

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Enfermería

**“APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA POR LOS
INTERNOS DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL
JORGE BASADRE GROHMANN DE TACNA 2009”**

TESIS

Presentada por:

Bach. Nilda Sofía Miranda Mendoza

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TACNA - PERÚ

2010

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

FACULTAD DE ENFERMERIA

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA POR
LOS INTERNOS DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL
JORGE BASADRE GROHMANN DE
TACNA 2009

TESIS

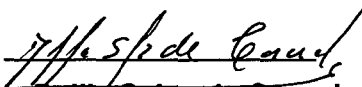
Presentada por:

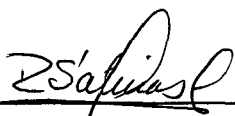
BACH. Nilda Sofía Miranda Mendoza


Para optar el Título Profesional de:

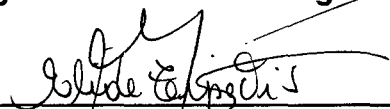
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Aprobado por Unanimidad; ante el siguiente jurado


Mgr. Dalila Salas de Cornejo
PRESIDENTA


Mgr. Ruth Salinas de Zegarra
JURADO


Mgr. Isabel Rodríguez Monzón
JURADO


Lic. Elide Tipacti Sotomayor
ASESORA

DEDICATORIA

La Tesis esta enteramente dedicada a mi madre, mis amigos Edwin, Lissett, Jessica, Sujey y Analy, y muy especialmente a Dios. Gracias por confiar en mí; es obvio que sin ustedes este sueño nunca hubiera podido tener un inicio. Sencillamente, Dios y mi madre son la base de mi vida profesional y toda la vida les estaré agradecida.

AGRADECIMIENTO

A Dios por demostrarme tantas veces su existencia y con ello darme fuerzas para salir adelante ante cada tropiezo.

A mi madre por su apoyo, esfuerzo y humildad que me han enseñado tanto.

A mi padre por su apoyo, que con su forma extraña de mostrar su cariño me ha enseñado que la vida es muy dura.

A Edwin por su inmenso apoyo, esfuerzo y cariño que me ha enseñado a creer que existen los corazones buenos.

A mis amigas Lissett, Jessica, Andrea, Sujey y Anafy Cano por su apoyo, su comprensión y amistad, por estar con migo en las buenas y en las malas.

A la licenciada Elide Tipacti que fue mi asesora y mi amiga y le agradezco que me tuviera paciencia.

A mis profesoras que me enseñaron más que número y letras; fueron amigas y estuvieron allí para aconsejarme.

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

CAPITULO I: DEL PROBLEMA

Pag.

INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del Problema-----	12
1.2. Objetivos -----	16
1.3. Marco Teórico-----	17
1.4. Hipótesis -----	92
1.5. Variable de estudio -----	92

CAPITULO II: DE LA METODOLOGIA

2.1 Diseño de la investigación -----	93
2.2 Ámbito de Estudio -----	93
2.3 Población -----	94

2.4 Fuentes de Información	97
2.5 Procedimiento	105
2.6 Procesamiento y análisis de datos	106

CAPITULO III: DE LOS RESULTADOS

3.1 Resultados	107
3.2 Discusión	128
3.3 Conclusiones	142
3.4 Recomendaciones	144

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS VIRTUALES

ANEXOS

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se realizó a fin de establecer el nivel de aplicación del proceso de atención de enfermería por los internos de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna del 2009.

El tipo de estudio es descriptivo, cuantitativo de corte transversal y retrospectivo cuya población sujeta de estudio estuvo constituida por 296 Notas de Enfermería redactadas por los Internos de Enfermería en las Historias clínicas.

El instrumento utilizado para la obtención de datos fue la hoja de chequeo para medir el nivel de aplicación del proceso de atención de enfermería por los Internos de enfermería de la UNJBG de Tacna, en las notas de enfermería redactadas en las historias clínicas de los diferentes servicios de los hospitales del MINSA y ESSALUD.

La conclusión a la que se llegó fue que el nivel de aplicación del PAE por los internos de enfermería es Medio en un 79.05% de acuerdo a la escala del instrumento, un 18.24% se encuentran en un Nivel de Aplicación bajo.

ABSTRACT

The present work of investigation was realized in order to establish the level of application of the process of attention of infirmary for the boarders of the Faculty of Infirmary of the National University Jorge Basadre Grohmann of Tacna of 2009.

The type of study is descriptive, quantitative of transverse and retrospective cut which population holds of study it was constituída for 296 Notes of Infirmary written by the Boarders of Infirmary in the clinical Histories.

The instrument used for the obtaining of information was the leaf of checkup to measure the level of application of the process of attention of infirmary for the Boarders of infirmary of Tacna's UNJBG, in the notes of infirmary written in the clinical histories of the different services of the hospitals of the MINSA and ESSALUD.

The conclusion to the one that came near went that the level of application of the PAE for the boarders of infirmary is Average in 79.05 % of agreement to the scale of the instrument, 18.24 % is in a Level of Application under.

CAPITULO I

DEL PROBLEMA

INTRODUCCION:

La enfermería es una profesión dinámica y su práctica cambia constantemente, tiene una tradición larga y honorable de servicio a la humanidad. Desde sus inicios se ha dedicado al cuidado de la salud y al bienestar de los seres humanos basándose en la ayuda humanitaria, para luego evolucionar y llegar a ser una profesión.

La profesión de enfermería se desarrolla a través de un conjunto de acciones orientadas a la solución de los distintos problemas de naturaleza bio-psico-social del individuo, familia y comunidad desarrollándose básicamente en las áreas asistencial, administrativa, docente e investigadora.

Los Internos de enfermería participan activamente en la prestación de los servicios de salud integral, en forma científica, tecnológica y sistemática, en los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud mediante el cuidado de la persona, familia y comunidad, con el

propósito de contribuir a elevar la calidad de vida y lograr el bienestar de la población. El cuidado integral de enfermería se brinda aplicando el proceso de atención de enfermería para garantizar la calidad del cuidado y del servicio prestado.

El Proceso de Atención de Enfermería es, la principal herramienta de trabajo del profesional de enfermería, el cual debe ser aplicado para la atención del paciente, familia y comunidad, sea en el ámbito hospitalario como en el comunitario; siendo enseñado a los Internos de enfermería durante su formación en el pre-grado, en los ambientes universitarios por docentes de amplia trayectoria, quienes imparten sus conocimientos para la mejor aplicación del proceso.

En la actualidad el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) ha ido evolucionando y continúa siendo enseñado a los estudiantes de enfermería mediante diferentes herramientas didácticas en la parte teórica como práctica; por lo que el Interno debe demostrar en su actuación capacidad para aplicar el proceso de atención basándose en los fundamentos científicos.

El presente estudio de investigación surge a razón de que el Proceso de Atención de Enfermería tiene un contenido muy vasto, que es enseñado en la parte teórica, pero que en la práctica existe cierta dificultad para su

aplicación; de ahí nace la necesidad de realizar un estudio acerca del Nivel de aplicación del Proceso de Atención de Enfermería por los Internos de enfermería de la FAEN. Los resultados nos permitirán colaborar fortaleciendo los conocimientos sobre el PEA y facilitar su aplicación en los diferentes servicios haciendo efectiva, eficiente y mejor la labor del interno de enfermería y para ello nos preguntamos ¿Cuál será el nivel de aplicación del proceso de atención de enfermería del Interno de enfermería de la FAEN de la UNJBG de Tacna del 2009?

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La enfermería es una profesión dinámica y su práctica cambia constantemente, tiene una tradición larga y honorable de servicio a la humanidad. Desde sus inicios se ha dedicado al cuidado de la salud y al bienestar de los seres humanos basándose en la ayuda humanitaria, para luego evolucionar y llegar a ser una profesión¹.

La Facultad de Enfermería es una institución con 19 años de experiencia y servicio a la persona, familia y comunidad que se encarga de la preparación de estudiantes con un alto nivel académico competitivo y que forma futuros profesionales de enfermería con el objetivo de cuidar a la persona, familia y comunidad en todos los ciclos vitales.

La profesión de enfermería se basa en el proceso de atención de enfermería orientado a la solución de los distintos problemas de salud de naturaleza bio-psico-social del individuo, familia y comunidad desarrollándose básicamente en las áreas asistencial, administrativa, docente e investigadora.

¹ Facultad de Enfermería. Plan Curricular de la Escuela Académico Profesional de Enfermería. Tacna- Perú. 2000

La facultad de enfermería, es intermediaria y representante del actuar de los estudiantes, ya que es a través de ellos que se ven reflejados todos los conocimientos inculcados durante su preparación de pre-grado.

Es por ello que los internos de enfermería, deben de tener una aplicación correcta del proceso de atención de enfermería.

Durante los años que se desarrollan las asignaturas se realiza la enseñanza del proceso de atención de enfermería; el cual se considera el eje fundamental que direcciona la atención profesional de enfermería dirigida a las personas sanas o enfermas; el cual debe ser aplicado tanto en el área hospitalaria como en la comunitaria siguiendo las etapas que éste involucra².

Aunque en muchos casos la aplicación del proceso de enfermería según mi experiencia como interna era complicado realizarla ya que en los servicios, por la cantidad de pacientes, no alcanza el tiempo para redactar el PAE (soapie) en las notas, lo que no pasaba en Pediatría ya que por la cantidad de pacientes si se

² Facultad de Enfermería. Plan Curricular de la Escuela Académico Profesional de Enfermería. Tacna- Perú. 2000.

podía realizar el SOAPIE sin ningún problema. Otra razón era que las notas de enfermería no ocupen mucho espacio ya que no había en gran cantidad los formatos, además que el proceso se hacía en forma manual, y teníamos que dejar espacio para los demás turnos. Otra razón era pues que se hacía más fácil escribir las notas tradicionales o corridas que el PAE mismo, ya que las Licenciadas también lo hacían entonces era más cómodo copiar lo que ellas hacían.

A pesar que el aprendizaje en el momento de ser estudiante era bueno, en la parte práctica ya en el internado la aplicación del proceso de atención de enfermería era parcial o limitada en la atención al paciente.

Según Teodosia Contreras:

“...Esta situación ha dificultado la evolución y mejoría del interno de enfermería en la aplicación del Proceso de Enfermería a la atención del paciente, como método científico, que empleado en la

práctica profesional, permita a la enfermera actuaciones independientes³.”

Es así que en el periodo del internado, debe aplicarse correctamente el proceso de atención de enfermería, ya que este contribuye hacia una intervención de calidad con fundamentación científica.

En base a las premisas anteriores nos hacemos la siguiente pregunta:

¿Cuál es el nivel de aplicación del Proceso de Atención de Enfermería por los Internos de Enfermería de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna 2009?

³ Contreras Castro, Teodosia Maximina. Propuesta Metodológica Problematizadora sobre el aprendizaje del Proceso de Enfermería en el Paciente Médico Quirúrgico E.A.P. de Enfermería. Universidad Peruana Unión. En Tesis para optar el grado de Magíster. Perú. 1997

1.2. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

- ❖ Determinar el nivel de aplicación del Proceso de Atención de Enfermería por los Internos de Enfermería de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna 2009.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ❖ Identificar la aplicación de la fase de Valoración por los Internos de Enfermería de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna 2009.
- ❖ Identificar la aplicación de la fase de Diagnóstica por los Internos de Enfermería de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna 2009.
- ❖ Identificar la aplicación de la fase de Planeamiento por los Internos de Enfermería de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna 2009.
- ❖ Identificar la aplicación de la fase de Ejecución y Evaluación por los Internos de Enfermería de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna 2009.

1.3. MARCO TEORICO:

A continuación se presenta algunos estudios relacionados sobre el tema de estudio. Así tenemos que:

Ampuero González, Jessica. En su estudio “Relación entre el nivel de conocimiento y aplicación del Proceso de Atención de Enfermería del Policlínico Pablo Bermúdez Essalud Lima 2006” cita a Frómata, Alba y Momblanch, 2000; en un estudio experimental sobre “El modo de actuación en el proceso de enfermería en el Policlínico Luís Carrión”, su muestra estuvo conformada por 30 enfermeras, utilizaron como instrumento una encuesta, la variable que se utilizó es el modo de actuación en cada una de las etapas del PAE, observándose que antes de la intervención educativa la mayoría respondió incorrectamente sobre su intervención y después de esta respondieron correctamente y así se logró identificar y corregir las deficiencias detectadas, para lograr que el personal de enfermería pudiera ser capaz de priorizar correctamente las necesidades humanas en el nivel primario de atención⁴.

⁴ Ampuero González, Jessica. Relación entre el nivel de conocimiento y aplicación del Proceso de Atención de Enfermería del Policlínico Pablo Bermúdez Es salud Lima. En tesis para optar el grado de Licenciada. Tacna – Perú. 2006

Cotrado, Gladys. En su estudio sobre "Influencia entre el nivel de conocimiento del Proceso de Atención de Enfermería y su aplicación en los centros de salud Tacna 2006." Cita a Duany Neyra, Norvelis y Llorente Yasell, 1997, en el estudio sobre "Proceso de atención en el nivel primario de salud – 1997" realizado en el policlínico comunitario Alberto Fernández Montes de Oca, el cual tuvo como muestra 14 enfermeras, obtuvieron los siguientes resultados, con la aplicación del PAE se obtuvo buenos resultados en cuanto a calidad de elaboración de Diagnósticos de Enfermería en un 87%. En la evaluación de competencias y desempeño del personal que aplicó el PAE en los ingresos domiciliarios y familias disfuncionales, 13 enfermeras recibieron calificación satisfactoria (93%) y solo 1 (7%) no satisfactoria⁵.

Guerra Cabrera, Emérida. 1997. Realizó el estudio sobre "el Proceso de Atención de Enfermería y la formación de los profesionales – 1997" realizado en la facultad de Medicina, el cual tuvo como muestra 110 estudiantes, 14 enfermeras y 5 profesores, los resultados fueron: el 86% de los estudiantes encuestados

⁵ Cotrado, Gladys. Influencia entre el nivel de conocimiento del Proceso de Atención de Enfermería y su aplicación en los centros de salud. En tesis para optar el grado de Licenciada. Tacna – Perú. 2006

requiere perfeccionamiento en la aplicación del PAE, así mismo el 100% del personal de enfermería.

Cotrado, Gladys. En su estudio "Influencia entre el nivel de conocimiento del Proceso de Atención de Enfermería y su aplicación en los centros de salud" cita a Ayala, 2001; quien realizó un estudio sobre "La Realidad de Aplicación del proceso de atención de enfermería en Instituciones públicas y privadas", su muestra quedó conformada por 40 enfermeras teniendo como características: edad, sexo, estado civil, sector de trabajo, antigüedad laboral, antigüedad profesional, conocimiento, aplicación y dificultades para la implementación de la atención de enfermería y su método de trabajo en su práctica profesional. Se aplicó un cuestionario semi estructurado, encontrándose que la mayoría de las enfermeras están concentradas en el sector público, la mayoría tiene formación universitaria; con relación a la edad se observó que la mayoría tiene entre 30 y 60 años, en cuanto a la variable sexo destaca el sexo femenino, respecto al estado civil destacan los casados, en cuanto a la variable conocimiento y aplicación la mayoría si tienen conocimiento sobre el proceso de atención de enfermería con fases que se ajustan parcialmente a las

etapas del PAE, las dificultades para la implementación del PAE son: poco tiempo, poco personal y número de pacientes.

Así mismo a nivel nacional tenemos a Limache García, Abel, 2000, en la ciudad de Lima realizó el estudio sobre “Percepción que tienen los estudiantes de enfermería de la UNMSM de la enseñanza del proceso de atención de enfermería según niveles de formación”, el cual tuvo como objetivo general, identificar la percepción que los estudiantes de enfermería tienen de la enseñanza del proceso de atención de enfermería, el método que utilizó fue el descriptivo – exploratorio de corte transversal. La población estuvo conformada por todos los estudiantes de enfermería. Las conclusiones fueron entre otras, que la percepción de los estudiantes de enfermería de la UNMSM acerca de la enseñanza del proceso de atención de enfermería es medianamente favorable, con tendencia a lo desfavorable;...perciben la planificación de la enseñanza del proceso de enfermería como medianamente favorable con tendencia a lo favorable y en cuanto a la ejecución y evaluación tienen una tendencia hacia una percepción desfavorable.

Ampuero González, Jessica, 2006. En su estudio cita a Niño y Pazos, 2000; en el departamento de Trujillo realizó un estudio pre-experimental en el departamento asistencial de Pediatría del Hospital Regional Docente de Trujillo, sus variables fueron: la efectividad del modelo de registro de atención de enfermería y las notas de enfermería, la muestra estuvo constituida por 210 notas elaboradas por las enfermeras del Departamento de Pediatría obtenidas de las Historias clínicas, se observó que el modelo de registro de atención de enfermería es efectivo en la elaboración de las notas de enfermería, el uso del modelo de registro de atención mejoró la elaboración de las notas de enfermería en su forma y contenido después de la intervención educativa⁶.

Tipacti y Vargas, 1998; realizaron el estudio en la ciudad de Tacna sobre “Calidad de anotaciones de Enfermería según criterios éticos profesionales en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna – 1998” de tipo descriptivo correlacional, sus variables fueron: el grado de cumplimiento de los requisitos de calidad de las notas de enfermería y los requisitos de calidad de las notas de enfermería,

⁶ Ampuero González, Jessica. Relación entre el nivel de conocimiento y aplicación del Proceso de Atención de Enfermería del Policlínico Pablo Bermúdez Es salud Lima. En tesis para optar el grado de Licenciada. Tacna – Perú. 2006.

se revisaron 160 historias clínicas para la muestra, 20 historias por servicio seleccionadas al azar, 10 pacientes hospitalizados, de los cuales se tomaron las últimas 3 anotaciones realizadas por diferentes enfermeras y 10 de pacientes de alta: se concluyó que la calidad de los requisitos de las anotaciones de enfermería no se cumplen en su totalidad por no alcanzar el 100% de los criterios estipulados y el grado de cumplimiento de los requisitos estaría evidenciando la ausencia de un registro estándar de enfermería que refleje realmente la calidad de atención de enfermería que se está brindando.

Es así que la Facultad de Enfermería forma enfermeros (as) capaces de brindar oportunamente la atención al paciente con calidad y calidez; durante el ejercicio de la profesión de enfermería, el Proceso de Atención de Enfermería, constituye el documento más importante que contiene el expediente clínico, siendo la enfermera y el interno de enfermería las personas que tienen una mayor capacidad para dar a conocer, momento a momento, la evolución del paciente, función realizada como mínimo tres veces al día. Teniendo en cuenta que el PAE ayuda a aclarar, organizar y consolidar la formación del interno de enfermería, esto implica que

el mismo debe poseer habilidades cognitivas para la solución de problemas, toma de decisiones utilizando el razonamiento crítico, pensamiento creativo; asimismo, las habilidades interpersonales, mediante una comunicación asertiva y en actitud preactiva, teniendo conciencia y sensibilidad hacia los demás, y por último, las habilidades técnicas o habilidades psicomotoras o manuales en los procedimientos, manipulación de equipos, etc., permitiendo garantizar, de esta manera, la adecuada formación del interno de enfermería y por ende poder brindar cuidados seguros, inteligentes y de calidad al paciente.

