

ANÁLISIS DE LOS PLANES DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA REALIZADOS POR UN GRUPO DE ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA, DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, SEPTIEMBRE–NOVIEMBRE, 1993

Margarita María Vélez Peláez^a
Bertha Ligia Díez de Álvarez^b

Resumen

El estudio y análisis de los planes de atención de enfermería realizados por estudiantes en su práctica de medicina interna, desde la perspectiva de constatar hasta dónde el estudiante ha aprehendido el proceso de atención de enfermería y su aplicación en el cuidado, permite inferir que el proceso de enfermería como herramienta no se aplica en forma sistematizada en la atención del paciente, algo similar a lo encontrado en una institución venezolana por Yolanda Rivas en 1995. Hallazgos que obligan a reflexionar y a repensar la práctica actual de enfermería.

Palabras clave

*Procesos de enfermería
Práctica clínica
Cuidados de enfermería*

^a Enfermera especialista en Gerencia Hospitalaria. Profesora titular de la Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia.

^b Enfermera Magíster en educación. Profesora asistente de la Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia.

ANALYSIS OF THE ATTENTION PLANS OF NURSING BY A GRUOP OF STUDENTS OF THE SCHOOL OF NURSING AT THE UNIVERSITY OF ANTIOQUIA, SEPTEMBER–NOVEMBER, 1993

Summary

The study and analysis about the attention plans of nursing done by nursing students in the internal medicine practice was done in order to prove if students have learned the attention process of nursing and its application to health care. It may be infered that the nursing process, as a tool, is not sistematically applied to the patient attention. Similar findings were found in a Venezuelan university by Rivas (1995). This fact allows us to reflect and to rethink about the nursing practice nowadays.

Key words

Nursing process

Clinical clerkship

Nursing care

El proceso de enfermería como herramienta básica en el trabajo asistencial del profesional de enfermería requiere, para su aplicación, principios y fundamentos científicos que, aplicados en forma consistente, lleven al reconocimiento de patrones, necesidades y problemas, y a la interpretación de signos clínicos dentro de un contexto muy particular.

Las exigencias actuales en el campo de la salud obligan al profesional de enfermería a una permanente renovación conceptual de su quehacer profesional, con el propósito de fortalecer los instrumentos científicos que garanticen la calidad del cuidado a la persona, familia y colectivos.

El presente trabajo estudia la forma sistemática de presentación de los planes de atención de enfermería realizados por un grupo de estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, teniendo como referente las cinco fases del proceso de atención de enfermería.

Descripción del problema

Desde 1988 la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia introdujo en su currículo la enseñanza del proceso de enfermería, con el fin de dinamizar las experien-

cias de aprendizaje y asegurar la eficacia, continuidad y evaluación del cuidado, objeto de formación del futuro profesional de enfermería. No obstante, se desconocen estudios sobre el impacto del cuidado en la atención de enfermería; ¿cómo define y tiene en cuenta el estudiante cada una de las etapas del proceso? y ¿cuáles han sido las inconsistencias y dificultades para su aplicación en la práctica?

El objetivo de este estudio es identificar y analizar, en todos los planes de atención de enfermería realizados por los estudiantes, los anteriores aspectos con el propósito de establecer acciones correctivas.

Marco teórico

El proceso del cuidado de enfermería es un método sistematizado que permite racionalizar el cuidado del enfermo, estimula el pensamiento crítico y la creatividad, e independiza en la solución de problemas.

En este sentido agiliza la docencia y hace del estudiante un agente activo de su propio aprendizaje.

El proceso está organizado en cinco etapas interdependientes y relacionadas entre sí: 1) valoración, 2) diagnóstico, 3) planeación, 4) ejecución y 5) evaluación. Su enfoque es el del manejo específico de las respuestas o necesidades de salud, tanto reales como potenciales, del enfermo.

