

RELACIONES ENTRE LA RECOLECCIÓN DE DATOS, DIAGNÓSTICOS Y PRESCRIPCIONES DE ENFERMERÍA A PACIENTES ADULTOS EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA¹

Emilia Campos de Carvalho²
Fernanda Titareli Merizio Martins³
Maria Célia Barcellos Dalri⁴
Sílvia Rita Marin da Silva Canini⁴
Ana Maria Laus⁴
Maria Marcia Bachion⁵
Lidia Aparecida Rossi⁶

La finalidad de este estudio descriptivo y retrospectivo fue analizar la relación entre la recolección de datos, diagnósticos y prescripciones de enfermería para 26 pacientes adultos que estuvieron hospitalizados en una unidad de terapia intensiva en un hospital de enseñanza de gran porte, con permanencia mínima de 24 horas. Mediante el análisis de los archivos se establecieron 135 diagnósticos y 421 prescripciones de enfermería, siendo identificados 24 categorías de diagnóstico y 20 diferentes ítems de prescripción. El diagnóstico de riesgo para la infección fue el más frecuente, que estuvo presente en el registro de 22 (84,60%) pacientes. De las prescripciones, 175 (42%) se refirieron a este diagnóstico. Se observa que los datos registrados por los enfermeros en la recolección de datos fueron suficientes para establecer los diagnósticos de enfermería y que la mayoría de las prescripciones (87,9%) estuvieron relacionadas con los diagnósticos.

DESCRIPTORES: procesos de enfermería; diagnóstico de enfermería; unidades de terapia intensiva

RELATIONS BETWEEN NURSING DATA COLLECTION, DIAGNOSES AND PRESCRIPTIONS FOR ADULT PATIENTS AT AN INTENSIVE CARE UNIT

This descriptive, retrospective study aimed to analyze the relation between nursing data collection, diagnoses and prescriptions for 26 adult patients who were hospitalized at the intense care unit of a large teaching hospital for at least 24 hours. Through the analysis of medical records, 135 diagnoses and 421 nursing prescriptions were established, and 24 different diagnosis categories and 20 different items for prescriptions were identified. The most frequent diagnosis risk was that for infection, present in the medical records of 22 (84.60%) patients, with 175 prescriptions (42%) related to this diagnosis. The data the nurses collected were sufficient to establish the nursing diagnoses, and the majority of prescriptions (87.9%) were related to the diagnoses.

DESCRIPTORS: nursing process; nursing diagnosis; intensive care unit

RELAÇÕES ENTRE A COLETA DE DADOS, DIAGNÓSTICOS E PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM A PACIENTES ADULTOS DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Trabalho descritivo, retrospectivo, que teve como objetivo analisar a relação entre a coleta de dados, diagnósticos e prescrições de enfermagem estabelecidas por enfermeiros para 26 pacientes adultos que estiveram internados numa unidade de terapia intensiva de um hospital de ensino de grande porte, com permanência mínima de 24 horas. Por meio da análise dos prontuários, foram estabelecidos 135 diagnósticos e 421 prescrições de enfermagem, sendo identificadas 24 diferentes categorias diagnósticas e 20 diferentes itens para prescrição. O diagnóstico de risco para infecção foi o de maior frequência, presente no prontuário de 22 (84,60%) pacientes. Das prescrições, 175 (42%) relacionaram-se a esse diagnóstico. Observa-se que os dados registrados pelos enfermeiros na coleta de dados foram suficientes para o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem e a maioria das prescrições (87,9%) apresentou relação com os diagnósticos.

DESCRIPTORES: processos de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; unidades de terapia intensiva

¹ Proyecto desarrollado en el Laboratorio de Comunicación en Enfermería, de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Brasil, y apoyado por el Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq); ² Enfermera, Profesor Titular, e-mail: ecdcava@eerp.usp.br; ³ Enfermera, e-mail: titareli@eerp.usp.br; ⁴ Enfermera, Docente, e-mail: macdalri@eerp.usp.br, canini@eerp.usp.br, analaus@eerp.usp.br. Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Brasil; ⁵ Enfermera, Profesor Titular de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Goiás, Brasil, e-mail: mbachion@fen.ufg.br; ⁶ Enfermera, Profesor Asociado de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Brasil, e-mail: rizzardo@eerp.usp.br.