En la actualidad, Enfermería es considerada como “una profesión que se basa en un conjunto de conocimientos los cuales permiten emitir juicios y tomar decisiones correctas, que contribuyen al desarrollo humano porque concibe al sujeto individual y colectivamente, poseedor de un conjunto de necesidades humanas y cuyos cuidados contribuyen a complementar y compensar, a fin de lograr la integralidad del sujeto sin establecer lineamientos jerárquicos”.

El internado de enfermería: es la fase final de la formación profesional en la que el estudiante realiza un periodo de practica intensivas, bajo la supervisión directa de profesionales de enfermería en los principales servicios hospitalarios del nivel III y establecimientos de salud del área urbano, marginal y/o rural, a nivel local, regional y/o nacional dependiendo de los campos técnicos seleccionados de acuerdo a objetivos⁷.

La aplicación tiene el significado de usar y emplear, también es la puesta en práctica de algunos aspectos del conocimiento científico. La práctica de los cuidados de enfermería supone la adquisición de un gran número de conocimientos y habilidades esenciales para poder suministrar cuidados de calidad. Algunos de ellos, los más fundamentales, constituyen un conjunto de elementos en los que se basa el ejercicio de la profesión, a la vez que le confieren unas características peculiares. Primordialmente, esto se refiere a la capacidad que ha de tener la enfermera de basar su práctica en un marco conceptual definido, de aplicar el proceso científico

⁷ Facultad de Enfermería. Plan Curricular de la Escuela Académico Profesional de Enfermería. Tacna- Perú. 2000.

apoyándolo en determinados conocimientos y de establecer una relación enfermera- cliente válida⁶.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación⁹.

La aplicación requiere de una metodología y demanda la elaboración de procesos lógicos del pensamiento que permitan comprender los fenómenos del cuidado, recrearlos e interpretarlos con un arreglo científico y generar respuestas y decisiones asertivas. Este marco racional denominado pensamiento crítico favorece entonces la realización de unas acciones de cuidado

⁶ PHANEAUF, M. "Cuidados de Enfermería, proceso de atención de Enfermería", Editorial Interamericana Mc. Graw-Hill, España. 1993.

⁹ <http://html.rincondelvago.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria.html>

ajustadas a la realidad de los pacientes pero con un profundo carácter científico, técnico y humanístico.

Para aplicar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), debemos tener presente que enfermería es la ciencia del cuidado y como tal esta constituida por un conjunto de conocimientos en busca de la verdad.

La aplicación del Proceso de atención de enfermería requiere de un conjunto de conocimientos dirigidos a brindar un cuidado integral al paciente, familia y comunidad. Su correcta aplicación tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y la enfermera; profesionalmente el proceso de enfermería **define** el campo del ejercicio profesional; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados del profesional de enfermería; y para el profesional de enfermería se produce una satisfacción personal que la incentiva a seguir brindando con calidad su trabajo¹⁰.

¹⁰ IYER, Patricia y Tapptich, Bárbara. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. 2da Edición. España. Edit. McGraw Hill Interamericana. 1993

Un beneficio importante obtenido en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería es su direccionalidad hacia las respuestas del paciente ante los problemas de salud, los problemas derivados del tratamiento y los cambios introducidos en la vida diaria. Esto es, el carácter holístico que ha caracterizado siempre a esta metodología propia del cuidado profesional.

La enfermería ha cambiado con el transcurso del tiempo desde la época de Florence Nightingale, quien escribió en 1958 que el objetivo real de la enfermera es "Poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él". Su labor se popularizó llamándola "la dama del farol" en alusión al farol con el que recorría todas las noches por las salas y pasillos llenos de heridos durante la guerra de Crimea¹¹.

La enfermera cumple funciones importantes en los diversos campos donde desempeña su labor profesional siendo las siguientes: la función investigadora, la función administrativa, la función asistencial y la función de docente¹².

¹¹ BRUNNER Y SUDDARTH. Enfermería Médico Quirúrgico, 8va Edición. Editorial Interamericana- Volumen 1, México. 1998.

¹² Facultad de Enfermería. Plan Curricular de la Escuela Académico Profesional de Enfermería. Tacna- Perú. 2000.

Es así que la ley del trabajo N° 27669 promulgada el 15 de febrero del 2002 en Perú y en actual vigencia, contempla en el artículo 7°, las funciones del enfermero (a) peruano (a), siendo la principal función brindar el cuidado integral de enfermería basado en el proceso de atención de enfermería (PAE) y otras.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), quienes consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro etapas (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica¹³.

El proceso de enfermería ha sido aceptado como el marco de la práctica de enfermería, contiene las normas de calidad, garantizando mediante este proceso cuidados de enfermería

¹³ Contreras Castro, Teodosia Maximina. Propuesta Metodológica Problematizadora sobre el aprendizaje del Proceso de Enfermería en el Paciente Médico Quirúrgico E.A.P. de Enfermería. Universidad Peruana Unión. En Tesis para optar el grado de Magíster. Perú. 1997

idóneos. Como todo método, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí y cuyo objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales reales o potenciales del paciente, la familia y la comunidad. Que una vez aplicadas son evaluadas, lo que permite retroalimentarnos sobre la efectividad del proceso aplicado y la necesidad de nuevas estrategias si fuese necesario¹⁴.

El PAE tiene diversos conceptos siendo algunos los siguientes:

Es un proceso mental y cognoscitivo, que aplica el examen y el análisis racional de toda la información e ideas disponibles, así como la formulación de conclusiones y decisiones. También se acepta que el PAE es la esencia de la profesión, se basa en un método para la solución de problemas cuya finalidad es satisfacer las necesidades asistenciales generales y de enfermería a los pacientes¹⁵.

¹⁴ <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria9306Validacion.htm>

¹⁵ BRUNNER Y SUDDARTH. Enfermería Medico Quirúrgico, 8va Edición. Editorial Interamericana- Volumen 1, México. 1998.

- Según Florencia Nightingale, en 1859, lo define como:
 “.... aquello que se encarga de la salud personal de alguien... y lo que la enfermería tiene que hacer... es poner al paciente en la mejor condición para que la naturaleza actúe sobre él¹⁶.”
- Según Virginia Henderson, en 1961, lo define como:
 “...ayuda al individuo sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a morir en paz) que el individuo realizaría por si mismo en caso de tener las fuerzas, los deseos o los conocimientos necesarios¹⁷”.
- Según Rogers, en 1970, lo define como:
 “...la enfermería como un arte y una ciencia, identifica la existencia de una única base de conocimientos que surge de la

¹⁶ Contreras Castro, Teodosia Maximina. Propuesta Metodológica Problematizadora sobre el aprendizaje del Proceso de Enfermería en el Paciente Médico Quirúrgico E.A.P. de Enfermería. Universidad Peruana Unión. En Tesis para optar el grado de Magíster. Perú. 1997

¹⁷ Contreras Castro, Teodosia Maximina. Propuesta Metodológica Problematizadora sobre el aprendizaje del Proceso de Enfermería en el Paciente Médico Quirúrgico E.A.P. de Enfermería. Universidad Peruana Unión. En Tesis para optar el grado de Magíster. Perú. 1997

investigación científica y del análisis lógico, y que es capaz de trasladarse a la práctica de enfermería¹⁸.

- Según Yura y Walsh, en 1988, lo define como:

“Es una serie designada de acciones que pretenden cumplir el propósito de la enfermería – conservar el estado óptimo de salud del cliente – y en caso de cambiar su estado de salud, proporcionar la cantidad y calidad de cuidados de enfermería que requiera su estado para recuperar la salud. En caso de no poder recuperar la salud, el proceso de enfermería deberá contribuir a la calidad de vida del cliente, aumentando los recursos para alcanzar la mayor calidad de vida posible durante el máximo tiempo posible¹⁹”.

Es así que, a pesar de existir muchas definiciones del proceso de enfermería por diferentes autores, todas coinciden en señalar que: El proceso de enfermería es la base esencial para la atención del individuo sano ú enfermo, el cual requiere de cuidados y éstos solo

¹⁸ Contreras Castro, Teodosia Maximina. Propuesta Metodológica Problematizadora sobre el aprendizaje del Proceso de Enfermería en el Paciente Médico Quirúrgico E.A.P. de Enfermería. Universidad Peruana Unión. En Tesis para optar el grado de Magíster. Perú. 1997

¹⁹ Cotrado, Gladys. Influencia entre el nivel de conocimiento del Proceso de Atención de Enfermería y su aplicación en los centros de salud. En tesis para optar el grado de Licenciada. Tacna – Perú. 2006

se basan en una atención adecuada que puede brindar el profesional de enfermería realizando en cada una de sus intervenciones una atención con fundamento científico y no empíricamente; pues la característica esencial de enfermería es aplicar sus conocimientos buscando la mejora del individuo.

Etapas del proceso de atención de enfermería:

I) FASE DE VALORACIÓN:

Es la obtención, organización, validación y registro sistemático y continuo de los datos (información). Así la valoración es un proceso continuo que se lleva a cabo durante todas las fases del proceso de enfermería. Todas las fases del PAE dependen de la obtención exacta y completa de los datos necesarios²⁰.

²⁰ Kozier, y Colaboradores. Fundamentos de Enfermería. 7ta Edición Revisada. México. Edit. Mc Graw Hill Interamericana. 2005.

Tipos de valoraciones

Tenemos valoración inicial focalizada, urgente y nueva valoración después de un tiempo. Estas mismas varían de acuerdo con su propósito, momento, tiempo disponible y estado del paciente.

Las valoraciones de enfermería se centran en las respuestas del paciente a un problema de salud.

El proceso de valoración conlleva cuatro actividades estrechamente relacionadas:

- **Obtención de datos:** la obtención de datos es un proceso de recopilación de información sobre el estado de salud de un paciente. Debe ser a la vez sistemático y continuo, con el fin de evitar omitir datos importantes y de reflejar el estado de salud cambiante del paciente.

Tipos de datos

- **Datos subjetivos,** también denominados síntomas o datos encubiertos, solo son evidentes para la persona

afectada, y solo dicha persona puede describirlos o verificarlos.

- **Datos objetivos**, también denominados signos o datos manifiestos, son detectables por un observador o pueden medirse o compararse según un parámetro de referencia aceptado. Se obtienen mediante la observación o la exploración física.

Métodos de obtención de datos

Los principales métodos para la obtención de datos son:

a) La observación, es el proceso de obtención de datos utilizando los sentidos. Es una habilidad consciente y deliberada que se desarrolla mediante el esfuerzo y con un enfoque organizado.

Consta de dos aspectos: 1) advertir los datos y 2) seleccionar, organizar e interpretar los datos. Por lo tanto la observación implica discriminar los datos, es decir diferenciar los datos de una forma que tenga sentido.

La mayoría de los profesionales de enfermería desarrollan una secuencia específica para la

observación de datos, y suele centrarse en primer lugar en el paciente. Por ejemplo, un profesional de enfermería entra en la habitación de un paciente y observa, el siguiente orden:

Signos clínicos de sufrimiento

- Amenazas para la seguridad del paciente
- Presencia y funcionamiento del equipo asociado
- El entorno inmediato, incluidas las personas presentes.

b) Entrevista, es una comunicación planificada que tiene una finalidad, como por ejemplo, obtener o proporcionar información, identificar problemas que preocupan a ambas partes, evaluar cambios, instruir, proporcionar apoyo u ofrecer asesoramiento o terapia. Un ejemplo de entrevista es la historia de enfermería, que forma parte de la valoración de enfermería al ingreso.

c) Exploración física, es un método sistemático de recogida de datos que utiliza la observación para detectar problemas de salud. Para llevar a cabo la exploración se utilizan las técnicas de inspección, auscultación, palpación y percusión²¹.

El examen de enfermería se centra en:

- Definir aun más la respuesta del cliente ante el proceso patológico, sobre todo aquellas respuestas susceptibles de ser tratadas con acciones de enfermería.
- Establecer una base de datos para comparar a la hora de evaluar la eficacia de las intervenciones de enfermería con las médicas.
- Justificar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista u otra relación enfermera-cliente.

También se pueden agrupar cualquier dato que se sospecha que puede ser anormal en cualquiera de los siguientes sistemas:

²¹ <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo22/capitulo22.htm>

- ❖ Sistema respiratorio.
- ❖ Sistema cardíaco
- ❖ Sistema circulatorio.
- ❖ Sistema neurológico.
- ❖ Sistema musculo esquelético.
- ❖ Sistema gastrointestinal.
- ❖ Sistema genitourinario.
- ❖ Sistema reproductor

La agrupación de los datos de acuerdo a los sistemas corporales ayuda a identificar datos para referirlos al médico.

- **Organización de los datos:** el profesional de enfermería utiliza un formato escrito o computarizado que organiza sistemáticamente los datos de valoración. Este formato habitualmente recibe el nombre de historia de enfermería, valoración de enfermería o formulario de recogida de datos de enfermería.

La organización de datos se puede dar por:

A.- Patrones Funcionales de M. Gordon: La valoración del paciente tiene una gran importancia para conocer su respuesta a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que puedan ser tratados por las enfermeras; es decir la valoración del paciente para llegar al diagnóstico enfermero²².

Los Patrones Funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo.

La utilización de los Patrones Funcionales, permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, del paciente (físico, psíquico, social, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple

²² Típacit Sotomayor, Elide. El proceso de Atención de Enfermería Teoría Y Práctica. Tacna – Perú 2005

todos los requisitos exigibles a una valoración correcta.

La valoración por Patrones Funcionales enfoca su atención sobre 11 áreas (o patrones) con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes.

Estos patrones de valoración se obtienen a través de una serie de preguntas que se le hacen al paciente buscando determinar el perfil funcional del individuo y al mismo tiempo identificar aquellos patrones que presentan una anomalía.

Los 11 Patrones Funcionales se denominan y desarrollan de la siguiente manera:

- **El patrón 1:** Correspondiente a la **percepción y manejo de salud** hace referencia a como percibe el individuo su salud y bienestar, además evalúa las prácticas preventivas que realiza el paciente, es decir este patrón analiza básicamente la percepción de salud del

paciente y las prácticas que pueden prevenir enfermedades (como aseo personal, evitación de tabaquismo, alcoholismo drogadicción etc.).

- **Patrón 2:** Este evalúa la parte **nutricional y metabólica** del paciente es decir que evalúa las costumbres del paciente en cuanto a la ingesta de alimentos y líquidos en relación con las necesidades metabólicas de éste (el paciente), este patrón explora a través de preguntas y la observación las posibles dificultades que se puedan presentar en la ingesta de alimentos del paciente.
- **Patrón 3: Eliminación:** Este patrón describe la función excretora intestinal, urinaria y de la piel, al igual que todos los aspectos que tienen que ver con ella; es decir que también describe rutinas personales y características de las excreciones.
- **Patrón 4: Actividad - Ejercicio:** Este patrón se refiere a las habilidades y capacidades de movilidad autónoma y actividad para la

realización de ejercicios del individuo, este ítem también estudia las costumbres de ocio y recreo del paciente.

- **Patrón 5: Sueño - Descanso:** Este describe los patrones de sueño, descanso y relajación a lo largo del día que tiene un individuo; al igual que evalúa las formas y costumbres que tienen el paciente para conciliar el sueño.
- **Patrón 6: Cognitivo - Perceptual:** Este patrón se refiere a las capacidades sensorio perceptuales y cognitivas del paciente es decir que se refiere a que las funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas sean adecuadas comprobando si existe alguna prótesis aditiva o si el paciente requiere lentes de algún tipo en el caso de los demás sentidos se evalúa la sensibilidad al frío, el calor y a los olores.

Este ítem determina si existe dolor al igual que comprueba las capacidades cognitivas relativas a la memoria y el lenguaje.

- **Patrón 7: Auto percepción - Auto concepto:**
Este patrón se refiere a como se vé a si mismo el paciente, es decir que piensa de su imagen corporal, como percibe que lo ven los demás; evalúa la identidad del paciente al igual que las manifestaciones de lenguaje ya sea verbal o no verbal.
- **Patrón 8: Rol - Relaciones:** En este patrón se valoran las relaciones de la persona a cuidar con el resto de personas que le rodean, también se valora el papel que ocupan en la sociedad y las actividades que realizan; además evalúa el rol que desempeña el paciente dentro de su núcleo familiar buscando analizar las obligaciones que este debe asumir dentro de su familia.
- **Patrón 9: Sexualidad - Reproducción:** Se valora en las mujeres la edad de inicio de la menstruación, períodos regulares, dolores, métodos anticonceptivos, embarazos, gestaciones, abortos, pérdidas de la libido,

menopausia, antecedentes de cánceres de mama. En los hombres se valoran los métodos anticonceptivos, antecedentes de torsión testicular, problemas prostáticos, de impotencia, además este ítem busca valorar los patrones de satisfacción con la sexualidad y lo relacionado a esto.

- **Patrón 10: Adaptación - Tolerancia:** Este patrón evalúa los niveles de adaptación y tolerancia de la persona a cuidar al estrés, lo cual incluye la capacidad de resistirse a amenazas hacia la propia integridad, formas de manejo del estrés, sistemas de apoyo familiares o individuales, todo siempre enfocado a la capacidad que se percibe que tiene el paciente para manejar ciertas situaciones.
- **Patrón 11: Valores- Creencias:** En este patrón se incluyen los valores más importantes que rigen la vida de la persona, como sentido de responsabilidad, el respeto, el compañerismo, la familia; a parte evalúa las creencias

espirituales como las creencias de cada individuo y las expectativas que estas generan ligadas a la salud.

B.- Clasificación por Dominios y Clases:

- **Dominios:** son acciones que la enfermera esta legalmente autorizada a realizar. También puede referirse a los diagnósticos que una enfermera esta autorizada a formular. Hay 13 dominios²³.
- **Clases:** Una clase es “una subdivisión de un grupo mayor; una división de personas o cosas por su calidad, rango o grado”. Hay 46 clases.
- **Diagnósticos:** Un diagnóstico es “un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales o a procesos vitales”.

²³ Cortez Cuaresma, Gloria; Castillo Luján, Francisca. “Guía para aplicar proceso de enfermería (Taxonomía N.N.N., NANDA, N.I.C., N.O.C. y Registro Sistematizado S.O.A.P.I.E.)”. 4ta. Edición. Febrero 2008.

