

**Procesos de enfermería generados en prácticas formativas en escenarios de simulación
durante la pandemia covid-9.**

Yamile Arango León

Sonia Alejandra Jiménez Vanegas

Seydih Zamara Lemus Mena

Fundación Universitaria del Área Andina

Enfermería

Enf Mg. Mónica Margarita Barón Castro

Abril 2022

**Procesos de enfermería generados en prácticas formativas en escenarios de simulación
durante la pandemia- covid-19**

AUTORES

YAMILE ARANGO LEÓN

SONIA ALEJANDRA JIMÉNEZ VANEGAS

SEYDIH ZAMARA LEMUS MENA

Trabajo de investigación como opción de grado para optar el título de: Enfermera

ASESOR

EnfMg. MÓNICA MARGARITA BARON CASTRO

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA ÁREA ANDINA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD Y DEPORTE

ENFERMERÍA

PEREIRA. RISARALDA

ABRIL DE 2022

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo lo dedicamos primeramente a Dios, quien nos ha guiado e inspirado en el proceso.

A nuestros padres y familiares, por la oportunidad, sacrificio y gran amor, a lo largo de cada una de las etapas de nuestras vidas.

Especial y sincero agradecimiento, a la docente quien nos ayudó, orientó y guio en el camino, de formar en nosotras gran conocimiento, responsabilidad y sentido de pertenencia para obtener un logro más.

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	6
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
3. JUSTIFICACIÓN.....	14
4. OBJETIVOS	17
4.1 Objetivo General.....	17
4.2 Objetivos específicos	17
5. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	19
6. ESTADO DEL ARTE.....	26
7. METODOLOGÍA.....	38
8. RESULTADOS	39
9. DISCUSIÓN.....	54
10. CONCLUSIONES	61
11. REFERENCIAS	

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Caracterización proceso de enfermería (PAE) escenario de simulación “Cuidado de enfermería a la familia”	40
Tabla 2 Caracterización proceso de enfermería (PAE) escenario de simulación “Cuidado de enfermería a la mujer, pareja, madre y recién nacido”	41
Tabla 3 Caracterización proceso de enfermería (PAE) escenario de simulación “Cuidado de enfermería al adolescente y a la familia”	42
Tabla 4 Caracterización proceso de enfermería (PAE) escenario de simulación “Cuidado de enfermería al adulto y familia I”	43
Tabla 5 Caracterización proceso de enfermería (PAE) escenario de simulación “Cuidado de enfermería al adulto y familia II”	44
Tabla 6 Caracterización proceso de enfermería (PAE) escenario de simulación “Cuidado de enfermería al niño y a la familia”	45
Tabla 7 Caracterización proceso de enfermería (PAE) escenario de simulación “Gerencia de servicios de salud ambulatoria”	47
Tabla 8 Caracterización proceso de enfermería (PAE) escenario de simulación “Gerencia de servicios de salud hospitalarios”	48
Tabla 9 Caracterización proceso de enfermería (PAE) escenario de simulación “Principios científicos del cuidado de enfermería”	50
Tabla 10 Caracterización proceso de enfermería (PAE) escenario de simulación “Promoción de la salud y familia”	51
Tabla 11 Caracterización proceso de enfermería (PAE) escenario de simulación “Salud mental”	53

1. INTRODUCCIÓN

Desde los primeros años del siglo XXI la educación superior ha centrado su formación académica en el desarrollo de competencias debido a la necesidad de acelerar los procesos en cuanto al desarrollo sociocultural y económico. Esto se debe a la demanda de varios sectores de la población por lo tanto se considera que la nueva generación necesita adquirir nuevos conocimientos, nuevas competencias y desarrollar sus capacidades dado que merecen un mejor futuro (Valladolid et al., 2020)

La formación de enfermeros es un proceso continuo, permanente e integral que pretende desarrollar competencias tanto interpersonales como instrumentales, así como competencias específicas relacionadas con los conocimientos, habilidades y ciertas actitudes que favorezcan su trayectoria académica-profesional. Las competencias genéricas o transversales hacen referencia al desarrollo de cada persona, tanto desde un aspecto interpersonal como de interacción con otras. De forma similar, las competencias específicas son un reflejo del empeño y dedicación propio de cada profesión (Novoa et al., 2019)

Altamirano cita a muchos autores que definen una competencia como un “Saber hacer” que se efectúa en una situación dificultosa, puesto que para dar solución a ello se requieren diferentes habilidades, conocimiento y actitudes (Altamirano, 2019)

Por consiguiente, la práctica clínica para enfermería resulta ser el principal apoyo para los estudiantes ya que les permite potenciar y aplicar los conocimientos que han sido inducidos, en la práctica, el estudiante desarrolla habilidades para brindar cuidado de calidad a los pacientes. Es necesario recalcar que el estudiante con el apoyo del docente cuando se encuentra en el momento de atender al paciente, vive la experiencia de poner en práctica el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en sus etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación favoreciendo el proceso de aprendizaje en el estudiante.

Con el crecimiento vertiginoso que ha tenido la tecnología en la actualidad, se ha creado una estrategia de enseñanza la cual permite que los estudiantes se adapten a los entornos clínicos que les permiten adquirir más conocimientos y destrezas en situaciones reales. La simulación clínica es un método para acercarse a la realidad, facilitando un desarrollo de aptitudes para lograr competencias, esto hace que se incentive la participación activa por parte del estudiante para disponer de la realización de una práctica análoga a una práctica de realidad.

No obstante, la simulación clínica resulta ser un proceso muy útil y práctico en las carreras de la salud, ya que permite fortalecer el proceso de aprendizaje del estudiante de tal modo que se adapta con los métodos de evaluación e imita una experiencia real, permitiendo así una práctica y retroalimentación que se le pueda brindar, antes de ingresar al campo clínico con el paciente (Urra Medina et al., 2017). El aprendizaje que se otorga a través de la simulación clínica resulta ser una necesidad para proteger la seguridad del paciente, por ende, cuando se practica no se ocasiona ningún daño ya que no se realiza sobre pacientes reales.

La simulación clínica cobra gran importancia en el año 2020, año donde se presentó la pandemia del COVID-19 que resultó afectando a más de 190 países en todos los continentes del mundo (Enríquez & Sáenz, 2021). Dentro de este contexto las carreras de ciencias de la salud, en especial enfermería optó por hacer un cambio en el cual se reforzó la formación profesional, la educación tradicional cambió, se actualizaron muchos criterios que estaban estipulados para así modificar un entorno que se pudiera obtener una adecuada enseñanza y aprendizaje” (Valladolid et al., 2020).

En consecuencia, la educación tuvo un cambio inesperado debido a la cuarentena a la que se enfrentó todo el país para evitar contagios y muertes, esta situación hace establecer nuevos métodos de aprendizaje ya que la educación debe continuar, por lo que se debe incluir recursos y nuevas técnicas de aprendizaje” (Valladolid et al., 2020)

Toda esta situación que se genera, hace replantear la formación de los futuros profesionales de Enfermería, deben cumplir con competencias acordes a lo que se vive realmente y que pueda adaptar a los nuevos protocolos. La realidad sobre esta nueva experiencia del COVID-19 deja una gran secuela en la sociedad sobre todo en el ámbito de la salud que hay una mayor exposición al riesgo de contagio en el momento que se tiene un contacto con el paciente o entorno. En este orden de ideas los centros de simulación se convierten en herramientas útiles para la organización sanitaria ya que los profesionales de salud se pueden adaptar fácilmente a los nuevos cambios en un ambiente sin riesgo.

El Programa de Enfermería de la Fundación Universitaria del Área Andina de Pereira-Colombia dispone de un Sistema de Información de Prácticas Formativas SIPEANDINA (Muñoz Astudillo et al., 2019) que es alimentado con los registros de los Procesos de Enfermería ejecutados durante las prácticas formativas clínicas y comunitarias en escenarios reales, considerando la imposibilidad, en tiempos de pandemia por Covid-19, de trasladarse a estos campos de práctica, las prácticas fueron realizadas creando escenarios de simulación en todas las áreas de formación. Los Procesos de Enfermería desarrollados con los simuladores en el contexto de estas prácticas se registraron en SIPEANDINA. Este trabajo caracteriza el ejercicio académico realizado por estudiantes y docentes del Programa de Enfermería, creando escenarios de simulación clínica durante el segundo semestre del año 2020 y primer semestre del año 2021.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La simulación clínica, se ha integrado en la formación de profesionales de enfermería como una herramienta educativa, por sus grandes beneficios y ventajas. A lo largo de los años, la práctica clínica simulada ha adquirido mayor importancia en universidades y centros educativos de salud, pues se ha demostrado que con su empleo se logran fortalecer conocimientos y crear experiencias sólidas de aprendizaje y formación, dando así mayor seguridad para el ámbito profesional.

El aprendizaje, está fuertemente ligado a la oportunidad, ya que no siempre el estudiante puede contar en una práctica con un paciente real, adquiriendo experiencia profesional. Por esta razón, se vio la necesidad de crear nuevos métodos de enseñanza, seguros para los pacientes, pero igual de eficaces para los estudiantes al momento de aprender y practicar.

En este sentido, se orienta a los alumnos en una formación humanista y social, que esté centrada en la buena práctica, para obtener un aprendizaje significativo, de igual manera es de vital importancia que se incluya en esta formación a docentes y estudiantes, valores como: el compromiso, la excelencia, el respeto, la creatividad, la responsabilidad, el liderazgo, el servicio, la identidad, la efectividad, la felicidad, la comunicación asertiva, entre otros.

Los ambientes de aprendizaje promueven actitudes innovadoras, con la ayuda y el uso adecuado de los recursos físicos pedagógicos (Por ejemplo: Recursos tecnológicos), que creen un interés constante en los participantes y se fomente el aprendizaje continuo por medio de la investigación, orientada al cambio social y finalmente, que permitan superar desafíos y metas en el ámbito académico y profesional global.

Para la creación de escenarios de simulación que garanticen una buena práctica, se debe tener en cuenta realizar una evaluación inicial para determinar las necesidades, poniendo a disposición evidencia fundamental para lograr una experiencia basada en simulación bien diseñada, para ello se debe incluir causas del problema, análisis institucional (DOFA), encuestas, pruebas piloto, experiencias, evaluación de conocimientos y habilidades, resultados, y por último, tener en cuenta también la creación de organismos de certificación, verificación, normatividad y guías para la práctica simulada, logrando objetivos y competencias específicas que ayuden a mejorar la calidad del cuidado y seguridad del paciente en el área profesional.

Se deben construir objetivos generales y específicos, que sean alcanzables, que cumplan con las necesidades identificadas, su formulación bien planteada y clara para todos en cada fase o proceso, cuantificables, ya que de esta forma se puede saber si se han logrado o no, satisfactoriamente.

