproducibilidad y aplicación de los 21 diagnósticos de enfermería mas frecuentes en las unidades de cuidados intensivos adultos, los cuales están contenidos en dicha propuesta, con el fin que mas adelante sean utilizados por los estudiantes de las próximas cohortes en las practicas asistenciales.

Este instrumento fue aplicado por los estudiantes de la sexta cohorte durante las prácticas asistenciales del segundo y tercer semestre, en las instituciones: Hospital Universitario de Santander (H.U.S.) y Clínica Comuneros, con previo conocimiento y adiestramiento en la utilización del formato, por todos los participantes involucrados en dicho estudio. Concluida su aplicación, se recolectaron los formatos y se creó una base de datos para hacerle el correspondiente análisis a cada una de las variables con el fin de medir la reproducibilidad de dicho instrumento.

Este estudio se desarrolló utilizando el método: "Evaluación de tecnología diagnóstica"; los resultados encontrados permitieron medir el grado de reproducibilidad y la importancia del proceso de enfermería en el quehacer de la profesión; además generó inquietudes por los participantes del proceso investigativo, en cuanto al manejo de proceso de enfermería.

Se recomienda continuar con esta línea investigativa para seguir perfeccionando los instrumentos de registro de enfermería y a su vez se conviertan en una herramienta útil y valida para la enfermera.

2. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad los sistemas de registro de enfermería constituyen el instrumento de apoyo y de información mas valioso para el desarrollo de la actividad de la enfermera (o) en todas sus áreas y en especial en las unidades de cuidados intensivos (UCI); ya que una persona hospitalizada en UCI, cuyo estado de salud está severamente comprometido requiere de un cuidado de enfermería de alta calidad.

Hoy en día la enfermera cuenta con una herramienta muy valiosa para su ejercicio profesional, el cual es el proceso de enfermería; dicho proceso consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, según la North American Nursing Dagnostis Association (NANDA) ¹

El presente estudio se enfocó en la segunda etapa del proceso de enfermería correspondiente al diagnóstico, siendo el eje central para planificar el plan de cuidados. Para determinar si un diagnóstico de enfermería está presente se requiere que la persona tenga por lo menos dos de las características definitorias que lo definen; es importante anotar que esta práctica se ha basado en la experiencia que durante algunos años ha permitido evidenciar su fundamento en la Escuela de Enfermería de la Universidad Industrial de Santander. Actualmente este proceso se adelanta por medio de investigaciones, para lograr su validación. Este diagnóstico debe ser detectado oportunamente para que permita encaminar las intervenciones más efectivas en el menor tiempo posible y así ayudar a la persona hospitalizada a salir de su estado crítico.

¹ FERNÁNDEZ DE, María Stella Enfermera Magíster Desarrollo Educativo Social. Profesora titular Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Proceso de enfermería ROLDÁN DE ,.Amparo Enfermera Magíster en Docencia. Profesora titular Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Fecha de recepción: octubre de 1998 .Etapas del proceso de enfermería.

Es importante anotar que un instrumento de medición puede ser confiable pero no necesariamente válido. Por ello es requisito que el instrumento de medición demuestre ser confiable y válido. De no ser así, los resultados de la investigación no se pueden tomar en serio.²

Teniendo en cuenta el estudio titulado: “Propuesta de un sistema de documentación de proceso de enfermería aplicado por estudiantes de especialización en atención de enfermería en cuidado crítico quinta cohorte en sus sitios de práctica”³ y que teóricamente cuenta con validez facial y de contenido realizada por expertas de la Universidad Industrial de Santander (UIS), se quiso dar continuidad a este proceso, para lograr medir la reproducibilidad de un formato diseñado para tamizar los 21 diagnósticos de enfermería identificado como mas frecuentes . De esta manera implementarlo como sistema de registro en las prácticas asistenciales de las próximas cohortes de la especialización en cuidado crítico.

² HERNÁNDEZ SAMPIERI, R. Metodología de la Investigación. McGRAW-HILL . 1996.

³ IBAÑEZ ALFONSO L. E, Citado por: Trabajo de Grado. Propuesta de un sistema de documentación del proceso de enfermería aplicado por los estudiantes de cuidado crítico, en sus sitios de práctica. ACEROS TOLOSA J, CÉSPEDES CUEVAS V. M, SAAVEDRA BALLEEN S. M, Quinta cohorte 2005.

3. OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GENERAL

- ☞ Determinar la reproducibilidad del formato para tamizar los 21 diagnósticos de enfermería más frecuentes en las Unidades de Cuidado Intensivo Adultos (UCIA), aplicado por los estudiantes de la especialización atención de enfermería en cuidado crítico, sexta cohorte año 2005, en el segundo y tercer semestre de la práctica en el (HUS- Clínica Comuneros).

- ☞ Establecer la variabilidad de los diagnósticos mas frecuentes en las Unidades de Cuidados Intensivos Adultos (UCIA), del HUS- Clínica Comuneros en un turno de 6 o 12 horas, y los logros obtenidos a partir de la aplicación de la herramienta que nos permite la clasificación de resultados esperados en Enfermería.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 LA ERA DE LA ESPECIALIZACIÓN

El concepto de especialidades de enfermería era literalmente desconocido antes de la influencia de Florence Nightingale y el surgimiento de la enfermería moderna. Se esperaba que cada enfermera se ocupase del paciente sin tener en cuenta el tipo de enfermedad que justificaba los cuidados. Los enfermos no fueron separados por enfermedades hasta las primeras décadas del siglo XX. Puede que este cambio fuera el factor desencadenante del movimiento de la especialización, ya que los pacientes eran colocados en áreas específicas de acuerdo con los diagnósticos médicos. Sin embargo, hasta la II Guerra Mundial las enfermeras trabajaban como personal de enfermería general en los hospitales, como enfermeras de salud pública o como enfermeras de instituciones privadas.

Con el tiempo, la tendencia hacia las unidades de cuidados especializados fue cobrando importancia, y con ella evolucionaron dos papeles de enfermería: El papel extendido: se refiere a la enfermera como colaboradora del médico con una orientación de practicante; el médico mantiene la autoridad y el poder de tomar decisiones. El papel ampliado: es un ensanchamiento de la enfermería orientado a los cuidados en el cual la enfermera realiza actividades con el médico cuando está indicado.⁴

Las primeras especialidades de enfermería surgieron a finales del siglo XIX y principios del XX: la enfermera partera y la enfermera anestésista. La formación de las enfermeras parteras fue una respuesta directa a la necesidad de mejorar los

⁴ [p://usuarios.lycos.es/aficionada1/historia de la enfermeria.htm](http://usuarios.lycos.es/aficionada1/historia%20de%20la%20enfermeria.htm)

cuidados maternos infantiles, a la práctica incontrolada de comadronas sin preparación y a la falta de tocólogos en las zonas rurales más pobres. El papel de la enfermera anestésista surgió como parte de la creciente sofisticación de la cirugía, cuando se reconoció que se necesitaban ayudantes preparados para administrar los anestésicos.⁵

Ya desde un principio, aparece otra enfermera especialista que merece mención: la enfermera de empresa. Esta especialidad surgió como respuesta a los riesgos y condiciones anormales de salud de las tiendas, fábricas y demás campos del trabajo industrial. Ado Mayo Stewart fue la primera enfermera de esta especialidad. El crecimiento de la enfermería de empresa fue lento hasta el auge repentino de la industria de defensa durante la II Guerra Mundial.⁶

En la década de los sesenta, en los hospitales se desarrollaron todo tipo de campos de especialidad (unidades de cuidados coronarios, unidades de cuidados intensivos quirúrgicos y médicos, unidades de quemaduras, unidades de diálisis, unidades de oncología), que obligaron a un cambio en los papeles de la enfermería. Determinaron que la enfermería debía empezar a experimentar el rol de “especialista clínica” o “enfermera clínica”. Este nuevo concepto permitió que las enfermeras utilizaran su saber para la práctica de la enfermería avanzada. En 1954 Hildegard E. Peplau desarrolló el primer programa con nivel de graduación para la preparación de especialistas clínicas en la Rutgers University; el área de especialidad del programa era la enfermería psiquiátrica.

