

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería

**CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA CON LA TAXONOMÍA NANDA, NOC, NIC POR EL
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO
DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL**

**HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA, 2017**

TESIS

Presentada por:

Lic. Sonia Guisela Ccusi Alvarez

Para optar el Título de Segunda Especialidad en:

Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres

TACNA – PERÚ

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería

**CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA CON LA TAXONOMÍA NANDA, NOC, NIC POR
EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO
DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA, 2017**

TESIS

Presentada por:

Lic. Sonia Guisela Ccusi Alvarez

Para Optar el Título de Segunda Especialidad en:

Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres

Aprobado por UNANIMIDAD, ante el siguiente jurado.



Dra. Ingrid Maria Manrique Tejada
PRESIDENTA



Dra. Silvia C. Quispe Prieto



Dra. Elizabeth B. Huerta Tovar



Lic. Esp. Elide E. Tipacti Sotomayor
ASESORA

DEDICATORIA

A Dios, por darme la vida y sabiduría necesaria para culminar mis estudios de segunda especialidad en enfermería.

El presente trabajo de investigación está dedicado a mi madre Victoria, a mi familia Alain, Lucero y en especial a mi compañero Gerson por su apoyo incondicional y por brindarme los medios necesarios para culminar esta carrera profesional.

Sonia

AGRADECIMIENTOS

A la Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería- FACS de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, al personal docente por sus enseñanzas brindadas a lo largo de mi formación profesional.

Al Hospital Hipólito Unanue, por las facilidades brindadas en la realización del presente trabajo de investigación

A la Lic. E. Elide Tipacti Sotomayor por su asesoría y orientación a lo largo de la realización del presente trabajo de investigación.

Sonia

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	
1.1. Fundamentos y Formulación del Problema	4
1.2. Formulación del Problema	11
1.3. Objetivos	11
1.3.1. Objetivo general	11
1.3.2. Objetivos específicos:	11
1.4. Justificación	12
1.5. Hipótesis:	16
1.6. Operacionalización de Variables	16
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la Investigación	25
2.2. Bases Teóricas Científicas	31
2.3. Definición conceptual de términos	128
CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Tipo y Diseño de la Investigación	130
3.2. Población	130

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	132
3.4. Procedimiento de recolección de datos	137
3.5. Procesamiento de datos	138
3.6. Consideraciones éticas	139
CAPITULO IV: DE LOS RESULTADOS	
4.1. Resultados	140
4.2. Discusión	165
CONCLUSIONES	177
RECOMENDACIONES	178
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	179
ANEXOS	190

INDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 1 Características sociodemográficas del profesional de enfermería del servicio de emergencia del HHUT Tacna, 2017	141
Tabla N° 2 Conocimiento del PAE con la taxonomía NANDA, NOC y NIC, por el profesional de enfermería del servicio de emergencia del HHUT, Tacna, 2017	143
Tabla N° 3 Aplicación del PAE con la taxonomía NANDA, NOC y NIC, por el profesional de enfermería del servicio de emergencia del HHUT Tacna, 2017	145
Tabla N° 4 Aplicación de la Valoración con la taxonomía NANDA, NOC y NIC, por el profesional de enfermería del servicio de emergencia del HHUT, 2017	147
Tabla N° 5 Aplicación del Diagnóstico con la taxonomía NANDA, NOC y NIC, por el profesional de enfermería del servicio de emergencia del HHUT, 2017	150
Tabla N° 6 Aplicación de la Planificación con la taxonomía NANDA, NOC y NIC, por el profesional de enfermería del servicio de emergencia del HHUT Tacna, 2017	153
Tabla N° 7 Aplicación de la Ejecución con la taxonomía NANDA, NOC y NIC, por el profesional de enfermería del servicio de emergencia del HHUT, 2017	156
Tabla N° 8 Aplicación de la Evaluación con la taxonomía NANDA, NOC y NIC, por el profesional de enfermería del servicio de emergencia del HHUT, 2017	159
Tabla N° 9 Aplicación de las dimensiones con la taxonomía NANDA, NOC y NIC, por el profesional de enfermería del servicio de emergencia del HHUT Tacna, 2017	161
Tabla N° 10 Conocimiento y aplicación del PAE con la taxonomía NANDA, NOC y NIC por el profesional de enfermería del servicio de emergencia del HHUT, 2017	163

Tabla N° 11 Correlación entre el Conocimiento y aplicación del PAE con la taxonomía NANDA, NOC y NIC por el profesional de enfermería del servicio de emergencia del HHUT, 2017. 164

INDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico N° 1 Algoritmo de Valoración	115
Gráfico N° 2 Algoritmo de Diagnóstico Enfermero Simplificado	118
Gráfico N° 3 Algoritmo NOC	120
Gráfico N° 4 Algoritmo NIC	122
Gráfico N° 5 Algoritmo de Evaluación	125
Gráfico N° 6 Conocimiento del PAE con la taxonomía NANDA, NOC y NIC, por el profesional de enfermería del servicio de emergencia del HHUT, 2017	144
Gráfico N° 7 Aplicación del PAE con la taxonomía NANDA, NOC y NIC por el profesional de enfermería del servicio de emergencia del HHUT, Tacna, 2017	146
Gráfico N° 8 Aplicación de la Valoración con la taxonomía NANDA, NOC y NIC, por el profesional de enfermería del servicio de emergencia del HHUT, Tacna, 2017	149
Gráfico N° 9 Aplicación del Diagnóstico con la taxonomía NANDA, NOC y NIC, por el profesional de enfermería del servicio de emergencia del HHUT, Tacna, 2017	152
Gráfico N°10 Aplicación de la Planificación con la taxonomía NANDA, NOC y NIC, por el profesional de enfermería del servicio de emergencia del HHUT, Tacna, 2017	155
Gráfico N°11 Aplicación de la Ejecución con la taxonomía NANDA, NOC y NIC, por el profesional de enfermería del servicio de emergencia del HHUT, Tacna, 2017	158
Gráfico N°12 Aplicación de la Evaluación con la taxonomía NANDA, NOC y NIC, por el profesional de enfermería del servicio de emergencia del HHUT, Tacna, 2017	160

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre el Conocimiento y aplicación del Proceso de Atención de enfermería con la taxonomía NANDA, NOC y NIC, por el profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue Tacna, 2017 El estudio es de tipo descriptivo correlacional, de diseño no experimental de corte transversal. Se trabajó con la población muestral, constituida por 25 profesionales de enfermería. Los instrumentos aplicados fueron: el cuestionario y la lista de cotejo modificado por la presente autora, según los libros de la NANDA, NOC y NIC. Obteniéndose como resultados: El Conocimiento sobre el Proceso de Atención de enfermería con la taxonomía NANDA, NOC y NIC es medio en el 56% de los profesionales del servicio de emergencia y el 76% no aplica el PAE con la taxonomía NANDA, NOC Y NIC en forma correcta. Conclusión: Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y la aplicación del Proceso de Atención de enfermería con la taxonomía NANDA, NOC y NIC ($p= 0,038$)

Palabras clave: Conocimiento, aplicación, Proceso de atención de enfermería, Taxonomía, Asociación Norteamericana de diagnósticos de enfermería (NANDA), Clasificación de resultados enfermeros (NOC), clasificación de intervenciones de enfermería (NIC).

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the relationship between the Knowledge and application of the Nursing Care Process with the NANDA, NOC and NIC taxonomy, by the nursing professional of the Hipólito Unanue Tacna Hospital emergency service, 2017. The study is of correlational descriptive type, of non-experimental cross-sectional design. We worked with the sample population, constituted by 25 nursing professionals. The instruments applied were: the questionnaire and the checklist modified by the present author, according to the books of the NANDA, NOC and NIC. Obtaining as results: Knowledge about the Process of Nursing Care with the NANDA, NOC and NIC taxonomy is average in 56% of the professionals of the emergency service and 76% does not apply the PAE with the NANDA, NOC and NIC taxonomy in the correct way Conclusion: There is a statistically significant relationship between the level of knowledge and the application of the Nursing Care Process with the NANDA, NOC and NIC taxonomy ($p = 0.038$)

Key words: Knowledge, application, Nursing care process, Taxonomy, North American Association of nursing diagnoses (NANDA), Classification of nursing outcomes (NOC), classification of nursing interventions (NIC).

INTRODUCCIÓN

El Proceso de atención de enfermería con las taxonomías NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NOC (Clasificación de resultados) y NIC (Clasificación de intervenciones de enfermería) se utilizan de forma conjunta. En el año 2003 se publica la primera edición de Diagnósticos enfermeros, Resultados e Intervenciones: Interrelaciones NANDA, NOC y NIC, como forma de estructura organizativa que proporciona relaciones entre estas taxonomías y ayudan, como guías, a facilitar su uso (1).

El Proceso de Atención de enfermería, constituye el método científico de trabajo que distingue a la disciplina de enfermería. Su aplicación se hace cada día más indispensable en los ámbitos de la enseñanza y de la práctica clínica en lo cotidiano de los servicios. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1977 declaró al proceso enfermero como el sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de las personas, familias y comunidad (2).

Durante la formación profesional en el pregrado se adquieren conocimiento sobre el Proceso de atención de enfermería con la taxonomía: NANDA, NOC y NIC; para que posteriormente sea aplicado durante el ejercicio profesional.

El presente trabajo de investigación plantea la siguiente hipótesis: Existe relación entre el conocimiento y aplicación del proceso de atención de enfermería con la taxonomía NANDA, NOC, NIC por el profesional de enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017. La comprobación de esta hipótesis demostrará estadísticamente la relación entre el conocimiento y la aplicación durante la práctica, y los resultados del presente estudio proporcionará una información actualizada y científica para la aplicación de este Proceso a través de un diseño de un software con NANDA, NOC Y NIC por la presente autora; mejorando el aprendizaje y posteriormente aplicarlo en la práctica, considerándolo como aporte o valor científico.