INTRODUCCIÓN

La práctica de enfermería, apoyada en una base intuitiva, se viene estructurando por la aplicación de principios científicos aplicando modelos y abordajes teóricos, y está caracterizada por actividades sistemáticamente deliberadas, lógicas y racionales, subsidiando la evaluación del estado de salud de los clientes.

El proceso de enfermería, como una modalidad de metodología de la asistencia, provee la estructura para el cuidado de enfermería. Esta metodología comprende cinco componentes que están relacionados entre ellos: recolección de datos, diagnóstico de enfermería, planificación, implementación y evaluación⁽¹⁻²⁾.

El impacto en la práctica clínica de esta metodología, en especial empleando las clasificaciones de diagnósticos⁽³⁾, intervenciones⁽⁴⁾ y resultados⁽⁵⁾, ha sido objeto de varios estudios de revisión; fue colocado en evidencia la contribución favorable del uso de la recolección de datos y el establecimiento del diagnóstico en la calidad de la documentación de enfermería⁽⁶⁾.

El desarrollo de todas las etapas del proceso de enfermería está directamente relacionado a la competencia del equipo de enfermería, a la filosofía del servicio y a los recursos disponibles. Algunos estudios ponen en evidencia que la educación continuada de enfermeros sobre esa metodología mejora significativamente el empleo de sus fases. Sin embargo, no siempre la exactitud en la formulación de los diagnósticos de enfermería atiende los criterios de calidad de las características definidoras y de los factores relacionados. Se recomienda que el establecimiento de los diagnósticos, de las intervenciones y de los resultados deben ser examinados en conjunto y no aisladamente⁽⁶⁾.

El conjunto de diagnósticos de enfermería que un paciente (o una determinada clientela) presenta, pone en evidencia la complejidad de su cuadro clínico y, consecuentemente, el tipo de intervención requerida para obtener la resolución de los mismos, así como, el respectivo conjunto de actividades necesarias, que son expresadas en las prescripciones de enfermería⁽⁷⁾.

El número y el tipo de intervenciones de enfermería recibidas por el paciente han sido considerados como un indicador del cuidado prestado⁽⁸⁻¹⁰⁾. Sin embargo, el efecto del diagnóstico y de las intervenciones sobre los resultados en el paciente no han mostrado evidencias satisfactorias; por otro lado, la cantidad y la calidad de la documentación en los registros se han elevado⁽¹¹⁻¹³⁾.

Esta forma de organización de trabajo de enfermería es concebida como una importante herramienta de gestión del cuidado⁽¹⁴⁾ y permite prestar una atención individualizada y de calidad al paciente⁽¹⁵⁾. Para alcanzar todas estas posibilidades, las etapas de ese instrumento de trabajo deben estar debidamente registradas.

En ese sentido, el análisis de las anotaciones de enfermería en las fichas de los pacientes puede contribuir para identificar las necesidades y resultados de los procesos de educación permanente en salud⁽¹⁶⁻¹⁷⁾, favorecer la identificación de la participación de la enfermería en los resultados de la salud alcanzados por los pacientes⁽⁶⁾, como también, generar datos para la administración de los sectores y para el gestor de la institución.

No encontramos, en la literatura de enfermería, estudios nacionales que traten de los efectos de la calidad de los registros y del uso de taxonomías de diagnósticos y de intervenciones sobre los resultados obtenidos en el paciente. Tampoco identificamos un análisis pertinente a los datos recolectados con los diagnósticos establecidos; es decir de la correspondencia de esos datos con los factores relacionados o características definidoras y de la identificación de esos elementos como determinantes de las prescripciones.

Tales aspectos fueron el objeto de interés, en el presente estudio. En ese sentido, el objetivo general fue analizar las relaciones entre la recolección de datos, el establecimiento de diagnósticos y elaboración de prescripciones de enfermería a adultos internados en una unidad de terapia intensiva.