En este periodo también se introdujo la “enfermera práctica” como resultado de una demostración específica submencionada por la Fundación Commonwealth en la University of Colorado en 1965. El Dr. Henry Silver, pediatra y la Dra. Loretta Ford, enfermera de salud pública de dicha universidad, crearon un programa de

⁵ Ibid 4

⁶ Ibid 4

enfermería práctica en pediatría que capacitaba a las enfermeras para impartir cuidados generales a los niños sanos en un contexto ambulatorio. Además, a las enfermeras se les enseñaba a emitir juicio sobre las enfermedades graves o crónicas de los niños y a ejercer como practicantes en urgencias infantiles. Uno de los efectos de estas innovaciones fue el desarrollo de numerosos nuevos títulos dentro de la enfermería, como enfermería clínica, especialista en enfermería clínica, enfermera práctica, enfermera de empresa, pediátrica, infantil, anestesista, etc. Todos ellos diferían en su significado, en los requisitos de formación y en las funciones a desempeñar. Es evidente que falta una estandarización de los títulos dados; Además en la actualidad existen unas 27 organizaciones que representan a diversos tipos de práctica especializada de enfermería, y la lista sigue aumentando.⁷

4.2. VISIÓN GENERAL DE LA ENFERMERÍA

La enfermería es “un proceso terapéutico que implica la interacción mutua entre la enfermera, el cliente y la familia, quienes colaboran para conseguir la máxima salud posible”⁸ Esta interacción emplea el proceso de enfermería para identificar los objetivos de salud, las energías y las limitaciones del cliente y los recursos disponibles para conseguir el estado óptimo de salud.

Los individuos son sistemas abiertos que interaccionan continuamente con el medio ambiente, creando normas o patrones individuales de interacción. Estas normas son dinámicas y se relacionan con los procesos vitales (psicológicos, socioculturales, de desarrollo y espirituales) para influir en el comportamiento y salud del individuo. Una persona se convierte en cliente no solo cuando una alteración afectiva o potencial en su patrón de interacciones compromete su salud, sino también cuando la persona desea asistencia para mantener un nivel óptimo

⁷ Ibid 4

⁸ CARPENITO L. J, Duespohl, T. A. A Guide to Effective Clinical Instruction, p. 4. Rockville, M. D. Aspen Systems Corp. 1981.

de salud del que goza.⁹

4.3. PROCESO DE ENFERMERÍA

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales.¹⁰ Consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución, y evaluación, dentro de las cuales la enfermera realiza acciones deliberadas para lograr los objetivos propuestos que son:

- * Promover, mantener o recuperar la salud o ayudar a los pacientes a lograr una muerte digna, cuando su estado es terminal.
- * Permitir a los individuos o grupos dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades.
- * Proporcionar cuidados de enfermería de la mejor calidad y eficiencia posibles.

4.4 IMPORTANCIA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

El uso del proceso de enfermería ayuda a las enfermeras a asignar cuidados de forma sistemática y organizada, ayuda a identificar problemas únicos del individuo, con objetivos realistas e intervenciones individualizadas; estimula la identificación y utilización de las capacidades del paciente. La realización del plan de cuidados, la comunicación y la continuidad de los mismos, disminuyendo de este modo las omisiones y duplicación en los cuidados del cliente.

⁹ CARPENITO L. J, Diagnósticos de enfermería, Aplicación a la practica clínica, McGRAW-HILL, INTERAMERICANA, 1989.

¹⁰ ALFARO, Rosalinda, RN, MSN, Aplicación del proceso de enfermería, guía practica, segunda edición, DOGMA, 1992

A diferencia del modelo médico, que se centra en el tratamiento de la enfermedad, el proceso de enfermería tiene un enfoque holístico, considerando tanto los problemas como los efectos de estos sobre el funcionamiento de la persona como ser humano individualizado. El mantenimiento de este enfoque holístico complementa el trabajo del médico, asegura que se cubren las necesidades únicas y ayuda a la enfermera a adaptar las intervenciones para el individuo y la familia en vez de hacerlo a la enfermedad.

4.5. BENEFICIOS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

- * Proporciona un método organizado para asignar cuidados de enfermería

- * Previene omisiones y repeticiones innecesarias

- * Ayuda a las enfermeras a adaptar las intervenciones al individuo, no a la enfermedad.

- * Ayuda a los pacientes y familias a darse cuenta de que su apoyo es importante y de que sus recursos son valorados.

- * Promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente.

- * Proporciona una mejor comunicación enfermera, paciente, familia.

- * Ayuda a las enfermeras a tener la satisfacción de conseguir resultados planteados.

4.6. DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

Dentro de las cinco etapas del proceso de enfermería daremos mayor enfoque a la

segunda etapa (diagnósticos), siendo este el eje central del proceso, ya que de aquí derivan las intervenciones a aplicar al cliente y los resultados esperados.

Antes de que se elaborara la clasificación o lista de los diagnósticos de enfermería. Las enfermeras utilizaban cualquier palabra que quisieran para describir el problema del paciente. Por ejemplo, un paciente convaleciente tras una intervención quirúrgica podría ser descrito como apendiceptomizado, otro como diabético y un tercer como difícil.¹¹

El termino diagnóstico de enfermería fue introducido en 1953 por V. Fry para describir un paso necesario en el desarrollo del plan de cuidados. Durante los 20 años siguientes, las referencias al diagnostico de enfermería aparecían solo de forma esporádica en la literatura.¹²

El diagnóstico de enfermería describe las situaciones de salud o los patrones de interacción alterados, en los que la enfermera puede ayudar al cliente. La enfermera proporciona la asistencia esencial a los clientes que presentan estas alteraciones, igual que el medico proporciona asistencia fundamental para la patología medica. El diagnóstico de enfermería se centra en la respuesta humana en lugar de la respuesta celular.

La salud es un estado de bienestar, es un proceso dinámico, siempre cambiante, que se ve influido por los patrones de interacción pasados y presentes. El individuo tiene conocimientos sobre si mismo y es responsable de solicitar o rehusar los cuidados de salud. La utilización del termino cliente en lugar del termino paciente para identificar al usuario de los cuidados de salud sugiere una persona autónoma que tiene libertad de elección al solicitar y seleccionar la asistencia. El cliente ya no es un ser pasivo de servicios, sino un participante

¹¹ CARPENTO, Linda J. Diagnósticos de enfermería aplicados a la práctica clínica. McGRAW – HILL INTERAMERICANA DE ESPAÑA. S.A.U.2002

¹² *Ibíd.* 2

activo que asume la responsabilidad de su elección y de las consecuencias de la misma. El termino familia se utiliza para describir a cualquier persona o personas que sirven como sistema de apoyo al cliente. Las necesidades sociales de salud han cambiado en la última década, lo mismo debe ocurrir con la visión que las enfermeras tienen de los usuarios a los que se le brindan los cuidados de salud (individuos, familia, comunidad)¹³

El diagnóstico de enfermería proporciona a las enfermeras una oportunidad de identificar las alteraciones en la salud de los individuos de una forma sistemática y concisa, a la vez que describe también la situación particular del individuo como ser singular.