Es importante crear un formato de simulación incluyendo objetivos, propósito de la experiencia teniendo en cuenta el marco teórico y conceptual, para determinar un punto de partida en los conocimientos adquiridos anteriormente, seleccionar formas de aprendizaje según

las características de los integrantes, y finalmente, evaluar si se cumplieron las necesidades formativas, conceptos o procesos que hayan quedado fragmentados en algún momento.

Diseñar un escenario o caso clínico, para proporcionar un ambiente adecuado para la experiencia, basada en simulación clínica. Incorporando elementos que lo hagan lo más realista posible (elementos, tiempo, guiones, etc.). Este será revisado, vigilado y aceptado por expertos, antes de ser utilizado. Todo con el fin de permitir que los participantes obtengan un conocimiento integral, relevante y notorio.

Mantener la fidelidad del ambiente clínico, para crear la percepción de realismo requerida. Diseñando para esto, aspectos físicos, psicológicos y conceptuales, consiguiendo entornos de situaciones reales. Promoviendo el compromiso y la participación.

Determinar un enfoque para el orientador o mentor, este se centrará en el tipo de participante, guiado por los objetivos antes propuestos, el conocimiento de esta persona y el nivel de experiencia debe ser en pedagogía basada en simulación, manteniendo así la fidelidad en la intervención para lograr los resultados esperados

Iniciar la simulación con una sesión informativa de instrucciones (reglas, roles, método de evaluación, tiempos, situación del caso clínico), antes planificadas y coherentes, que permitan conocer el nivel de experiencia de los participantes, las expectativas y enfocar la enseñanza en las debilidades a fortalecer. Finalmente, utilizar estos datos para la evaluación individual y grupal.

Luego de la experiencia basada en simulación, continuar con la interrogación y/o sesión de retroalimentación con la escucha activa y asertiva, esto permitirá al mentor conocer la experiencia basada en la simulación y enriquecer el aprendizaje, teniendo en cuenta las fortalezas y debilidades de cada participante.

Realizar una evaluación, elaborada anteriormente desde la fase de diseño, del o los participantes, guías, de la experiencia basada en simulación, y del equipo de apoyo, del centro de simulación.

Facilitar materiales de estudio y el uso de recursos físicos o tecnológicos (lecturas, videos, cursos, sesiones didácticas), promoviendo la oportunidad a los participantes de obtener éxito en los objetivos de la práctica de simulación clínica.

Realizar pruebas piloto donde se asegure el aprendizaje conceptual e instrumental, para efectuar los procesos o procedimientos reales y completos (Casal, 2016).

3. JUSTIFICACIÓN

Dada la problemática de salud pública se dictan las siguientes resoluciones: La resolución 385 de 2020 ministerio de salud y protección social, es en la cual se declara la emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID 19 y se adoptan medidas como: suspender los eventos con una capacidad de más de 500 personas, establecer con los establecimientos comerciales y mercados medidas higiénicas, transmitir por la radio, los programas de televisión y los demás medios de comunicación estar informando sobre la situación sanitaria.

La resolución 417 del 17 de marzo del 2020 y la resolución 457 del 22 de marzo de 2020, donde se encuentra que la 417 en consecuencia se expone el estado de emergencia económico, social y ecológica, donde nos muestran que el 7 de enero de 2020 se determinó el COVID 19 como un brote de emergencia de salud pública de importancia internacional, el 6 de marzo de 2020 se dio a conocer el primer caso en el territorio nacional, el 9 de marzo de 2020 se pidió tomar medidas anticipadas para detener la transmisión y prevenir la propagación del virus, y se encontró que el 11 de marzo de 2020 la OMS se manifestó el COVID 19 como pandemia y en la resolución 457 donde se indica el aislamiento preventivo obligatorio el 25 de marzo del 2020 de todas las personas habitantes de la República de Colombia, en el cual se presentan unas garantías para esta medida de aislamiento que son: asistencia y prestación de servicios de salud, abastecimiento de primera necesidad, trabajadores de la salud, servicios funerarios, etc.

Finalmente se encuentra la circular No. 020 del 16 de marzo de 2020, expone los ajustes que se le realizaron al calendario académico de educación preescolar, básica y media para el manejo de la propagación del COVID 19.

En el momento en que la pandemia puso en cuarentena a el mundo entero, los enfermeros salieron a mostrar sus capacidades más fuertes, ya que son los únicos que se encuentran en las comunidades, en los centros de salud u hospitales en pie con los pacientes que fallecen sin familia, son los que se exponen repetidamente y al mismo tiempo efectúan sus obligaciones éticas de cuidar. El COVID 19 y los métodos expuestos en las resoluciones anteriores sobre el confinamiento, ha demostrado desmejora en los sistemas de salud y educación en varios países, la interrupción repentina de las prácticas clínicas y comunitarias, se les solicita a los profesores de enfermería utilizar los recursos educativos que hasta el momento han logrado alcanzar las aptitudes en los estudiantes.

Los estudios manifiestan que el aprendizaje de los estudiantes de enfermería, respecto a la práctica clínica es insustituible para lograr las aptitudes clínicas, no obstante, la existencia de accidentes en pacientes vinculados a las prácticas de aprendizaje, ha provocado la implementación de nuevas metodologías en la simulación clínica que ha mantenido una reputación alta en la formación, al tener un escenario con una semejanza muy parecida a la realidad, previniendo los riesgos para los pacientes.

La simulación clínica ayuda al aprendizaje desde la propia experiencia, el implicarse por completo en los aciertos y errores, superándolos; e incorporándolos a las experiencias obtenidas

en sus vidas para el aprendizaje, las cuales volverán cuando estén pasando por situaciones parecidas. La ventaja de la simulación clínica es el marco teórico ya que este se apoya en el desarrollo y evaluación por competencias, esto provoca que el profesor al percatarse del error busca que el estudiante se percate de lo mismo y de las repercusiones que trae, es cuando actúa sobre esta base para corregir y ejecutar nuevamente el procedimiento, el mismo error que en las prácticas puede causar una afección en el paciente, de esta manera se pueden analizar diferentes escenarios para valorar las competencias de los estudiantes. La simulación clínica apoya la adquisición en el pensamiento crítico, corrección de problemas, el trabajo en equipo y en el progreso constante de una buena retroinformación. Mostrando situaciones similares a las de la vida real de un profesional, por eso el reporte facilita la explicación de los modelos mentales de los estudiantes dando la opción de confrontar en los momentos de clínica simulada y de esta manera obtener los cambios de los modelos mentales erróneos y de esta manera fortalecerlos.

Si bien las prácticas de simulación clínica poseen mayor provecho en las profesiones clínicas más complicadas, sobre todo las enfocadas en el ámbito quirúrgico, todas las profesiones pueden aprovechar este tipo de prácticas. El uso de este método se ha demostrado, no sólo con relación a la facilidad de aprendizaje de estas prácticas clínicas y en disminuir el tiempo de aprendizaje de capacidades, al mismo tiempo simplificando el agobio ocasionado por el aprendizaje. Se encontró que esta metódica a pesar de su alto costo realiza la formación de diferentes escenarios que permiten obtener experiencias y habilidades que nos pueden servir adecuadamente con los pacientes.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Caracterizar los Procesos de Enfermería (PAE) generados como escenarios de simulación, durante el segundo semestre del año 2020 y primer semestre del año 2021 para el desarrollo de prácticas formativas en el Programa de Enfermería de la Fundación Universitaria del Área Andina de Pereira- Risaralda- Colombia.

4.2 Objetivos específicos

- Establecer los Diagnósticos Enfermeros NANDA durante cada escenario de simulación creados por asignatura.
- Establecer los Resultados esperados NOC durante cada escenario de simulación creados por asignatura.
- Establecer las intervenciones de enfermería NIC durante cada escenario de simulación creados por asignatura.

5. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

Existen diferentes tipos de simulación aplicados en el campo de enfermería que ayudan a mejorar la calidad en los estudiantes a la hora de enfrentar situaciones en la vida real.

Los simuladores de baja fidelidad, son invariables y con poca rareza, utilizados en la práctica clínica para el crecimiento de las habilidades psicomotora simple, como un trabajo fragmentado para la formación en torsos de resucitación o en brazos para inserción de cánulas. Sirven solo para la representación en anatómica usada como didáctica de aprendizaje de habilidades.

Los simuladores de mediana o moderada fidelidad son más acertados y sofisticados. Se emplean para nuevas habilidades o para fortalecer las diversas habilidades obtenidas en las prácticas. Es un simulador con diversas intervenciones de enfermería como: “resucitación cardiopulmonar, apoyo de inserción de cánulas y administración de soluciones intravenosas (por ejemplo, un simulador con sonidos cardiacos/respiratorios/habla, pero sin movimientos para ejecutar una valoración)” (Urrea Medina et al., 2017).

Los simuladores de alta fidelidad tienen representación anatómica, pero también están asistidos con software capaces de ser preprogramados y unidos a una enseñanza de pensamiento crítico, en trabajo de equipos y en el manejo de incidentes críticos (unidades de trauma y paciente crítico). Además, se puede maximizar la fidelidad física y psicológica con programas de simulación in situ. Es decir, se mezclan y combinan pacientes simulados, simuladores de multi fidelidad, programas computacionales y ambientes simulados, en un espacio de aprendizaje. Los simuladores humanos pueden incluir: cambios de parámetros fisiológicos, latido cardiaco, pulso, respiración, sonidos del pulmón, sonidos de Korotkoff para la toma de la presión arterial, pupilas que se dilatan o contraen, ojos que parpadean, sonido de tos significativa, movimientos de la nariz y la habilidad para tener

un relato especializado cuando responde el simulador a las preguntas de las enfermeras o estudiantes. Las respuestas vocales pueden ser transmitidas por un micrófono unido al control de una sala, agregando así más realidad al escenario. Incluso, vía wifia, puede manejarse el control desde fuera de la sala” (Urra Medina et al., 2017).

Por lo que se refiere a la simulación clínica en Enfermería, inicia con la mayor representante de las matronas, por sus conocimientos, a Parisina Madame du Coudray, quién guió a sus alumnas (mujeres campesinas), y enseñó con muñecos hechos de trapo, todo lo relacionado con los partos, convirtiéndolas en parteras de oficio. A partir de allí, se sigue con el método de enseñanza y nuevamente en 1.900, se habla de la creación de “Mrs. Chase, un maniquí de tamaño real, anatomía de mujer y con articulaciones en los miembros, fue creado por una fábrica de juguetes y solicitado por Hartford Hospital de Connecticut (Casal, 2016).