Clasificación de los 13 dominios:

- **Dominio 1: Promoción de la salud,** Toma de conciencia del bienestar o normalidad de las funciones y estrategias usadas para mantener el control y fomentar el bienestar y la normalidad del funcionamiento.
- **Dominio 2: Nutrición,** Actividades de ingerir, asimilar y usar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía.
- **Dominio 3: Eliminación,** Secreción y excreción de los productos corporales de desecho.
- **Dominio 4: Actividad/reposo,** Producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos.
- **Dominio 5: Percepción/cognición,** Sistema de procesamiento de la información humana incluyendo la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.
- **Dominio 6: Auto percepción,** Conciencia del propio ser.

- **Dominio 7: Rol/relaciones,** Conexiones y asociaciones negativas y positivas entre personas o grupos de personas y los medios por los que se demuestran tales conexiones.
- **Dominio 8: Sexualidad,** Identidad sexual, función sexual y reproducción.
- **Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés,** Forma de hacer frente a los acontecimientos/procesos vitales.
- **Dominio 10: Principios vitales,** Principios que subyacen en las reacciones, pensamiento y conductas sobre los actos, costumbres o instituciones contempladas como verdaderas o poseedores de un valor intrínseco.
- **Dominio 11: Seguridad/protección,** Ausencia de peligro, lesión física o trastorno del sistema inmunitario, evitación de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad.
- **Dominio 12: Confort,** Sensación de bienestar o comodidad física, mental o social.

- **Dominio 13: Crecimiento/desarrollo,** Aumento o mejora de las dimensiones físicas, sistemas corporales y logro de las tareas de desarrollo acordes con la edad.
- **Validación de los datos:** consiste en una “doble comprobación” o verificación de los datos para afirmar que son exactos y objetivos.

Pasos para la validación:

- a. asegurarse que la información recogida esté completa.
 - b. asegurarse que los datos objetivos y subjetivos concuerden
 - c. obtener información adicional
 - d. diferenciar los indicios de las deducciones
 - e. evitar conclusiones precipitadas
- **Registro de los datos:** es esencial realizar un registro exacto e incluir todos los datos obtenidos sobre el estado de salud del paciente. Los datos se registran de forma objetiva, sin interpretaciones en formatos establecidos. Para

aumentar la exactitud, debe registrarse datos subjetivos con las propias palabras del paciente.

II) FASE DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Las expresiones proceso diagnóstico se refiere al proceso de razonamiento, en tanto que el término diagnóstico es un enunciado o conclusión en relación con la naturaleza de un fenómeno. Los nombres estandarizados de la NANDA para los diagnósticos reciben el nombre de **etiquetas diagnósticas**; el enunciado del problema del paciente, consistente en la etiqueta diagnóstica mas la etiología (relación causal entre un problema y sus factores relacionados o factores de riesgo) se denomina diagnóstico de enfermería.

” En 1990 en la novena conferencia de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), la asamblea general aprobó una definición oficial de diagnósticos de enfermería “El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico respecto a las respuestas del individuo, familia o comunidad, a problemas de salud reales o

potenciales.” Los diagnósticos de enfermería proporcionan la base para la selección de intervenciones de enfermería destinadas a lograr los resultados de los que es responsable el profesional de enfermería²⁴.

Componentes estructurales de un diagnóstico de enfermería de la NANDA

- a. Etiqueta diagnóstica (problema):** el enunciado del problema, o etiqueta diagnóstica, describe el problema de salud o la respuesta del paciente para los que se están proporcionando la intervención de enfermería. La finalidad es guiar la elaboración de los objetivos del paciente y los resultados esperados. También puede sugerir algunas intervenciones de enfermería.
- b. Factores relacionados (etiología):** el componente etiológico de un diagnóstico de enfermería identifica una o más causas probables del problema de salud, orienta el tratamiento de enfermería necesario, y permite al

²⁴ Taxonomía NANDA (diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación NANDA. Ed. Elsevier. Edición 2005-2006)

profesional de enfermería individualizar el cuidado del paciente.

En el diagnóstico de enfermería es esencial distinguir las causas posibles, ya que cada una de ellas puede requerir intervenciones de enfermería diferentes.

- c. **Características definitorias:** son el conjunto de signos y síntomas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica específica. Para los diagnósticos de enfermería de riesgo, no hay signos subjetivos ni objetivos. Así, los factores responsables de que el paciente presente una vulnerabilidad al problema mayor de lo normal constituyen la etiología de un diagnóstico de enfermería de riesgo.

El proceso diagnóstico consta de tres pasos:

- **Análisis de datos**, implica los siguientes pasos:
 - Comparar los datos seleccionados con normas o patrones establecidos (identificar indicios significativos).
 - Agrupar los indicios (generar hipótesis provisionales).
 - Identificar lagunas e incoherencias.

- **Identificación de los problemas de salud, los riesgos y los factores favorables**, una vez analizados los datos, el profesional de enfermería y el paciente identifican conjuntamente los problemas que son un argumento a favor de un diagnóstico provisional real, de riesgo y posible. También se determinan factores favorables del paciente, sus recursos y sus capacidades para afrontar las situaciones (ej. Intervenciones quirúrgicas).

- **Formulación de enunciados diagnósticos**, la mayoría de los diagnósticos de enfermería se redacta como enunciados de una, dos o tres partes.

Directrices para la redacción de un enunciado de diagnóstico de enfermería:

- ✓ Formular en términos de un problema, no de una necesidad.
- ✓ Expresar el enunciado de forma que sea aceptable desde el punto de vista legal.

- ✓ Utilizar enunciados que no se asocien a emisiones de juicios.
- ✓ Asegurarse de que los dos elementos, del enunciado no expresen el mismo concepto.
- ✓ Asegurarse de que la causa y el efecto se enuncien correctamente (es decir, la etiología causa el problema o coloca al paciente en situación de riesgo para experimentar ese problema).
- ✓ Expresar el diagnóstico de forma específica y precisa para orientar la planificación de las intervenciones de enfermería.
- ✓ Utilizar terminología de enfermería en vez de terminología médica para describir la respuesta del paciente.
- ✓ Utilizar terminología de enfermería en vez de terminología médica para describir la causa posible de la respuesta del paciente.

Diagnósticos de enfermería:

Existen cuatro tipos de diagnóstico, que son: reales, potenciales o de riesgo, posibles y de bienestar.

- **Diagnóstico Real:** representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables.

Consta de tres partes: enunciado (problema), **factores relacionados** (causa o etiología), **características que lo definen** (signos y síntomas).

- **Diagnóstico potencial o de riesgo:** es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. La descripción del estado de salud alterado de la persona va precedida por factores de riesgo.

Consta de dos partes: enunciado (problema) y **factores de riesgo** (etiología)

- **Diagnóstico posible:** es aquel que describe un problema sospechado para el que se necesita datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir.

Consta de dos partes: enunciado (problema) **y factores contribuyentes** (etiología).

- **Diagnóstico de bienestar:** "juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado".

Para que una persona o grupo tenga un diagnóstico de bienestar deben estar presentes dos hechos:

- Deseo de un mayor nivel de bienestar.
- Estado o función actuales eficaces.

Constan de una parte: disposición para mejorar el auto concepto (**enunciado**)

A la hora de escribir un diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices:

- ✓ Unir el problema con la etiología o factores causales o relacionados utilizando “relacionado con”, “debido a”, “causado por”. No necesariamente hay una relación causa-efecto directo.
- ✓ La primera parte del diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de enfermería.
- ✓ Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal. (Claro y conciso).
- ✓ Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el paciente.
- ✓ Evitar invertir el orden de las palabras del diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- ✓ No mencionar signos y síntomas en la primera parte del diagnóstico.
- ✓ No indique el diagnóstico de enfermería como si fuera un diagnóstico médico.

- ✓ No escribir un diagnóstico de enfermería que repita una orden médica.
- ✓ No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.
- ✓ Debe ser la agrupación de análisis de datos, la identificación del problema y la formulación de enunciados de acuerdo al tipo de diagnóstico y problema.
- ✓ Utilizar enunciados que orienten a las intervenciones de enfermería.
- ✓ Utilizar términos comprensibles en general por otros profesionales.

Para establecer correctamente el diagnóstico de enfermería hay que evitar hacer juicios de valor y tener presente que el ser humano es un ente integral, de manera que la insatisfacción de una necesidad repercute a menudo en otras.

III) FASE DE PLANEAMIENTO:

Es la toma de decisiones concernientes a las acciones o intervenciones requeridas en el momento oportuno para llevarlas a cabo de acuerdo con cada diagnóstico, quienes deben ser los destinatarios de la intervención y en que condiciones debe llevarse a la práctica²⁵.

Consiste en programar los resultados esperados (NOC) y las intervenciones (NIC), fijando el propósito, el orden y la secuencia o PRIORIDAD de las mismas²⁶.

El plan ayuda a:

- Tomar decisiones
- Resolver problemas
- Programar los tiempos necesarios a fin de alcanzar el resultado esperado
- Medir el éxito o fracaso del cuidado.

²⁵ POLIT, DENSE. F Investigación científica en ciencias de la salud. Editorial McGraw- Hill. Ed. Interamericano México 2000

²⁶ Cortez Cuaresma, Gloria; Castillo Luján, Francisca. "Guía para aplicar proceso de enfermería (Taxonomía N.N.N., NANDA, N.I.C., N.O.C. y Registro Sistematizado S.O.A.P.I.E.)". 4ta. Edición. Febrero 2008

Tipo de Planificación del Cuidado de Enfermería

- **Planificación inicial:** cuando ingresa el paciente a un establecimiento de salud, la enfermera que lo recibe realiza el proceso de atención de enfermería incluyendo su plan de cuidados, se conoce como ingreso del paciente.
- **Planificación continua:** es la secuencia o seguimiento que realiza la enfermera que recibe el turno del servicio y sus respectivos pacientes a su cargo. En la planificación continua se consideran los nuevos diagnósticos obtenidos con sus respectivas soluciones. Se conoce como plan diario de enfermería.
- **Planificación del alta:** cuando se acerca el alta y se proyectan los cuidados al hogar, considerando los recursos de la persona, familia y comunidad. Se conoce como plan para el hogar.

Directrices para la redacción de los planes de cuidados de enfermería

- ✓ Fechar y firmar el plan
- ✓ Utilizar encabezamientos de categorías
- ✓ Para comunicar las ideas utilizar símbolos y palabras clave de uso aceptado en el lenguaje médico o en español, en lugar de frases completas.
- ✓ Ser específico
- ✓ Remitir a los libros de procedimientos u otras fuentes de información en vez de incluir todos los pasos en un plan escrito.
- ✓ Adaptar el plan a las características específicas del paciente, garantizando que recoge las preferencias de éste, como las preferencias sobre los horarios de los cuidados y los métodos empleados.
- ✓ Asegurarse que el plan de enfermería incorpora medidas preventivas y de mantenimiento de la salud además de medidas restauradoras.
- ✓ Asegurarse de que el plan incluya intervenciones para la valoración continuada del paciente.
- ✓ Incluir actividades interdependientes y de coordinación.

- ✓ Incluir planes para el alta del paciente y para las necesidades de cuidados en el domicilio.

Partes del Planeamiento del Cuidado de Enfermería

Se conoce también como proceso de planificación y comprende:

- a. **Establecimiento de prioridades,** para ello tener en cuenta 3 prioridades:

- ❖ **Prioridad Alta:** cuando son de prioridad inicial por el riesgo vital, ejemplo: limpieza ineficaz de vías aéreas.
- ❖ **Prioridad Media:** cuando deriva en retraso o causa alteraciones físicas, ejemplo: afrontamiento familiar infectivo.
- ❖ **Prioridad Baja:** cuando surge de necesidades normales o requiere de apoyo mínimo de enfermería, ejemplo: lactancia materna eficaz.

Las prioridades no son fijas, van cambiando a medida que pasa el tiempo o en cambio de turno.

b. Establecer objetivos del cliente, se establecen los objetivos para cada diagnóstico.

Un objetivo es la evolución del paciente o es una modificación de su comportamiento deseado. Para formular el objetivo, tener en cuenta la definición del diagnóstico enfermero. Los objetivos se redactan considerando la respuesta observada del paciente. Su redacción se formula en infinitivo (AR, ER, IR).

Los objetivos pueden considerarse como:

- ❖ **Objetivos de Largo Plazo.** Ejemplo: el paciente será capaz de recuperar su capacidad para realizar actividades de vestir, al objetivo de largo plazo se denomina también objetivo/criterio de resultado.
- ❖ **Objetivo de Corto Plazo.** Ejemplo: el paciente será capaz de abrocharse la ropa.

Actualmente se están utilizando la **clasificación de objetivos (NOC)** llamados también resultados de enfermería²⁷.

La medición de los resultados valida si el paciente responde a las intervenciones de enfermería proporcionadas y facilita los datos necesarios para: (a) aclarar el conocimiento enfermero, (b) avanzar en el desarrollo teórico y (c) determinar la efectividad de los cuidados de enfermería para formular la política de asistencia sanitaria.

Cada resultado posee una definición, una escala de medida o una combinación de escalas, una lista de indicadores asociados para el concepto y la bibliografía de apoyo.

La clasificación actual es una lista de 385 resultados con definiciones, indicadores y escalas de medida y bibliografía complementaria. En la clasificación, los resultados se presentan para su uso a nivel individual, familiar y comunitario o poblacional. En algunas situaciones clínicas

²⁷ SUE MOORHEAD, PhD, RN. y Colaboradores. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). Cuarta edición. Editorial Elsevier Cap. II pag. 29-47 y Cap. III pag. 62-73

pueden utilizarse resultados de varias de estas perspectivas para un paciente.

Para la NOC un resultado dependiente de enfermería es un estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad, medido a lo largo de un continuo, utilizando una escala de medición. Los resultados son conceptos variables que pueden medirse a lo largo de un continuo, lo que significa que los resultados se exponen como conceptos que reflejan la condición, percepción o conducta real de un paciente, cuidador, familia o comunidad en lugar de los objetivos esperados. Se utiliza una escala de Likert de 5 puntos con todos los resultados e indicadores. El formato de puntuación de los 5 puntos proporciona un número adecuado de opciones para demostrar la variabilidad en el estado, conducta o percepción descrita por el resultado. La estructura de esta escala no exige el grado de precisión necesario para un formato de puntuación de 10 puntos. Puede utilizarse una puntuación Diana para fijar un objetivo para el estado, percepción o conducta post intervención del paciente. También quiere decir que los resultados son

neutros; es decir, no especifican el estado deseado. Esto mantiene la variabilidad del resultado y permite medir la situación del paciente en cualquier momento determinado. Por ejemplo; el resultado cognición se mide en una escala de 5 puntos desde "gravemente comprometido" hasta "no comprometido", y el rendimiento del cuidador principal: cuidados directos se mide en una escala de 5 puntos desde "inadecuado" hasta "completamente adecuado". Las escalas de medición están estandarizadas de forma que una puntuación de "5" es siempre la puntuación mejor posible y una puntuación de "1" es la puntuación peor posible. Cada escala proporciona modificadores para las puntuaciones de 1 a 5. Existe la opción de puntuar un indicador, "no aplicable" para el paciente al elegir a la columna N.A. al medir el resultado antes de intervenir, la enfermera establece una puntuación basal sobre el resultado y luego puede puntuarlo después de la intervención. Esto permite a las enfermeras seguir los cambios en el estado del paciente o el mantenimiento de los estados de los resultados a lo largo del tiempo y en diferentes entornos. Por ejemplo, si un paciente puntúa un "2" antes de la intervención y un "4"

después, la puntuación del cambio es más 2. El resultado real es el cambio observado en la puntuación del resultado después de las intervenciones enfermeras. Esta puntuación del cambio puede ser positiva (aumenta la puntuación del resultado), negativa (disminuye la puntuación del resultado) o puede no haber ningún cambio (la puntuación de resultado no varia). En algunos casos, el objetivo es una puntuación del cambio de cero. Esto puede suceder en situaciones en las que la enfermera no espera que el paciente mejore, sino que quiere mantener su estado actual y aplica intervenciones para ello. Este es un objetivo común en pacientes ancianos o terminales. Las enfermeras deben poder cuantificar el éxito de las intervenciones que ofrecen para mantener el estado actual del paciente.

La NOC utiliza las expresiones indicador del resultado dependiente de enfermería para describir los estados específicos del paciente secundarios a las intervenciones enfermeras y para los que pueden definirse procedimientos de medida.

Para la estandarización de los resultados enfermeros existen normas:

- ❖ Las etiquetas de resultados deben ser concisas (expuestas en cinco palabras o menos).
- ❖ Las etiquetas de resultados deben exponerse en términos no evaluativos en lugar de un estado disminuido, aumento o mejorado.
- ❖ Las etiquetas de resultados deben utilizar términos de enfermería comunes siempre que sea posible.
- ❖ Las etiquetas de resultados no deben describir conductas o intervenciones enfermeras.
- ❖ Las etiquetas de resultados no deben exponerse como diagnósticos enfermeros.
- ❖ Las etiquetas de resultados deben describir un estado, conducta o percepción que sea inherente a la variable y que pueda medirse y cuantificarse.
- ❖ Las etiquetas de resultados deben conceptualizarse y exponerse en niveles medios de abstracción.
- ❖ Las etiquetas de resultados pueden desarrollarse utilizando una o dos escalas de medición.

- ❖ Las definiciones para los resultados deben ser consistentes con la escala de medición.
- ❖ La redacción de los indicadores debe ser lo mas estandarizados posible para resultados que utilizan la misma escala de medición.
- ❖ Deben utilizarse dos puntos (:) para formar etiquetas de concepto más amplias y específicas; sin embargo, la etiqueta más amplia debe exponerse primero, con los dos puntos, y la etiqueta más específica a continuación (ej. Estado nutricional: ingesta de nutrientes, auto cuidados: baño).