El modelo que ha venido implementando la Facultad se fundamenta en conceptos de autores norteamericanos como Henderson, Peplau, Roy, Orem y Levin, entre otros, por lo cual la elaboración de los diagnósticos de enfermería tiene como referente la taxonomía diagnóstica de la NANDA. Este modelo contempla conceptos básicos sobre el medio ambiente, las personas, la salud y la enfermedad; en otras palabras, el hombre como ser biopsicosocial y espiritual. Con este enfoque se facilita la satisfacción de las necesidades del usuario desde una perspectiva integral y, además, se hace más sólida y lógica la argumentación de la labor del profesional de enfermería.

Metodología

Esta investigación, de corte cualitativo, comparativo y analítico, es un estudio retrospectivo de treinta planes de atención de enfermería, elaborados y escritos por quince estudiantes del quinto nivel de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia durante su práctica de medicina interna, realizada en dos períodos distintos: uno de siete días y otro de ocho.

Los planes de atención del primer período fueron elaborados teniendo en cuenta las siguientes observaciones:

1. Presentar por escrito el plan después de haber cuidado al enfermo durante cuatro días.
2. Revisión bibliográfica relacionada con la planeación y ejecución del cuidado.
3. Integrar los conceptos teóricos y experiencias de los semestres anteriores.

Para la elaboración de los planes en el segundo período se les sugiere a los estudiantes tener en cuenta el análisis y la discusión hechos en torno a los planes del primer período; además, rastrear los conceptos relacionados con el proceso de enfermería y las cinco etapas que lo constituyen.

Por último, se analiza y se compara la información obtenida en los planes de ambos períodos y se elaboran las conclusiones y recomendaciones.

Resultados

El análisis cualitativo de las variables estudiadas, aspectos psicosociales, permite determinar acciones de enfermería de acuerdo con los indicadores obtenidos (véase tabla 1).

Tabla 1. Aspectos psicosociales de los pacientes en los planes de atención de enfermería

INDICADORES	PERÍODO 1		PERÍODO 2	
	No.	%	No.	%
Edad	15	100,0	15	100,0
Sexo	9	60,0	9	60,0
Escolaridad	13	86,6	11	73,3
Ocupación	15	100,0	15	100,0
Religión	8	53,3	7	46,6
Estado civil	13	86,6	14	93,3
Procedencia	15	100,0	14	93,3
Lugar residencia	8	53,3	14	93,3

La tabla 2 demuestra la disminución en los datos antecedentes personales y estilo de vida, en los planes del segundo período se demuestra que poco se tienen en cuenta para la planeación del cuidado y el bienestar del enfermo durante la hospitalización, ni se utiliza como información para identificar riesgos que puedan comprometer los planes terapéuticos establecidos.

Tabla 2. Antecedentes personales y estilos de vida de los pacientes registrados en los planes de atención de enfermería

ANTECEDENTES	PERÍODO 1		PERÍODO 2	
	No.	%	No.	%
Patológicos	15	100,0	12	80,0
Ginecológicos y obstétricos	10	60,0	8	50,0
Consumo de alcohol	5	33,3	4	26,6
Tabaquismo	6	40,0	7	46,6
Ejercicio y recreación	9	60,0	7	46,6
Hábitos de sueño	4	26,6	-	-
Relaciones interpersonales	7	46,6	6	40,0

La familia se considera como fuente de apoyo personal y social cuando las personas se encuentran en períodos de dependencia; además, las funciones instrumental e interpretativa y la etapa del ciclo vital de la familia son importantes para que el profesional de enfermería identifique a las personas significativas cuando se encuentran problemas, necesidades o diagnósticos relacionados con la familia.

La figura 1 demuestra cómo la información acerca de los antecedentes y composición familiar disminuye en los planes del segundo período.

Con relación a los signos vitales se puede identificar, y en forma comparativa, en los planes de ambos períodos que la respiración se reporta en menor porcentaje que los otros signos. De igual manera se observa que el control de los signos vitales como actividad independiente de enfermería no se hace, aun cuando se detectan alteraciones en algunos de ellos.