Se establecieron como objetivos específicos:
- Analizar los registros de enfermería teniendo como foco el perfil de los diagnósticos de enfermería;

- Analizar la relación de las prescripciones de enfermería con los elementos constitutivos de los diagnósticos;
- Analizar el diagnóstico de enfermería que ocurría con mayor frecuencia, en relación a su sustentación en los datos de evaluación del paciente y la pertinencia de las prescripciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo, de carácter retrospectivo, a partir de las informaciones sobre la recolección de datos, los diagnósticos y las prescripciones de enfermería registradas en las fichas de pacientes internados en una Unidad de Terapia Intensiva (UTI) de un hospital de enseñanza, de gran porte, en el interior del estado de San Pablo. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la referida institución.

Fueron seleccionadas las fichas de pacientes mayores de 18 años, de ambos sexos, que fueron internados en la UTI, en el período de agosto a noviembre de 2004 y que tuvieron una permanencia mínima de 24 horas. La selección del local de estudio ocurrió por ser esta una institución pionera en la implantación del proceso de enfermería. En el período estipulado para la investigación, fueron internados en la unidad 65 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión. La muestra fue constituida por 26 (40%) fichas, que estaban disponibles en el Servicio de archivo Médico y Estadístico de la referida institución.

El prontuario contenía un instrumento estándar, específico para la utilización del equipo de enfermería, compuesto de cuatro partes: recolección de datos (clasificados en categorías por necesidades humanas básicas), relación de diagnósticos de enfermería, prescripción de enfermería y hoja de evolución de enfermería (que corresponde a la evaluación).

Los datos relativos a la admisión, así como los registros que contenían los diagnósticos establecidos para cada cliente y las prescripciones fueron transcritos de los impresos empleados en la institución para una ficha semejante a la utilizada por

el equipo de enfermería, siendo utilizado un instrumento para el registro de la recolección de datos y otro para los diagnósticos y prescripción de enfermería. La recolección de los datos fue realizada por un enfermero, con experiencia práctica y teórica del proceso de enfermería. Fue resguardado el sigilo y anonimato de los pacientes y de los profesionales que participaron.

Los datos que fueron recoleccionados de las fichas se analizaron, por cinco investigadores peritos en la temática. En cada caso se examinaron los registros buscando identificar la precisión del establecimiento de los Diagnósticos de Enfermería, conforme propuesto en la literatura⁽¹⁸⁾. En cuanto a los registros referentes a los diagnósticos de enfermería, se observó la presencia de sus componentes (título, categoría del diagnóstico, características definidoras y factores relacionados/ factores de riesgo), y la pertinencia de los mismos a los datos recoleccionados. El análisis de las prescripciones de enfermería tuvo como foco su relación con los componentes descritos en cada uno de los diagnósticos de enfermería. Para realizar esto, los autores analizaron cada prescripción identificando si ella era proveniente de la categoría de diagnóstico, de los factores relacionados o de categorías definidoras (para los diagnósticos reales) o de la categoría de diagnóstico o de los factores de riesgo (para los diagnósticos de riesgo).

Después de evaluar todas las fichas, se analizó con mayor profundidad, como ejemplo, el diagnóstico Riesgo para infección, por haber sido el de mayor frecuencia.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Estudios realizados a partir de anotaciones de fichas apuntan que los diagnósticos de enfermería y las intervenciones varían dependiendo del propósito de la asistencia a ser prestada al paciente admitido en el servicio de la salud⁽¹⁹⁾; igualmente, el número de diagnósticos establecidos también presenta una relación con las características de los pacientes de los diferentes sectores⁽⁶⁾. El escenario de una Unidad de Terapia Intensiva y la finalidad de la asistencia

prestada contribuyen para trazar el perfil de diagnósticos y el de prescripciones, como los descritos a continuación.

Se nota que los enunciados de diagnósticos se presentan siguiendo orientaciones de Carpenito, que es el marco referencial adoptado por los enfermeros en la unidad del sector estudiada⁽²⁾.

A los 26 pacientes de la muestra fueron atribuidos, por los enfermeros, 24 tipos diferentes de Categorías de diagnóstico (Títulos diagnósticos), siendo 15 diagnósticos reales (62,5%) y 9 de riesgo (37,5%) (Tabla 1).