4.7. EVOLUCIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Durante las dos ultimas décadas, la enfermería ha experimentado un giro de 180 grados, tanto en sus responsabilidades como en su centro de atención. Antes de 1970 las enfermeras eran responsables de valorar a los pacientes, pero no se les permitía emitir juicios sobre sus observaciones. La responsabilidad de formular diagnósticos estaba limitada por la ley a los médicos. La formación de las enfermeras se centraba mas en ayudar a los médicos a tratar enfermedades, que a actuar independientemente para tratar respuestas humanas únicas. No obstante, con el tiempo, el papel de las enfermeras empezó a desarrollarse, y la American Nurses Association (ANA) reconoció la necesidad de publicar nuevos estándares para la práctica de la enfermería que incluyeran el papel de la enfermera como profesional que formula diagnósticos (ANA, Standards of Nursing Practice, 1973). Estos estándares fueron seguidos de la publicación de la ANA, Social Policy Statement (1980), que establece que “la enfermería es el diagnósticos y tratamiento de las respuestas humanas a problemas de salud reales y potenciales”. Con estas publicaciones, y con los cambios subsiguientes en las

¹³ Ibid. 2

actas para la practica de le enfermería, las enfermeras se hicieron responsables de formular diagnósticos de enfermería y su centro de atención se traspaso al tratamiento de la persona en su totalidad y no solo de la enfermedad.

Debido a estos cambios, la enfermería tiene que buscar respuestas e identificar categorías de problemas que deberían considerarse diagnósticos de enfermería; un grupo de enfermeras (formado por teóricas, docentes, gestoras y asistentes) se reunió en 1973 para formar la National Conference Group for the Classification of Nursing Diagnoses. Como resultado de su trabajo, se desarrolló una lista de diagnósticos que fueron aceptados para su estudio y validación clínica (1973).

Este grupo se ha convertido en la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) y han mantenido reuniones nacionales cada dos años. En estas reuniones se discute el trabajo continuado de los miembros de su comité, los miembros tienen la oportunidad de intercambiar ideas y tesis (tanto formal como informalmente), se ofrecen programas pertinentes de educación continuada, y se presentan a los miembros, nuevos diagnósticos de enfermería.¹⁴

En Marzo de 1990, la Asamblea General, del noveno congreso de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) aprobó una denificación oficial de diagnostico de enfermería: “Es un juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad a los problemas de salud reales o potenciales y a los procesos vitales.” El diagnostico de enfermería proporciona los fundamentos para la selección de las intervenciones de enfermería necesarias para la consecución de los resultados que son responsabilidad de las enfermeras.¹⁵

¹⁴ *Ibíd.* 3

¹⁵ IBÁÑEZ Alfonso, L, E, ACEROS TOLOSA J, CÉSPEDES CUEVAS V.M, SAAVEDRA BALLÉN S. M, Propuesta de un sistema de documentación del proceso de enfermería aplicado por los estudiantes de cuidado crítico en sus sitio de practica., Quinta cohorte 2005.

4.7.1 Componentes Del Diagnósticos De Enfermería

Enunciado o etiqueta: Proporciona un nombre al diagnóstico

Definición: Expresan un significado claro y preciso del diagnóstico.

Características que lo definen: En un diagnóstico real, las características que lo definen hacen referencias a los datos clínicos (síntomas, signos objetivos y subjetivos).

Factores relacionados: Son factores etiológicos y otros factores concurrentes que han influido en el estado de salud.

A pesar de los problemas y gracias al esfuerzo coordinado de muchas enfermeras clínicas, investigadoras, y otros profesionales y organizaciones de enfermería; el sistema de clasificación NANDA, todavía en evolución, refleja cada vez más el arte y la ciencia de la enfermería. ¹⁶

A nivel nacional, se detectó que las instituciones académicas con programas de enfermería carecen de sistemas de registro del desempeño de los estudiantes en los campos de práctica diseñados a partir del proceso de Enfermería. La Escuela de enfermería de la UIS en su investigación titulada "La visibilidad de la escuela de enfermería: Su participación en los campos de práctica," propone un sistema de documentación diseñado a partir de las fases de valoración, diagnóstico, e intervención del proceso de enfermería que favorecen el registro de los estudiantes de pregrado en sus sitios de práctica. ¹⁷

A partir de los hallazgos obtenidos , en el estudio anterior "Propuesta de un

¹⁶ Ibid. 8

¹⁷ Ibid. 8

sistema de documentación del proceso de enfermería aplicado por los estudiantes de cuidado crítico, en sus sitio de practica, quinta cohorte” y la no existencia de sistemas de registros de proceso de enfermería en la mayoría de las unidades de cuidado intensivo adultos (U.C.I.A) de la ciudad de Bucaramanga, se quiso dar continuidad al estudio mencionado, para así darle reproducibilidad al formato de tamizaje de los 21 diagnósticos de enfermería creado en dicha investigación; para que sea implementado como sistema de registro en las practicas asistenciales de las próximas cohortes de la especialización de cuidado crítico. Se debe tener en cuenta que estos instrumentos ya cuentan con validez facial y de contenido realizado por expertas de la UIS y otros profesionales.

A continuación se dan a conocer los conceptos relacionados con validez y reproducibilidad, siendo éstos puntos importantes para que la información contenida en los instrumentos o formatos creados sea real, veraz, confiable y valida y así se puedan tomar en serio.

4.8. CARACTERÍSTICAS DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

La utilización de una herramienta de trabajo le permite a la enfermera recolectar datos confiables y válidos para planear las intervenciones y el cuidado del usuario para que sea de forma eficaz y oportuna la atención que se les brinde a las personas, no sin antes enfatizar, que, para que un instrumento sea válido debe ser reproducible. Los términos validez y reproducibilidad se definen a continuación:

4.8.1. Validez: Es el grado en que un instrumento mide lo que supone que debe medir. Una escala confusa no puede tener validez, lo mismo que en una escala que esté midiendo, a la vez e indiscriminadamente, distintas variables superpuestas. Establece con qué frecuencia el resultado del test es confirmado

por procedimientos diagnósticos más complejos y rigurosos.¹⁸

▪ **Tipos de validez**

• **La validez de contenido:** Es el análisis lógico del concepto que se pretende medir y en especial, en la definición de las áreas o dimensiones que abarca y sus límites con otros conceptos relacionados. Se puede determinar a priori si el instrumento de medición contiene las dimensiones e ítems representativos de todas las dimensiones que forman la definición del concepto y su número es proporcional a la importancia que concede la teoría a cada una de las dimensiones de la definición.¹⁹

• **La validez del criterio:** Relación entre una variable externa, un índice o un indicador del concepto que se está midiendo y el instrumento que se considera. Si existe consenso, tradición, o un procedimiento de medida, se considera estándar, con el que se compararán nuevos instrumentos. Si son coincidentes en el tiempo se habla de validez concurrente, si es futura, de validez predictiva.²⁰

• **La validez de concepto o constructo:** Se basa en el análisis factorial de los ítems que forman el instrumento. Identifica las variables subyacentes que determinan las relaciones entre los ítems del instrumento y permite diferenciar entre una o varias dimensiones.²¹

• **La validez convergente:** Discriminante parte del concepto de que los distintos instrumentos que miden lo mismo deben mantener entre ellos un cierto grado de relación. Cabe esperar que dos instrumentos que midan el mismo concepto establezcan interrelaciones elevadas entre sus dimensiones o componentes, e

¹⁸ <http://www.monografias.com/trabajos15/la-estadistica/la-estadistica.shtml>

¹⁹ Ibíd. 11

²⁰ Ibíd. 11

²¹ Ibid 11

interrelaciones comparativamente mas bajas con las puntuaciones de instrumentos que evalúan otras dimensiones menos relacionadas.²²