TAXONOMIA DE LA NOC							
Nivel 1	(1) Dominio I	(2) Dominio II	(3) Dominio III	(4) Dominio IV	(5) Dominio V	(6) Dominio VI	(7) Dominio VII
Dominios	Salud funcional	Salud fisiológica	Salud psicosocial	Conocimiento y conducta de salud	Salud percibida	Salud familiar	Salud comunitaria
	resultados que describen la capacidad y realización de las actividades básicas de la vida	resultados que describen el funcionamiento orgánico	resultados que describen el funcionamiento psicológico y social.	resultados que describen actitudes, comprensión y acciones con respecto a la salud y a la enfermedad.	resultados que describen impresiones sobre la salud y la asistencia sanitaria del individuo.	resultados que describen el estado de salud, conducta o el funcionamiento en salud de la familia en conjunto o de un individuo como miembro de la familia	resultados que describen la salud, el bienestar y el funcionamiento de una comunidad o población.
Nivel 2 clases	A. Mantenimiento de la energía: resultados que describen la recuperación, conservación y gasto de la energía de un individuo.	E. Cardiopulmonar: resultados que describen el estado cardíacopulmonar, circulatorio o de perfusión tisular de un individuo.	M. Bienestar psicológico: resultados que describen la salud emocional de un individuo.	Q. Conducta de salud: resultados que describen las acciones de un individuo para favorecer, mantener o reestablecer la salud.	U. Salud y calidad de vida: resultados que describen el estado de salud percibido de un individuo y las circunstancias de vida relacionadas con ella.	W. Ejecución del cuidador familiar: resultados que describen la adaptación y rendimiento de un cuidador familiar de un niño o adulto dependiente.	b. Bienestar comunitario: resultados que describen el estado global de salud y la competencia social de una población o comunidad.
	B. Crecimiento y desarrollo: resultados que describen la maduración física, emocional y social de un individuo.	F. Eliminación: resultados que describen los patrones y el estado de eliminación y excreción de los productos de desecho de un individuo.	N. Adaptación psicosocial: resultados que describen la adaptación psicosocial y/o social de un individuo a la alteración de la salud o de las circunstancias de la vida.	R. Creencias sobre la salud: resultados que describen las ideas y percepciones de un individuo que influyen en la conducta de salud.	V. Sintomatología: resultados que describen los indicios de una enfermedad, lesión o pérdida en un individuo.	Z. Estado de salud de los miembros de la familia: resultados que describen la salud física, psicológica, social y espiritual de un miembro de la familia.	c. Protección de la salud comunitaria: resultados que describen las estructuras y programas de una comunidad para eliminar o reducir los riesgos sanitarios y aumentar la resistencia comunitaria a las amenazas sanitarias.

	C. Movilidad: resultados que describen la movilidad física del individuo y las secuelas por la restricción de movimientos.	G. Líquidos y electrolitos: resultados que describen el estado hidroelectrolítico de un individuo.	O. Autocontrol: resultados que describen la capacidad de un individuo para controlar una conducta que puede ser emocional o físicamente perjudicial para si mismo y para los demas.	S. Conocimientos sobre salud: resultados que describen la comprensión individual a la hora de aplicar la información para favorecer, mantener o reestablecer la salud.	e. Satisfacción con los cuidados: resultados que describen percepciones de un individuo de la calidad y la adecuación de su asistencia sanitaria.	X. Bienestar familiar: resultados que describen el estado de salud y la competencia social de la familia como unidad en el entorno familiar global.	
	D. Autocuidado: resultados que describen la habilidad individual para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.	H. Respuesta inmune: resultados que describen la reacción fisiológica de un individuo a sustancias extrañas o que el organismo considera extrañas.	P. Interacción social: resultados que describen las relaciones de un individuo con los demas.	T. Control del riesgo y seguridad: resultados que describen el estado de seguridad y/o las acciones de un individuo para evitar limitar o controlar las amenazas identificables para la salud.		d. Ser padre: resultados que describen conductas de los padres que fomentan el crecimiento y el desarrollo óptimos de un hijo.	
		I. Regulación metabólica: resultados que describen la capacidad de un individuo para controlar el metabolismo basal.					
		J. Neurocognitiva: resultados que describen el estado neurológico y cognitivo de un individuo.					

		K. Digestión y nutrición: resultados que describen los patrones digestivos y nutricionales de un individuo.					
		a. Respuesta terapéutica: resultados que describen una reacción sistemática de un individuo a un tratamiento, agente o método sanitario.					
		L. Integridad tisular: resultados que describen el estado y función de los tejidos corporales de un individuo.					
		Y. Función sensitiva: resultados que describen la percepción de un individuo y el uso de la información sensorial.					

c. Selección de intervenciones de enfermería. Las intervenciones y actividades de enfermería, son las acciones que el profesional de enfermería realiza para alcanzar los objetivos del paciente.

Las intervenciones específicas deben eliminar o reducir la etiología del diagnóstico real, o reducir el diagnóstico potencial, así como la causa. Ejemplo: si el diagnóstico es lactancia materna ineficaz R/C falta de información, evidenciado por técnica incorrecta de amamantamiento. La intervención o estrategia debe ser demostración de la técnica correcta de amamantamiento (en el ejemplo se aprecia que la intervención está dirigida al factor relacionado o causa).

Redacción de las prescripciones de enfermería. Tras elegir las órdenes de enfermería adecuadas, el profesional de enfermería las redacta en el plan de cuidados como ordenes de enfermería. Las prescripciones de enfermería son instrucciones para las actividades concretas que el profesional de enfermería realiza con el fin de ayudar al paciente a conseguir los objetivos de salud establecidos.

Los componentes de una prescripción de enfermería son:

- ✓ **Fecha**, cuando se redactan y se revisan de forma regular a intervalos que dependen de las necesidades del paciente.
- ✓ **Verbo de acción**, inicia la prescripción y debe ser preciso.
- ✓ **Área de contenido**, es el qué y dónde de la prescripción.
- ✓ **Elemento tiempo**, responde al cuánto tiempo o con qué frecuencia debe producirse la intervención de enfermería.
- ✓ **Firma**, es un signo de su responsabilidad y tiene valor legal.

Tenemos también la **Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)** que es una clasificación normalizada completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería. Es útil para la documentación clínica, la comunicación de cuidados en distintas situaciones, la integración de datos entre sistemas y situaciones, la investigación eficaz, la cuantificación de la productividad, la evaluación de la competencia, la retribución y el diseño de programas. La clasificación incluye las intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería en función de los pacientes, intervenciones tanto independientes como en colaboración, y cuidados tanto directos como indirectos. Una

intervención se define como cualquier tratamiento, basado en el criterio y conocimiento clínico, que realiza un profesional de la enfermería para mejorar los resultados del paciente²⁸.

La clasificación en su totalidad abarca las competencias de todo el personal de enfermería. La NIC puede utilizarse en todas las situaciones (unidad de cuidados intensivos, cuidados domiciliarios, cuidados en hospitales y atención primaria) y en todas las especialidades (desde el cuidado crítico hasta el cuidado ambulatorio y a largo plazo).

Las intervenciones NIC incluyen tanto la esfera fisiológica (ej. Manejo ácido-base) como la psicosocial (ej. Dimensión de la ansiedad). Las intervenciones se han incluido para el tratamiento de enfermedades (ej. Manejo de la hiperglucemia), la prevención de enfermedades (ej. Prevención de caídas) y para el fomento de la salud (ej. Fomento del ejercicio). La mayoría de las intervenciones son para su utilización en individuos, pero muchas de ellas son para su uso en familias (ej. Estimulación de la

²⁸ BULECHEK, GLORIA M. y colaboradores. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). Quinta edición. Editorial Elsevier Mosby. Cap. III pag. 45-89.

integridad familiar) y algunas para ser empleadas en comunidades enteras (ej. Manejo ambiental: comunidad).

Las etiquetas y las definiciones de las intervenciones son la clave de la clasificación; los nombres proporcionan una etiqueta resumen para actividades concretas y nos permiten identificar y comunicar nuestro trabajo.

Las intervenciones están agrupadas en 30 clases y 7 campos para facilitar su uso. Los 7 campos son: fisiológico: básico, fisiológico: complejo, conductual, seguridad, familia, sistema sanitario y comunidad. Algunas intervenciones se encuentran en más de una clase, pero cada una de ellas tiene un número único (código) que identifica la clase principal y que no se utiliza para ninguna otra intervención.

En la taxonomía de la NIC, los códigos para los 7 campos son 1 – 7; los códigos para las 30 clases son: A – Z, más a, b, c y d. cada intervención tiene un número único compuesto de cuatro espacios.

El lenguaje utilizado en la clasificación es claro, esta redactado de manera lógica y refleja el lenguaje utilizado en la práctica.

Utilización de la NIC

La clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) debe utilizarse para comunicar las intervenciones que los profesionales de enfermería utilizan con los pacientes, familias, comunidades o sistemas sanitarios.

Al elegir una intervención debe tenerse en cuenta seis factores: resultados deseados en el paciente, características del diagnóstico de enfermería, base de investigación de la intervención, factibilidad de la ejecución, aceptación por el paciente y la capacidad del profesional.

Los resultados en el paciente han de especificarse antes de elegir la intervención. Servirán de criterio comparativo para juzgar el éxito de una intervención de enfermería determinada. Los resultados describen conductas, respuestas y sentimientos del paciente debidos a los cuidados administrados.

Una intervención debe ser aceptada por el paciente y su familia. El interno de enfermería puede recomendar frecuentemente opciones de intervenciones para ayudar a conseguir un resultado particular. Para cada intervención, con objetivo de facilitar la elección, se debe informar al paciente acerca de lo que se espera con su participación. Al elegir una intervención deben considerarse los valores, las creencias y la cultura del paciente

TAXONOMIA DE LA NIC							
Nivel 1	Campo 1	Campo 2	Campo 3	Campo 4	Campo 5	Campo 6	Campo 7
Campos	1. Fisiológicos: Básico	2. Fisiológico: Complejo	3. Conductual	4. Seguridad	5. Familia	6. Sistema sanitario	7. Comunidad
	cuidados que apoyan el funcionamiento físico	Cuidados que apoyan la regulación homeostática	cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilos de vida.	cuidados que apoyan la protección contra peligros	cuidados que apoyan a la unidad familiar	cuidados que apoyan el uso eficaz del sistema de prestación de asistencia sanitaria	cuidados que apoyan la salud de la comunidad.
	A. Control de actividad y ejercicio: Intervenciones para organizar o ayudar en la actividad física y la conservación y el gasto de energía.	G. Control de electrolitos ácido-base: intervenciones para regular el equilibrio de electrolitos y ácido-base y prevenir complicaciones.	O. Terapia conductual: intervenciones para reforzar o fomentar conductas deseables o alterar conductas indeseables.	U. Control en casos de crisis: intervenciones para proporcionar una ayuda inmediata a corto plazo en casos de crisis psicológicas o fisiológicas.	W. Cuidados de un nuevo bebé: intervenciones para ayudar a la preparación del parto y controlar los cambios psicológicos y fisiológicos antes, durante e inmediatamente después del parto.	Y. Mediación del sistema sanitario: intervenciones para facilitar el encuentro entre el paciente/familia y el sistema de asistencia sanitaria.	c. Fomento de la salud de la comunidad: intervenciones que fomentan la salud de toda la comunidad.

	<p>B. Control de la eliminación: Intervenciones para establecer y mantener las pautas regulares de eliminación intestinal y urinaria y controlar las complicaciones resultantes de pautas alteradas.</p>	<p>H. Control de farmacos: intervenciones para facilitar los efectos deseados de los agentes farmacológicos.</p>	<p>P. Terapia cognitiva: intervenciones para reforzar o fomentar el funcionamiento cognitivo deseables o alterar el funcionamiento cognitivo indeseable.</p>	<p>V. Control de riesgos: intervenciones para iniciar actividades de reducción de riesgos y continuar el control de riesgos.</p>	<p>Z. Cuidados de crianza de un nuevo bebe: intervenciones para ayudar en la crianza de los niños.</p>	<p>a. Gestión del sistema sanitario: intervenciones para proporcionar y potenciar los servicios de apoyo para el suministro de los cuidados.</p>	<p>d. Control de riesgos de la comunidad: intervenciones que ayudan a detectar o prevenir riesgos sanitarios en el conjunto de la comunidad.</p>
	<p>C. Control de inmovilidad: intervenciones para controlar el movimiento corporal restringido y las secuelas</p>	<p>I. Control neurológico: intervenciones para optimizar la función neurológica</p>	<p>Q. Potenciación de la comunicación: intervenciones para facilitar la expresión y recepción de mensajes verbales y no verbales.</p>		<p>X. Cuidados de la vida: intervenciones para facilitar el funcionamiento de la unidad familiar y fomentar la salud y el bienestar de los miembros de la familia a lo largo de toda su vida.</p>	<p>b. Control de la información: intervenciones para facilitar la comunicación sobre la asistencia sanitaria.</p>	

	D. Apoyo nutricional: intervenciones para modificar o mantener el estado nutricional.	J. Cuidados perioperatorios: intervenciones para proporcionar cuidados antes, durante e inmediatamente después de la cirugía.	R. Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles: intervenciones para ayudar a otro a crear sus propias resistencias, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento.				
	E. Fomento de la comodidad física: intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas físicas.	K. Control respiratorio: intervenciones para fomentar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso.	S. Educación de los pacientes: intervenciones para facilitar el aprendizaje.				
	F. Facilitación de los autocuidados: intervenciones para proporcionar o ayudar en las actividades rutinarias de la vida cotidiana.	L. Control de la piel/heridas: intervenciones para mantener o reestablecer la integridad de los tejidos.	T. Fomento de la comodidad psicológica: intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas psicológicas.				

		M. Termoregulación: intervenciones para matener la temepatura corporal dentro de unos limistes normales.					
		N. Control de la perfusión tisular: intervenciones para optimizar la circulacion sanguinea y de liquidos hacia los tejidos.					

IV) FASE DE EJECUCIÓN:

Es la fase en la cual el profesional de enfermería ejecuta las intervenciones de enfermería utilizando la terminología de la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), la ejecución consiste en hacer y registrar las actividades que son actuaciones de enfermería específicas necesarias para llevar a cabo las intervenciones. El profesional de enfermería realiza las intervenciones que se formuló en la planificación y concluye registrando las actividades de enfermería y las respuestas del paciente.

“Es la etapa conocida como intervención, cubre las necesidades o se soluciona problemas del paciente²⁹”.

Proceso de ejecución

El proceso de ejecución consta normalmente de los siguientes pasos:

²⁹ Cortez Cuaresma, Gloria; Castillo Luján, Francisca. “Guía para aplicar proceso de enfermería (Taxonomía N.N.N., NANDA, N.I.C., N.O.C. y Registro Sistematizado S.O.A.P.I.E.)”. 4ta. Edición. Febrero 2008.

- ⇒ **Nueva valoración del paciente**, la enfermera debe volver a valorar al paciente para asegurarse que aun es necesaria su intervención.
- ⇒ **Determinar la necesidad de intervención del profesional de enfermería**, la enfermera puede requerir ayuda por uno de los siguientes motivos:
- No es capaz de ejecutar de forma segura la intervención por sí solo.
 - La ayuda reduciría el estrés del paciente.
 - Carece de los conocimientos o habilidades para ejecutar una intervención de enfermería concreta.
- ⇒ **Ejecutar las intervenciones de enfermería**, es importante explicar al paciente que intervenciones van a llevarse a cabo, que sensaciones cabe esperar, que se espera que haga y cual es el resultado esperado. También es importante garantizar la intimidad del paciente, coordinar los cuidados del paciente. Esta actividad implica programar contactar al paciente con otros departamentos y actuar de enlace entre los miembros del equipo de asistencia sanitaria.

- ⇒ **Supervisar los cuidados delegados**, si se han delegado ciertos cuidados, el profesional de enfermería responsable de los cuidados globales del paciente debe asegurarse de que las actividades se hayan ejecutado de acuerdo con el plan de cuidados.
- ⇒ **Registrar las intervenciones de enfermería**, tras llevar a cabo las intervenciones de enfermería, el profesional de enfermería completa la fase de ejecución registrando las intervenciones y las respuestas del paciente en las notas de evolución de enfermería. Los cuidados no deben registrarse por adelantado, ya que es posible que el profesional de enfermería determine al volver a valorar al paciente que la intervención no debe o no puede ejecutarse. Las intervenciones de enfermería se comunican verbalmente además de por escrito.

Las notas de enfermería, son parte de la ejecución específicamente de las intervenciones de enfermería, constituyen un requisito legal en toda institución de salud

porque van a formar parte de la historia clínica, que es un documento con valor legal³⁰.

Las notas de enfermería son las comunicaciones escritas más actuales de lo que le ha sucedido al paciente en el curso de un tiempo determinado (turno/día). Deben estar bien elaboradas y basadas en hechos que permitirán a otras enfermeras valorar el modelo de respuesta del paciente.

Para la correcta anotación de registros de notas de enfermería existen las normas siguientes:

- deben estar escritos en forma objetiva sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar entre comillas la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
- Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.

³⁰ IYER, Patricia y Tapptich, Bárbara. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. 2da Edición. España. Edit. McGraw Hill Interamericana. 1993

- Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como: normal, regular, etc.
- Los hallazgos deben describirse de manera meticolosa, forma, tamaño, etc.
- Las anotaciones deben ser claras y concisas.
- Se debe escribir en forma legible y con tinta indeleble.
Trazar una línea sobre los errores.
- Las anotaciones serán correctas, ortográfica y gramaticalmente. Se usaran solo las abreviaturas de uso común.

Tipos de registro de enfermería:

SOAPIE: Es un método sistemático para el registro e interpretación de los problemas y necesidades de la persona o paciente, así como las intervenciones, observaciones y evaluación que realiza la enfermera. También se conoce como estructura o siglas del registro de la enfermera.

Las siglas SOAPIE, utilizadas para el registro de enfermería es una forma ordenada y lógica de presentar los datos que maneja la enfermera³¹.

El SOAPIE es reconocido por el MINSA (2001), al presentarlo como indicador hospitalario de calidad.

La información debe seguir un orden, las notas desordenadas no ayudan, confunden, para ello se ha establecido por Murphy, Burke en el siguiente orden³²:

S: subjetivo

O: objetivo

A: análisis o diagnóstico

P: plan u objetivo del plan

I: intervenciones

E: evaluación o resultado esperado

³¹ Cortez Cuaresma, Gloria; Castillo Luján, Francisca. "Guía para aplicar proceso de enfermería (Taxonomía N.N.N., NANDA, N.I.C., N.O.C. y Registro Sistematizado S.O.A.P.I.E.)". 4ta. Edición. Febrero 2008

³² TIPACTI SOTOMAYOR, Elide. El proceso de Atención de Enfermería Teoría Y Práctica. Tacna – Perú 2005

Debe terminar el registro con una firma y sello, así como el N° del colegio profesional: la firma debe ser completa como figura en su DNI.

Notas Tradicionales: Son los registros de enfermería que forman parte de la historia clínica en la cual se describen cronológicamente la situación, evolución del estado de salud e intervenciones que se realizan al paciente, familia y comunidad³³.

Características:

- ❖ **Completa:** La omisión de un dato o de un cuidado administrado es más grave en caso de una demanda legal que registrarlo incompleto o impreciso, además es un perjuicio para conocer la evolución del paciente; además es importante realizar el registro de manera cefalocaudal.
- ❖ **Concreta:** Debe de ser breve y no se deben utilizar siglas.