Esos diagnósticos pertenecen a los Dominios: nutrición (2), eliminación (2), actividad/reposo (6) y seguridad/ protección (10) propuestos por la North American Nursing Diagnosis Association⁽³⁾. Cuatro de ellos, no están contenidos en esa taxonomía e presentan relación con los dominios seguridad/ protección (1), actividad/reposo (2) y confort (1). Los dominios de diagnósticos son característicos de pacientes críticos. Los otros nueve dominios y sus respectivas clases⁽³⁾, a pesar de que no fueron contemplados en la evaluación clínica de los enfermeros, incluyen diagnósticos factibles para los sujetos observados. En el local del estudio, la atención de los profesionales da preferencia a los aspectos más inmediatos de la atención a la salud de los pacientes.

Fueron establecidos de cuatro a nueve diagnósticos por paciente, siendo, en promedio, 5 diagnósticos reales o de riesgo por paciente, totalizando 135 diagnósticos establecidos para esa clientela; de estos 57 (42%) eran reales y 78 (58%) de riesgo.

Los diagnósticos más frecuentes fueron: riesgo para infección (84,6%); movilidad física perjudicada (69,2%); riesgo de aspiración (65,3%) y riesgo de lesión (61,5%). Siguen 8 diagnósticos con frecuencia entre 38,4% a 15,3%. Las otras 14 categorías presentaron ocurrencias iguales o inferiores a 7,6%.

Un estudio realizado con pacientes en unidades de cuidados intensivos⁽²⁰⁾ apuntó los siguientes diagnósticos de enfermería más frecuentes: dolor, potencial para lesión, ansiedad, débito cardíaco disminuido, potencial de infección y déficit de conocimiento.

En el presente estudio, algunos diagnósticos fueron observados en la mayoría de las fichas, sugiriendo un perfil característico de la población

atendida en UTIs; los otros son específicos para cada individuo. Este aspecto sugiere que, inclusive en un contexto de actuación en la especialidad, los enfermeros no pierden de vista el abordaje individualizado.

Tabla 1 - Distribución de las Categorías de Diagnóstico según los registros de enfermería en las fichas examinados en un Hospital Escuela del estado de San Pablo, 2004

Diagnósticos establecidos	nº	%
Riesgo de infección	22	84,6
Movilidad física perjudicada	18	69,2
Riesgo de aspiración	17	65,3
Riesgo de lesión	16	61,5
Riesgo de integridad piel perjudicada.	10	38,4
Función respiratoria alterada / Estándar respiratorio ineficaz	9	34,6
Integridad de la piel perjudica	8	30,7
Incapacidad para mantener ventilación espontánea	5	19,2
Integridad Las 14 otras categorías perjudicada	4	15,3
Perfusión Tisular Periférica alterada	4	15,4
Desobstrucción ineficaz Vías Aéreas / Eliminación Traqueobronquica ineficaz	3	11,5
Riesgo para transmisión de la infección	2	7,6
Cambio de gases perjudicada	2	7,6
Protección alterada	2	7,6
Nutrición alterada menor que necesidades	2	7,6
Riesgo respuesta disfuncional desmame ventilatorio	1	3,8
Riesgo incapacidad mantener Ventilación Espontánea	1	3,8
Perfusión Tisular Cardíaca Alterada	1	3,8
Riesgo para disfunción neurovascular periférica	1	3,8
Perfusión Tisular Cerebral Alterada	1	3,8
Exceso volumen de líquidos	1	3,8
Estándar de eliminación urinaria alterada	1	3,8
Comodidad perjudicada	1	3,8
Riesgo para alteración da Temperatura corporal	1	3,8

Examinándose los elementos constitutivos de los diagnósticos se nota que los 135 diagnósticos (reales y de riesgo) presentaron una categoría de diagnóstico (100%) fundamentada en la taxonomía adoptada por el servicio⁽²⁾; sin embargo, estaban formulados de modo incompleto, una vez que los factores relacionados o de riesgo estuvieron presentes en 133 (98,5%) y 39 (28,8%) mencionaron sus

características definidoras incompletas; para cerca de 14% de los sujetos ninguna característica definidora fue considerada; cabe recordar que de los diagnósticos observados 42% eran reales, es decir, también deben presentar características definidoras. Tales datos sugieren que los enfermeros no están valorizando, en sus registros de rotulación de los diagnósticos de enfermería, las evidencias clínicas (características definidoras) identificadas en los pacientes. En ese sentido, no se sabe si el profesional incluyó o no determinadas evidencias en su proceso de juzgamiento clínico, a pesar de que el dato estaba disponible en el registro de la evaluación del estado de la salud de los pacientes.