De allí en adelante en la cronología de la simulación, se sabe de cuatro tiempos importantes de la simulación: 1) En 1.929, cuando el piloto noruego Link inventó «el simulador de vuelo». 2) en 1960, con la creación en Harvard del maniquí SimOne; en el 3) El primer simulador como tal fue realizado en el campo de la anestesia, fue creado en la Universidad Southern California, donde se incorporó sistemas de enseñanza más avanzados en computación (anestesia y parto), y 4) el Dr. Michael Gordon, creó «Haptic simulators», que contiene un software de tercera y cuarta dimensión, incluyendo sensación, percepción táctil, auditiva y visual que emulan la realidad de los pacientes (Urra Medina et al., 2017).

Después de esto, el primer simulador real en salud, se creó en 1986, en las Universidades de Florida y Stanford, por David Gaba, su objetivo fue combinar habilidades técnicas y no técnicas,

es decir, investigar sobre el trabajo en equipo, la toma de decisiones en situaciones difíciles de áreas especializadas como anestesia, cardiología e intensivistas, mejorando así la calidad de vida y seguridad de los pacientes (Casal, 2016).

En 1995, se dio la primera Conferencia de la Universidad de Rochester sobre Simulación de un paciente humano. En 1999, PediaSim, un maniquí, es creado por la casa comercial METI. En el 2000, se hace el Primer encuentro Internacional de Simulación Médica. Laerdal crea SimMan. En el 2001, METI relanza un simulador de emergencias. En el 2002, La Corporación de Simulación Médica abre dos centros. Se crea un simulador de bioterrorismo y en el 2003, David Gaba recibe por la Sociedad de Educación en Anestesia el premio por la Excelencia e Innovación en la Educación de la Anestesia (Casal, 2016).

Existen varias definiciones que nos acercan a la simulación clínica. Antiguamente, según Saunders y Powell en 2002 la simulación es definida como una representación parcial de la realidad, seleccionando características cruciales y replicándose dentro de un ambiente o escenario libre de riesgos. Se entiende como el estudio que se pone en práctica con la ayuda de un modelo ya estipulado y experimentado, por medio de algo imitado, en la cual se pueden representar procesos, aproximados a la realidad de la práctica clínica (Casal, 2016).

Schiavenato, define la simulación clínica como la representación de la conducta o características de un sistema a través del uso de otro sistema (Urrea Medina et al., 2017) ya que es un procedimiento o acción, que está controlado y vigilado.

David Gaba, quien es mencionado en la literatura como el “Padre de la simulación”) dijo, la simulación es “una técnica, no una tecnología, para sustituir o ampliar las experiencias reales con experiencias guiadas, a menudo de inmersión en la naturaleza, que evocan o reproducen aspectos sustanciales del mundo real de una manera totalmente interactiva" (Casal, 2016). El Consejo Nacional de Juntas Estatales de Enfermería (NCSBN), define a la simulación como actividades que imitan la realidad del entorno clínico para entrenar procedimientos, toma de decisiones y aplicar el pensamiento crítico (Casal, 2016)

Pamela Jeffries, la define como una: “técnica que usa una situación o ambiente creado para permitir que las personas experimenten la representación de un evento real con el propósito de practicar, aprender, evaluar, probar u obtener la comprensión del actuar de un grupo de personas”. También la define como: “Un intento de imitar aspectos esenciales de una situación clínica, con el objetivo de comprender y manejar mejor la situación cuando ocurre en la práctica clínica” (Casal, 2016).

Educación interprofesional mejorada por simulación (Sim-IPE): La educación interprofesional mejorada por simulación (Sim-IPE) permite a los estudiantes de diversas profesiones intervenir en una experiencia en acuerdo a la simulación para lograr objetivos y resultados mancomunados.

Las múltiples obligaciones en la atención en salud de la sociedad moderna exigen que los profesionales de la salud trabajen como un equipo cooperativo. La atención en salud de confianza y de calidad depende del talento del equipo de salud para colaborar, comunicarse y compartir habilidades y conocimientos de forma apropiada. “La educación interprofesional proporciona un

enfoque de colaboración para el desarrollo y dominio de estas competencias. El aprendizaje experiencial basado en la simulación es reconocido como una forma eficaz de promover el trabajo interprofesional” (Casal, 2016).

“SimIPE es la superposición de la pedagogía de la simulación y la educación interprofesional (IPE), que proporciona un enfoque colaborativo para el desarrollo y el dominio de las competencias de práctica interprofesional” (Eliana Escudero et al., 2016).

“Las posibles consecuencias de no seguir este estándar pueden incluir oportunidades de aprendizaje deterioradas, desconfianza profesional, relaciones laborales ineficaces, entornos de aprendizaje inseguros y falta de claridad de roles” (Eliana Escudero et al., 2016).

En el diseño de escenarios de simulación, las experiencias están diseñadas con el propósito de cumplir con los objetivos identificados y optimizar el logro de los resultados esperados” (Eliana Escudero et al., 2016).

El diseño estandarizado de la simulación provee un marco para el desarrollo de experiencias basadas en simulaciones efectivas. El diseño de experiencias basadas en simulación incorpora las mejoras prácticas del aprendizaje del adulto, educación, diseño instruccional, estándares clínicos de cuidado, evaluación, y pedagogía en simulación. De forma intencional el diseño en simulación promueve estructuras, procesos y resultados esenciales que son consistentes con las metas programáticas y/o la misión institucional. El diseño efectivo de simulación en salud facilita los resultados consistentes y fortalece el valor global de las experiencias basadas en simulación en todos los contextos (Eliana Escudero et al., 2016).

Un criterio requerido para realizar una simulación es realizar una valoración de la necesidad para proporcionar evidencia fundamental de la necesidad de una experiencia basada en simulación bien diseñada. También es importante construir objetivos medibles, estructurar el formato de una simulación considerando un propósito, teoría, y modalidad de la experiencia basada en simulación.

Además, diseñar un escenario o caso para proporcionar el contexto para la experiencia basada en simulación, utilizar varios tipos de fidelidad para crear la percepción de realismo requerida y mantener un enfoque facilitador centrado en el participante y dirigido por los objetivos, el conocimiento del participante o el nivel de experiencia, y los resultados esperados.

También es importante iniciar la experiencia basada en simulación con un pre briefing y luego de la experiencia basada en simulación, continuar con un debriefing y/o sesión de feedback. Igualmente se debe incluir una evaluación del o los participantes, facilitadores, de la experiencia basada en simulación, del centro, y del equipo de apoyo y proporcionar materiales de preparación y recursos para promover la capacidad de los participantes para cumplir con los objetivos identificados y el logro de los resultados esperados de la experiencia basada en simulación (Eliana Escudero et al., 2016).

Con relación a la teoría de Patricia Benner, expone que la enfermería acapara el cuidado, el análisis de las experiencias vividas enfocadas en la salud, la enfermedad y la correlación con el ambiente, y especifica el método desde un enfoque fenomenológico interpretativo. Por ende, el aprendizaje exige incorporar los conocimientos y la práctica por medio de experiencias obtenidas en el aprendizaje que motivan a los participantes a conseguir nuevas habilidades, saberes y actitudes que aprendan a desenvolverse en las competencias necesarias para cuidar con mayor calidad.

La prestación de atención de enfermería implica riesgos tanto para la enfermera como para el paciente y para llegar a ser una enfermera especializada requiere de programas de educación bien planificados. La adquisición de habilidades basada en la experiencia es más segura y más rápida cuando se apoya en una buena base teórica (Casal, 2016).

6. ESTADO DEL ARTE

En relación a los orígenes de las prácticas clínicas simuladas, es necesario comprender el conjunto de palabras dadas a este proceso, así como aprender el origen individual de éstas, ya que de allí se deriva toda su historia y su importancia.

La palabra **práctica** viene del griego *πρακτικός* (*praktikos*) formado con la palabra *praxis* del verbo llevar, y el sufijo, técnica. Entendemos a la "práctica" como algo relacionado a la acción. La palabra **clínica** viene del griego *κλινική* (*kliniké*). *Klinické* le llamaban a la práctica médica de atender a los pacientes en la cama. Y la palabra **simulación** proviene del latín *simulat-o*, que es la acción de simular. Verbo que representa algo, imitando o fingiendo alguna situación u acción (Fraga-Sampedro, 2018).

La enseñanza cumple con el propósito de crear un proceso de transmisión de conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes. Por consiguiente, es de suma importancia decir que las competencias son las que establecen los parámetros que los estudiantes deben de aprender así mismo esto incluye pensamientos, valores, habilidades etc., por ende, el docente cumple un papel importante en este rol ya que es la persona que se encarga de transmitir los conceptos, teorías y guía en la práctica. La educación en los últimos años ha tenido muchos cambios en torno a que los modelos tradicionales de aprendizaje hoy en día se integran con el sistema de conocimientos tanto científicos como personales.

No obstante, existen ciertas características basadas en las competencias y son:

- El resultado que tenga el alumnado depende de la metodología, funciones del docente.

- El currículo estipulado debe ir acorde a lo que el estudiante requiere aprender para así ejercer su profesión
- Tener un orden y un módulo que permite a los estudiantes progresar de manera en la que los conocimientos se han captados de mejor forma
- Es importante evaluar al estudiante para así verificar si el proceso de aprendizaje que se está utilizando si es el apropiado, por ende, también permite corregir al estudiante.

Dentro de este orden de ideas los fundamentos teóricos- pedagógicos en el proceso de la enseñanza y aprendizaje en la enfermería es importante resaltar el concepto de aprendizaje experiencial que se define como el proceso de aprender a través de la experiencia, sin embargo, cada persona tiene una manera de aprender diferente tanto interna como externamente (Espinar Álava & Viguera Moreno, 2020).

Kolb ha creado un modelo formativo que está constituido por la experiencia concreta “*Aprender haciendo*” es aquí cuando el estudiante adquiere una nueva experiencia, por lo tanto, esto le ayuda a poner en práctica sus conocimientos y habilidades, un ejemplo de ello es cuando los estudiantes del área de la salud deben ir al hospital a realizar sus prácticas hospitalarias (Arias, 2020).

La observación reflexiva *Aprender sintiendo* es cuando se observa las experiencias de sí mismo. La conceptualización abstracta *Aprender escuchando* es aquí donde el estudiante tiene la oportunidad de modificar sus conocimientos. La experimentación activa *Aprender pensando* utiliza diversas teorías para la discusión y debate.

En los últimos años la educación ha tenido un fuerte descenso debido a ciertos problemas como económicos , ambientales , culturales y sanitarios , por tal motivo se tuvo que implantar cambios en la práctica docente para que los estudiantes puedan tener nuevos procesos de aprendizaje - enseñanza ,esto debido al COVID-19.En relación a la problemática expuesta , todas las personas a nivel mundial no estaban preparadas para afrontar esta enfermedad como la del COVID-19, de tal forma que hizo que todo cambiara (Castro-Maldonado et al., 2021). En la perspectiva de que el COVID-19 afectó todo, obligatoriamente se optó por hacer cambios en el panorama de educación; sin lugar a dudas el ámbito educativo ha sido obligado a incrementar nuevas estrategias de aprendizaje, entre ellas la tecnología (Valladolid et al., 2020).