4.8.2. Sensibilidad: Bondad de la prueba para detectar la enfermedad y, por tanto, ser positiva en pacientes que sí tienen la enfermedad. Si un procedimiento tiene sensibilidad elevada, su tasa de falsos negativos será baja, es decir, no generan un resultado negativo en muchos de los usuarios que tienen la enfermedad.²³

4.8.3. Especificidad: Con cuánta seguridad la prueba identifica correctamente a personas que no tienen la enfermedad. Si ésta especificidad es alta, su tasa de falsos positivos es baja; es decir, en muchos personas sin la enfermedad la prueba no origina un resultado positivo.²⁴

4.8.4. Reproducibilidad o fiabilidad: Es uno de los principios esenciales del método científico, y se refiere a la capacidad que tenga una prueba o experimento de ser reproducido, replicado o la capacidad de un instrumento de dar el mismo resultado en mediciones diferentes, realizadas en las mismas condiciones a lo largo de periodos dilatados de tiempo. Esta cualidad debe evaluarse a largo plazo.²⁵

La validez, fiabilidad y sensibilidad son las propiedades de medición de los instrumentos de medida de la salud y se denominan características psicométricas. Hay que tener en cuenta además que si un instrumento ha sido creado en una cultura o un idioma distinto, debe sufrir un proceso de adaptación transcultural.²⁶

²²Ibid 11

²³ Ibid 11

²⁴Ibid 11

²⁵ <http://es.wikipedia.org/wiki/Reproducibilidad>

²⁶Ibid. 11

4.9. CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)

El uso sistemático de los resultados para evaluar la atención de pacientes empezó cuando Florence Nightingale registró y analizó las condiciones sanitarias y los resultados de las personas durante la guerra de Crimea. Desde esta época, los intentos para identificar, medir y utilizar los resultados de la atención que se brinda a las personas han sido esporádicos. En la década de 1960 Aydelotte utilizó los cambios en las características físicas y la conducta de las personas enfermas para evaluar la efectividad de los cuidados brindados por enfermería. Desde entonces se han desarrollado medidas adicionales de resultados, así como también se han utilizado diversos resultados de pacientes para evaluar la calidad de los cuidados de enfermería y los efectos de las intervenciones.²⁷

En 1980 la mortalidad, la morbilidad y los signos clínicos se utilizaron como las medidas tradicionales de los resultados, Lang y Clinton identificaron 6 categorías de resultados: estado físico de salud, estado mental, funcionamiento psicosocial, actitudes, conocimientos y comportamientos de salud, uso de la investigación, la percepción del usuario sobre la calidad del cuidado.²⁸

La clasificación de resultados de enfermería (NOC), destaca los resultados que dependen de las intervenciones de enfermería, éstos describen el estado de los pacientes, la familia o la comunidad a un nivel conceptual. Por lo tanto la NOC proporciona una clasificación de resultados que pueden verse influidos por todas las disciplinas de la salud. La NOC contiene los indicadores de los resultados considerados más sensibles a la intervención de enfermería, el uso de los resultados por todos los miembros del equipo interdisciplinario proporcionará la estandarización necesaria, permitiendo incluso la selección de los indicadores más

²⁷ MOORHEAD. S, JOHNSON M, MAAS M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Tercera edición, copia 2005, edición en español, Elsevier. España S.A.

²⁸ IBAÑEZ ALFONSO, L. E y SARMIENTO DE PENARANDA, L. V. El proceso de enfermería. Ediciones Universidad Industrial de Santander, primera edición, 2003.

sensibles para cada disciplina. Los resultados e indicadores son conceptos variables; permiten la determinación del resultado del usuario, familia o la comunidad en cualquier momento, de forma continuada desde lo negativo a lo positivo en diferentes lapsos de tiempo.²⁹

Es importante anotar que los resultados obtenidos dependen del paciente, personal de salud y del límite de tiempo en que se espera obtener el resultado deseado, éste puede ser a corto, mediano o largo plazo, dependiendo del estado de salud en que se encuentre la persona enferma. A corto plazo son los resultados que se pueden alcanzar con rapidez (minutos, horas, días), pero antes de una semana, debidos a que buena parte de las intervenciones de enfermería son inmediatas y así se evalúa mejor el progreso o evolución de la persona en términos de recuperación, retroceso o iguales condiciones. Este periodo de tiempo es el utilizado en los usuarios en estado crítico que se encuentran en las Unidades de Cuidado Intensivo.

A partir del formato para tamizar los diagnósticos de enfermería mas frecuentes en las Unidades de Cuidado Intensivo Adultos (UCIA), es preciso que este proceso se continúe, apoyándose en la aplicación del sistema de clasificación de resultados de enfermería (NOC), a partir del cual se pueda consolidar estrategias y planes de atención que permita establecer el quehacer propio de la enfermería.

²⁹ Ibid 27

5. METODOLOGÍA

5.1. TIPO DE ESTUDIO

Evaluación de tecnología diagnóstica.

5.2. POBLACIÓN

Personas hospitalizados en las UCIS de las instituciones donde los estudiantes de la especialización “atención de enfermería en cuidado crítico” realizan práctica.

5.3. TIPO DE MUESTREO

Por conveniencia.

5.4. MUESTRA

55 usuarios asignados al grupo de estudiantes de la especialización en cuidado crítico, sexta cohorte.

La investigación se realizó en las unidades de cuidado intensivo del HUS, ISS, de la ciudad de Bucaramanga, sitios de práctica donde se desarrollaron las actividades académicas orientadas por la escuela de enfermería de la UIS, institución de educación superior.

5.5. VARIABLES

Además de los diagnósticos de enfermería de la NANDA y los dominios de la taxonomía II de la NANDA alterados el formato cuenta con variables de

identificación y sociodemográficas de los pacientes: institución, historia clínica, antecedentes personales, antecedentes familiares, género, edad, fecha de ingreso, fecha de valoración, dominios alterados (9), diagnósticos de enfermería (21). En el anexo 1 se puede ver la definición conceptual, operacional y la escala de medición de las variables.

5.6. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para determinar la reproducibilidad del formato con respecto a los diagnósticos de enfermería presentes en el paciente hospitalizado en la UCIA, se realizó un adiestramiento a los 15 estudiantes de la especialización de enfermería en cuidado crítico, sexta cohorte año 2005, de cómo diligenciar dicho formato; el entrenamiento consistió en dar a conocer cada uno de los elementos del instructivo y la forma en que se debía llenar el instrumento, a través de un taller teórico – práctico por medio de casos clínicos.

Posteriormente en los sitios de práctica por donde se rotó se coordinó con la docente para la distribución del formato a llenar (ver anexo 2) y la asignación de pacientes, donde, dos estudiantes se le asignó el mismo paciente para que realizaran la valoración correspondiente y diligenciamiento del formato de forma individualizada, enmascarada y simultánea con un intervalo de tiempo no mayor a 60 minutos entre una valoración y otra.

Durante la fase de su aplicación los estudiantes contaron con asesoría permanente por parte de los docentes y los investigadores, quienes retroalimentaron el proceso investigativo.

5.7. PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS

Terminada la valoración correspondiente se recolectaron y se revisaron los

instrumentos, encontrándose algunos con información incompleta, ejemplo: fecha de ingreso, fecha de intervención, nombre del estudiante, etc, se le hicieron los correcciones y ajustes necesarios asegurando que quedaran debidamente diligenciados, todo esto se hizo con la precaución de no alterar la información diligenciada por los estudiantes que aplicaron el formato en las instituciones (HUS, ISS) donde se realizaron las practicas del segundo y tercer semestre de la especialización.

Se creó una base de datos para introducir la información (variables) contenida en el formato de 21 diagnósticos de enfermería, siendo ésta doblemente digitada en el programa de Epi-info 6.04d y a su vez se hizo la comparación en el subprograma valídate, corrigiéndose los errores para posteriormente hacer el correspondiente análisis.