La exactitud en la determinación de un diagnóstico ha sido apuntada como una importante dificultad^(6,18); y ha presentado variación⁽²¹⁾. Un estudio apunta que 30% de los diagnósticos de enfermería examinados presentaron baja precisión, según la evaluación de especialistas⁽²²⁾.

En la presente investigación, se seleccionó el Diagnóstico *riesgo de infección* para el análisis de ese aspecto por ser el de mayor incidencia en este estudio. Fue identificado por los investigadores que 100% de los pacientes presentaron, en la recolección de datos registrada por los enfermeros en las fichas, pistas relevantes, específicas y coherentes con ese diagnóstico; sin embargo, él no fue establecido, por los enfermeros, en 4 pacientes. De esa forma, se entiende que no hubo precisión en su formulación en 15,3% de los sujetos. Ese índice es inferior al observado en la literatura, a pesar de haber sido considerado apenas para un título de diagnóstico. Por otro lado, también destacamos que en dos situaciones los enfermeros confirmaron una categoría de diagnóstico amplia, como *protección alterada, en lugar de diagnósticos de riesgo de infección*.

El juzgamiento y la toma de decisiones que el enfermero hace frente a una dada situación pueden reflejar, además del conocimiento específico de su área de actuación, el conocimiento de las alternativas y limitaciones inherentes a las clasificaciones de diagnóstico. Las habilidades técnicas y de relación interpersonal de quien hace el diagnóstico, además del pensamiento crítico y conocimiento, así como el contexto de la situación, afectan la interpretación de los datos del enfermero, con repercusión en la precisión de sus diagnósticos⁽²²⁻²³⁾.

Merece un estudio futuro el raciocinio de diagnóstico realizado por el profesional, que muestra

tendencia para seleccionar diagnósticos más específicos en lugar de aquellos más amplios.

La observación de todas las fichas permitió identificar 421 prescripciones establecidas para los diagnósticos de enfermería inventariados, que varió de 11 a 22 por pacientes, siendo en promedio 16 prescripciones por paciente. Cabe destacar que las actividades prescritas son dirigidas por el resultado que se espera en el paciente.

El conocimiento de las intervenciones de enfermería a determinado grupo de pacientes puede tanto identificar vacíos de conocimiento en la práctica observada como identificar nuevos abordajes de resolución de un diagnóstico. En ese sentido, tanto la Clasificación de Intervenciones de Enfermería⁽⁴⁾ como la taxonomía adoptada en el sector⁽²⁾ han colaborado con la divulgación de las intervenciones y actividades/ acciones para los diagnósticos de enfermería, como para las decisiones de los enfermeros.

En estudio ya citado, con pacientes de una unidad de cuidado intensivo, las actividades/ acciones más empleadas estaban dirigidas a las intervenciones de monitoreo de parámetros vitales, dar soporte emocional, enseñanza y de coordinación⁽²⁰⁾.

La especificidad de las prescripciones, o sea, cuanto ellas son propias a los componentes de un diagnóstico dado, también fue objeto de análisis (objetivo 2). Entre las 379 prescripciones pertinentes a los diagnósticos registrados, 32,4% estaban relacionadas a las categorías de diagnóstico, 90% a los factores relacionados o de riesgo y 19,5 % a las características definidoras. De las prescripciones, la mayoría (87,9%) presentaba una relación con los diagnósticos establecidos; sin embargo, 52 (12,1%) no estaban relacionados con los diagnósticos, evidenciando el uso de la prescripción independientemente del estado registrado del paciente.