La simulación clínica como estrategia de enseñanza y herramienta educativa se ha convertido en un elemento fundamental para el desarrollo de destrezas en los estudiantes de las carreras de la salud , sin embargo es un método clave para tener una experiencia que se acerca a la realidad, facilitando la participación activa de los estudiantes e incluyendo la complejidad del aprendizaje tanto practico como teórico que permita retroalimentar , repetir el proceso y evaluar competencias en el estudiante. El uso de simuladores en las aulas permite que los estudiantes por medio de un nuevo método de aprendizaje interactúen sus conocimientos y la transmisión de conocimientos sea más fácil.

Existen 2 conceptos en torno a la enseñanza de la simulación clínica: Los instructores y la fidelidad. En primera instancia los instructores que son las personas que guían y comparten sus conocimientos, para que la simulación resulte ser afectiva los instructores deben de cumplir con

habilidades y capacidades necesarias para lograr incorporar la simulación dentro del plan de estudios, por ende, la capacitación es que ayudará a establecer la responsabilidad, la autodirección y la motivación. Del mismo modo si no existieran las áreas de simulación los estudiantes a la hora de estar en un ámbito asistencial tendrán muchas dudas, es por eso que es importante que los estudiantes puedan cometer errores, mantener la seguridad, tener un ambiente adecuado para compartir conocimientos (Urta Medina et al., 2017).

En segundo lugar, está la fidelidad que esta se refiere al grado de realidad que se proyecta, sin embargo, incluye 2 aspectos: la fidelidad de los equipos que es comparado con los seres humanos, los ambientes físicos que resultan ser las acciones en el ámbito clínico y los ambientes psicológicos donde se evalúa si la percepción del aprendizaje está lo más cerca a la realidad de la práctica (Casal, 2016).

El rol del alumno en escenarios de aprendizaje con simuladores

Con el paso del tiempo, se ha ido evolucionando, en pensamientos y culturas conforme al espacio donde cada uno se encuentre. Con este cambio, se han adaptado y adherido a la educación muchas personas, que quizás, pensaban que no estudiarían, ya sea por su edad, cultura, oportunidad o economía. Por esta razón, y otras, como la demanda de profesionales con habilidades sólidas, buena actitud, comunicación asertiva, crítica, eficiencia y la formación continua; se vio la necesidad de avanzar de igual manera en la formación educativa universitaria y crear estrategias de alta exigencia en el aprendizaje teórico- práctico.

Por otra parte, se une la gran preocupación social, de que los alumnos recién egresados no están lo suficientemente preparados para afrontar la vida profesional con satisfacción. Es importante mencionar, que con el paso de los años los estudiantes inscritos a Enfermería, son cada vez más jóvenes, a esta población menor de 25 años, que, en la actualidad, se le caracteriza principalmente por sus destrezas tecnológicas, los han denominado generación “Z” y “Y”.

Por lo general, son personas abiertas, espontáneas y sin interés alguno en las fallas de las demás personas, lo que genera confianza entre los compañeros y una retroalimentación inmediata sin temor a la burla o el ridículo; pero lo negativo de esto, es la gran dependencia a las herramientas tecnológicas (calculadoras, teléfonos inteligentes, etc.), que no permiten el sano desarrollo cognitivo, si no se usa de forma adecuada.

A lo anterior se añade, que cada vez más a nivel mundial, la educación se está exigiendo con mayor excelencia y calidad, tanto teórica como práctica, para así poder potenciar sus habilidades y capacidades, cumpliendo los perfiles profesionales.

Como instituciones de educación superior, una de sus principales funciones, es la formación continua de docentes, ya que son muchas instituciones en las que sus profesionales pertenecen a generaciones anteriores, y que en muchos casos desconocen el uso de las nuevas tecnologías. Para llevar a cabo esto, se deben tener en cuenta elementos que permitan medir los resultados formativos que se esperan, tener claros los requisitos y el perfil de aspirantes, proveer recursos humanos y materiales necesarios para la formación y finalmente, entregar reconocimientos como certificados a los graduados. De esta forma, se crean vínculos de enseñanza confiables, que repercuten en la

buena reputación de la institución y crea futuros profesionales con formación íntegra y sólida (Casal, 2016).

Los procesos de evaluación y de autoevaluación vinculados al proceso de simulación.

La evaluación de formación en los estudiantes estimula el crecimiento personal y profesional, para apoyar al estudiante en el escalonamiento de sus objetivos y así poder llegar al resultado esperado.

La evaluación sumativa se enfoca en la medida de los resultados o la realización de los objetivos en una ocasión particular, a menudo en la conclusión de un cuestionario de estudio.

“La evaluación de High-Stakes, o de alto nivel, se refiere a una evaluación que tiene implicaciones o consecuencias importantes basadas en el resultado o el objetivo (sistema de pago por mérito, progresión o notas)” (Eliana Escudero et al., 2016).

La evaluación auténtica de los participantes empleando hábitos demostrados en simulación conteniendo los siguientes componentes:

“determinar la intención de la experiencia basada en simulación, (b) diseñar la experiencia basada en simulación para incluir el momento de la evaluación, el uso de una herramienta de evaluación válida y confiable, y el entrenamiento requerido del evaluador, y (c) completar la evaluación e interpretar los resultados” (Eliana Escudero et al., 2016).

Los criterios necesarios para desarrollar los estándares de calidad en simulación son:

“Criterio 1: Determinar el método de evaluación del participante previo a la experiencia basada en simulación.

Elementos Requeridos

Evaluación del participante es:

- Dirigida por los objetivos/resultados y/o la intención de la simulación.
- Guiada por el tipo: formativa, sumativa, o evaluación de High-Stakes” (Eliana Escudero et al., 2016).

“Criterio 2: Las experiencias basadas en simulación pueden ser seleccionadas para evaluación formativa.

Elementos Requeridos

La evaluación formativa es realizada para:

- Monitorear el progreso hacia el logro de los resultados.
- Proporcionar feedback formativo continuo.
- Apoyar las competencias clínicas de los participantes.
- Identificar y cerrar brechas de conocimiento y habilidades.
- Evaluar la aptitud para las experiencias del mundo real.
- Facilitar la enseñanza y el aprendizaje.

Requiere entrenamiento formal de los facilitadores (ver INACSL Estándar: Facilitación). Use una relación de grupo pequeño, idealmente en una relación mínima de un facilitador por tres a cinco estudiantes” (Eliana Escudero et al., 2016).

“Criterio 3: Las experiencias basadas en simulación pueden ser seleccionadas para evaluación sumativa.

Elementos Requeridos

La evaluación sumativa es realizada:

- En un momento particular en el tiempo (es decir, al final de un curso o en cierto período de tiempo)
- En un ambiente seguro de aprendizaje.
- Después de una orientación sobre el ambiente y equipamiento.
- Con apropiado nivel de fidelidad necesaria para lograr los resultados de los participantes.
- Utilizando un formato estandarizado y métodos de puntuación (es decir, utilizando un escenario estandarizado que incluye información sobre cuándo indicar, duración del escenario y otros detalles del escenario).
- Con una grabación de la evaluación que permita la revisión por parte de múltiples evaluadores capacitados.
- Utilizar un método basado en la teoría para determinar el puntaje de aprobación o corte cuando corresponda.
- Seleccionar un instrumento válido y confiable.
- Proporcionar capacitación de los evaluadores para evaluación basada en observación.
- Establecer la confiabilidad entre los evaluadores cuando se requiera más de un evaluador.
- Informar a los participantes con anticipación del proceso de evaluación.
- Proporcionar feedback sumativo al participante sobre el logro de los resultados” (Eliana Escudero et al., 2016).

“Criterio 4: Las experiencias basadas en simulación pueden ser seleccionadas para evaluación de High-Stakes.

Elementos Requeridos

La evaluación High -Stakes se realiza:

- Al final del proceso de aprendizaje, pero puede ocurrir en otros momentos para evaluar brechas en el conocimiento o para identificar problemas importantes de seguridad.
- Basada en objetivos específicos de los participantes.
- Después se han explicado las consecuencias y los resultados a los participantes.
- Con parámetros predeterminados de término para finalizar su escenario.
- Después de que la experiencia basada en simulación haya sido testeada.
- Por evaluadoras o evaluadores objetivos no sesgados y entrenados.
- Por un evaluador objetivo, utilizando una herramienta coherente (es decir, una lista de verificación o rúbrica que describa claramente comportamientos deseables y no deseables).
- Después de que el participante haya tenido la oportunidad de realizar múltiples exposiciones a experiencias basadas en simulación, incluidas evaluaciones.
- Usar una herramienta de evaluación previamente probada con poblaciones similares.
- Utilizar más de un evaluador para cada uno de los participantes, ya sea directamente observado o con una grabación de video” (Eliana Escudero et al., 2016).

Todas las prácticas apoyadas en simulación inician con el progreso de los objetivos medibles elaborados para alcanzar los resultados esperados. Los resultados son un elemento fundamental del diseño del aprendizaje y de investigación. Instructores, clínicos e investigadores emplean los

resultados medibles para establecer el efecto de las experiencias enfocadas en simulaciones. “El modelo de Kirkpatrick es un modelo de evaluación de uso común que evalúa los programas de capacitación y la transferencia de resultados del aprendizaje. Este modelo describe cuatro niveles secuenciales de evaluación: (a) Reacción - mide la satisfacción del participante con el entrenamiento, (b) Aprendizaje - mide conocimiento, habilidades y actitudes (KSAs del inglés Knowledge, Skills y Attitudes) obtenidas del entrenamiento, (c) Comportamiento - mide los cambios que ocurrieron como resultado del entrenamiento y (d) Resultados - mejora de la calidad y seguridad; mayor retorno de la inversión luego de la capacitación y retención del personal” (Eliana Escudero et al., 2016).

Justo después de que la experiencia efectuada en simulación evalúa los resultados de aprendizaje que fueron definidos, por ende, el siguiente paso es desenvolver los objetivos. Los objetivos son herramientas de guía para proporcionar una facilidad al resultado de estudio fundamentado en simulación y el sello característico de un consistente diseño formativo. Los objetivos pueden ser generales o específicos como un patrón para el boceto de simulación. La clasificación de Bloom suministra unos logros para desarrollar y equilibrar los objetivos para conseguir los resultados de formación. La taxonomía se categoriza en tres ámbitos de aprendizaje: cognitivo, psicomotor y afectivo. Cada ámbito de formación tiene una clasificación jerárquica correspondiente a las actividades de simulación. La jerarquía examinada de la Taxonomía de Bloom avanza a partir de los objetivos de nivel más bajo, recuerda y contiene hasta los objetivos de nivel superior, adapta, examina, evalúa e idea. Estos términos suministran un orden e informan los KSAs que el integrante procura alcanzar como resultado de asistir en una actividad de simulación. Para disponer de resultados asequibles, son imprescindibles los objetivos medibles claramente descritos.