³³ <http://med.javeriana.edu.co/pediatria/guias/enf/notas.doc>

- ❖ **Exacta:** Se deben registrar todos los hechos con precisión y cuidado, siempre se debe escribir la fecha y hora en la que el paciente ha recibido el tratamiento o atención.
- ❖ **Verídica:** Los registros deben ser reales y deben registrarse inmediatamente después de realizar el procedimiento o actividad. Nunca se deben registrar actividades antes de ser realizadas.
- ❖ **Legibles:** En caso de que los registros no se hagan en el sistema deben ser escritos en letra clara, de manera que cualquier persona pueda leerlos y comprenderlos fácilmente.
- ❖ **Ordenada:** Los registros se deben hacer en forma secuencial y cronológica

V) FASE DE EVALUACIÓN:

Evaluar es juzgar o estimar. Es una actividad planificada, continuada y dotada de objetivos/resultados esperado, en la cual los pacientes y los profesionales de enfermería determinan: a) la evolución del paciente en relación con la consecución de los

objetivos/resultados esperados y b) la eficacia del plan de cuidados de enfermería. La evaluación es un aspecto importante del proceso de atención de enfermería, ya que las conclusiones extraídas de la misma determinan si es preciso suspender, continuar o modificar las intervenciones de enfermería³⁴.

La evaluación que se lleva a cabo durante o inmediatamente después de ejecutar una orden permite al profesional de enfermería modificar sobre la marcha una intervención. La evaluación continúa hasta que el paciente logra los objetivos de salud o se le da el alta de los cuidados de enfermería. La evaluación del alta incluye el estado de consecución de los objetivos y las capacidades de auto cuidado del paciente en relación con los cuidados de seguimiento.

Mediante la evaluación, los profesionales de enfermería demuestran que son responsables y que responden por sus acciones, indican interés en los resultados de sus intervenciones

³⁴ Kozier, y Colaboradores. Fundamentos de Enfermería. 7ta Edición Revisada. México. Edit. Mc Graw Hill Interamericana. 2005.

de enfermería, y demuestran un deseo de no perpetuar acciones ineficaces y de adoptar acciones mas efectivas.

Relación entre la fase de evaluación y otras fases del proceso de atención de enfermería.

El éxito de la fase de evaluación depende de la eficacia de los pasos que la preceden, es decir las otras fases. Los datos de la valoración deben ser exactos y completos, de forma que el profesional de enfermería pueda formular diagnósticos de enfermería y objetivos/resultados esperados apropiados. Los resultados esperados deben enunciarse de forma concreta. Finalmente, sin la fase de ejecución, en la cual se pone en práctica el plan, no habría nada que evaluar.

La fase de evaluación y de valoración se superponen. En la valoración se obtienen datos con distintas finalidades en los diversos momentos del PAE. Durante la fase de valoración los datos se obtienen con el fin de establecer diagnósticos. Durante la fase de evaluación el objetivo de la obtención de datos es

compararlos con objetivos pre seleccionados para juzgar la eficacia de los cuidados de enfermería.

Para el **proceso de evaluación de las respuestas del paciente**, antes de la evaluación deben determinarse los resultados esperados (indicadores) que se utilizarán para medir la consecución de los objetivos del paciente.

El proceso de evaluación consta de cinco componentes:

- Obtención de datos relacionados con los resultados esperados (indicadores NOC).
- Comparación de los datos con los resultados.
- Relación de las intervenciones de enfermería con los resultados.
- Extracción de conclusiones sobre el estado del problema.
- Continuación, modificación o suspensión del plan de cuidados de enfermería.

Clases de evaluación:

5.1 Evaluación Continua. Se realiza inmediatamente después de la intervención, se busca las modificaciones puntuales., Ej.: el control de la temperatura cada 5 minutos.

5.2 Evaluación intermitente. Se realiza a intervalos determinados (semanal) busca corregir deficiencias

5.3 Evaluación Final. Se realiza en el momento de que el paciente ha sido dado de alta; busca evaluar la capacidad de la persona para cuidarse por si mismo³⁵.

³⁵ Cortez Cuaresma, Gloria; Castillo Luján, Francisca. "Guía para aplicar proceso de enfermería (Taxonomía N.N.N., NANDA, N.I.C., N.O.C. y Registro Sistematizado S.O.A.P.I.E.)". 4ta. Edición. Febrero 2008.

1.4. HIPOTESIS:

Existe un nivel de aplicación del proceso de atención de enfermería por los Internos de Enfermería de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna 2009.

1.5. VARIABLE DE ESTUDIO:

Variable: Nivel de aplicación del proceso de Atención de enfermería; es el valor cuantitativo de la puesta en práctica de los conocimientos científicos sobre el proceso de atención de enfermería. Se aplicó una Hoja de Chequeo a las notas de enfermería, de acuerdo a las cinco etapas del Proceso de Atención de Enfermería, teniendo como respuesta si o no.

Para conocer el nivel de aplicación del PAE por los internos de enfermería se utilizaron criterios de evaluación para cada ítem, seguidamente se dio puntajes a cada ítem de acuerdo a las respuestas; Si = 5 puntos y NO = 1 punto, y se establecieron los niveles que son los siguientes:

- Alto : 64 - 70
- Medio : 47 - 64
- Bajo : 14 - 47

CAPITULO II

DE LA METODOLOGÍA

2.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de tipo cuantitativo ya que el diseño es estructurado y exacto a la medición de las variables.

Es un diseño no experimental ya que no se va a manipular la variable de estudio. Es descriptivo considerando que se estudia a la variable tal como se presenta en la realidad. Es de corte transversal y retrospectivo porque la información se obtiene en un determinado espacio y en tiempo pasado.

2.2 AMBITO DE ESTUDIO

El presente estudio se realizó en el Hospital III Daniel Alcides Carrión (Es salud), y en el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna en los meses de Mayo a Junio del 2010.

2.3 POBLACION

2.3.1. UNIDAD DE ANALISIS

Las Historias Clínicas del Hospital III Daniel Alcides Carrión (Es salud); de los siguientes servicios de Hospitalización: Medicina, Cirugía, Pediatría y Emergencia, y en el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna de los siguientes servicios de Hospitalización: Medicina, Cirugía y Pediatría, que tengan notas de enfermería escritas por los internos de Enfermería de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna 2009.

2.3.2. POBLACION DE ESTUDIO

La población de estudio estuvo conformada por un total de 240 Historias Clínicas, en total de ambos Hospitales, donde los Internos de la Facultad de Enfermería de la UNJBG Tacna 2009 redactaron sus notas de Enfermería, tanto del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna (MINSa) y el Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna (Es salud).

Este total fue obtenido de la siguiente manera: primero se obtuvo los datos de los libros de ingresos de los servicios de; Medicina, Cirugía, Pediatría y Emergencia (en el Hospital Hipólito Unanue no se consideró Emergencia). Los datos tomados fueron los números de las Historias Clínicas y nombres de los pacientes, de la primera semana de diciembre del 2009.

Seguidamente el estadístico hizo una ponderación de todo el mes de diciembre, considerando que la mitad de ingresos por servicio eran de los Internos de Enfermería y la otra mitad de las Licenciadas de enfermería.

Durante el mes de Mayo y Junio del año 2010 se aplicó el instrumento, la Hoja de Chequeo, a las Historias Clínica, específicamente a las notas de Enfermería, del mes de Diciembre del 2009.

2.3.3. MUESTRA: 148 Historias Clínicas, de acuerdo a la formula aplicada para poblaciones finitas (anexo N° 10)

Las Historias Clínicas fueron tomadas de la siguiente manera:

EN 1 MES	N° de Notas a chequear	N° de HCL a tomar por servicio				N° de HCL totales
		Medicina	Cirugía	Pediatría	Emergencia	
Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna	44	8	7	7	-	22
Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna (Es salud)	252	30	30	37	30	126
TOTAL	296	60	60	72	48	148

2.3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ HCL donde el interno de enfermería (de ambos sexos) realizó las notas de enfermería.
- ✓ Se consideraron HCL con notas de enfermería completas.

2.3.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ✓ No se consideraron HCL que tengan alto rigor de confidencialidad.
- ✓ No se consideraron las HCL del servicio de emergencia del HHU ya que los internos muy escasamente realizan notas de enfermería.

2.4 FUENTES DE INFORMACION

Para obtener información se utilizó el instrumento: **Hoja de Chequeo de Aplicación del Proceso de Atención (Anexo 2)**, este instrumento se utilizó para medir el nivel de aplicación del proceso de atención de enfermería, es diseñado por la Lic. Elide Tipacti Sotomayor, Bach. Nilda Miranda Mendoza, se basa en la metodología científica, individualizada, sistematizada y deliberada del proceso de atención de enfermería, que consta de 5 etapas siendo estas la valoración, diagnóstico, planeamiento, ejecución y la evaluación.

2.4.1. INSTRUMENTO

Se utilizó una Hoja de Chequeo, siendo éste un formato estructurado que cuenta con los siguientes criterios de evaluación:

⇒ **Valoración:** Dentro de esta etapa se considera 4 ítems: datos objetivos, datos subjetivos, evaluación de las 4 esferas del comportamiento humano (físico, psicológico, social y espiritual) y registro de datos obtenidos en formatos establecidos (Patrones funcionales de Gordon, Sistemas corporales y Dominios).

La preg. 1 tuvo el valor de 5 pts. Si en las notas de enfermería redactadas por el interno de enfermería califican como SI el enunciado y 01 pto si califica como NO.

La preg. 2 tuvo el valor de 5 pts. Si en las notas de enfermería redactadas por el interno de enfermería califican como SI el enunciado y 01 pto si califica como NO.

La preg. 3 tuvo el valor de 5 pts. Si en las notas de enfermería redactadas por el interno de enfermería califican como SI el enunciado y 01 pto si califica como NO, este último con el criterio de que no aplique ninguno de las alternativas; además

tomará el valor correspondiente si califica una de las alternativas a, b, c y d.

La preg. 4 tuvo el valor de 5 pts. Si en las notas de enfermería redactadas por el interno de enfermería califican como SI, con el criterio de que registran con cualquiera de los incisos a; b; c; d y 01 pto si califica como NO, con el criterio de que no registra ninguno de los formatos establecidos.

⇒ **Diagnóstico:** En esta etapa se considera 2 ítems, el primero sobre la utilización de etiquetas diagnosticas de la NANDA al establecer los tipos de diagnósticos de enfermería (real, potencial, posibles y de bienestar). El segundo ítems, sobre la redacción de los diagnósticos de enfermería utilizando sus componentes (problema, factores relacionados, características definitorias).

La preg. 5 tuvo el valor de 5 pts. Si en las notas de enfermería redactadas por el interno de enfermería califican como SI, con el criterio de que aplicó cualquiera de las etiquetas de NANDA (a; b; c) y 01 pto si califica como NO, con el criterio de que no registra ninguno de las etiquetas consideradas.

La preg. 6 tuvo el valor de 5 pts. Si en las notas de enfermería redactadas por el interno de enfermería califican como SI, bajo los siguientes criterios:

- Si utilizó el Diag. Real (a) debió redactarlos con los componentes estructurales de a;(problema) b; (factores relacionados) c; (características definitorias).
- Si utilizó el Diag. Potencial (b) debió tener los componentes estructurales a y b.
- Si utilizó el Diag. Bienestar (c) debió tener el componente estructural "a" tendrá el valor de 01 pto si califica como NO, con el criterio de que no cumplió con los criterios anteriores.

⇒ **Planeamiento:** Consta de 4 ítems los cuales son: el planeamiento de la atención de enfermería en formato establecido, establece los diagnósticos de enfermería según prioridad, establece los objetivos y/o resultados esperados (NOC) en base al problema del paciente, establece la intervención de enfermería y/o utiliza la NIC en base a la etiología.

La preg. 7 tuvo el valor de 5 pts. Si en las notas de enfermería redactadas por el interno de enfermería califican como SI el enunciado y 01 pto si calificó como NO.

La preg. 8 tuvo el valor de 5 pts. Si en las notas de enfermería redactadas por el interno de enfermería califican como SI el enunciado y 01 pto si calificó como NO.

La preg. 9 tuvo el valor de 5 pts. Si en las notas de enfermería redactadas por el interno de enfermería califican como SI el enunciado y 01 pto si calificó como NO.

La preg. 10 tuvo el valor de 5 pts. Si en las notas de enfermería redactadas por el interno de enfermería califican como SI el enunciado y 01 pto si calificó como NO.

⇒ **Ejecución:** Consta de 2 ítems: el primero, si registra las intervenciones de enfermería y/o NIC en forma actualizada y la segunda si registra en forma clara y precisa la evolución del estado de paciente en base a las intervenciones de enfermería ejecutadas.

La preg. 11 tuvo el valor de 5 pts. Si en las notas de enfermería redactadas por el interno de enfermería califican como SI el enunciado y 01 pto si calificó como NO.

La preg. 12 tuvo el valor de 5 pts. Si en las notas de enfermería redactadas por el interno de enfermería califican como SI, con el criterio de que aplican cualquiera de las 2 alternativas (a; b) y 01 pto si calificó como NO, con el criterio de que no registra las notas de enfermería de ninguna de las dos formas de las alternativas dadas.

⇒ **Evaluación:** Consta de 2 ítems: el primero la evaluación de la intervención de enfermería basándose en los resultados esperados y el segundo la evaluación de la intervención en base a la evolución del estado de salud del paciente.

La preg. 13 tendrá el valor de 5 pts. Si el sujeto (Interno de enfermería) califica como SI el enunciado y 01 pto si califica como NO.

La preg. 14 tuvo el valor de 5 pts. Si en las notas de enfermería redactadas por el interno de enfermería califican como SI el enunciado y 01 pto si calificó como NO.

Cada uno de estos ítems será observado en las notas de enfermería.

2.4.2. PUNTUACION DEL INSTRUMENTO

Las puntuaciones se dan en forma general y la otra en forma separada; por cada fase; para poder evaluar en que fase del PAE los internos de enfermería tienen más complicaciones.

Este instrumento consta de dos respuestas: SI = 5 puntos y NO = 1 punto.

En cuanto al resultado la puntuación se asignó Niveles de alto, medio y bajo.

Para la medición de la variable se asignó puntajes para cada Nivel; siendo así los siguientes puntajes:

- Alto : 64 – 70 puntos
- Medio : 47 – 64 puntos
- Bajo : 14 – 47 puntos

2.4.3. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Validez: (ver anexo N°04) se realizó en base a criterios de expertos en el tema como fueron tres docentes de la facultad de enfermería de la UNJBG y un estadístico de la DIRESA.

Así mismo se aplicó una prueba piloto a 20 internos de enfermería de otra institución de características similares a la muestra de estudio. Posteriormente se cumplió con las modificaciones pertinentes al instrumento de acuerdo a las sugerencias de los expertos.

Confiabilidad: (ver anexo N°05) La confiabilidad del instrumento para medir el nivel de aplicación del proceso de atención de enfermería, se obtuvo mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach, que fue de 0.8, por lo tanto el instrumento fue aplicable para la presente investigación. También se utilizó la Distancia de puntos múltiples (DPP), Distancia Máxima (Dmax) para establecer el grado de adecuación del instrumento.

2.5 PROCEDIMIENTO

Previa autorización de la Dirección del Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna (Es salud) y el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna (MINSA), se realizó una prueba piloto con 20 Historias Clínicas de éste último que cumple con los objetivos de reajustar la redacción y la comprensión de los ítems del instrumento a utilizar y de ésta manera poder darle la confiabilidad adecuada al instrumento.

Una vez establecida la validez por parte de los Expertos (03 enfermeras, y 01 estadístico) y la confiabilidad, a través de la prueba piloto, se procedió a solicitar la autorización a la dirección ejecutiva del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna (MINSA), en la cual mediante la unidad de apoyo a la docencia e investigación se me brindó la credencial de acreditación para la aplicación del instrumento, y el Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna (Es salud), en la cual mediante la oficina de calidad y capacitación se me brindó la carta de autorización para que se me brinde facilidades para la ejecución del instrumento.

Se realizó la aplicación del instrumento a las notas de enfermería escritas por los internos de enfermería de ambos Hospitales, el cual fue el chequeo de la correcta aplicación del PAE, la aplicación del instrumento fue en forma personal y directa con las Historias Clínicas del mes de Diciembre del año 2009.

2.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos a través del instrumento inicialmente fueron codificados y luego se vaciaron a una base de datos manualmente y posteriormente a un programa de informática; para el análisis descriptivo se utilizó el paquete SPSS para Windows Versión 18.0 con el cual se elaboraron las tablas y gráficos.

En el análisis unidimensional se utilizó estadística descriptiva como la distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas simples.

CAPITULO III

DE LOS RESULTADOS

3.1. RESULTADOS

En este capítulo se presenta cuadros estadísticos descriptivos y los gráficos correspondientes.

CUADRO N° 01

**APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA: FASE DE VALORACIÓN POR LOS
INTERNOS DE ENFERMERÍA EN LOS HOSPITALES DEL MINSA Y ESSALUD, TACNA 2009**

Aplicación del PAE	1era Nota				2da Nota				SUB TOTAL				GRAN TOTAL	
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%		
I. Aplica métodos de valoración:														
1. Obtiene datos objetivos del paciente	148	50,00	0	0,00	148	50,00	0	0,00	296	100,00	0	0,00	296	
2. Obtiene datos subjetivos del paciente	148	50,00	0	0,00	148	50,00	0	0,00	296	100,00	0	0,00	296	
3. Evalúa las cuatro esferas del comportamiento humano:														
a. Físico	137	49,46	11	57,89	140	50,54	8	42,11	277	93,58	19	6,42	296	
b. Psicológico	5	71,43	143	49,48	2	28,57	146	50,52	7	2,36	289	97,64	296	
c. Espiritual	1	50,00	147	50,00	1	50,00	147	50,00	2	0,68	294	99,32	296	
d. Social	0	0,00	148	50,00	0	0,00	148	50,00	0	0,00	296	100,00	296	
e. Todas las anteriores	2	50,00	146	50,00	2	50,00	146	50,00	4	1,35	292	98,65	296	
Físico / psicológico	2	50,00	146	50,00	2	50,00	146	50,00	4	1,35	292	98,65	296	
No aplica	1	100,00	---	---	1	100,00	---	---	1					
4. Registra datos obtenidos en un formato establecido:														
a. Patrones funcionales	4	44,44	144	50,17	5	55,56	143	49,83	9	3,04	287	96,96	296	
b. Sistemas corporales	0	0,00	148	50,00	0	0,00	148	50,00	0	0,00	296	100,00	296	
c. Dominios	3	50,00	145	50,00	3	50,00	145	50,00	6	2,03	290	97,97	296	
No aplica	141	50,18			140	49,82			281					

FUENTE: Hoja de Chequeo de aplicación del proceso de atención de enfermería en HCL

Descripción:

En el presente cuadro se observa que el 100% de los Internos de Enfermería obtienen datos objetivos y subjetivos, esto se puede apreciar tanto en la nota 1 y la nota 2; referente a la evaluación de las cuatro esferas del comportamiento Humano; debo destacar que del total, una minoría (1,35%) aplican todas las esferas y es preocupante haber encontrado que el 98,65% no la consideran; sin embargo al analizar en forma individual las esferas de comportamiento, tenemos que la mayor preferencia por los Internos está en la esfera física, tanto en la 1era (49,46%) como en la 2da nota (50,54%), luego la psicológica es escasamente utilizada (2,36%), mucho menos la espiritual con 0,68% y ninguno en la social. Dirigiéndome al registro de datos obtenidos en un formato establecido, no hay un formato específico de valoración pero los internos registran sus datos en las notas de enfermería, en primer orden se ha evidenciado que en 281 notas de enfermería los internos no han hecho ningún tipo de registro de su valoración. De los patrones funcionales podemos decir que el 3,04% lo aplica, por el contrario la valoración por Dominios no ha sido de preferencia por los internos, ya que la mayoría (97,97%) no la utilizaron y solo el 2,03% lo hizo. Y si describimos los sistemas corporales el 100,00% no la utilizo.