Esto puede ser debido al hecho de que, para prescribir las acciones de enfermería, el profesional puede haber tomado en cuenta, como foco, el diagnóstico médico; en ese sentido, un estudio pone en evidencia que las enfermeras identifican más problemas relacionados al diagnóstico médico de que al diagnóstico de enfermería⁽²⁴⁾. Esto puede estar relacionado a la dificultad de identificar, en la taxonomía utilizada, cual era la respuesta humana presente en la situación, inclusive teniendo claro cual actividad sería necesaria. La literatura apunta que en determinadas situaciones, establecer un diagnóstico

de enfermería se vuelve inviable o los problemas no son identificados y, en esos casos, la educación permanente de los miembros del equipo de enfermería puede contribuir para el adecuado uso de los diagnósticos de enfermería y de las intervenciones que les corresponden ⁽²⁴⁾.

Riesgo de Infección: relación con los datos de la evaluación del paciente y pertinencia de las prescripciones

Pasando para el análisis del diagnóstico de mayor ocurrencia, en cuanto a su sustentación en los datos de evaluación del paciente y pertinencia de las prescripciones establecidas (objetivo 3), juzgamos oportuno aclarar que el *Riesgo para infección es* conceptualizado⁽²⁾ como "estado en que el individuo está en riesgo de ser invadido por un agente oportunista o patogénico (virus, hongo, bacteria, protozoario u otro parásito) de fuentes endógenas o exógenas". Este diagnóstico está agrupado en la Taxonomía II de la NANDA en el Dominio 11⁽³⁾, que trata de Seguridad/ Protección, que significa "estar libre de peligro, lesiones físicas o daño en el sistema inmunológico; prescripción contra pérdidas; y protección de la seguridad" y en la Clase1 infección "que son las respuestas del hospedero después de la invasión patogénica".

El concepto de un diagnóstico, su dominio y clase constituyen el principal elemento para la declaración de hecho del problema identificado por el enfermero; en este caso, el diagnóstico fue construido a partir de la vulnerabilidad de exposición para la cual el paciente se encuentra expuesto.

La presencia de ese diagnóstico en 84,6% de las fichas pone en evidencia que los profesionales consideraran los factores de riesgo presentes en situación de internación en UTI, donde, por regla, los pacientes están bajo uno o más procedimientos invasores. Una vez que, al determinar un diagnóstico y sus elementos el enfermero pasa a tener condiciones de seleccionar las intervenciones que irá a prescribir, entonces, a partir de ese diagnóstico, se espera que sean prescritas e implementadas las medidas de protección necesarias a la situación.

Examinándose los elementos constitutivos del diagnóstico de Riesgo de Infección se nota que en las 22 fichas se identificaron y registraron uno o más factores de riesgo (Tabla 2).

Tabla 2 - Distribución de los factores de riesgo para el diagnóstico riesgo de infección atribuido en las fichas observados (n=22) en un Hospital Escuela del interior del estado de San Pablo, 2004

Factor de riesgo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Procedimientos invasores	22	100
Destrucción de tejidos	04	18,1
Enfermedad crónica	03	13,6
Agente farmacéutico	01	4,5
Exposición ambiental o patógena	01	4,5
Defensa primaria inadecuada	02	9,0
Defensa secundaria inadecuada	01	4,5

Evitar que los diagnósticos de enfermería tomen como base los factores etiológicos ha sido una de las dificultades apuntadas en la literatura ⁽²⁵⁾. En el presente estudio fueron encontrados registros referentes a siete diferentes factores de riesgo. En 100% se nota la presencia del factor de riesgo procedimientos invasores. En algunas fichas las vías de invasión no están especificadas, en otros estaban citadas como, por ejemplo, las punciones venosas, sondas, catéteres, sistema de ventilación, entre otros.

Estos datos refuerzan la existencia de un estándar de comportamiento de los enfermeros en la forma de establecer ese diagnóstico para la clientela estudiada, en relación a los factores de riesgo y a los términos empleados, permitiendo identificar una de las características importantes de los pacientes.

En relación a las prescripciones, algunas fueron dirigidas al título del diagnóstico (categoría de diagnóstico) y otras a los factores de riesgo.

Para ese diagnóstico fueron establecidas 175 prescripciones, las que variaron de seis a 11, con un promedio de ocho prescripciones, por paciente. Se observó 20 diferentes ítems de prescripción relativos, principalmente, a la higiene corporal, higiene oral, higiene íntima, curativos, limpieza de la bolsa colectora de orina y cambio de sondas y cánulas.