El estado nutricional se evalúa mediante los indicadores enumerados en la figura 2; sin embargo, como informa la tabla 3, la evaluación realizada por el estudiante es incompleta en mayor porcentaje en los planes del segundo período, encontrando cómo la anamnesis alimentaria es el indicador que menos se tiene en cuenta. Cuando se llega a diagnósticos de origen nutricional es significativo constatar que los planes de ambos períodos se hacen sin datos que los sustenten. El estudiante posee la conceptualización teórica pero no la aplica para sustentar, en forma escrita, el plan de cuidados de enfermería que propone.

En cuanto a la etapa de valoración se concluye que no existe un instrumento unificado para tomar la información, sólo se encuentran algunos indicadores relativamente esta-

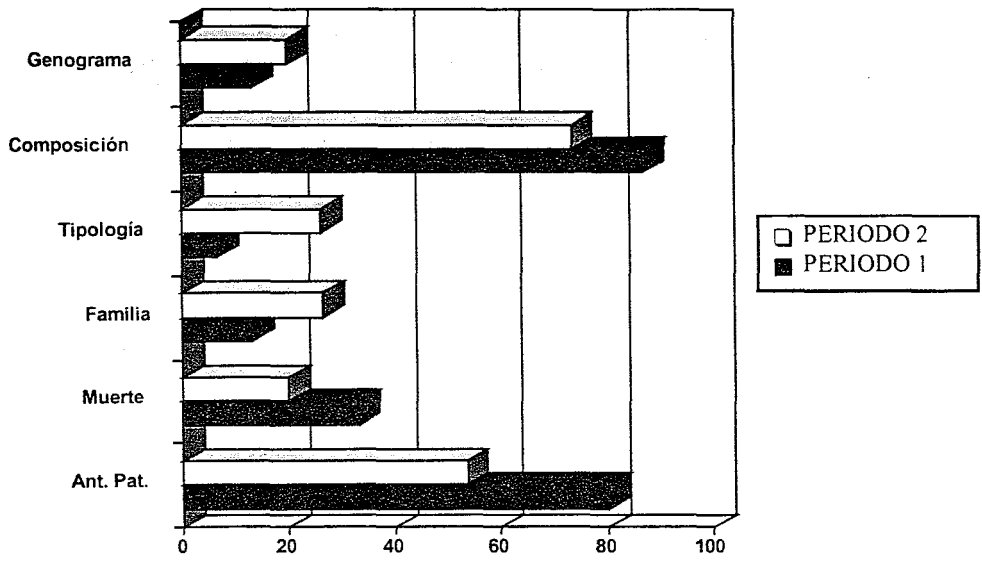


Figura 1. Distribución de los antecedentes de la familia en los planes de atención de enfermería