CUADRO N° 02

**APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA: FASE DE DIAGNÓSTICO POR LOS
INTERNOS DE ENFERMERÍA EN LOS HOSPITALES DEL MINSA Y ESSALUD, TACNA 2009**

Aplicación del PAE	1era Nota				2da Nota				SUB TOTAL				GRAN TOTAL
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%	
Diagnóstico													
II. Aplicación en el diagnóstico													
5. Utiliza etiquetas diagnosticas de la NANDA al establecer los tipos de diagnostico de enfermería													
a. Real	75	55,56	73	45,34	60	44,44	88	54,66	135	45,61	161	54,39	296
b. Potencial	48	42,11	100	54,95	66	57,89	82	45,05	114	38,51	182	61,49	296
c. Bienestar	2	33,33	146	50,34	4	66,67	144	49,66	6	2,03	290	97,97	296
No aplica ninguno	23				18				41				
6. Redacta los diagnósticos de enfermería utilizando sus componentes estructurales													
a. Problema/b. Fact. Relacionados /c. Caract. definitorias	73	55,73	75	45,45	58	44,27	90	54,55	131	44,26	165	55,74	296
a. Problema/b. Factores relacionados	45	40,54	103	55,68	66	59,46	82	44,32	111	37,50	185	62,50	296
No aplica	30				24				54				

FUENTE: Hoja de Chequeo de aplicación del proceso de atención de enfermería en HCL

Descripción:

En el presente cuadro se observa que el diagnóstico real de las etiquetas de la NANDA, fué el más utilizado (45,61%) por los internos de enfermería, y el 54,39% aplica otro tipo de diagnóstico; en segundo orden esta la aplicación del diagnóstico potencial con 38,51%. Por el contrario, debemos resaltar que el tipo de diagnóstico bienestar no ha sido utilizado por los internos, en su mayoría (97,97%), solo el 2,03% lo hizo.

En 41 notas no aplican ningún tipo de diagnóstico de la NANDA, de ellos, 23 correspondieron a la 1ra nota y el restante a la 2da.

Al verificar si redactaron los diagnósticos de enfermería utilizando sus componentes estructurales, tenemos que de 135 notas con aplicación del diagnóstico real, la gran mayoría (131) cumplieron correctamente con lo establecido, es decir redactaron el Problema, Factores relacionados y Características Definitorias; algo similar podemos apreciar con la aplicación del diagnóstico potencial, donde 111 de 114 que lo aplicaron, redactaron en forma correcta considerando el problema y los Factores relacionados.

Por otro lado podemos apreciar que de 131 notas redactadas con los tres componentes estructurales, el 55,73% se verificó en la 1ra nota y el 44,27% en la 2da. También apreciamos que de 111 notas consignadas con dos componentes, la mayoría fue redactada en la 2da nota y el restante en la 1ra.

Por último, notamos un número considerable de notas sin ninguna aplicación de los componentes estructurales, este déficit es ligeramente mayor (54) respecto a la falta de aplicación de etiquetas diagnósticas de la NANDA (41).

CUADRO N° 03

**APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA: FASE DE PLANEAMIENTO POR LOS
INTERNOS DE ENFERMERÍA EN LOS HOSPITALES DEL MINSA Y ESSALUD, TACNA 2009**

Aplicación del PAE	1era Nota				2da Nota				SUB TOTAL				GRAN TOTAL	
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%		
Planeamiento														
III. Aplicación en el planeamiento														
7. Plantea la atención de enfermería en formato establecido	142	49,65	6	60,00	144	50,35	4	40,00	286	96,62	10	3,38	296	
8. Establece los diagnósticos de enfermería según prioridad	79	48,47	69	51,88	84	51,53	64	48,12	163	55,07	133	44,93	296	
9. Establece los objetivos y/o resultados esperados (NOC) en base al problema del paciente	80	50,31	68	49,64	79	49,69	69	50,36	159	53,72	137	46,28	296	
10. Establece la intervención de enfermería y/o utiliza la NIC en base a la etiología	93	51,67	55	47,41	87	48,33	61	52,59	180	60,81	116	39,19	296	

FUENTE: Hoja de Chequeo de aplicación del proceso de atención de enfermería en HCL

Descripción:

En el presente cuadro se observa que el Planteamiento de la atención de Enfermería en formatos establecidos el 96,62% si se realiza, aunque el 3,38% no lo hace, cabe resaltar que la nota N° 2 es la predominante (144) con una diferencia de 2 a la nota N° 1 (142).

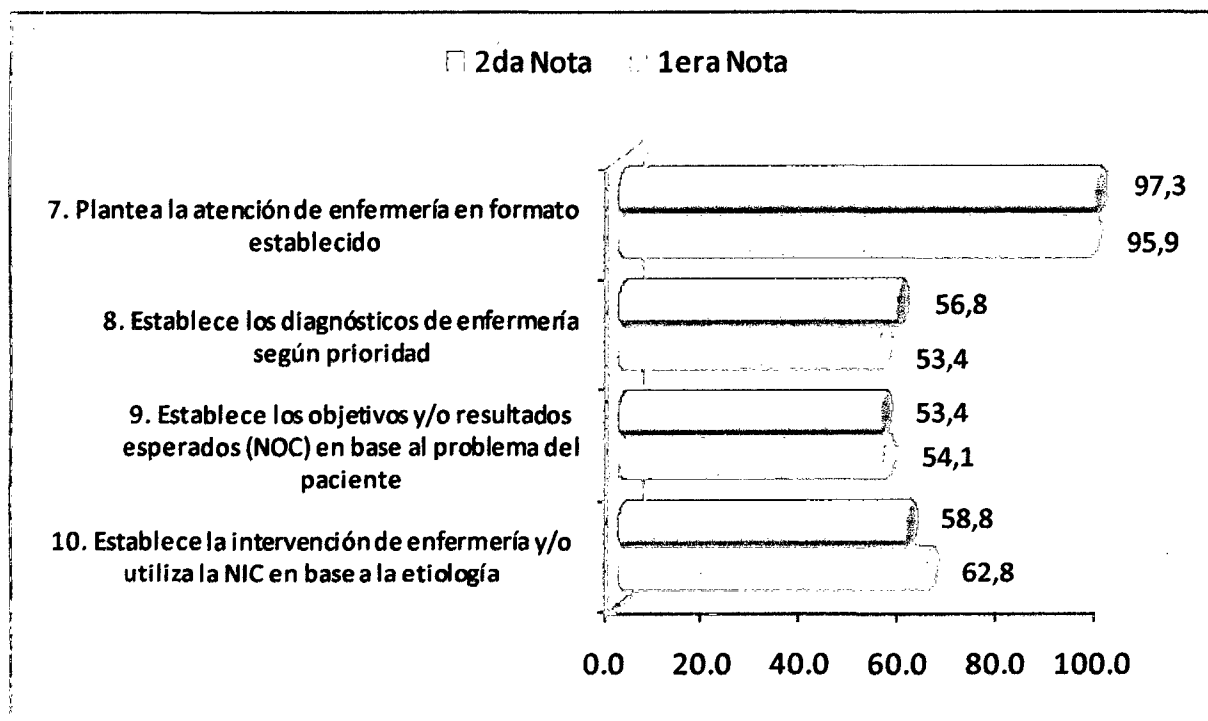
Referente al establecimiento de diagnósticos de enfermería según prioridad el 55,07% lo realiza, pero se destaca que el 44,93% no lo hace; En forma individual se observa que la nota N° 1 la mayor cifra (51,88%) recae en los que no aplican, siguiéndole con un porcentaje similar (48,47%) los que si lo establecen, sin embargo en la nota N° 2 sucede lo contrario, la cifra mayor (51,53%) se encuentra en los que si establecen y el 48,12% no aplican.

En el establecimiento de los objetivos y/o resultados esperados (NOC) en base al problema del paciente en el 53,72% de las notas de enfermería lo establece, por otro lado el 46,28% que no lo aplica, sin embargo detallando en forma unitaria se resalta que de la notas N°1 tanto los que aplican (50,31%) como los que no lo hacen (49,64%) la diferencia es mínima, por el contrario sucede en la nota N°2 el 50,36% evidencia que un número considerable de internos no establecen los objetivos y/o resultados esperados (NOC) y el 49,69% si lo aplica.

Por último el 60,81% establecen las intervenciones de enfermería y/o utilizan la NIC y el 39,19% no lo hace, detallando en la nota N°1 hay una mayor aplicación por el interno con un 51,67%, sin embargo el 47,41% que no lo realiza, en la nota N°2 de 148 notas 87 si aplican y 61 no establecen las intervenciones.

GRÁFICO N° 01

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA: FASE DE PLANEAMIENTO POR LOS INTERNOS DE ENFERMERÍA EN LOS HOSPITALES DEL MINSA Y ESSALUD, TACNA 2009



CUADRO N° 04

**APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA: FASE DE EJECUCIÓN POR LOS INTERNOS
DE ENFERMERÍA EN LOS HOSPITALES DEL MINSA Y ESSALUD, TACNA 2009**

Ejecución	1era Nota				2da Nota				SUB TOTAL				GRAN TOTAL	
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%		
IV. Aplicación en la ejecución														
11. Registra las intervenciones de enfermería y/o NIC en forma actualizada	148	50,00	0	0,00	148	50,00	0	0,00	296	100,00	0	0,00	296	
12. Registra en forma clara y precisa la evolución del estado del paciente en base a las intervenciones de enfermería ejecutadas.														
a. Sopié	41	56,16	107	47,98	32	43,84	116	52,02	73	24,66	223	75,34	296	
b. Notas tradicionales	107	47,98	41	56,16	116	52,02	32	43,84	223	75,34	73	24,66	296	

FUENTE: Hoja de Chequeo de aplicación del proceso de atención de enfermería en HCL

Descripción:

En el presente cuadro se observa que el 100% de las notas de enfermería cumplen con el registro de las intervenciones y/o NIC en forma actualizada, esto se puede apreciar tanto en la nota 1 y la nota 2.

Referente al registro en forma clara y precisa de la evolución del estado del paciente en base a las Intervenciones de enfermería ejecutadas, los Internos de Enfermería han tenido mayor afinidad por las notas tradicionales con un 75,34%, en comparación del 24,66% que registran con el Soapie; esto podemos evidenciarlo en la nota N°2 donde de 148 notas, 116 realizan notas tradicionales y el restante (32) el Soapie; el mismo caso se refleja en la nota N°1 donde 107 notas se registran en forma tradicional y 41 mediante el Soapie.

CUADRO N° 05

**APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA: FASE DE EVALUACIÓN POR LOS
INTERNOS DE ENFERMERÍA EN LOS HOSPITALES DEL MINSA Y ESSALUD, TACNA 2009**

Aplicación del PAE	1era Nota				2da Nota				SUB TOTAL				GRAN TOTAL	
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%		
Evaluación														
V. Aplicación en la evaluación														
13. Evalúa la intervención de enfermería en base a los resultados esperados (NOC)	142	51,45	6	30,00	134	48,55	14	70,00	276	93,24	20	6,76	296	
14. Evalúa la eficacia del plan de cuidados de enfermería	10	38,46	138	51,11	16	61,54	132	48,89	26	8,78	270	91,22	296	

FUENTE: Hoja de Chequeo de aplicación del proceso de atención de enfermería en HCL

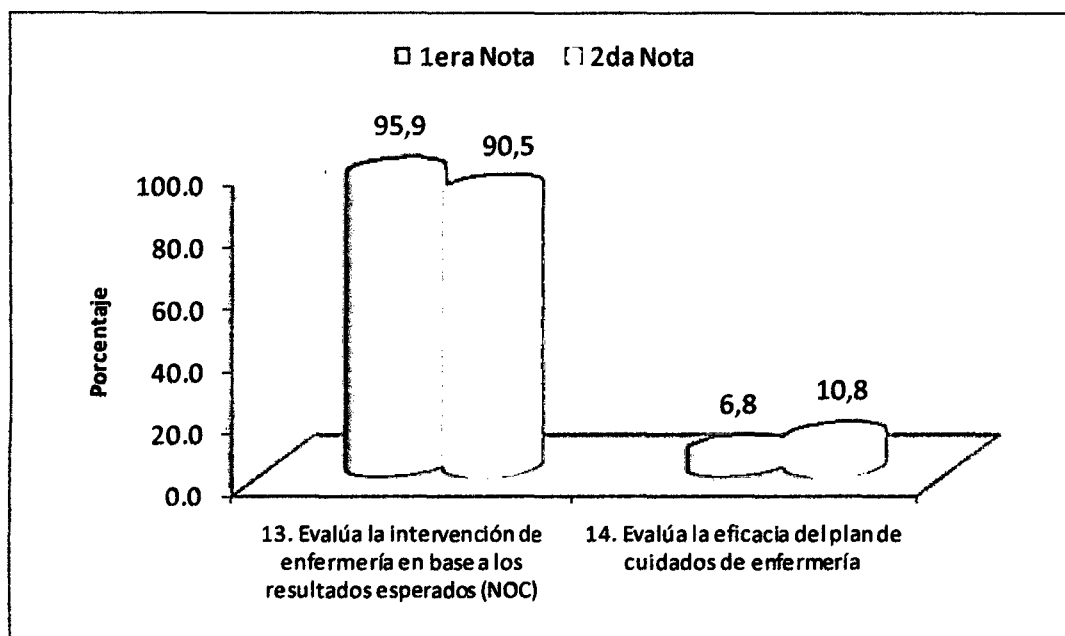
Descripción:

En el presente cuadro se observa que en el 93,24% de notas de enfermería evalúan la Intervención de Enfermería, en comparación con el 6,76%, que es una cifra mínima de Internos que no evalúan, esto se evidencia en la nota N°1 donde el 51,45% si evalúan y el 30% no lo hacen, cabe resaltar que en la nota N° 2 hubo un aumento del 48,55% de los que no evalúan.

En segundo orden está la Evaluación de la Eficacia del plan de cuidados de Enfermería donde el 91,22% de notas de enfermería evidencian que los internos no evalúan y el 8,78% si lo hace, podemos apreciar tanto en la nota N° 1 (51,11%) como en la nota N° 2 (48,89%), que la gran mayoría de notas evidencian que los Internos no evalúan los planes y se aprecia que una mínima cantidad, nota N° 1 (38,46%) y nota N° 2 (61,54%), si lo hacen.

GRÁFICO N° 02

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA: FASE DE EVALUACIÓN POR LOS INTERNOS DE ENFERMERÍA EN LOS HOSPITALES DEL MINSA Y ESSALUD, TACNA 2009



CUADRO N° 06

NIVEL DE APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE

ENFERMERÍA POR LOS INTERNOS DE ENFERMERÍA EN LOS

HOSPITALES DEL MINSA Y ESSALUD,

TACNA 2009

Nivel de aplicación del PAE	N°	PORCENTAJE
ALTO (64-70)	4	2,70
MEDIO (47-64)	117	79,05
BAJO (14-47)	27	18,24
TOTAL	148	100,00

FUENTE: Hoja de Chequeo de aplicación del proceso de atención de enfermería en HCL

Descripción:

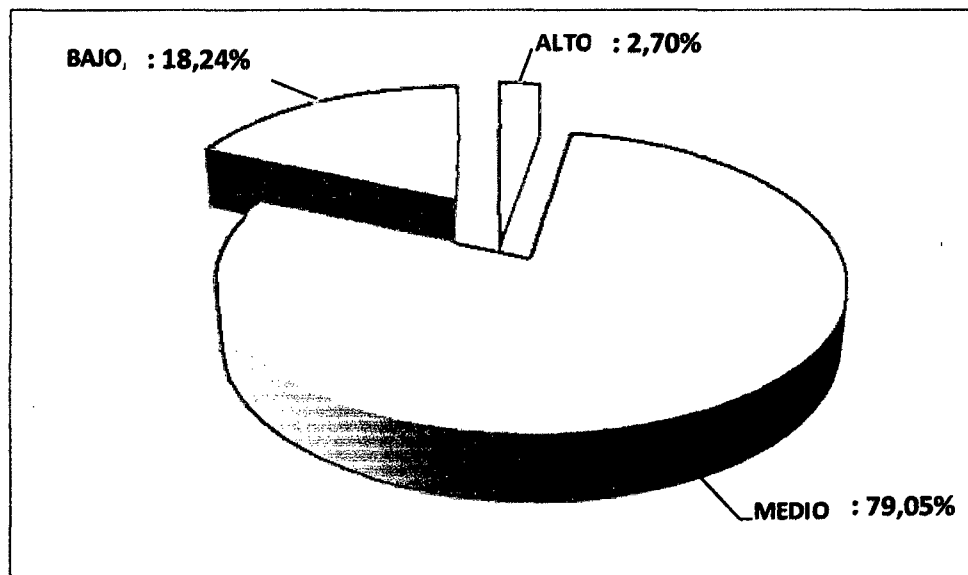
El Cuadro 6, nos da a conocer de forma relevante que el 79,05% de los internos de Enfermería tuvieron un nivel medio de aplicación del proceso de atención de enfermería en los Hospitales Hipólito Unanue – MINSA y Daniel Alcides Carrión – ESSALUD; en segundo orden está el nivel bajo con 18,24% y por último el nivel alto que fue representado solo por el 2,70%.

Entonces podemos concluir, mediante el presente cuadro, que se esta respondiendo a la hipótesis planteada, mediante la prueba del Ji-Cuadrado con un valor **P** aceptable menor de 0,05 Los resultados fueron evaluados con un nivel de confiabilidad del 95%.

La distribución de estas diferencias porcentuales lo apreciamos claramente en el Gráfico N° 3.

GRÁFICO N° 03

**NIVEL DE APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE
ENFERMERIA POR LOS INTERNOS DE ENFERMERIA EN LOS
HOSPITALES DEL MINSA Y ESSALUD,
TACNA 2009**



DISCUSIÓN

Para nuestro análisis tomaremos como referencia lo reportado en la literatura y estudios realizados a nivel nacional e internacional (referidos anteriormente en los antecedentes de estudio).