Como se puede percibir, aproximadamente 42% de las prescripciones están relacionadas al diagnóstico de riesgo de infección. Las características de la unidad observada y la fuerte política institucional del control de indicadores en ese sector, como las

tasas de infección y demás directrices institucionales, pueden estar relacionadas a esos resultados.

No se puede afirmar que las prescripciones relativas al diagnóstico Riesgo de infección – hagan referencia exclusivamente a ese diagnóstico, una vez que hay intervenciones que pueden ser indicadas para diferentes repuestas humanas; sin embargo, se percibe que, en el presente estudio, tales items tenían relación con los elementos de ese diagnóstico: 42% eran pertinentes al título del diagnóstico (n=73), denotando acciones de control de infección; y 58% de las prescripciones (n=102) estaban directamente relacionadas a los factores de riesgo, denotando acciones de prevención de infección.

CONCLUSIONES

El uso de registros para estudios retrospectivos del proceso de enfermería puede presentar algunas limitaciones relacionadas al contenido de informaciones en las fichas, ya manifestadas en la literatura, relacionadas a la falta de registros, a la calidad de los mismos, a la presencia de divergencias, a la extensión o representatividad cuadro real del paciente, así como la posible duplicidad o discontinuidad de esas informaciones.

Sin embargo, inclusive con tales tendencias, es positivo el análisis de tales informaciones. Estos aspectos fueron considerados cuando nos propusimos el presente estudio.

De acuerdo con los registros examinados, sobre la atención a los pacientes adultos internados en una UTI, los enfermeros:

- establecieron 24 tipos diferentes de Categorías de diagnóstico (Títulos diagnósticos), siendo 15 referentes a los diagnósticos reales (62,5%) y 9 de riesgo (37,5%), perteneciendo predominantemente a los Dominios actividad/reposo (6) y seguridad/protección(10);

- identificaron con más frecuencia los diagnósticos de: riesgo para infección (84,6%); movilidad física perjudicada (69,2%); riesgo de aspiración (65,3%) y riesgo de lesión (61,5%);

- registraron los diagnósticos de modo incompleto, o sea, de los 135 diagnósticos (reales y de riesgo) inventariados, los 133 (98,5%) presentaron factores relacionados o de riesgo y apenas 39 (28,8%) las características definidoras; cabe recordar que 42% eran reales, esto es, deberían presentar características definidoras;

- establecieron la mayoría de las prescripciones (87,9%) pertinentes a los diagnósticos de enfermería identificados, existiendo 12,1% que no estaban relacionados a ellos;

- cuando establecieron prescripciones enfocadas en los diagnósticos de enfermería, se dirigieron, la mayor parte de las veces (90%) a factores relacionados o de riesgo y apenas 19,5 % a las características definidoras.

- determinaron el diagnóstico de riesgo de infección con base en los datos registrados en la recolección, evidenciando una precisión superior a la referida por la literatura para diagnósticos en general;

- establecieron prescripciones de enfermería para ese diagnóstico de manera consistente con el título (42%) o con los factores de riesgo (58%).

El empleo de las diferentes fases del proceso de enfermería y el uso de taxonomías para denominación de los diagnósticos e intervenciones retratan la búsqueda, de los enfermeros, por una base segura para dar asistencia. Sin embargo, ese proceso no siempre está exento de dificultades. Una de ellas es el registro de esas etapas, paso imprescindible para el desarrollo y control del proceso de asistir. El registro permite el acompañamiento continuado para un efectivo y eficaz empleo de esa metodología - como resultado de los datos obtenidos, se sugiere realizarla en el local de estudio.

REFERENCIAS

1. Griffith-Kenney J, Christensen PJ. Nursing Process: Application of theories, frameworks and models. 2nd, St Louis (MI): Mosby; 1986.
2. Carpenito-Moyet LJ. Diagnóstico de enfermagem: aplicação à prática clínica. 10^aed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2005.
3. North American Nursing Diagnosis Association - NANDA.

- Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação, 2005-2006. Porto Alegre (RS): Artmed; 2006.
4. McCloskey JC, Bulechek GM. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 3^a ed. São Paulo (SP): Artmed; 2004.
5. Moorhead S, Johnson M, Maas ML. Nursing outcomes classification 3rd ed St Louis (MO): Mosby; 2003.
6. Müller-Staub M, Lavim MA, Needham I, vanAchterberg T.

Nursing diagnoses, interventions and outcomes: application and impact on nursing practice: systematic review. *J Adv Nurs* 2006; 56(5):514-31.

7. Helberg JL. Patients' status at home care discharge. *Image J Nurs Sch* 1993; 25(2):93-9.

8. Lima LR, Stival MM, Lima LR, Oliveira CR, Chianca TCM. Proposta de instrumento para coleta de dados de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva fundamentado em Horta. *Revista Eletrônica de Enferm [online]* 2006 8(3):349-57. Available from: URL: http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_2/original_02.htm.

9. Cunha SMB, Barros ALB. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta. *Rev Bras Enferm* 2005; 58(5): 568-72.

10. Lee TT, Mills ME. The relationship among medical diagnosis, nursing diagnosis, and nursing intervention and the implications for home health care. *J Prof Nurs* 2000; 16(2):84-91.

11. Currel R, Urquhart C. Nursing record systems: effects on nursing practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Review* 2003 (3).

12. Nahm R, Poston I. Measurements of the effects of an integrated, point-of care computer system on quality of nursing documentation and patient satisfaction. *Comput Nurs* 2000; 18(5):220-9.

13. Daly JM, Buckwalter K, Maas M. Written and computerized care plans. *J Gerontol Nurs* 2002; 28(9): 14-23.

14. Sánchez RR, Landeros MS, Contreras MFP, Sepúlveda EC, Muñoz GP. Process of nursing: attention tool in management of the care. *Enfermería* 2002; 37(120):2-5.

15. Marques LVP; Carvalho DV. Sistematização da assistência de enfermagem em centro de tratamento intensivo: percepção das enfermeiras. *Rev Min Enferm* 2005; 9(3):199-205.

16. Müller-Staub M, Needham I, Odembreit M, Lavin MA,

VanAchterberg T. Improved quality of nursing documentation: results of a nursing diagnoses, interventions and outcomes implementation study. *Int Nurs Terminol Classif* 2007; 18(1):5-17.

17. Considine J. The role of nurses in preventing adverse events related to inspiratory dysfunction: literature review. *J Adv Nurs* 2005; 49(6): 624-33.

18. Lunney M. Pensamento crítico e diagnósticos de enfermagem. Estudos de caso e análises. Porto Alegre(RS): Artmed; 2004.

19. Ogasawara C, Hasegawa T, Kume Y, Takahashi I, Katayama Y, Furuhashi Y et al. Nursing diagnoses and interventions of japanese patients with end-stage breast cancer admitted for different care purposes. *Int Nurs Terminol Classif* 2005; 16(3-4): 54-64.

20. Coenem A, Ryam P, Sutton J, Devine E, Werley HH, Kelber S. Use of the Nursing Minimum Data Set to describe nursing interventions for select nursing diagnoses and related factors in an acute care setting. *Nurs Diagn* 1995; 6(3):109-14.

21. Levin RF, Lunney M, Krainovich-Miller B. Improving diagnostic accuracy using an evidence-based nursing model. *Int Nurs Terminol Classif* 2004; 15(4):114-22.

22. Lunney M, Karlic B, Kiss M, Musphy P. Accuracy of nurse's diagnoses of psychosocial responses. *Nurs Diagn* 1997; 8(4):157-66.

23. Jesus CAC, Carvalho EC. Brazilian Nurses Accuracy in Naming Diagnostic Statements. In: Rantz MJ, LeMone P. (organizators.). *Classification of Nursing Diagnoses - Proceedings of the Fourteenth Conference*. Glendale (CA): Cinahl Information Systems; 2002. p. 122-6.

24. Lee TT. Nursing diagnoses: factors affecting their use in charting standardized care plans. *J Clin Nurs* 2005; 14:640-47.

25. Smith-Higuchi KA, Dulberg C, Duff V. Factors associated with nursing diagnosis utilization in Canada. *Nurs Diagn* 1999; 10(4):137-47.