“En el sector de la gestión corporativa, Doran creó el acrónimo S.M.A.R.T. (del inglés specific, measurable, assignable, realistic, and time related/ específico, medible, asignable, realista y relacionado con el tiempo) como marco para desarrollar objetivos significativos y medibles. Las organizaciones han adaptado los criterios con características diferentes pero similares. El modelo S.M.A.R.T es usado para escribir objetivos que se centran en los KSAs deseados, para que los participantes de la simulación puedan demostrar al término de las experiencias basadas en simulación” (Eliana Escudero et al., 2016).

“El Centro para el Control de Enfermedades proporciona a la academia y al sector de salud los siguientes criterios S.M.A.R.T. para escribir objetivos:

- Específico: ¿Qué vamos a hacer exactamente para quién?
- Medible: ¿es cuantificable y podemos medirlo?
- Alcanzable: ¿Podemos hacerlo en el plazo propuesto con los recursos y el apoyo que tenemos disponibles?
- Realista: ¿Tendrá un efecto en el objetivo o resultado deseado?
- Planificación Periódica, en etapas: ¿Cuándo se logrará este objetivo?” (Eliana Escudero et al., 2016).

“Los criterios para poder desarrollar estos resultados son:

1. Determinar los resultados de aprendizaje esperados para las actividades y/o programas basados en simulación.

2. Construir objetivos S.M.A.R.T. basados en los resultados de aprendizaje esperados.” (Eliana Escudero et al., 2016).

7. METODOLOGÍA

Estudio descriptivo. Se utilizó base de datos del Sistema de Información de Prácticas Formativas de III a VIII semestres de Enfermería de la Fundación Universitaria del Área Andina Seccional Pereira, correspondiente al año 2020. En el plan de estudios del programa de enfermería se tienen nueve asignaturas que involucran las prácticas formativas. Durante el periodo en estudio, las prácticas se realizaron en el laboratorio de simulación porque la pandemia por Covid 19 imposibilitó la realización de prácticas en escenarios reales.

Los escenarios de simulación creados de alta, mediana y baja complejidad utilizaron la metodología planteada por INACSL. A los grupos de estudiantes previamente organizados, se les presentó cada escenario, y se definió como objetivo la utilización del Proceso de Atención de Enfermería con su respectivo registro. Durante el debriefing (retroalimentación y análisis) se identificaron los diagnósticos enfermeros NANDA, resultados esperados NOC e intervenciones de Enfermería NIC respectivamente para cada escenario simulado considerando como categoría principal la asignatura.

Para el procesamiento y análisis de datos se utilizó el programa SPSS versión 23, se emplearon estadísticas descriptivas. Este análisis es útil para identificar necesidades de mejoramiento de los escenarios de simulación. En este artículo se presenta únicamente la información de una asignatura del componente comunitario: Cuidado de enfermería a la familia y otra asignatura del componente clínico: Cuidado a la madre y recién nacido. Estas asignaturas se seleccionaron porque fueron las que mostraron el mayor número de registros.

8. RESULTADOS

Las dos prácticas seleccionadas en este estudio: 1. Cuidado de enfermería a la familia y 2. Cuidado a la mujer, madre y recién nacido, se realizan en tercero y quinto semestres del programa de Enfermería, respectivamente.

En cuidado de enfermería a la familia se identificaron 1966 diagnósticos, los cuales fueron distribuidos según dominios de diagnósticos NANDA, NOC y NIC. En la tabla 1 se resaltan los cinco dominios NANDA de mayor frecuencia y para cada uno se establecen los dominios NOC y dominios NIC más frecuentes. Los diagnósticos más frecuentes estuvieron en los dominios NANDA 07. Rol/relaciones y 01. Promoción de la salud.

Cabe anotar que, entre los demás dominios de diagnósticos NANDA, el dominio NOC 03. Salud psicosocial se encontró con alta frecuencia en el 09. Afrontamiento/tolerancia al estrés y el 12. Confort. De igual manera, fue muy frecuente el dominio NIC 03. Conductual en los dominios NANDA 01. Promoción de la salud, 09. Afrontamiento/tolerancia al estrés y 12. Confort.

Tabla 1

Caracterización Proceso de Enfermería (PAE) escenario de simulación “Cuidado de Enfermería a la Familia”.

ASIGNATURA	DOMINIO NANDA	FREC	%	DOMINIO NOC	FREC	%	DOMINIO NIC	FREC	%
1.Cuidado de Enfermería a la Familia	07. Rol/ Relaciones	469	23,9	06. Salud familiar	268	13,6	05. Familia	232	11,8
	01. Promoción de la salud	342	17,4	04. Conocimiento y conducta de salud	191	9,7	03. Conductual	150	7,6
	09. Afrontamiento/ tolerancia al estrés	235	12	03. Salud psicosocial	119	6,0	03. Conductual	150	7,6
	04. Actividad reposo	193	9,8	01. Salud funcional	72	4,0	01. Fisiológico Básico	79	4,0
	12. Confort	179	9,0	03. Salud psicosocial	67	3,2	03. Conductual	75	3,8
	Otros dominios NANDA	548	27,9	Otros dominios NOC	1249	63,5	Otros dominios NIC	1280	65
	Total	1966	100	Total	1966	100	Total	1966	1

FUENTE: Elaboración propia a partir de los resultados

En la asignatura de Cuidado de enfermería a la mujer, pareja, madre y recién nacido se identificaron 4096 diagnósticos los cuales fueron distribuidos según dominios de NANDA, NOC y NIC. En la tabla 2 se muestran 13 los dominios NANDA según frecuencia y para cada uno se registran los dominios NOC y dominios NIC más frecuentes. Los dominios NOC más frecuentes fueron 02. Salud fisiológica y 04. Conocimiento y conducta de salud; estos NOC se identificaron en los NANDA: 02. Nutrición, 11. Seguridad/ protección y 03. Eliminación/ intercambio. Entre los dominios NIC se destacaron 03. Conductual, presente con mayor frecuencia en diagnósticos de los dominios NANDA 05. Percepción/ cognición y 09. Afrontamiento/ tolerancia al estrés.

Tabla 2

Caracterización Proceso de Enfermería (PAE) escenario de simulación “Cuidado de Enfermería a la mujer, pareja, madre y RN.

ASIGNATURA	DOMINIO NANDA	FREC	%	DOMINIO NOC	FREC	%	DOMINIO NIC	FREC	%
2.Cuidado de Enfermería a la mujer, pareja, madre y RN.	02. Nutrición	882	21,5	02. Salud fisiológica	387	46,0	01. Fisiológico: Básico	282	6,9
	08. Sexualidad	799	19,5	04. Conocim. y conducta salud	459	29,7	05. Familia	341	8,3
	11. Seguridad/protección	601	14,7	02. Salud fisiológica	221	26,2	02. Fisiológico: Complejo	232	5,6
	12 confort	590	14,4	04. Conocim. y conducta salud	260	16,8	01. Fisiológico: Básico	155	3,8
	04. Actividad/reposo	254	6,2	01. Salud funcional	79	28,1	02. Fisiológico: Complejo	83	2,0
	05. Percepción/cognición	212	5,2	04. Conocim. y conducta salud	134	8,7	03. Conductual	116	2,8
	09. Afrontamiento/ tolerancia al estrés	180	4,4	03. Salud psicosocial	139	23,1	03. Conductual	160	3,9
	07. Rol/relaciones	163	4,0	06. Salud familiar	68	12,2	03. Conductual	69	1,7
	01. Promoción de la salud	155	3,8	04. Conocim. y conducta salud	132	8,5	03. Conductual	74	1,8
	03. Eliminación/ intercambio	114	2,8	02. Salud fisiológica	90	10,7	02. Fisiológico: Complejo	62	1,5
	06. Autopercepción	85	2,1	03. Salud psicosocial	67	11,1	03. Conductual	73	1,8
	13. Crecimiento/ desarrollo.	55	1,3	04. Conocim. y conducta salud	34	2,2	05. Familia	23	0,7
	Otros NANDA	6	0,1	Otros dominios NOC	2026	50,5	Otros dominios NIC	2426	59,2
Total	4096	100	Total	4096	100	Total	4096	100	

FUENTE: Elaboración propia a partir de los resultados

Tabla 3

Caracterización Proceso de Enfermería (PAE) escenario de simulación “Cuidado de Enfermería al adolescente y a la familia”

ASIGNATURA	DOMINIO NANDA	FREC	%	DOMINIO NOC	FREC	%	DOMINIO NIC	FREC	%
3.Cuidado de Enfermería al adolescente y a la familia.	0.7 Rol / Relaciones	541	43,9	06. Salud familiar	296	81,3	03 conductual	223	41,2
	0.9 Afrontamiento / tolerancia	187	15,2	03. Salud Psicosocial	109	28,5	03 conductual	113	20,9
	0.2 Nutrición	129	10,5	01. Salud funcional	9	12,5	02 fisiológico complejo	6	6,5
	0.8 Sexualidad	88	7,1	06. Salud familiar	3	0,8	02 fisiológico complejo	3	3,2
	Otros dominios NANDA	287	23,2	Otros dominios NOC	815	66,1	Otros dominios NIC	887	71,9
	Total	1232	100	Total	1232	100	Total	1232	100

FUENTE: Elaboración propia a partir de los resultados

En la asignatura cuidado de Enfermería al adulto y familia I se identificaron 6182 diagnósticos, los cuales fueron distribuidos según dominios de diagnósticos NANDA, NOC y NIC. En la tabla 4 se resaltan los cuatro dominios NANDA de mayor frecuencia y para cada uno se establecen los dominios NOC y dominios NIC más frecuentes. Los diagnósticos más frecuentes estuvieron en los dominios NANDA *11. Seguridad/ protección, 04. Actividad/ reposo.*

Cabe anotar que, entre los demás dominios de diagnósticos NANDA, los dominios NOC más frecuente fueron *02. Salud fisiológica, 01. Salud funcional.* De igual manera, fue muy frecuente el

dominio NIC 02. Fisiológico, en los dominios NANDA 11. Seguridad/protección, 04. Actividad/reposo.

Tabla 4

Caracterización Proceso de Enfermería (PAE) escenario de simulación “Cuidado de Enfermería al adulto y familia I.”