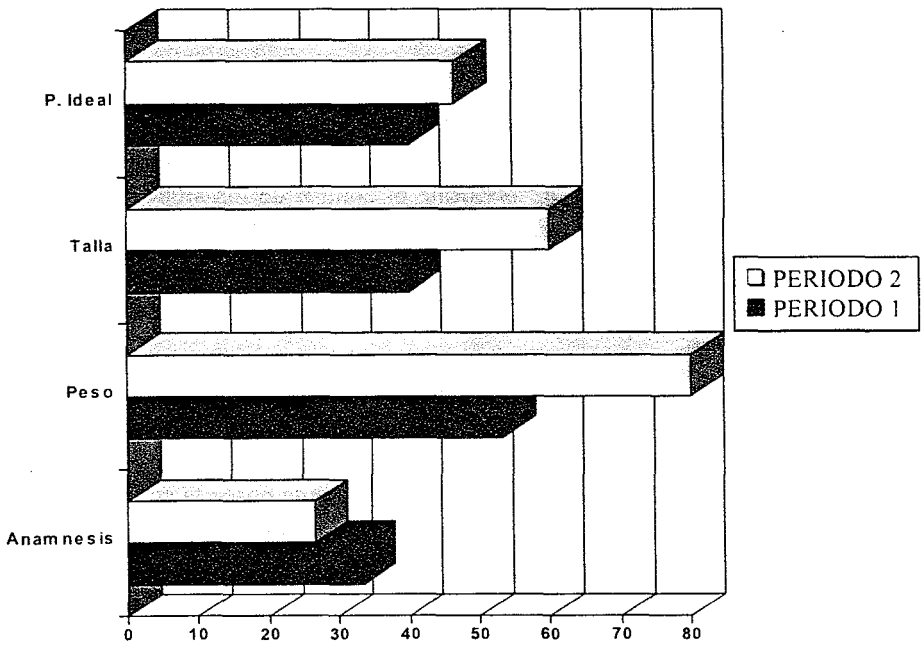


Figura 2. Estado nutricional reportado en los planes de atención de enfermería

Tabla 3. Distribución de la valoración nutricional en los planes de atención de enfermería

VALORACIÓN NUTRICIONAL	PERÍODO 1		PERÍODO 2	
	No.	%	No.	%
Con	10	66,6	12	80,0
Sin	5	33,3	3	20,0
Completa	3	20,0	2	13,3
Incompleta	7	46,6	10	66,6

bles que hacen parte de la historia clínica como datos de identificación, motivo de consulta, enfermedad actual, antecedentes personales, revisión por sistemas y examen físico.

Para los estudiantes no son significativos los datos relacionados con los signos vitales, el examen físico, la dinámica familiar y el perfil del paciente para planear la atención de enfermería.

Con respecto a la etapa de diagnóstico, según los delineamientos aprobados por la NANDA, el 100% de los estudiantes identifica las partes constituyentes del diagnóstico de enfermería, pero en su formulación hay imprecisiones tanto en la parte inicial (o problema) como en la definición (o selección del factor etiológico o causa). Además, en menor porcentaje se establecen prioridades y los objetivos no están dirigidos a corregir o minimizar el problema, a dar continuidad al cuidado ni a centrarse en el compromiso de autocuidado o el de la familia.

En cuanto a la planeación de las acciones de enfermería (categorizadas en independientes, dependientes e interdependientes) ningún plan de los estudiados, las especifica; además no se tienen en cuenta acciones con los familiares para lograr cambios en las conductas relacionadas con el estilo de vida y hábitos que puedan comprometer la salud.

En el análisis de la ejecución y de los registros se encontró que:

1. Las exigencias y consideraciones de esta etapa no se cumplen.
2. La estructura de la organización hospitalaria no apoya, en la mayoría de los casos, la aplicación de este saber teórico en la práctica.
3. Los registros realizados por el estudiante en las historias clínicas no tienen coherencia con el plan sustentado.

La evaluación como etapa final del proceso la incluye este grupo de estudiantes en menor porcentaje.

Conclusiones y recomendaciones

Con base en el análisis se presentan las conclusiones y recomendaciones, conscientes de los problemas de representatividad y posibilidad de generalización que puedan derivarse de la muestra, pues la información corresponde a un solo semestre académico.