Se realizó la descripción de los pacientes por las variables sociodemográficas, las variables nominales y ordinales, se describieron mediante proporciones y las variables continuas usando medidas de tendencia central y de dispersión.

El cuanto al análisis de datos respecto a la reproducibilidad del formato de 21 diagnósticos de enfermería, se tuvo mayor relevancia al registro del diagnostico prioritario escogido por cada uno de los estudiantes partícipes del proceso investigativo y de acuerdo a la frecuencia se pudo sacar el porcentaje de reproducibilidad de los diagnósticos mas utilizados en la unidades de cuidado intensivo adultos (UCIA).

5.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Según la resolución No 008430 de 1993, artículo 11: Esta investigación es considerada sin riesgo; dado que es un estudio que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza

ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participen en el estudio, entre los que se consideran revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifiquen ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.³⁰

Según el tribunal nacional ético de enfermería, ley 911 de 2004 capítulo V responsabilidad del profesional de enfermería con los registros de enfermería.

Artículo 35: Entiéndase por registros de enfermería los documentos que hacen parte de la historia clínica, en los cuales se describe cronológicamente la situación, evolución y seguimiento del estado de salud e intervención de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que el profesional de enfermería brinda a los sujetos de cuidado, a la familia y a la comunidad.

PARÁGRAFO Para fines de investigación científica, el profesional de enfermería podrá utilizar la historia clínica, siempre y cuando se mantenga la reserva sobre la identidad del sujeto de cuidado.³¹

Artículo 37: El profesional de enfermería exigirá o adoptará los formatos y medios de registro que respondan a las necesidades de información que se deba mantener acerca de los cuidados de enfermería que se prestan a los sujetos de cuidado, según los niveles de complejidad, sin perjuicio del cumplimiento de las normas provenientes de las directivas institucionales o de autoridades competentes.³²

³⁰ Ibíd. 25

³¹ REPUBLICA DE COLOMBIA MIN. SALUD, TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA, LEY 911 DE 2004 Capítulo V, responsabilidad del profesional de enfermería con los registros de enfermería, Artículo 35,37

³² Ibíd. 28

6. RESULTADOS

A continuación daremos los resultados de cada una de las variables según el orden del formato de tamizaje de los 21 diagnósticos de enfermería diligenciado.

Las personas que fueron intervenidas por los estudiantes, ingresaron a las UCIS desde 13- 10- 2005 hasta 07- 07- 2006 para un total de 10 meses, con 55 ingresos. La valoración de las 55 personas correspondió a un periodo de tiempo de 7 meses desde 01- 12- 2006 hasta 08- 07-2006.

Se aplicaron 135 formatos de los cuales 110 (81.4%) estaban completamente diligenciados, siendo este el número de la muestra utilizada para la investigación, los otros 25 formatos fueron excluidos del análisis por estar incompletos en su diligenciamiento.

En total se valoraron 55 personas hospitalizadas en las dos instituciones de salud. En la tabla 1 se observa la distribución según institución.

6.1 INSTITUCIONES

Tabla 1. Personas valoradas según la institución

INSTITUCIÓN	n	%
HUS	39	70.9
ISS	16	29.1
TOTAL	55	100

HUS: Hospital Universitario de Santander.
ISS: Instituto de seguro social (clínica Comuneros)

6.2 ANTECEDENTES

De las 55 personas intervenidas, el 60.1% tenían antecedentes personales; la patología con mayor prevalencia es la cardiovascular (HTA) con un 19.4%, observándose que hay una gran relación con el dominio 4: respuesta cardiovasculares y respiratorias; sin embargo el diagnóstico con mayor prevalencia: deterioro del intercambio gaseoso no se relaciona directamente con el antecedente personal más frecuente.

El 39.1%, son personas con antecedentes de menor relevancia (epilepsia, fractura de clavícula, paraplejía, disección medular, ACV, reemplazo total de cadera, etc.), los cuales no se repitieron en las otras valoraciones de los personas que fueron intervenidos y no tenían relación directamente con la patología que estaba presentando la persona enferma por lo cual no están representadas en la tabla de antecedentes personales.

En cuanto a los antecedentes familiares se destaca la enfermedad neoplásica en un 60%, la cual no se relaciona con el diagnóstico de enfermería más frecuente; además los antecedentes familiares no fueron diligenciados en todos los formatos, esto puede obedecer a que no tiene antecedentes o a la ausencia de diligenciamiento de este dato.

Tabla 2. Antecedentes personales y familiares

ANTECEDENTES	n	%
PERSONALES		
Hipertensión arterial (HTA)	7	19.4
Bebedor	4	11.1
Apendicetomía	3	8.0
Prostatectomía	2	5.6
Diabetes Mellitus	2	5.6
Cáncer	2	5.6
Fumador	2	5.6
Ant. sin relevancia	33	39.1
TOTAL	55	100

ANTECEDENTES	n	%
FAMILIARES		
Cáncer	3.0	60.0
Hipertensión arterial	1.0	20.0
Insuficiencia cardiaca	1.0	20.0
TOTAL	50	100

6.3 DISTRIBUCIÓN POR EDAD

El rango de edad de las personas asignadas e intervenidas está entre 17- 84 años con un promedio de 47 años, con una desviación estándar de 20, mediana de 46, moda de 17, Es de destacar que la población adulta prima en la unidades de cuidado intensivo.

Tabla 3. Distribución por edad.

EDAD	n	%
17 - 20	7	12.7
21 – 40	13	23.5
41 – 60	21	38.2
> 61	14	25.3
TOTAL	55	100

6.4 DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO

La distribución por sexo se observa en la siguiente tabla. Tabla 4

La población masculina es la mas prevalente, este aspecto corresponde al alto porcentaje de personas con diagnostico de politraumatismo y pancreatitis.

Tabla 4. Personas según género

GÉNERO	n	%
FEMENINO	20	36.4
MASCULINO	35	63.6
TOTAL	55	100

6.5 DOMINIOS ALTERADOS

De las 55 personas (100%), el dominio 4 actividad y reposo con su clase 4 respuestas cardiovasculares y respiratorias de la taxonomia II de la NANDA, estuvo alterado en 41 personas con un (74.5%), en los pacientes valorados en las UCIA, destacándose como el dominio con mayor prevalencia y esta relacionado moderadamente con el diagnóstico de enfermería prioritario: deterioro del intercambio gaseoso; además se identificaron otros dominios alterados como: nutrición, seguridad y protección, confort, etc, los cuales estuvieron presentes pero en un tercer plano.

Estos aspectos hacen que el especialista en cuidado crítico esté en capacidad de detectar los problemas de salud en la persona enferma y planear su cuidado, utilizando una herramienta valiosa como es el proceso de enfermería.

Tabla 5. Personas según dominio alterado.

DOMINIOS	n	%
Actividad y reposo: respuestas cardiovasculares y respiratorias	41	74.5
Nutrición	16	29
Seguridad y protección	14	25.4
Actividad y reposo: actividad y ejercicio	10	18.1
Confort	5	9
Afrontamiento y tolerancia al estrés	4	7.2
Eliminación: Sistema gastrointestinal	4	7.2
Eliminación: Sistema urinario	3	5.4
Percepción y cognición	2	3.6%

La aplicación del instrumento de los 21 diagnósticos de enfermería mas frecuentes en las UCIA durante las prácticas asistenciales del segundo y tercer semestre dio a conocer efectivamente los diagnósticos mas frecuentes los cuales corresponden a: deterioro del intercambio gaseoso, patrón respiratorio ineficaz, perfusión tisular inefectiva, disminución del gasto cardiaco, dolor agudo, exceso de volumen de líquidos, deterioro de la respiración espontánea, limpieza ineficaz de la vía aérea, riesgo de infección, deterioro de la integridad cutánea, donde se ve bastante comprometido el componente respiratorio y cardiovascular en los pacientes intervenidos.