ASIGNATURA	DOMINIO NANDA	FREC	%	DOMINIO NOC	FREC	%	DOMINIO NIC	FREC	%
4.Cuidado de Enfermería al adulto y familia I.	11. Seguridad/protección	1441	23,3	02. Salud fisiológica	807	40,9	02. Fisiológico: Complejo	643	31,6
	04. Actividad/reposo	1291	20,9	01. Salud funcional	464	61,8	02. Fisiológico: Complejo	486	27,3
	05. Percepción/cognición	297	4,8	05. Salud percibida	9	1,7	05. Familia	6	2,3
	07. Rol/relaciones	263	4,3	04. Conocimiento y conducta de salud	11	0,6	04. Seguridad	3	0,6
	Otros dominios NANDA	2890	46,7	Otros dominios NOC	4891	79,1	Otros dominios NIC	5044	81,5
	Total	6182	100	Total	6182	100	Total	6182	100

FUENTE: Elaboración propia a partir de los resultados

En cuidado de Enfermería al adulto y familia II. Se identificaron 2007 diagnósticos, los cuales fueron distribuidos según dominios de diagnósticos NANDA, NOC y NIC. En la tabla 5 se resaltan los cuatro dominios NANDA de mayor frecuencia y para cada uno se establecen los dominios

NOC y dominios NIC más frecuentes. Los diagnósticos más frecuentes estuvieron en los dominios NANDA 04. *Actividad/reposo*, 02. *Nutrición*.

Cabe anotar que, entre los demás dominios de diagnósticos NANDA, los dominios NOC más frecuente fueron 01. *Salud funcional*, 02. *Salud fisiológica*. De igual manera, fue muy frecuente el dominio NIC 02. *Fisiológico: Complejo* NANDA 04. *Actividad/reposo*, 02. *Nutrición*.

Tabla 5

Caracterización Proceso de Enfermería (PAE) escenario de simulación “Cuidado de Enfermería al adulto y familia II.”

ASIGNATURA	DOMINIO NANDA	FREC	%	DOMINIO NOC	FREC	%	DOMINIO NIC	FREC	%
5.Cuidado de Enfermería al adulto y familia II.	04. <i>Actividad/reposo</i>	416	20,7	01. <i>Salud funcional</i>	166	70,3	02. <i>Fisiológico: Complejo</i>	223	29,2
	02. <i>Nutrición</i>	313	15,6	02. <i>Salud fisiológica</i>	171	24,4	02. <i>Fisiológico: Complejo</i>	137	18,0
	09. <i>Afrontamiento/ Tolerancia al estrés</i>	105	5,2	05. <i>Salud percibida</i>	6	3,1	04. <i>Seguridad</i>	3	2,2
	05. <i>Percepción/ cognición</i>	104	5,2	06. <i>Salud familiar</i>	11	16,2	07. <i>Comunidad</i>	3	17,7
	Otros dominios NANDA	1069	53,2	Otros dominios NOC	1653	82,3	Otros dominios NIC	727	36,2
	Total	2007	100	Total	2007	100	Total	2007	100

FUENTE: Elaboración propia a partir de los resultados

En Cuidado de Enfermería al niño y a la familia se identificaron 4879 diagnósticos, los cuales fueron distribuidos según dominios de diagnósticos NANDA, NOC y NIC. En la tabla 6 se resaltan los cuatro dominios NANDA de mayor frecuencia y para cada uno se establecen los dominios NOC y dominios NIC más frecuentes. Los diagnósticos más frecuentes estuvieron en los dominios NANDA 02. *Nutrición*, 11. *Seguridad/ protección*.

Cabe anotar que, entre los demás dominios de diagnósticos NANDA, el dominio NOC 02. *Salud fisiológica* se encontró con alta frecuencia en el 02. *Nutrición*, 11. *Seguridad/ protección*. De igual manera, fue muy frecuente el dominio NIC 02. *Fisiológico complejo* NANDA 11. *Seguridad/ protección*, 07. *Rol/relaciones*.

Tabla 6

Caracterización Proceso de Enfermería (PAE) escenario de simulación “Cuidado de Enfermería al niño y a la familia”.

ASIGNATURA	DOMINIO NANDA	FREC	%	DOMINIO NOC	FREC	%	DOMINIO NIC	FREC	%
6.Cuidado de Enfermería al niño y a la familia	02. Nutrición	1068	21,9	02.Salud fisiológica	638	29,4	01.Fisiológico básico	427	48,8
	11. Seguridad/ protección	1063	21,8	02.Salud fisiológica	577	26,6	02.Fisiológico complejo	529	28,6
	07. Rol/relaciones	167	3,4	04.Conocimiento y conducta de salud	21	1,5	02.Fisiológico complejo	3	0,2
	09. Afrontamiento/ Tolerancia al estrés	146	3,0	06.Salud familiar	6	3,4	07. Comunidad	3	1,7
	Otros dominios NANDA	2435	49,9	Otros dominios NOC	3637	74,5	Otros dominios NIC	3917	80,2
Total	4879	100	Total	4879	100	Total	4879	100	

FUENTE: Elaboración propia a partir de los resultados

En Gerencia de servicios de Salud ambulatoria se identificaron 92 diagnósticos, los cuales fueron distribuidos según dominios de diagnósticos NANDA, NOC y NIC.

En la tabla 7 se resaltan los cuatro dominios NANDA de mayor frecuencia y para cada uno se establecen los dominios NOC y dominios NIC más frecuentes. Los diagnósticos más frecuentes estuvieron en los dominios NANDA *04. Actividad/reposo*, *03. Eliminación/ intercambio*.

Cabe anotar que, entre los demás dominios de diagnósticos NANDA, el dominio NOC *02. Salud fisiológica* se encontró con alta frecuencia en el *04. Actividad/reposo*, *03. Eliminación/ intercambio*. De igual manera, fue muy frecuente el dominio NIC *03. Conductual* NANDA *02. Nutrición*, *08. Sexualidad*.

Tabla 7

Caracterización Proceso de Enfermería (PAE) escenario de simulación “Gerencia de servicios de Salud ambulatoria”

ASIGNATURA	DOMINIO NANDA	FRE C	%	DOMINIO NOC	FRE C	%	DOMINIO NIC	FRE C	%
7.Gerencia de servicios de Salud ambulatoria	04. Actividad/reposo	27	29,3	04.Conocimiento y conducta de salud	38	41,3	02.Fisiológico complejo	35	38,0
	03. Eliminación/Intercambio	24	26,1	02.Salud fisiológica	36	39,1	03.Conductual	27	29,3
	02. Nutrición	17	18,5	03.Salud psicosocial	6	6,5	01.Fisiológico básico	9	9,8
	08. Sexualidad	6	6,5	04.Conocimiento y conducta de salud	6	15,8	03. conductual	6	22,2
	Otros dominios NANDA	18	19,6	Otros dominios NOC	6	0	Otros dominios NIC	15	0,7
Total	92	100	Total	92	100	Total	92	100	

FUENTE: Elaboración propia a partir de los resultados

En gerencia de servicios de salud hospitalarios, se identificaron 572 diagnósticos, los cuales fueron distribuidos según dominios de diagnósticos NANDA, NOC y NIC. En la tabla 8 se resaltan los cuatro dominios NANDA de mayor y menor frecuencia y para cada uno se establecen los dominios NOC y dominios NIC más frecuentes. Los diagnósticos más frecuentes estuvieron en los dominios NANDA 04. *Actividad/ Reposo*, y 11. *Seguridad/ Protección*

Cabe anotar que, entre los demás dominios de diagnósticos NANDA, el dominio NOC 02. *Salud fisiológica* se encontró con alta frecuencia. De igual manera, fue muy frecuente el dominio NIC 02. *Fisiológico complejo*. En los dominios NANDA 04. *Actividad/ Reposo*, y 11. *Seguridad/ Protección*

Tabla 8

Caracterización Proceso de Enfermería (PAE) escenario de simulación “Gerencia de servicios de Salud hospitalarios”.

ASIGNATURA	DOMINIO NANDA	FRE C	%	DOMINIO NOC	FRE C	%	DOMINIO NIC	FRE C	%
8.Gerencia de servicios de Salud hospitalarios	04. Actividad/Reposo	132	23,1	02.Salud fisiológica	223	39	02.Fisiológico complejo	194	33,9
	11. Seguridad/Protección	93	16,3	04.Conocimiento y conducta de salud	162	14,3	03.Conductual	153	26,7
	06. Autopercepción	13	2,3	01.Salud funcional	43	7,5	05.Familia	5	0,9
	10. Principios vitales	6	1,0	06.Salud familiar	12	2,1	06.Sistema sanitario	3	0,5
	Otros dominios NANDA	328	57,3	Otros dominios NOC	132	37,1	Otros dominios NIC	217	38
Total	572	100	Total	572	100	Total	572	100	

FUENTE: Elaboración propia a partir de los resultados

En principios científicos del cuidado de enfermería, se identificaron 6900 diagnósticos, los cuales fueron distribuidos según dominios de diagnósticos NANDA, NOC y NIC. En la tabla 9 se resaltan los cuatro dominios NANDA de mayor y menor frecuencia y para cada uno se establecen los dominios NOC y dominios NIC más frecuentes. Los diagnósticos más frecuentes estuvieron en los dominios NANDA *04. Actividad/ Reposo*, y *03. Eliminación/ Intercambio*. Cabe anotar que, entre los demás dominios de diagnósticos NANDA, el dominio NOC *02. Salud fisiológica* se encontró con alta frecuencia. De igual manera, fue muy frecuente el dominio NIC *02. Fisiológico complejo*. En los dominios NANDA *04. Actividad/ Reposo*, y *03. Eliminación/ Intercambio*

Tabla 9

Caracterización Proceso de Enfermería (PAE) escenario de simulación “Principios científicos del cuidado de enfermería”.

ASIGNATURA	DOMINIO NANDA	FREC	%	DOMINIO NOC	FREC	%	DOMINIO NIC	FREC	%
9.Principios científicos del cuidado de enfermería	04. Actividad/ Reposo	1864	27	02.Salud fisiológica	2683	38,9	02.Fisiológico complejo	2707	39,2
	03. Eliminación/ Intercambio	1141	16,5	04.Conocimiento y conducta de salud	2078	30,1	01.Fisiológico básico	1670	24,2
	07. Rol/ Relaciones	61	0,9	03.Salud psicosocial	546	7,9	05.Familia	61	0,9
	08. Sexualidad	39	0,6	06.Salud familiar	69	1,0	06.Sistema sanitario	24	0,3
	Otros dominios NANDA	3795	55	Otros dominios NOC	1524	22,1	Otros dominios NIC	2438	35,4
Total	6900	100	Total	6900	100	Total	6900	100	

FUENTE: Elaboración propia a partir de los resultados

En promoción de la salud y familia, se identificaron 1276 diagnósticos, los cuales fueron distribuidos según dominios de diagnósticos NANDA, NOC y NIC. En la tabla 10 se resaltan los cuatro dominios NANDA de mayor y menor frecuencia y para cada uno se establecen los dominios NOC y dominios NIC más frecuentes. Los diagnósticos más frecuentes estuvieron en los dominios NANDA 01. *Promoción de la salud*, y 07. *Rol/relaciones*

Cabe anotar que, entre los demás dominios de diagnósticos NANDA, el dominio NOC 04. *Conocimiento y conducta de salud* se encontró con alta frecuencia. De igual manera, fue muy frecuente el dominio NIC 03. *Conductual*. En los dominios NANDA 01. *Promoción de la salud*, y 07. *Rol/relaciones*

Tabla 10

Caracterización Proceso de Enfermería (PAE) escenario de simulación “Promoción de la salud y Familia”.