Con la aplicación del proceso de atención de enfermería, se trata de utilizar, de poner en práctica los conocimientos científicos, inculcados en la etapa de pregrado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados del profesional de enfermería.

Es por ello que los estudiantes y con mucha más razón los Internos de Enfermería, deben de tener una aplicación correcta y concisa del proceso de atención de enfermería.

Si bien es cierto en las últimas décadas los estudios acerca de la Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, se han ido incrementando, es necesario seguir abordando el tema a fin de conocer las debilidades de la correcta aplicación del PAE.

❖ Como podemos apreciar en el cuadro N° 01 referente al nivel de aplicación de la fase de valoración, vemos que los internos de Enfermería se desempeñaron bien en este aspecto, dado que todos

obtienen datos objetivos y subjetivos del paciente, tanto en la nota 1 y la nota 2; esto demuestra que hay un adecuado inicio de atención de enfermería; este resultado es similar al obtenido por Ampuero González quien encontró el mismo porcentaje en el estudio titulado "Relación entre el nivel de conocimiento y aplicación del Proceso de Atención de Enfermería del Policlínico Pablo Bermúdez Es salud Lima. Tacna – Perú. 2006.", también concuerda con el resultado encontrado por Cotrado, Gladys, quien obtuvo el 100%, en su estudio sobre "Influencia entre el nivel de conocimiento del Proceso de Atención de Enfermería y su aplicación en los centros de salud. Tacna – Perú. 2006".

Iyer (1997) manifiesta que la valoración es un proceso organizado y sistemático de recopilación de datos sobre el estado de salud de una persona, familia o comunidad, el cual esta destinado a obtener datos objetivos y subjetivos de la persona con el propósito de evaluar el estado de salud.

En referencia a la valoración según las cuatro esferas del comportamiento Humano; es preocupante haber encontrado que casi todos (98,65%) no valoran las cuatro esferas, lo cual es un problema considerable para el cuidado integral, por que se estaría dando una limitada atención al paciente por parte del interno de enfermería, este

resultado es similar al encontrado por Cotrado Gladys (2006), ya que de las cuatro esferas solo dos son aplicadas, pero difiere con el obtenido por Ampuero Gonzáles (2006), quien encontró que la gran mayoría si aplican las cuatro esferas del comportamiento humano.

Al analizar en forma individual la valoración por las esferas del comportamiento, tenemos que la mitad (50%) de notas redactadas por los Internos, refleja una preferencia de la esfera física, mientras que muy pocos valoran la esfera psicológica (2,36%), espiritual (0,68%) y ninguno la social, este resultado aparentemente es similar al estudio de Ampuero Gonzáles (2006), quien obtuvo 100% en la esfera física pero varia en cuanto a la psicológica, espiritual y social, de igual manera podemos compararlo con Cotrado Gladys (2006), quien obtuvo el 91,5% en la esfera física pero varia en las otras esferas; esto demuestra que el interno de Enfermería solo valora la enfermedad mas no al enfermo, no ve al paciente en forma holística.

De acuerdo a la teoría del holismo, la enfermera debe valorar a la persona teniendo en cuenta las cuatro esferas del comportamiento humano; físico, psicológico, social y espiritual en forma integral y no descuidando ningún aspecto.

Al referirnos sobre el registro de datos obtenidos en un formato establecido, hay que resaltar que en el MINSA en los servicios en los que se ha trabajado, no existe un formato exclusivo del personal de enfermería para la valoración del paciente y en ESSALUD solo en el servicio de medicina, en la UCIN, existe un formato para la valoración por dominios, pero muy escasamente los internos de enfermería ingresan a dicha unidad por ser de mayor cuidado. Se ha evidenciado en las notas de enfermería que una gran minoría registra por patrones funcionales y dominios, y en ninguna nota estuvo considerada el registro por sistemas corporales.

Tipacti (2005) manifiesta que Los Patrones Funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo.

La utilización de los Patrones Funcionales, permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, del paciente (físico, psíquico, social, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta.

Nanda Taxonomía II (2007) refiere que para la elaboración del nivel más general de la taxonomía, se utilizaron los Patrones Funcionales de Salud como base del desarrollo, pasando a denominarse Dominios.

Cortez (2008) nos dice que los Dominios son acciones que la enfermera esta legalmente autorizada a realizar. También puede referirse a los diagnósticos que una enfermera esta autorizada a formular, y una clase es "una subdivisión de un grupo mayor; una división de personas o cosas por su calidad, rango o grado".

- ❖ En el cuadro N° 02 referente al nivel de aplicación de la etapa de Diagnóstico se aprecia que el tipo de diagnóstico real fué el mas utilizado y correctamente aplicado con sus tres componentes estructurales por los internos de enfermería, teniendo en cuenta que ambos hospitales son de nivel III y por los servicios que prestan los diagnósticos de enfermería son predominantemente los reales, lo cual nos demuestra que establecen adecuadas etiquetas diagnósticas en la atención del paciente con conocimiento y confianza. Pero llama la atención que en 41 notas no aplican ningún tipo de diagnóstico de la NANDA de ellos, 23 correspondieron a la 1era nota y 18 de la 2da nota, esto demuestra que los internos no aplican los conocimientos inculcados en el pregrado.

En contraste con Ampuero Gonzáles (2006), los resultados de su investigación guardan concordancia con el presente estudio. Pero hay una gran diferencia con los obtenidos por Cotrado Gladys (2006), que el 100% del personal de enfermería no formula adecuadamente diagnósticos de enfermería, así mismo no utilizan etiquetas diagnósticas de la NANDA al establecer los tipos de diagnóstico y tampoco redactan los diagnósticos de acuerdo a las normas.

Según Potter (2001), manifiesta que la formulación de diagnósticos de enfermería se basa en la identificación de los problemas del paciente. La ANA (1980), refiere que el profesional de enfermería, en virtud de sus leyes para la práctica de la enfermería, será el responsable de diagnosticar y tratar las respuestas humanas a problemas reales y potenciales de salud.

En contraste con Guevara M. (1990) explica que existen razones de porque las enfermeras pueden vacilar en elaborar diagnósticos de enfermería. Ellas tienen miedo al riesgo de emitir un juicio que otras pueden leer, algunos tienen miedo al ridículo o a la crítica; otras más tienen miedo de cometer un error o de no ser perfectos, aunque estas razones no están bien fundamentadas solamente a través de la practica se vuelve mas fácil para la enfermera elaborar

diagnósticos; aunque la mayoría de estos reflejan una probabilidad mas que una certeza, es mejor establecer una fuerte probabilidad que no decir nada; la indecisión puede indicar falta de conocimiento , de autoconfianza o de valor.

B. W. Dugas (1986), refiere que para formular los diagnósticos se requiere practica, así mismo existen normas que ayudan a la redacción. Para establecer en forma correcta el diagnóstico de enfermería hay que evitar hacer juicios de valor propio y tener presente que el ser humano es un ente integral.

- ❖ En el cuadro N°3 en cuanto a la apreciación del Planeamiento de la atención en formatos establecidos, vemos que los internos aplican bien este aspecto, dado que en su gran mayoría lo plantea en las notas de enfermería, este resultado es similar al obtenido por Ampuero Gonzales (2006). Pero varia considerablemente con Cotrado (2006), quien obtuvo que el 100% no lo plantea.

En referencia al establecimiento de diagnósticos según prioridad el 55.07% lo realizaron, esto demuestra que hay interés, una toma de conciencia por parte del interno de poder seguir mejorando este aspecto. De igual manera el resultado obtenido concuerda con el de

Cotrado Gladys (2006), sin embargo este resultado difiere al obtenido por Ampuero Gonzáles (2006), en un 44.93%.

Según Potter (2001), se establecen prioridades de asistencia de forma que el profesional de enfermería pueda dirigir mejor los resultados de asistencia sanitaria cuando un paciente presente varios problemas o alteraciones. Para la planificación en un método por el cual el profesional de enfermería y el paciente clasifican de forma conjunta los diagnósticos por orden de importancia basándose en los deseos, necesidades y seguridad del paciente.

Referente al establecimiento de los objetivos vemos que el 53,72% de las notas de enfermería reflejan que el interno esta aplicando bien sus conocimientos, de igual manera al establecer las intervenciones en base a la etiología, al comparar con el resultado del estudio de Ampuero Gonzáles (2006), vemos que concuerda con los resultados obtenidos en el presente estudio. Pero cabe resaltar que existe una brecha para alcanzar el 100% de una correcta aplicación en la fase de planeamiento por parte del interno de enfermería.

Según Potter (2001), después de valorar, diagnosticar y establecer las prioridades de las necesidades de asistencia sanitaria del paciente, la enfermera formula junto con el paciente, los objetivos y/o

resultados esperados finales para cada diagnóstico. Seguidamente Dugas (1986), refiere que los resultados finales describen la conducta que se espera que logre el paciente.

Por último según las notas de enfermería, los internos establecen las intervenciones de enfermería en un 60,81%, es decir que hay una mayor aplicación, dicho resultado es similar al obtenido por Cotrado (2006), de igual manera con Ampuero (2006).

En contraste con B. W. Dugas (1995) refiere que muchas de las enfermeras han planteado sus cuidados a sus pacientes, sin embargo, la planeación solía ser un proceso mental de parte de la enfermera. Hoy es indispensable visualizar objetivamente la redacción de un plan de cuidados de enfermería.

Redactar un plan de cuidados ayuda a la enfermera a organizar sus actividades y permite que puedan seguirlo todo el personal de enfermería en relación con el paciente y que nada se deje a la fragilidad de la memoria humana. La atención profesional de enfermería se basa en principios, mas que la aplicación de técnicas sistemáticas. Las intervenciones son estrategias específicas diseñadas para ayudar al cliente/paciente a conseguir los resultados esperados.

- ❖ En cuadro N° 04 referente a la fase de Ejecución, se entiende que los internos en su totalidad registran las intervenciones de enfermería, esto se puede apreciar tanto en la nota 1 y la nota 2. En comparación con el resultado obtenido por Ampuero González (2006), es similar, de igual manera que el obtenido por Cotrado Gladys (2006), quien encontró que el 79.7% si cumplen con el registro adecuado y oportuno.

Según Brunner y Suddarth (1998), indica que la fase de ejecución termina cuando ocurre lo propio con sus intervenciones y se registran las respuestas del paciente a estas.

La información debe ser concisa, precisa, objetiva, relacionarse con los diagnósticos de enfermería, describir las intervenciones correspondientes y las respuestas del individuo a estas, y abarcar cualquier dato que resulte pertinente.

Referente al registro de la evolución del paciente, las notas de enfermería evidencian que se realiza mayormente por las notas tradicionales en comparación del registro mediante el SOAPIE, que establece el MINSA; esto podemos evidenciarlo tanto en la nota 1 y 2, dichos resultados nos da a entender que las notas tradicionales son las mas utilizadas en comparación con el SOAPIE.

Lo obtenido por Ampuero Gonzáles (2006), concuerda con los resultados encontrados en el presente estudio, de igual manera lo obtenido por Cotrado Gladys (2006), es similar. Esto nos da a entender que el avance que tenemos en enfermería respecto a esta fase es lento.

Brunner y Suddarth (1998) indica que esta fase abarca el inicio de todas las intervenciones de enfermería dirigidas a la resolución de los diagnósticos correspondientes y a la satisfacción de las necesidades asistenciales, preventivo promocionales y de rehabilitación, que requiere el paciente, familia y comunidad con el apoyo de Enfermería según sea requerido.

- ❖ En el cuadro N° 5 se aprecia según las notas de enfermería que los internos evalúan las intervenciones de enfermería en un 93.24%, es decir que si cumplen con la evaluación del Proceso de Atención de Enfermería en general, pero al referirnos a la eficacia del plan de cuidados los internos han dejado de apreciar si el plan ha sido eficaz, es decir si han obtenido los resultados que se habían planteado. Este resultado resulta ser similar al obtenido por Ampuero Gonzáles (2006) en un 88.23%, sin embargo no concuerda con el obtenido por Cotrado Gladys (2006) en un 100%.

En contraste con Iyer (1997), refiere que dentro de las cinco fases que consta el Proceso de Atención de Enfermería, la fase de evaluación debe evaluar el logro de los resultados esperados comprobándolos con el progreso del paciente.

Según Kozier (2005), refiere que la evaluación que se lleva a cabo durante o inmediatamente después de ejecutar una orden permite al profesional de enfermería modificar sobre la marcha una intervención. La evaluación continúa hasta que el paciente logra los objetivos de salud o se le da el alta de los cuidados de enfermería.

Mediante la evaluación, los profesionales de enfermería demuestran que son responsables y que responden por sus acciones, indican interés en los resultados de sus intervenciones de enfermería, y demuestran un deseo de no perpetuar acciones ineficaces y de adoptar acciones mas efectivas.

- ❖ En el cuadro N°06 apreciamos que el nivel de aplicación del Proceso de Atención de Enfermería es Medio en un 79.05% según la Hoja de Chequeo (anexo 2) aplicada, y solo en un 2.70% es de un nivel alto. En comparación con Cotrado Gladys, quien obtuvo el mismo resultado, Nivel Medio, en su estudio sobre "Influencia entre

el nivel de conocimiento del Proceso de Atención de Enfermería y su aplicación en los centros de salud. Tacna – Perú. 2006”. A diferencia de Ampuero Gonzáles quien encontró un Nivel Alto en el estudio titulado “Relación entre el nivel de conocimiento y aplicación del Proceso de Atención de Enfermería del Policlínico Pablo Bermúdez Es salud Lima. Tacna – Perú. 2006.” Entonces según los resultados en la mayoría de notas de enfermería los internos de Enfermería no aplican el PAE en su totalidad sino de manera fragmentada. Cabe mencionar que la población en ambos estudios son Licenciadas en Enfermería.

De acuerdo a Iyer (1997), la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería requiere de un conjunto de conocimientos dirigidos a brindar un cuidado integral al paciente, familia y comunidad. Su correcta aplicación tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y la enfermera; profesionalmente el proceso de enfermería **define** el campo del ejercicio profesional; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados del profesional de enfermería; y para el profesional de enfermería se produce una satisfacción personal que la incentiva a seguir brindando con calidad su trabajo.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en nuestra investigación podemos concluir que:

1. El nivel de aplicación del proceso de atención de enfermería por los internos de enfermería de la UNJBG de Tacna 2009 es Medio en su mayoría, bajo en su minoría y en escaso porcentaje es Alto.
2. La mayoría de las Notas de Enfermería muestran que los Internos realizan la valoración del paciente con énfasis en la esfera física y una gran minoría registra por patrones funcionales y dominios.
3. En la fase de Diagnóstico del PAE la mayoría aplican los diagnósticos reales, y la minoría no aplican ningún diagnóstico. La mayoría de diagnósticos de enfermería son redactados correctamente utilizando sus componentes estructurales.
4. En la fase de Planeamiento las Notas de Enfermería de los internos han demostrado que plantean las atenciones e intervenciones de enfermería.

5. En la fase de ejecución y evaluación las Notas de Enfermería de los internos evidencian que registran las intervenciones en su mayoría mediante las notas tradicionales y en su minoría con el SOAPIE.

También evalúan la intervención de enfermería pero no la eficacia del plan de cuidados.

RECOMENDACIONES

Los resultados encontrados en el presente estudio nos permiten proponer las siguientes recomendaciones:

1. Los docentes de la facultad de enfermería fortalezcan e incrementen la aplicación del PAE en los internos de enfermería buscando diferentes estrategias en todos los campos de acción y con los avances científicos referentes al PAE.
2. La facultad de enfermería de la UNJBG como ente formador del profesional de enfermería fortalezca la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, en todas las asignaturas de formación profesional.
3. La facultad de enfermería, fortalezca a los internos en la redacción de las notas de enfermería antes de ir al Internado.
4. El estudiante de enfermería antes de iniciar el Internado reciba una capacitación sobre la aplicación del PAE, con la participación de las enfermeras que laboran en los centros hospitalarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- AMPUERO Gonzáles, (2006). Jessica. Relación entre el nivel de conocimiento y aplicación del Proceso de Atención de Enfermería del Policlínico Pablo Bermúdez Es salud Lima. En tesis para optar el grado de Licenciada. Tacna – Perú.
- BULECHEK, Gloria y colaboradores, (2009). Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). 5ta edición. Ed. Elsevier Mosby.
- BRUNNER y colaboradores, (1998). Enfermería Medico Quirúrgico, 8va Edición. Ed. Interamericana- Volumen 1, México.
- CANALES, Alvarado, (1996). Metodología de la Investigación, 1er edición. Ed. Limusa (OMS-OPS). México.
- CERQUEN Saldarriaga, (2005). Cecilia Dolores. Nivel de aplicación del proceso de atención de enfermería por los internos de enfermería de la UNMSM. En Tesis para optar el grado de Licenciada. Lima – Perú.
- COLINA, Javier y colaboradores, (1993). Construir el conocimiento de Enfermería mediante la práctica reflexiva. En Revista Rol de Enfermería N0 232. Diciembre.

- CONTRERAS, Teodosia, (1997). Propuesta Metodológica Problematizadora sobre el aprendizaje del Proceso de Enfermería en el Paciente Médico Quirúrgico E.A.P. de Enfermería. Universidad Peruana Unión. En Tesis para optar el grado de Magíster. Perú.
- CORTEZ, Gloria, y colaboradores, (2008). Guía para aplicar proceso de enfermería (Taxonomía N.N.N., NANDA, N.I.C., N.O.C. y Registro Sistematizado S.O.A.P.I.E.). 4ta. Edición. Ed. Elsevier España.
- COTRADO, Gladys, (2006). Influencia entre el nivel de conocimiento del Proceso de Atención de Enfermería y su aplicación en los centros de salud. En tesis para optar el grado de Licenciada. Tacna – Perú.
- MOSBY, (2002). Diccionario de medicina y ciencias de la salud. 4ta edición. Ed. Elsevier España.
- DUGAS, Benedy, (1986). Tratado de Enfermería. 4ta edición. Ed. McGraw-Hill Interamericana.
- HERNÁNDEZ y colaboradores (1999). Fundamentos de la Enfermería: Teoría y método”. 2da edición. Ed. McGraw-Hill. Interamericana.
- HERNANDEZ, Roberto, (2003). Metodología de la Investigación. 2da edición. Ed. McGraw-Hill. Interamericana.