6.6 DIAGNÓSTICOS PRIORITARIOS MÁS FRECUENTES

Tabla 6. Frecuencia según importancia de los 10 diagnósticos prioritarios.

DIAGNÓSTICO	n	%
1. DETERIORO DEL INTERCAMBIO GASEOSO Estado Respiratorio.:intercambio gaseoso	12	21
2. PATRÓN RESP INEFICAZ Estado Respiratorio: Permeabilidad de vía aérea	10	18
3. PERCUSIÓN TISULAR INEFECTIVA Perfusión tisular	9	16

DIAGNÓSTICO	n	%
4. DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO Efectividad de la bomba cardiaca	6	11
5. DOLOR AGUDO Control del dolor	4	7.0
6. EXCESO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS Equilibrio Hídrico	3	5.4
7. DETERIORO DE LA RESPIRACIÓN ESPONTÁNEA Monitoreo Ventilatorio	3	5.4
8. LIMPIEZA INEFICAZ DE LA VÍA AÉREA Estado ventilatorio: Ventilación	3	5.4
9. RIESGO DE INFECCIÓN Estado Inmune	3	5.4
10. DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA Curación de la herida	3	5.4
TOTAL	56	100

6.7 REPRODUCIBILIDAD DEL INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

En los 55 pacientes intervenidos en las instituciones mencionadas anteriormente, los estudiantes participes del proceso investigativo, seleccionaron los diagnósticos de enfermería presentes en la persona enferma, en el momento de la valoración y diligenciamiento del instrumento, obteniendo un 69% de reproducibilidad (coincidencia en demarcar el mismo diagnóstico prioritario según el observador uno y observador dos); y el 85.5%, de reproducibilidad (coincidencia en demarcar al menos uno de los diagnósticos de enfermería seleccionando ya sea como primario o secundario.)

En la tabla 8, se observa la selección de los diagnósticos prioritarios y secundarios de cada uno de los pacientes intervenidos por los 2 estudiantes u observadores.

Tabla 7. Reproducibilidad de diagnósticos de enfermería

PACIENTE	OBSERVADOR 1		OBSERVADOR 2	
	P	S	P	S
1	2	11	2	11
2	2	11	2	11
3	11	17	17	12
4	11	3	11	3
5	11	1	11	1
6	9	18	9	12
7	17	11	11	17
8	9	13	9	13
9	11	----	11	----
10	9	----	9	---
11	11	2	11	2
12	10	16	10	16
13	9	13	9	13
14	15	18	15	18
15	9	18	11	8
16	18	1	18	1
17	18	15	15	18
18	11	3	11	3
19	8	2	8	2
20	15	5	15	5
21	11	1	11	1
22	11	18	11	18
23	8	19	8	19
24	13	1	13	1
25	9	16	9	16
26	8	1	8	1
27	10	15	10	16
28	12	19	12	19
29	17	13	Otros	13
30	8	11	10	----
31	11	13	12	1
32	2	19	9	11
33	10	5	8	11
34	19	11	13	19
35	19	----	18	13
36	9	13	9	12
37	8	11	8	Otros
38	9	20	9	20
39	13	1	11	13
40	10	13	9	13

PACIENTE	OBSERVADOR 1		OBSERVADOR 2	
	P	S	P	S
41	8	20	8	20
42	11	16	11	21
43	10	18	8	---
44	15	16	15	16
45	11	18	11	18
46	18	15	18	15
47	9	---	9	---
48	10	---	21	10
49	13	---	9	13
50	10	2	10	---
51	3	---	3	---
52	10	1	10	1
53	10	6	10	6
54	10	16	10	---
55	11	---	11	---

‡55 Pacientes intervenidos (100%)

‡38 Pacientes coincidieron en el Diagnóstico prioritario (69%)

6.8 RESULTADOS DEL CRE INICIAL Y CRE FINAL DE LOS DIAGNÓSTICOS SELECCIONADOS

Teniendo en cuenta la valoración realizada a los pacientes asignados al observador uno y al observador dos, se evidencia en el cruce de variables la frecuencia de los diagnósticos de enfermería y la evolución que puede tener una persona enferma en el transcurso de un turno, de 6 o 12 horas utilizando la escala de medición tipo liker de 1 a 5, que califica 1 el valor mínimo y 5 el valor máximo donde el CRE inicial y el CRE final pueden permanecer igual o modificarse muy levemente.

Según la tabla 6: Frecuencia de diagnósticos de enfermería y resultados del CRE inicial y CRE final, se darán a conocer los cambios obtenidos en los diagnósticos detectados , utilizando la escala liker anteriormente mencionada.

- 1- Desequilibrio nutricional por defecto: obtuvo mejoría 0.4 en el observador uno y 0.6 en el observados dos.
- 2- Exceso de volumen de líquidos: obtuvo mejoría 0.5 en el observador uno y 0.7 en el observador dos.
- 3- Déficit de volumen de líquidos: obtuvo mejoría 0.3 en el observador uno y 0.7 en el observados dos.
- 5- Deterioro de la movilidad física: obtuvo mejoría 0.5 tanto en el observador como en el observados dos.
- 6- Riesgo de síndrome de desuso: no hubo cambios en su estado de salud en el observador uno y el observador dos.
- 8- Disminución del gasto cardiaco: obtuvo mejoría 0.3 en el observador uno y 1 en el observados dos.
- 9- Perfusión tisular inefectiva: obtuvo mejoría 0.4 en el observador uno y 0.7 en el observados dos.
- 10- Patrón respiratorio ineficaz: obtuvo mejoría 0.5 en el observador uno y 0.7 en el observador dos.
- 11- Deterioro del intercambio gaseoso: obtuvo mejoría de 0.6 en ambos observadores uno y dos.
- 13- Limpieza ineficaz de vías aéreas: obtuvo mejoría 0.4 en el observador uno y 0.7 en el observador dos.

15- Dolor agudo: obtuvo mejoría 1.4 en el observador uno y 1.3 en el observador dos.

16- Ansiedad: obtuvo mejoría 0.8 en el observador uno y 1 en el observador dos.

17- Capacidad adaptativa intracraneal disminuida: no hubo cambios en su estado de salud en el observador uno y el observador dos.

18- Riesgo de infección: obtuvo mejoría 0.5 en el observador uno y 1.1 en el observador dos.

19- Deterioro de la integridad cutánea: obtuvo mejoría 0.8 en el observador uno y 0.6 en el observador dos.

20- Hipertermia: No presento cambios en su estado de salud según el observador uno, en el observador dos cambio 1.4.

21- Riesgo de lesión: obtuvo mejoría 1 en el observador uno y 0.5 en el observador dos.

Tabla 8. Frecuencia de diagnósticos de enfermería y resultados del CRE inicial y CRE final.