ASIGNATURA	DOMINIO NANDA	FRE C	%	DOMINIO NOC	FRE C	%	DOMINIO NIC	FRE C	%
10.Promoción de la salud y Familia	01. Promoción de la salud	329	25,8	04.Conocimiento y conducta de salud	425	33,3	03.Conductual	496	38,9
	07. Rol/relaciones	141	11,1	03.Salud psicosocial	280	21,9	01.Fisiológico básico	276	21,6
	08. Sexualidad	9	0,7	06.Salud familiar	134	10,5	04.Seguridad	39	3,1
	13. Crecimiento / desarrollo	6	0,5	01.Salud funcional	114	8,9	06.Sistema sanitario	6	0,5
	Otros dominios NANDA	791	61,9	Otros dominios NOC	323	25,4	Otros dominios NIC	459	35,9
Total	1276	100	Total	1276	100	Total	1276	100	

FUENTE: Elaboración propia a partir de los resultados

En salud mental, se identificaron 1391 diagnósticos, los cuales fueron distribuidos según dominios de diagnósticos NANDA, NOC y NIC. En la tabla 11 se resaltan los cuatro dominios NANDA de mayor y menor frecuencia y para cada uno se establecen los dominios NOC y dominios NIC más frecuentes. Los diagnósticos más frecuentes estuvieron en los dominios NANDA *09. Afrontamiento/ Tolerancia al estrés*, y *07. Rol/relaciones*.

Cabe anotar que, entre los demás dominios de diagnósticos NANDA, el dominio NOC *03. Salud psicosocial* se encontró con alta frecuencia. De igual manera, fue muy frecuente el dominio NIC *02. Fisiológico complejo*. En los dominios NANDA *09. Afrontamiento/ Tolerancia al estrés*, y *07. Rol/relaciones*

Tabla 11

Caracterización Proceso de Enfermería (PAE) escenario de simulación “Salud mental”.

ASIGNATURA	DOMINIO NANDA	FRE C	%	DOMINIO NOC	FRE C	%	DOMINIO NIC	FRE C	%
	09. Afrontamiento/Tolerancia al estrés	422	30,3	03.Salud psicosocial	792	56,9	02.Fisiológico complejo	8406	27,5
	07. Rol/Relaciones	255	18,3	04.Conocimiento y conducta de salud	156	11,2	03.Conductual	8156	26,6
11.Salud Mental	08. Sexualidad	32	2,3	05.Salud percibida	64	4,6	07. Comunidad	678	2,2
	03. Eliminación/intercambio	19	1,4	01.Salud funcional	60	4,3	06.Sistema sanitario	87	0,3
	Otros dominios NANDA	663	42,3	Otros dominios NOC	319	23	Otros dominios NIC	13290	43,4
	Total	1391	100	Total	1391	100	Total	30617	100

FUENTE: Elaboración propia a partir de los resultados

9. DISCUSIÓN

No se encontraron publicaciones sobre registros del Proceso de Atención de Enfermería en simulación clínica, esto hace que este trabajo sea inédito y cobre mayor fuerza en el período de estudio, considerando las condiciones de imposibilidad de acceso a escenarios reales.

Encontrar que el cuidado de enfermería a la familia ocupa el primer lugar en registros de procesos de Enfermería muestra que el funcionamiento del sistema familiar es fundamental para el bienestar de todos los miembros, tal como lo plantea las interacciones entre las personas y los elementos del entorno familiar llevan a que cualquier alteración o modificación en alguno de ellos repercute en todos sus miembros.

Una forma de validar la calidad de los escenarios de simulación es su acercamiento a lo encontrado en escenarios reales. En este sentido, para la asignatura de cuidado de enfermería a la familia, en la misma institución, en el estudio realizado por Muñoz, Rúas y Barón (Muñoz Astudillo et al., 2019) se registró el 12,6% de los diagnósticos enfermeros, mientras que, en este trabajo, realizado en simulación se alcanzó una proporción de 6,4% de los diagnósticos. Esta diferencia lleva a resaltar la necesidad de una mayor oportunidad de prácticas simuladas en escenarios familiares y comunitarios.

Por otro lado, en forma coherente con los hallazgos de este estudio, en el trabajo realizado en comunidad (Diana Acosta-Salazar, Patricia Lapeira-Panneflex, 2016) los patrones funcionales alterados se corresponden con los dominios NANDA más afectados: Adaptación y Tolerancia al Estrés, Rol-Relaciones, Sueño y Descanso y Percepción y Manejo de la Salud.

En las asignaturas que involucran el cuidado de la mujer, pareja, madre y recién nacido, el estudio institucional en prácticas formativas en escenarios reales mostró una proporción de diagnósticos de 10,4% (Muñoz Astudillo et al., 2019) y en este estudio en simulación, la proporción fue de 13,4%. Se considera que las proporciones son relativamente similares. Otros estudios en escenarios reales se destacaron los dominios Seguridad/Protección, Actividad/reposo, Confort y Eliminación e intercambio (instituto nacional de salud, 2020) encontrándose gran similitud con lo encontrado en este estudio.

En la asignatura Cuidado de enfermería al adolescente y a la familia, se evidenció como dominio NANDA frecuente rol / Relaciones y Afrontamiento / tolerancia. Esto concuerda con el estudio realizado por Goyzueta y Eufrazio donde el dominio afectado en los adolescentes fue Rol y Relaciones y su diagnóstico prioritario NANDA fue “interrupción de procesos familiares” . Otro hallazgo encontrado por Goyzueta fueron los cambios de roles en la familia del adolescente siendo coherente con lo planteado en este estudio (Goyzueta & Faustino, 2019).

En relación al afrontamiento y tolerancia en el adolescente es importante reconocer cómo influyen las características biopsicosociales, culturales y experiencias vividas en los adolescentes con el fin de lograr un afrontamiento individual adecuado , permitiendo así que el personal de enfermería identifique un diagnóstico enfermero NANDA relacionado con la calidad de los mecanismo de afrontamiento (Cárdenas-Martínez & Gómez-Ortega, 2018).

Por otro lado, con relación al dominio NIC “conductual” se encontró en un estudio donde se evidencia que la adolescencia preside a cambios biológicos y psicosociales. Sin embargo en

ciertas ocasiones los adolescentes presentan situaciones de mal comportamiento basado en la indisciplina y rebeldía donde no solo se observa en el hogar sino también en otros lugares como colegio y universidades. Factores sociales como el alcoholismo , la drogadicción, desviación sexual en el adolescente pueden determinar la aparición de conductas inadecuadas de tal manera dichos factores se pueden corregir precozmente por ser perjudicial . La familia juega un papel muy importante para dar ejemplo de conducta a sus hijos e hijas , sin embargo se debe seguir trabajando en el dominio en mención para contribuir a la atención preventiva en los adolescentes y generar cambios en su conducta y desarrollo psicosocial (Alfaro et al., 2017).

Con respecto al dominio NANDA “Nutrición” el estudio realizado por Castiblanco muestra que la conducta alimentaria afecta a los adolescentes de manera fisiológica y psicológicamente ocasionando problemas como bulimia y anorexia de tal manera que el adolescente termina afectando su salud de manera negativa . Esto se relaciona con nuestro estudio donde a través del Proceso de Atención de Enfermería se puede plantear intervención de enfermería NIC que tengan como resultado esperado mejorar la autoestima ,reducir la ansiedad y disminuir el sentimiento de culpa en los adolescentes (Castiblanco-Montañez et al., 2020).

En la práctica simulada de la asignatura “Cuidado al adulto y familia I y II”, se encontraron con mayor predominio dominio actividad / reposo y percepción / cognición.

Con estos datos sucede lo mismo al comparar los resultados con estudios en los que se ha encontrado que en actividad y reposo se ha evidenciado que 7 de 15 personas hospitalizadas están afectadas en este dominio (Rafael Tavares Jomar & Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, 2016). Contrario a lo encontrado

en el estudio realizado por Lopez Araujo el dominio NANDA de percepción y cognición es uno de los menos utilizados en prácticas simuladas relacionadas con el cuidado al adulto (Pimentel et al., 2018).

En otro de los estudios encontrados donde analizan cuales son los factores de reingreso hospitalario en los adultos, se evidenció que el dominio NANDA Actividad/Reposo, se relacionó con las características definitorias con conllevan a los diagnósticos enfermeros de estos dominios como es la integridad de la piel que se ve afectada por la disminución en la actividad física (Liaño et al., 2021).

El dominio NIC más frecuente fue “Fisiológico complejo”. Esto se relaciona a que una de las principales causas de ingresos en los servicios de urgencias y hospitalización son las infecciones urinarias. En un artículo realizado por Lopez et al en pacientes hospitalizados tuvo como resultado que la prevalencia de infecciones urinarias fue del 5,3%.

En otro de los artículos encontrados elaborado por Grado dice que la infección del tracto urinario es una de las causas principales por las que los adultos se encuentran en el hospital o reingresan a este, que corresponde aproximadamente a un tercio de los pacientes en análisis donde se encuentran como características definitorias comunes en la incontinencia y la retención urinaria. el cual se puede complementar con otro artículo encontrado en donde dice cuáles serían las intervenciones de enfermería a realizar para la protección contra las infecciones, que serían: Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. - Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones. - Vigilar el recuento absoluto de granulocitos, el recuento de

leucocitos y la fórmula leucocitaria. - Evitar el contacto estrecho entre las mascotas y los huéspedes inmunodeprimidos. - Analizar todas las visitas por si padecen enfermedades transmisibles. - Mantener la asepsia para el paciente de riesgo (Grado et al., 2020)

Por otra parte, en la asignatura “Cuidado de enfermería al niño y la familia” el estudio realizado por Caballero es coherente con los resultados encontrados en esta investigación. El autor analizó los aspectos psicológicos de los cuidados de enfermería en el niño hospitalizado, donde se puede ver que los dominios de Rol/Relaciones y Afrontamiento/Tolerancia al estrés, son mencionados al hacer este estudio basándose en las áreas psicosociales afectadas. Pudiéndose observar que estos dominios son unos de los que más afectan a los niños en el momento de ser hospitalizados. (Caballero, 2020).