- IYER, Patricia y colaboradores, (1993). Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. 2da Edición. Edit. McGraw Hill Interamericana.
- JATABE, Margarita, (1987). Actualización de conocimientos de las Enfermeras acerca del Proceso de Atención de Enfermería e importancia que le conceden como metodología de trabajo. En Tesis para optar el grado de Licenciada. Lima – Perú.
- KOZIER, y Colaboradores. Fundamentos de Enfermería. 7ta Edición Revisada. Edit. Mc Graw Hill Interamericana. 2005.
- LIMACHI, Abel, (2000). Percepción que tienen los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la U.N.M.S.M. de la enseñanza del Proceso de Atención de Enfermería según niveles de formación. En Tesis para optar el grado de Licenciado. Lima - Perú.
- MARRINER, Ann, (1999). Modelos y Teorías en la Enfermería, 4ta Edición, Ed. Harcourt Brace, España.
- PHANEAUF, (1993). Cuidados de Enfermería, proceso de atención de Enfermería”. 3era edición. Ed. Mc. Graw-Hill Interamericano, España.
- PLAN Curricular de la Escuela Académico Profesional de Enfermería. Tacna- Perú.

- POLIT, (2000). Investigación científica en ciencias de la salud. 4ta edición. Ed. McGraw- Hill. Interamericano.
- POTTER, Perry, (2001). Fundamentos de Enfermería. 5ta edición. Editorial Mosby.
- SUE MOORHEAD, PhD, RN. y Colaboradores. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). 4ta edición. Ed. Elsevier.
- TAXONOMÍA NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación NANDA. Edición 2005-2006. Ed. Elsevier.
- TIPACTI, Elide, (2005). El proceso de Atención de Enfermería Teoría Y Práctica. Tacna – Perú.

REFERENCIAS VIRTUALES:

- <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo22/capitulo22.htm>.
- <http://med.javeriana.edu.co/pediatria/guias/enf/notas.doc>.
- <http://html.rincondelvago.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria.html>
- <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria9306Validacion.htm>

ANEXOS

ANEXO N° 01
OPERALIZACION DE LASVARIABLES

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE:

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Escala de medición
<p>Aplicación del proceso de atención de enfermería por los internos de enfermería.</p>	<p>Es la capacidad que ha de tener el interno de enfermería que a de basar su práctica en un marco conceptual definido.</p>	<p>Etapas del proceso de atención de enfermería:</p> <p>1. Valoración.</p>	<p>I. VALORACION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datos objetivos: También denominados signos o datos manifiestos, son detectables por un observador o pueden medirse o compararse según un parámetro de referencia aceptado. Se obtienen mediante la 	<p>Nominal</p>

			<p>intervención de enfermería.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnósticos de enfermería: Es un juicio clínico respecto a las respuestas a los problemas de salud de la persona, familia y comunidad. 	Nominal
		3. planeamiento.	<p>III. PLANEAMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de enfermería: Son los cuidados que un profesional de enfermería brinda con conocimiento científico. 	Nominal

			<ul style="list-style-type: none"> • Prioridad: Situación o cosa que es más importante que otra o tiene ventaja sobre ella. • Objetivos: es el fin más inmediato. • Intervención de enfermería; Todo tratamiento basado en el conocimiento y el juicio clínico, que realiza un profesional de la enfermería para obtener resultados sobre el paciente/cliente. 	<p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p>
--	--	--	--	--

		4. ejecución.	<p>IV. EJECUCION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registro actualizado; se refiere a las anotaciones de datos mas recientes de la enfermera. • Evolución del estado de paciente; el cambio o desarrollo del estado de salud del ser humano enfermo o sano. 	<p>Nominal</p> <p>Nominal</p>
--	--	---------------	---	-------------------------------

ANEXO N° 02

INSTRUMENTO

**HOJA DE CHEQUEO DE APLICACIÓN DEL
PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA**

HOJA DE CHEQUEO DE APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

A. Sexo: 1. M () 2. F () B. Hospital: D. Turno: 1. mañana () 2. tarde () 3. noche ()	C. Servicio		Respuestas	
			1era Nota	2da Nota
	SI	NO	SI	NO
I. VALORACIÓN				
1. Obtiene datos objetivos del paciente				
2. Obtiene datos subjetivos del paciente				
3. Evalúa las cuatro esferas del comportamiento humano:				
a. Físico				
b. Psicológico				
c. Espiritual				
d. Social				
e. Todas las anteriores				
4. Registra datos obtenidos en un formato establecido:				
a. Patrones funcionales				
b. Sistemas corporales				
c. Dominios				
II. DIAGNÓSTICO				
5. Utiliza etiquetas diagnósticas de la NANDA al establecer los tipos de diagnóstico de enfermería				
a. Real				
b. Potencial				
c. Bienestar				
6. Redacta los diagnósticos de enfermería utilizando sus componentes estructurales				
a. Problema				
b. Factores relacionados (etiología)				
c. Características definitorias (signos y síntomas)				
III. PLANEAMIENTO				
7. Plantea la atención de enfermería en formato establecido				
8. Establece los diagnósticos de enfermería según prioridad				
9. Establece los objetivos y/o resultados esperados (NOC) en base al problema del paciente				
10. Establece la intervención de enfermería y/o utiliza la NIC en base a la etiología				
IV. EJECUCIÓN				
11. Registra las intervenciones de enfermería y/o NIC en forma actualizada				
12. Registra en forma clara y precisa la evolución del estado del paciente en base a las intervenciones de enfermería ejecutadas.				
a. Soapie				
b. Notas tradicionales				
V. EVALUACIÓN				
13. Evalúa la intervención de enfermería en base a los resultados esperados (NOC)				
14. Evalúa la eficacia del plan de cuidados de enfermería				

ANEXO N° 03

PUNTAJES ASIGNADOS AL INSTRUMENTO

PUNTAJES ASIGNADOS

Los puntajes asignados para el instrumento "Hoja de chequeo de aplicación del proceso de atención de enfermería" son los siguientes:

ESCALA	NIVELES		
	ALTO	MEDIO	BAJO
PAE	64 - 70	47 - 64	14 - 47

ANEXO N° 04

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

VALIDACION DEL INSTRUMENTO

(Mediante el criterio de Expertos)

Instrucciones:

El presente documento, tiene como objetivo recoger las informaciones útiles de personas especializadas en el tema:

“APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA POR LOS INTERNOS DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN DE TACNA DEL 2009”.

Se compone de 10 ítems, los que se acompañan con su respectiva escala de estimación, que significa lo siguiente:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.
2. Representa una absolución escasa de la interrogante.
3. Representa la absolución del ítem en términos intermedios.
4. Representa una estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida a la interrogante planteada.
5. Representa el mayor valor de la escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de una manera totalmente suficiente.

Marque con una X en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opinión que merezca el instrumento de investigación.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
1. ¿considera usted que los ítems del instrumento mide lo que pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿considera usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿considera usted que los ítems contenidos en teste instrumento son muestra representativa del universo de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿considera usted que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a nuestras similares, obtendríamos datos similares?	1	2	3	4	5
5. ¿considera usted que los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de la variable de estudio?	1	2	3	4	5
6. ¿considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7. ¿considera que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿considera usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se le dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿considera usted que las escalas de medición son utilizadas son pendientes a los objetivos de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
10. ¿Que aspectos abría que modificar, que aspectos tendría que implementar o que aspectos tendría que suprimirse?					
GRACIAS					

INSTRUMENTO

**Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería por los Internos de
Enfermería de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna
2009**

Procedimiento:

Primero: se construye una tabla de doble entrada, como la que se muestra, como la que se muestra a continuación; y se colocan los puntajes para cada ítem de acuerdo al criterio establecido por los expertos, además de sus respectivos promedios.

Nº de Ítems	EXPERTOS				PROMEDIO
	A	B	C	D	
1	4	4	4	4	4,00
2	4	4	4	5	4,25
3	4	4	4	5	4,25
4	4	4	4	5	4,25
5	4	4	4	4	4,00
6	4	4	5	5	4,50
7	4	4	5	5	4,50
8	4	4	4	5	4,25
9	3	4	4	5	4,00

Segundo: Con las medidas resumen (promedio) de cada uno de los ítems se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$\text{DPP} = \sqrt{(X - Y_1)^2 + (X - Y_2)^2 + \dots + (X - Y_9)^2}$$

Donde:

X = Valor Máximo en la escala concedido para cada ítem.

Y = El promedio de cada ítem.

En este estudio la DPP hallada fue de = **1,94**

Tercero: Determinar la distancia máxima (Dmáx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero(o).

La Dmáx. Se divide entre el valor máximo de la escala, lo que nos da un valor de: Hallado con la fórmula:

$$\text{Dmax} = \sqrt{(X_1 - 1)^2 + (X_2 - 1)^2 + \dots + (X_9 - 1)^2}$$

$$\text{Dmax} = \mathbf{11.40}$$

Donde:

X = Valor máximo de la escala para cada ítem (5)

Y = Valor mínimo de la escala para cada ítem (1)

Quinto: Con éste último valor hallado se construye una nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a $D_{m\acute{a}x}$. Dividiéndose en intervalos iguales entre si. Llamándose con las letras A, B, C, D, E.

Siendo:

A y B : Adecuación total

C : Adecuación promedio

D : Escasa adecuación

E : Inadecuación

A.

0.00 2.28

B.

2.28 4.56

C.

4.56 6.84

D.

6.84 9.12

E.

9.12 11.40

Sexto: El punto DPP debe caer en las zonas A y B en caso contrario, la encuesta requiere reestructuración y/o modificación, luego de los cuales se somete nuevamente a juicio de expertos.

En el caso nuestro, El valor DPP fue **1,94** cayendo en la zona "**A**" lo cual significa una ***adecuación total*** del instrumento y que puede ser aplicado en la recolección de información de este estudio.

ANEXO N° 05
CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

INSTRUMENTO	Alfa de Cronbach	N de elementos
APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA	0,8	28

Análisis de fiabilidad

[Conjunto_de_datos1]

Escala: TODAS LAS VARIABLES

Resumen del procesamiento de los casos			
		N	%
Casos	Válidos	20	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	20	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,754	,746	28

ANEXO N° 06
CREDENCIAL DE ACREDITACION DEL HOSPITAL
DE APOYO HIPOLITO UNANUE DE TACNA

CREDECENCIAL

**LA DIRECCIÓN EJECUTIVA, LA UNIDAD DE APOYO A LA
DOCENCIA E INVESTIGACION DEL HOSPITAL "HIPOLITO
UNANUE" - TACNA**

ACREDITAN QUE:

NILDA SOFÍA MIRANDA MENDOZA



Bachiller de la Carrera Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, está desarrollando su Proyecto de Tesis titulado "APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA POR LOS INTERNOS DE ENFERMERÍA DE LA UNJBG – TACNA 2009" por lo cual, contando con la opinión favorable del Jefe del Departamento de Consulta Externa y Hospitalización, se autoriza la búsqueda de información en dicha instancia.

Se expide la presente, para los fines que la interesada vea por conveniente. No teniendo Valor Oficial para Acción Judicial Contra el Estado.

Tacna, Junio del 2010



GOBIERNO REGIONAL DE TACNA
DIRECCIÓN REGIONAL SECTORIAL DE SALUD
HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA

Med. Jaime Edgar Miranda Zenavente
CMP. Nro. 20053
Director Ejecutivo

JMB/FSC/DB.

C.c.: Archivos

ANEXO N° 07
CARTA DE ACREDITACION DEL HOSPITAL III
DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE TACNA

RECEIVED
12,30
12,30

CARTA N° 207 -OPyC- GRATA -TACNA - ESSALUD - 2010

Tacna, 01 de Junio de 2010

**DR.
ROSENDO GONZALES CABRERA
Jefe de la Unidad de Admisión Registros Medicos, Referencias y CR
RED ASISTENCIAL TACNA - ESSALUD
Presente.-**

ASUNTO : FACILIDADES PARA EJECUCION DE PROYECTO DE TESIS
REFERENCIA : OFICIO N° 226-2010-FAEN UNJBG

Tengo a bien dirigirme a Usted, para saludarlo cordialmente y a través de la presente solicitarle brinde las facilidades a la Bach. Nilda Sofia Miranda Mendoza, quien viene desarrollando su proyecto de tesis titulado "Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería por los internos de Enfermería de la UNJBG - Tacna 2009", con la finalidad de brindarle el acceso a las historias clínicas según la necesidad y en cumplimiento al convenio suscrito con la referida Universidad.

Sin otro en particular de momento, me despido de Usted no sin antes renovarles los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

Red Asistencial Tacna
Gerencia de Red
Oficina de Planeamiento y Calidad

Dr. YURI VILCA ROJAS
Jefe de Oficina
EsSalud

WBO/smf
cc. Archivo

NIT: 1283-2010-1071

ANEXO N° 08
GLOSARIO DE TERMINOS

GLOSARIO DE TERMINOS

➤ **Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)**

Clasificación estandarizada, comprensiva, de intervenciones que llevan a cabo los enfermeros.

➤ **Diagnóstico enfermero**

Juicio clínico, que el profesional de enfermería realiza, sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad frente a procesos vitales/ problemas de salud reales o potenciales.

Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la elección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable.

➤ **Dominio enfermero**

Acciones que la enfermera está legalmente autorizada a realizar. También puede referirse a los diagnósticos que una enfermera está autorizada a formular.

➤ **Intervención enfermera**

Todo tratamiento basado en el conocimiento y el juicio clínico, que realiza un profesional de la enfermería para obtener resultados sobre el paciente/cliente.

Las intervenciones de enfermería incluyen tanto cuidados directos como indirectos, así como aquellos iniciados por la enfermera, el médico y otros proveedores de tratamiento.

➤ **Paciente**

El paciente es una persona, grupo, familia o comunidad que constituye el centro de la Intervención de Enfermería.

➤ **Procedimiento**

Conjunto de instrucciones escritas donde se indican las etapas aprobadas y recomendadas para realizar un acto o una serie de actos.

➤ **Proceso de Atención de Enfermería**

El proceso enfermero es un método sistematizado de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos (resultados esperados) de forma eficiente. Por tanto, es la aplicación del método científico en el quehacer de enfermería.

➤ **Resultados de enfermería**

Estado, conducta o percepción del individuo, familia o comunidad, que se mide de forma continuada y que se puede atribuir a las intervenciones de enfermería.

Cada resultado tiene asociado un grupo de indicadores utilizado para determinar el estado del paciente en relación con el resultado.

➤ **Taxonomía**

Estudio teórico de la clasificación sistemática incluyendo sus bases, principios, reglas y procedimientos. Ciencia de cómo clasificar e identificar.

➤ **Taxonomía de las intervenciones de Enfermería NIC**

Organización sistemática de las denominaciones de las intervenciones en función de las similitudes de lo que puede considerarse como estructura conceptual. La estructura de taxonomía de la NIC tiene tres niveles: campo, clase e intervenciones.

➤ **Taxonomía de los resultados de Enfermería NOC**

Es una organización sistemática de resultados en grupos o categorías basada en semejanzas, diferencias y relaciones entre los resultados. La estructura de taxonomía de la NOC tiene cinco niveles: dominios, clases, resultados, indicadores y medidas.

➤ **Afijación Proporcional**

Consiste en asignar unidades de investigación en un número que es proporcional al tamaño de cada estrato.

➤ **Población Investigada**

La Población Investigada es el conjunto de entes disponibles al momento de efectuar la investigación, debido a que por alguna razón no se puede acceder a todas las unidades de investigación que conforman la población objetivo, ya sea por negativas a colaborar, ausencias o inaccesibilidad.

➤ **Muestra**

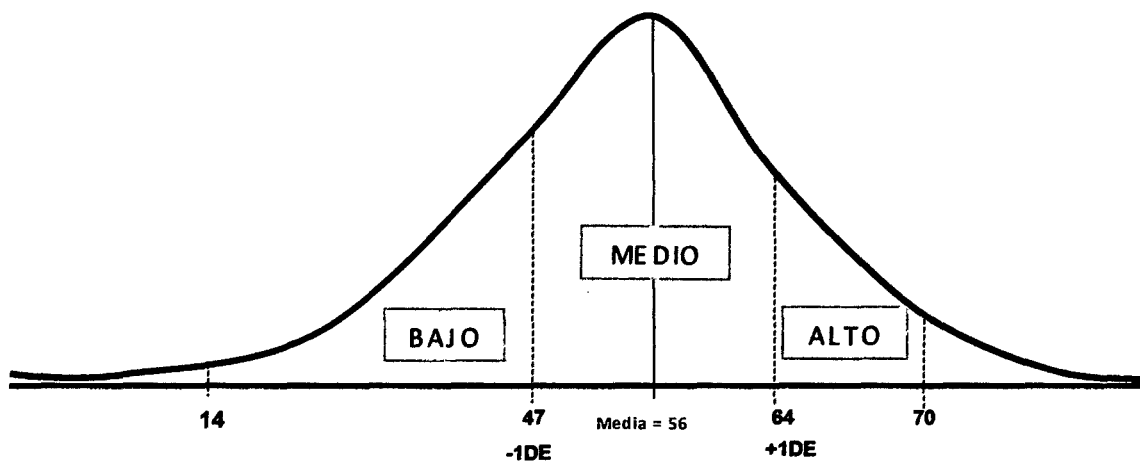
Dado una población objetivo de tamaño N , una muestra, es cualquier subconjunto de tamaño n , integrado por unidades de investigación de la población.

ANEXO N° 09
ESCALA DEL NIVEL DE APLICACIÓN DEL
PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA

ESCALA DEL NIVEL DE APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA

Paso 1: Determinar la media aritmética

Paso 2: Se calcula la Desviación Estándar



Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
PUNTAJE	148	38,25	68,00	55,6132	7,92323
N válido (según lista)	148				

Establecimiento del nivel del proceso de atención del PAE:

Para determinar el nivel medio, se incluye a todas las HCL cuyos puntajes fluctúan entre (la media aritmética – 1 Desv. Est.; hasta la media aritmética + 1 Desv. Est.), es decir de 47 hasta 64

El nivel bajo del PAE incluye todas la HCL con puntajes por debajo de 47.

El nivel alto del PAE incluye todas las HCL con puntajes por encima de 64.

ANEXO N° 10
FORMULA APLICADA PARA LA MUESTRA

FORMULA PARA POBLACIONES FINITAS

$$n = \frac{Z_{\infty}^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{E^2 (N-1) + Z_{\infty}^2 p \cdot q}$$

Se aplica la formula para poblaciones finitas:

$$\begin{aligned} N &= 240 \\ Z &= 1.96 \\ p &= 50\% \\ q &= 50\% \\ E^2 &= 0.05 \end{aligned}$$

Reemplazando:

$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot 240 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,05)^2 \cdot (240-1) + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5} = 148$$

$$n = 148 \text{ HCL}$$

Entonces de acuerdo a la formula aplicada la muestra es de 148

Historias Clínicas.

* Por criterio del investigador se opta por recoger información de 2 notas de enfermería por cada historia clínica, ya que estos difieren entre los hospitales, siendo en promedio 2 notas en el hospital MINSA y 3 en ESSALUD, es por ello que se toma el criterio de considerar 2 notas.