DIAGNÓSTICOS	OBSERVADOR UNO					OBSERVADOR DOS				
	PRIORIZACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS	CRE INICIAL		CRE FINAL		PRIORIZACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS	CRE INICIAL		CRE FINAL	
		\bar{X}	DE	\bar{X}	DE		\bar{X}	DE	\bar{X}	DE
1-Desequilibrio nutricional por defecto	7 secundarios	1.7	0.8	2.1	1.0	1 primario 7 secundarios	1.7	0.8	2.3	1.0
2-Exceso de volumen de líquidos	3 primarios 3 secundario	2.8	0.4	3.3	0.8	2 primarios 2 secundario	3.3	0.5	4.0	0.0
3-Déficit de volumen de líquidos	1 primario 2 secundario	2.7	0.6	3.0	0.0	1 primario 2 secundario	2.6	1.1	3.3	0.5
5-Deterioro de la movilidad física	3 secundario	1.5	0.7	2.0	0.0	1 primario 1 secundario	2.0	0.0	2.5	0.7
6-Riesgo de síndrome de desuso	1 secundario	2.0	0.0	2.0	0.0	1 secundario	2.5	0.0	2.5	0.0
8-Disminución del gasto cardiaco	6 primarios	2.2	0.4	2.5	1.4	6 primarios 1 secundario	2.1	0.4	3.1	0.7
9-Perfusión tisular inefectiva:	9 primarios	3.1	0.8	3.5	0.8	11 primarios	2.6	0.7	3.3	0.7
10- Patrón respiratorio ineficaz	10 primarios	2.3	0.6	2.8	0.7	7 primarios 2 secundarios	2.4	0.7	3.1	0.6

11- Deterioro del intercambio gaseoso	12 primarios 6 secundarios	2.8	0.8	3.4	0.8	15 primarios 4 secundarios	2.9	0.7	3.5	0.8
13- Limpieza ineficaz de vías aéreas	3 primarios 6 secundarios	2.9	0.8	3.3	0.9	3 primarios 7 secundarios	3.0	0.7	3.7	0.7
15- Dolor agudo	4 primarios 3 secundarios	2.3	0.5	3.7	1.2	4 primarios 2 secundarios	2.2	0.4	3.5	1.4
16-Ansiedad	5 secundarios	2.2	0.8	3.0	0.7	4 secundarios	2.5	2.6	3.5	1.3
17-Capacidad Adaptativa intracraneal disminuida	2 primarios 1 secundario	2.7	0.6	2.7	0.6	1 primarios 1 secundarios	2.7	0.3	2.7	1.0
18-Riesgo de infección	3 primarios 6 secundarios	2.6	1.0	3.1	1.0	3 primarios 4 secundarios	2.3	1.0	3.4	1.1
19-Deterioro de la integridad cutánea	3 primarios 4 secundarios	1.8	1.0	2.6	1.1	4 secundarios	1.7	1.1	2.3	1.5
20-Hipertermia	1 primario 1 secundario	2.0	0.0	2.0	2.8	2 secundario	2.1	0.7	3.5	0.7
21-Riesgo de lesión	1 secundario	2.0	0.0	3.0	0.0	1 primario 1 secundario	1.5	0.7	2.0	1.4

\bar{X} = Promedio

DE= Desviación estándar

7. CONCLUSIONES

Este estudio se realizó retomando la investigación de la cohorte anterior de un estudio titulado: “Propuesta de un sistema de documentación de proceso de enfermería aplicado a los pacientes hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos adultos por los estudiantes de la especialización en cuidado crítico”; se evaluó la reproducibilidad del formato de tamizaje de los 21 diagnósticos de enfermería mas frecuentes en las UCIA.³³

Se demostró que el instrumento tiene un 69% de reproducibilidad de acuerdo a la demarcación que realizaron los estudiantes que aplicaron los formatos en la práctica clínica en las Unidades de Cuidado Intensivo Adultos (UCIA), teniendo en cuenta el estado crítico de salud en que se encontraba el usuario en ese momento. A pesar de lo heterogéneo del grupo en cuanto al manejo del proceso de enfermería, hubo coincidencia (reproducibilidad) del 85.5% en registrar uno de los dos diagnósticos que debían seleccionar, bien sea como primario o secundario.

Gracias a los resultados conseguidos en el presente estudio se pudo concluir la reproducibilidad del instrumento de los 21 diagnósticos de enfermería más frecuentes en las Unidades de Cuidado Intensivo, haciéndolo válido y útil para que sea implementado como sistema de registro en las prácticas clínicas de las próximas cohortes de la especialización en atención de enfermería en cuidado crítico; y además utilizarlo como herramienta de gran valor en el desempeño de la enfermera especialista en las unidades de cuidado crítico.

Respecto a la clasificación de resultados de enfermería (NOC) y la utilización de la

³³ Propuesta de un sistema de documentación del proceso de enfermería aplicado por los estudiantes de cuidado crítico, en sus sitios de práctica. IBAÑEZ ALFONSO L. E, ACEROS TOLOSA J, CÉSPEDES CUEVAS V. M, SAAVEDRA BALLEEN S. M, Quinta cohorte 2005.

escala de medición tipo liker de 1 – 5, se evidenció que en algunos diagnósticos, las intervenciones realizadas en un turno de 6 ó 12 horas lograron modificar levemente en estado de salud de las personas intervenidas; y en otros no presentaron ningún cambio, esto puede obedecer al estado de salud crítico , la patología de base, la oportunidad en las intervenciones del equipo interdisciplinario y al periodo corto para realizar la medición.

8. LIMITACIONES

Para realizar tal aplicación, se adiestró al grupo de estudiantes de la presente cohorte para que diligenciaran el instrumento en los sitios de práctica. Dentro de la aplicación del formato se presentaron algunas dificultades relacionadas con el manejo del proceso de enfermería, siendo ésta la mayor dificultad durante todo el proceso de recolección de datos, ya que el personal que valoró a la persona enferma y diligenció los formatos, fue un grupo heterogéneo y no todos tenían la misma destreza en el manejo del proceso de enfermería; Además manifestaron el inconformismo por llenar estos instrumentos, por el corto tiempo para su aplicación pues ésta se pretendió hacer simultáneo con el cuidado del paciente y el diligenciamiento de los otros formatos.

Por la poca disposición para realizar la valoración a la persona enferma y consignar los datos en el formato del estudio y porque debían llenar otro instrumento que calificaba su práctica durante el turno, algunos instrumentos fueron llenados de forma incompleta faltando ciertos datos como: número de historia clínica, antecedentes familiares y personales, la edad, nombre del estudiante, docente, institución, dominio de salud, diagnóstico secundario, CRE inicial, CRE final, fecha de intervención, fecha de ingreso, seleccionaron varios diagnósticos como primarios y ninguno secundario, se diligenciaron mas de 2 diagnósticos y no se registró si era primario o secundario, no correspondía en numero del diagnóstico con el diagnóstico que se quería seleccionar. Por dicho motivo y por la no revisión inmediata de los formatos cuando fueron entregados, se perdió parte de la muestra (25 formatos) que corresponde al 18.5% y repercutiendo esto en el tamaño de la muestra.

9. RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta las debilidades detectadas y las sugerencias hechas por quienes aplicaron el instrumento se hace las siguientes recomendaciones:

- Mejorar la metodología de enseñanza y tener una capacitación continuada sobre proceso de enfermería, profundizando mas en los aspectos conceptuales y operacionales.
- Continuar en la revisión y modificación de dichos instrumentos para que se convierta realmente en una herramienta útil y valiosa para enfermería.
- Suprimir del formato los 9 dominios y su clasificación (medico y quirúrgico) ya que estos están incluidos junto con los diagnósticos.
- Adicionarle al formato el diagnostico médico, lo cual facilita enfocar el diagnóstico, la planificación e intervenciones de enfermería.
- Eliminar la variable servicio ya que éste está contenido en el título del formato, teniendo en cuenta que esta diseñado solo para UCIA.

BIBLIOGRAFÍA

ABELS, L. Critical Care Nursing. The C.V Mosby Company. Toronto, 1996.

ALFARO LEFEVRE, Rosenda. Aplicación del proceso de enfermería. 4 ed, Barcelona: Springer – Velors, 1999. p.30

CARPENITO, Linda J. Diagnósticos de enfermería aplicados a la práctica clínica. McGRAW-HII- INTERAMERICANA DE ESPAÑA, S. A .U. 2003 - 2004.