En la asignatura de gerencia de servicios de salud ambulatoria y hospitalaria, se evidenció el dominio NANDA Actividad / reposo como uno de los prioritarios. Según el estudio realizado por Pacheco y Venegas muestra que la actividad física en las personas hospitalizadas, es una de las principales estrategias más efectivas que se utilizan en promoción y prevención no farmacológica en la recuperación de los pacientes, teniendo en cuenta que muchos de los pacientes tienen barreras y limitaciones al momento de su movilidad, sea por su enfermedad o por el uso de dispositivos médicos. Se deben buscar alternativas que permita la movilidad de los músculos, ayudando a disminuir el sedentarismo; que puede conllevar no solo a una pérdida de masa muscular, cambios neuropsiquiátricos, si no también a enfermedades como la obesidad, enfermedades del corazón y circulación de la sangre, colesterol, síndrome metabólico, entre otros (Pacheco et al., 2020).

Asociado con lo anterior, se encontró en otro estudio realizado por Alòs Colomer, que la inactividad física se ha convertido en un problema de salud pública mundial aumentando en un 5% en los últimos años, afectando principalmente la salud física, y también mental, e incrementando las enfermedades crónicas. En este mismo artículo, se crearon métodos y estrategias como realizar ejercicios acordes a la situación clínica del paciente que ayudarían positivamente a los pacientes hospitalizados (Francesc Alòs Colomer, 2017).

En la asignatura de salud mental se evidencia dominio NANDA afrontamiento/ tolerancia al estrés como uno de los más utilizados durante las prácticas simuladas. Para éste dominio, se debe tener en cuenta desde enfermería como debemos no solo actuar, intervenir, si no también aportar positivamente para suplir las necesidades de las personas. Para ello, se encontró una guía realizado por Benedí et al, quienes plasmaron estrategias de afrontamiento, actividades, evaluación de enfermería, planes de cuidados adaptados, formato de valoración de enfermería, entre otros (Francesc Alòs Colomer, 2017).

Las personas diagnosticadas con enfermedades mentales, afectan directamente al cuidador y familiares, creando sobrecarga y estrés sobre la persona. Según el artículo realizado por Lenis et al, informa que el 68% de la muestra de cuidadores presentan sobrecarga, de estos el 57% presentan sobrecarga intensa (Francesc Alòs Colomer, 2017). Algunos estudios han obtenido resultados similares, en los que se destaca mayor ocurrencia de este fenómeno entre los cuidadores de personas que presentan patología mental (Francesc Alòs Colomer, 2017).

Dentro de los dominios NIC que se trabajaron en las practicas simuladas para esta asignatura están “comunidad” y “conductual”. Desde una perspectiva relacional, la cantidad y calidad de cuidados en la asistencia que proporciona el cuidador están determinadas por factores como el tiempo, la relación paciente-cuidador, las características de la enfermedad y la formación educativa que tenga el cuidador (Francesc Alòs Colomer, 2017).

10. CONCLUSIONES

En la investigación se concluye que en la mayor parte de las asignaturas en las que se realizaron prácticas simuladas en tiempos de pandemia tienen que ver con los dominios NANDA “Actividad y reposo”, “Rol/relaciones”, “Afrontamiento / tolerancia al estrés”. Esto se debe a que los pacientes presentan situaciones clínicas que impiden realizar cualquier tipo de actividad física y conlleva a un tiempo de estancia hospitalaria prolongada ocasionando deterioro en su deambulación y en la movilidad física.

Es importante que el profesional de enfermería brinde una buena educación tanto al paciente como a la familia, esto con el fin de garantizar que el cuidador brinde estos cuidados con calidad y conserve su salud física, y psicosocial.

En los escenarios de simulación creados por asignatura, se evidenciaron dominios NOC Salud fisiológica psicosocial y familiar. Para las diferentes asignaturas se crearon escenarios en los cuales se presentaba una situación de enfermería donde se comprometía la salud del usuario. Se concluye que la simulación clínica afianza las competencias del estudiante para brindar cuidado integral tanto al paciente como al cuidador y al utilizar el Proceso de Atención de Enfermería en la planeación del cuidado se fortalece el pensamiento crítico en los estudiantes.

11. REFERENCIAS

- Alfaro, A. C., María, R., Uría, A., & Alonso, R. (2017). Algunas consideraciones sobre los “Adolescentes difíciles” Some considerations on “Difficult teenagers.” *Revista de Ciencias de La Salud*, 2, 82–93.
- Altamirano, J. (2019). La simulación clínica: Un aporte para la enseñanza y aprendizaje en el área de obstetricia. *Revista Electrónica Educare*, 23(2), 1–21.
<https://www.scielo.sa.cr/pdf/ree/v23n2/1409-4258-ree-23-02-167.pdf>
- Arias, L. (2020). Estilos de aprendizaje basados en la teoría de Kolb predominantes en los universitarios. *Revista Científica Internacional*, 3, 81–88.
<https://doi.org/10.46734/revcientifica.v3i1.22>
- Caballero, I. S. (2020). *Grado en Enfermería HOSPITALIZADO Inés Seisdedos Caballero*.
- Cárdenas-Martínez, F. J., & Gómez-Ortega, O. R. (2018). Análisis de situación de enfermería: cuidando la familia desde el modelo de adaptación de Roy. *Revista Cuidarte*, 10(1), 1–19.
<https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.601>
- Casal, M. (2016). La simulación como metodología para el aprendizaje de habilidades no técnicas en Enfermería. *Programa De Doctorado En Enfermería*, 1–261.
[http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/54430/La simulación como metodología para el aprendizaje de habilidades no técnicas en Enfermería.pdf?sequence=1](http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/54430/La%20simulaci3n%20como%20metodolog3a%20para%20el%20aprendizaje%20de%20habilidades%20no%20t3cnicas%20en%20Enfermer3a.pdf?sequence=1)
- Castiblanco-Montañez, R. A., Parra-Rodríguez, J. C., Sánchez-Cubillos, Y. K., Rey-Ochoa, L. D., Rodríguez-Díaz, L. V., & Solano-Saavedra, P. A. (2020). Cuidados enfermeros que modifican conductas alimentarias en adolescentes, etapa inicial de anorexia. *Revista Ciencia y Cuidado*, 17(2), 102–115. <https://doi.org/10.22463/17949831.1880>

- Castro-Maldonado, J. J., Bedoya-Perdomo, K., & Pino-Martínez, A. A. (2021). La simulación como aporte para la enseñanza y el aprendizaje en épocas de Covid-19. *Aibi Revista de Investigación, Administración e Ingeniería*, 8(S1), 315–324.
<https://doi.org/10.15649/2346030x.2475>
- Eliana Escudero, A., Dominguez, K., Vergara, K., Corvetto, M., Silva, M., Ayrad Fundación Garrahan, N., & su valiosa, por. (2016). Estándares de Mejores Prácticas: Simulación Estándares de Mejores Prácticas de INACSL: Simulación SM Diseño de Simulación PALABRAS CLAVE. In *Clinical Simulation in Nursing* (Vol. 12).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2016.09.005>
- Enríquez, A., & Sáenz, C. (2021). Primeras lecciones y desafíos de la pandemia de COVID-19 para los países del SICA. *Estudios y Perspectivas*, 106.
www.cepal.org/apps%0Ahttps://www.cepal.org/es/publicaciones/46802-primeras-lecciones-desafios-la-pandemia-covid-19-paises-sica
- Espinar Álava, E. M., & Viguera Moreno, J. A. (2020). El aprendizaje experiencial y su impacto en la educación actual. *Revista Cubana de Educación Superior*, 39(3).
- Fraga-Sampedro, M. L. (2018). La simulación como herramienta de aprendizaje para la formación continuada ante una parada cardiorrespiratoria. *Enfermería Intensiva*, 29(2), 72–79. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2017.10.003>
- Francesc Alòs Colomer, A. P.-R. (2017). Inactividad física y sedentarismo. *Journal Article*, 1.
<https://www.upso.edu.ar/inactividad-fisica-sedentarismo/>
- Goyzueta, A., & Faustino, A. (2019). Proceso de cuidado de enfermería en adolescente con interrupción de procesos familiares según taxonomía NANDA-NIC-NOC. *Peruvian Journal of Health Care and Global Health*, 3(2), 90–95.

<https://doi.org/10.22258/hgh.2019.32.64>

Grado, T. D. F. De, Manuel, T., & Martín, F. (2020). *Grado en Enfermería MEDICINA INTERNA Cristina Rodríguez Castilla*.

Liaño, P., Caño, A., García, N., Viana, T., rivera, S., Martínez, J., Moro-Tejedor, M. N., Torres, M., & Solís, M. (2021). Intervenciones enfermeras más prevalentes en la atención de adultos ingresados en unidades de hospitalización. *Metas de Enfermería*, 24.

<https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2021.24.1003081766>

Muñoz Astudillo, M. N., Rúas Amaya, Y. A., & Barón Castro, M. M. (2019). Uso de lenguaje estandarizado en prácticas formativas de enfermería. Pereira 2011-2015. *Revista Ciencia y Cuidado*, 16(1), 59–70. <https://doi.org/10.22463/17949831.1544>

Novoa, R., Hernández, A., & González, L. (2019). Clinical Simulation : Nursing Student ' S Opinions , Autonomous University of Chile , Temuco Simulación Clínica : Opinión De Estudiantes De Simulação Clínica : Opinião De Estudantes De Enfermagem , Universidad Autónoma Do Chile ., *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 8, 103–116.

<http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v8n2/2393-6606-ech-8-02-51.pdf>

Pacheco, B., Venegas-Sanabria, L. C., & Chavarro-Carvajal, D. A. (2020). Hospital-associated functional decline and possible interventions based on physical activity, a review of the literature. *Archivos de Medicina Del Deporte*, 37(6), 430–435.

<https://doi.org/10.18176/ARCHMEDDEPORTE.00018>

Pimentel, C. S., Nunes, D. D. C., Bittencourt, I. S., Da Silva, R. S., Dos Santos, I. C. M., & Pereira, R. C. D. (2018). Health assistance infection in a neonatal intensive therapy unit / Infecção relacionada à assistência a saúde em unidade de terapia intensiva / Infección relacionada a la asistencia de la salud en unidad de terapia intensiva neonatal. *Revista de*

Enfermagem Da UFPI, 7(3), 61. <https://doi.org/10.26694/2238-7234.7361-66>

Rafael Tavares Jomar, E. dos S. S., & Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, B. (2016). *Diagnósticos de enfermería más frecuentes en adultos/ancianos hospitalizados en unidades de terapia intensiva: revisión sistemática*. 5–10. <http://www.index-f.com/evidentia/n53/ev10181e.php#PRINCIPIO DE PAGINA>

Urrea Medina, E., Sandoval Barrientos, S., & Iribarren Navarro, F. (2017). El desafío y futuro de la simulación como estrategia de enseñanza en enfermería. *Investigación En Educación Médica*, 6(22), 119–125. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.01.147>

Valladolid, D. A., Margarita, T., & Moreno, E. (2020). *Introducción*. 1–16.