1. No existe un instrumento único que le permita al estudiante hacer la recolección de los datos requeridos para el proceso de enfermería.
2. La información relacionada con los signos vitales, el examen físico, la dinámica familiar y el perfil del paciente no se considera significativa, la mayoría de los estudiantes no la tienen en cuenta en el momento de planear la atención.
3. No hay claridad en los estudiantes frente a la forma correcta de hacer la valoración nutricional del enfermo: el peso es tenido en cuenta por un número elevado de ellos como único elemento de evaluación, ignorando los demás parámetros.
4. Frecuentemente se confunde el término examen físico con el de revisión por sistemas: se usa indistintamente en los registros.
5. Los diagnósticos de enfermería son definidos sin tener en cuenta, muchas veces, los datos obtenidos en la valoración, además, no siempre se ajustan a las condiciones del enfermo.
6. No se detecta en los estudiantes la necesidad de establecer prioridades para la realización de las actividades.
7. No se encuentra consistencia ni pertinencia en el tiempo establecido para el logro de los objetivos en el plan.
8. Las actividades planeadas, en su mayoría, son de carácter dependiente; independiente sólo se consideró la educación.
9. No se cumplen las exigencias y consideraciones que deben tenerse en cuenta para la documentación de los cuidados, en las hojas de registro de la historia clínica.
10. La evaluación como etapa esencial en el proceso de enfermería es ignorada por un alto número de estudiantes al elaborar los registros.
11. No se dan diferencias significativas en los dos períodos revisados.

Finalmente, el proceso de enfermería entendido como un método sistematizado en cinco etapas, no se aplica por parte del estudiante; por lo menos en esta rotación, lo cual puede evidenciarse cuando se analizan las fases de valoración, diagnóstico y evaluación, esta última casi olvidada totalmente y las dos anteriores incongruentes e inconsistentes; de igual manera como puede constatarse en los registros de enfermería. Lo anterior, vale la pena resaltar, no parece ser sólo una problemática de nuestro medio, de esto dan cuenta otros estudios como el realizado en Venezuela por Yolanda Rivas y Neida Martínez en 1995 en algunas instituciones hospitalarias en una población de 250 enfermeras; lo cual obliga a una profunda reflexión respecto a la conceptualización de la práctica actual de enfermería.

Entre las recomendaciones más relevantes se enumeran las siguientes:

1. Establecer una guía curricular que garantice el conocimiento de las bases teóricas necesarias.
2. Presentar y sustentar, en todas las rotaciones clínicas, el proceso de enfermería en forma escrita para hacer el seguimiento del aprendizaje en el estudiante.
3. Elaborar un formato que guíe cada una de las diferentes etapas.
4. Exigir, para la elaboración de las historias clínicas de los pacientes atendidos por los estudiantes de la Facultad, que los registros y observaciones de enfermería se enmarquen en el contexto del proceso.
5. Hacer reuniones frecuentes y continuas para orientar y sensibilizar los profesionales para que se desempeñen en los servicios de hospitalización con respecto a todo lo que tiene que ver con el proceso de enfermería como herramienta básica y fundamental para el cuidado.
6. Fomentar grupos de estudio entre los docentes y los profesionales de enfermería, alrededor de la temática proceso de enfermería para propiciar una estructura científica del conocimiento basado en la investigación.

Bibliografía

1. Bulechek GM, Joame McC. Definición y validación de las intervenciones de enfermería. *Clinicas de enfermería de Norteamérica*. 1992; 2:301-309.
2. Carpenito LJ. *Planes de cuidados y documentación en enfermería*. México: McGraw-Hill; 1994.
3. Castrillón MC. La práctica de enfermería como objeto de estudio. *Investigación y Educación en Enfermería*. 1992; 10 (2):15-28.
4. King MJ, McFarland GK, McLane AM. *Manual de Diagnóstico en enfermería*. 3ª ed. México. McGraw-Hill; 1990.
5. Pérez L. Los modelos de enfermería. *Investigación y Educación en Enfermería*. 1991; 9, (1):63-73.

6. Rivas Y, Martínez N. Aplicación Sistemática y Operativa del Proceso de Atención de Enfermería en Algunas Instituciones Hospitalarias de Maracaibo. *Ciencia y Enfermería*. 1995; 1, (1):81-86.
7. Rutkowski B. ¿Cómo los GDR pueden modificar los registros de enfermería? *Nursing*. 1986; 23-27.
8. Taptich BJ, Iyer PW. *Diagnóstico de enfermería y planeación de cuidados*. México: McGraw-Hill; 1992.

Fecha de recepción abril de 1999