CARPENITO L. J, Duespohl, T. A. A Guide to Effective Clinical Instruction, p. 4. Rockville, M. D. Aspen Systems Corp. 1981

CASTRO JIMÉNEZ. MA., Profesor de cátedra de Salud comunitaria UIS, Estudiante MSc. Epidemiología UIS (documento no publicado).

Citado por: Trabajo de Grado. Propuesta de un sistema de documentación del proceso de enfermería aplicado por los estudiantes de cuidado crítico, en sus sitios de práctica. IBAÑEZ ALFONSO L. E, ACEROS TOLOSA J, CÉSPEDES CUEVAS V. M, SAAVEDRA BALLEEN S. M, Quinta cohorte 2005.

FERNÁNDEZ DE, María Stella Enfermera Magíster Desarrollo Educativo Social. Profesora titular Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Proceso de enfermería ROLDÁN DE ,Amparo Enfermera Magíster en Docencia. Profesora titular Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Fecha de recepción: octubre de 1998.Etapas del proceso de enfermería

HERNÁNDEZ SAMPIERI, R. Metodología de la Investigación. McGRAW-HILL. 1996.

IBAÑEZ ALFONSO, L.E, SARMIENTO DE PEÑARANDA, L.V. El Proceso de enfermería, Ediciones Universidad Industrial de Santander. Primera edición 2003.

MARTINEZ CRUZ, L. E. Marco de referencia para reglamentar la especialidad de medicina crítica y cuidados intensivos de adultos en la República de Colombia. Acta Colombiana de cuidado intensivo. Cuidado respiratorio. Vol. 3 No. 2 – Santa Fé de Bogotá, Septiembre de 1998.

<http://www.monografias.com/trabajos15/la-estadistica/la-estadistica.shtml>

<P://usuarios.lycos.es/aficionada1/historiadelaenfermeria.htm>

RESOLUCIÓN 1ro 008430 DE 1993.Capitulo 1,Art. 8,11

SECRIST, Karen. Role and the critical nurse specialist and integrative review of the literature. En ACC Clinical issues. Vol. 9 No – 2-307. 1998.

SUBIRA, Invrmon a. Diseño de un sistema de registro mediante la aplicación de lenguaje estandarizada para la planificación de cuidados en el paciente critico. Revista TEMPUS Vitalis. Volumen 2 No 3. Septiembre – Diciembre de 2002.

REPUBLICA DE COLOMBIA MIN. SALUD, TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA, LEY 911 DE 2004Capitulo V, responsabilidad del profesional de enfermería con los registros de enfermería, Art 35,37

<http://es.wikipedia.org/wiki/Reproducibilidad>

ANEXOS

ANEXO N° 1 VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
INSTITUCIÓN	Lugar en donde se realizó la práctica	Observación directa	Nominal (ESE HUS, C COMUNEROS)
NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA	Numero consecutivo que permite dar identificación clínica	Se tomó de la historia clínica	Nominal
ANTECEDENTES PERSONALES (Renales, Gastrointestinales, Cardiovasculares, Tabaquismo, Respiratorias, Osteoarticulares y Musculares, Neurológicos, Neoplasia, Psiquiátricos, Metabólico, Inmunológico, ninguno)	Hallazgos que permite orientar la etiología o predisposición personal a la patología actual.	Se tomó de la historia clínica	Nominal
ANTECEDENTES FAMILIARES Renales, Gastrointestinales, Cardiovasculares, Tabaquismo, Respiratorias, Osteoarticulares y Musculares, Neurológicos, Neoplasia, Psiquiátricos, Metabólico, Inmunológico, ninguno)	Hallazgos que permite orientar la etiología o predisposición familiar a la patología actual.	Se tomó de la historia clínica	Nominal

GENERO	Características bio-psicosociales que diferencian al hombre de la mujer.	Observación directa	Nominal Masculino Femenino
EDAD	Tiempo transcurrido entre la fecha de nacimiento y momento actual. Edad en años cumplidos	Se tomó de la historia clínica (si el participante esta intubado).	Continua o de razón (12 – 100)
FECHA DE INGRESO	Momento en el cual la persona es recibida en la institución.	Historia clínica	Nominal
FECHA DE VALORACIÓN	Momento en el cual la persona es intervenida por enfermería.	Historia clínica	Nominal
DOMINIOS DE SALUD ALTERADOS	Causa patológica principal que con lleva a la hospitalización en UCI.	Según la valoración realizada por enfermería	Nominal
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	Juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia, comunidad a problemas de salud reales o potenciales.	Se establece cuando en paciente tiene mínimo dos características definitorias.	Nominal Presente Ausente

ANEXO 2. INSTRUMENTO DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

ESPECIALIZACIÓN EN ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CUIDADO CRÍTICO UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER							
REGISTRO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN LOS SITIOS DE PRACTICA				INSTITUCIÓN		SERVICIO	
DATOS DEL PACIENTE			DOMINIOS DE SALUD ALTERADOS				
Historia clínica _____		M	Q			M	Q
Antecedentes personales _____	1			NUTRICIÓN	6		PERCEPCIÓN Y COGNICIÓN
Antecedentes familiares _____	2			ELIMINACIÓN: Sistema urinario	7		CONFORT
Edad ____ Género F__ M__	3			ELIMINACIÓN: Sistema Gastrointestinal	8		AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS
Fecha de ingreso D__ M__ A__	4			ACTIVIDAD Y REPOSO: actividad y ejercicio	9		SEGURIDAD Y PROTECCIÓN
Fecha de intervención D__ M__ A__	5			ACTIVIDAD Y REPOSO: Respuestas cardiovasculares y respiratorias.	10		OTROS

DIAGNÓSTICOS Y RESULTADOS DE ENFERMERÍA													
RESULTADO		I	F	RESULTADO				I	F	RESULTADO		I	F
1	NUTRICIÓN Desequilibrio nutricional por defecto R/C	P	S	8	Disminución del gasto cardiaco R/C	P	S	15	CONFORT Dolor agudo R/C	P	S		
	Estado nutricional				Efectividad de la bomba cardiaca				Control del dolor				
2	Exceso de volumen de líquidos R/C	P	S	9	Perfusión tisular inefectiva: especificar R/C	P	S	16	AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS Ansiedad R/C	P	S		
	Equilibrio hídrico				Perfusión tisular				Control de la ansiedad				
3	Déficit de volumen de líquidos R/C	P	S	10	Patrón respiratorio ineficaz R/C	P	S	17	Capacidad Adaptiva intracraneal Disminuida R/C	P	S		
	Equilibrio ácido base				Estado respiratorio: Permeabilidad de la vía aérea				Estado neurológico				
4	ELIMINACIÓN Deterioro de la eliminación urinaria R/C	P	S	11	Deterioro del intercambio gaseoso R/C	P	S	18	SEGURIDAD Y PROTECCIÓN Riesgo de infección R/C	P	S		
	Eliminación urinaria				Estado respiratorio: del intercambio gaseoso				Estado inmune				
5	ACTIVIDAD Y REPOSO Deterioro de la movilidad física R/C	P	S	12	Deterioro de la respiración espontánea R/C	P	S	19	Deterioro de la integridad cutánea R/C	P	S		
	Nivel de movilidad				Monitoreo ventilatorio				Curación de la herida				
6	Riesgo de síndrome de riesgo R/C	P	S	13	Limpieza ineficaz de vías aéreas R/C	P	S	20	Hipertermia R/C	P	S		
	Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas				Estado respiratorio: Ventilación				Termorregulación				
7	Deterioro del patrón de sueño R/C	P	S	14	PERCEPCIÓN Y COGNICIÓN Deterioro de la comunicación verbal R/C	P	S	21	Riesgo de lesión R/C	P	S		
	Sueño				Capacidad de comunicación				Control de riesgo				
NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____				NOMBRE DEL DOCENTE _____				22	otros				