Todos los profesionales de enfermería, deben aplicar el Proceso de atención de enfermería en sus cinco fases; durante el ejercicio profesional.

El rol del profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, es brindar cuidados de enfermería, según la prioridad de atención; todos los cuidados de enfermería se registran en la hoja de Proceso de Atención de Enfermería , se registran aquellas actividades e intervenciones realizadas en cada paciente desde su ingreso, motivo de consulta, valoración del nivel de conciencia y examen físico; valoración de los exámenes de laboratorio y de diagnóstico, registrando las

funciones vitales etc; plasmado en la hoja de proceso de atención de enfermería, y completando el registro con el SOAPIE; en las notas de enfermería.

Para Alfaro-Lefevre, la forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación (3).

El presente trabajo investigación titulado “Conocimiento y aplicación del Proceso de atención de enfermería con la taxonomía NANDA, NOC y NIC por el profesional de enfermería del servicio de emergencia del hospital Hipólito Unanue Tacna, 2017”, se encuentra organizado en 4 capítulos: capítulo I Planteamiento del estudio, capítulo II Marco teórico, capítulo III Metodología de la investigación, capítulo IV Resultados; para culminar con las conclusiones, recomendaciones seguidas de referencias y anexos.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1. Fundamentos y Formulación del Problema

La enfermería es una profesión dedicada al cuidado de la salud del ser humano, con un enfoque holístico que abarca a la persona en sus distintas etapas de vida; con el propósito de mantener el bienestar físico, psicosocial y espiritual de las personas, familia y comunidad (4).

Una de las acciones implicadas en el cuidado seguro es de no eliminar etapas en los procedimientos de cuidado. Y otra de ellas es la de desarrollar el conocimiento a través de la investigación.

El cuidado de los pacientes representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a los seres humanos vivos y sanos. El cuidado es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades para la persona (individuo, familia, grupo y comunidad), que, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud (5).

En los años 1950- 1960, enfermeras de los Estados Unidos de América y Canadá comenzaron a desarrollar el conocimiento que da cuenta que el accionar profesional forma parte de un proceso (6). En forma casi

paralela aparece en la literatura el término diagnóstico de enfermería que utilizaron Bonney y Rothberg (7) para identificar las necesidades de servicios de enfermería. Desde entonces, el uso de este método y la elaboración de planes de cuidados se han relacionado con la necesidad de desarrollar y emplear vocabularios enfermeros normalizados, que contribuyan a facilitar la expresión y el registro de las observaciones, razonamientos y actuaciones de las enfermeras asistenciales (8).

Este lenguaje enfermero se inició en 1989 por un mandato del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) en el Congreso Internacional de enfermeros, celebrado en Seúl (Corea), es perfeccionando y actualizando cada dos años. Actualmente la última versión de la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) está compuesto por 235 diagnósticos aprobados hasta el 2017. Se suma a este lenguaje los criterios de resultado NOC y las intervenciones NIC, así como su interrelación (9).

En la actualidad, según reporta en los trabajos encontrados en lo publicado por Huitzi- Egilegor JX et al. (6)., la metodología del proceso enfermero es utilizada en centros sanitarios de todo el mundo. Estos mismos autores refieren que en España la utilización del proceso de enfermería comienza a extenderse en la década de 1990 y que hoy en día su uso es amplio. Sin embargo, hay pocos estudios que aporten

datos numéricos concretos sobre su aplicación. Entre los estudios que sí lo hacen cabe destacar uno realizado en España en el año 2009, en el que se analiza la implantación del proceso enfermero en los centros de salud de Atención Primaria de España (10).

El proceso de Atención de Enfermería (PAE) es la aplicación del método científico y su aplicación ofrece una valoración, diagnóstico, planificación (NOC), Ejecución (NIC) y evaluación (11,12)

La calidad del servicio engloba el aspecto técnico: como son los aspectos científicos y tecnológicos del servicio, centrado en las necesidades y satisfacción del cliente.

El PAE según la NANDA, NOC Y NIC. La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) define los diagnósticos de enfermería como: "... juicio clínico sobre un problema de salud actual o potencial, de forma individual, familiar o comunitaria, que facilitan la elección de intervenciones y objetivos de enfermería, que la enfermera está capacitada para realizar" (13). Junto a estos se incluyen las intervenciones Nursing Interventions Classification (NIC) y resultados Nursing Outcomes Classification (NOC) (14) de enfermería.

En el ámbito laboral, el PAE se desglosa en los diferentes registros de enfermería, constituyendo una fuente de información relevante.

En la VIII Conferencia de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) de 1988 se presenta a la Organización Mundial de la Salud (OMS) una versión específica de una taxonomía diagnóstica enfermera con el fin de ser incluida en la revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) como un sistema idóneo para clasificar la práctica enfermera. A partir de las recomendaciones de la propia OMS se elaboran diversos documentos relacionados con la integración de los diagnósticos e intervenciones de enfermería en la práctica profesional. De esta forma se incorporan distintos diagnósticos de enfermería aplicados en el ámbito de la especialidad de Enfermería del Trabajo, permitiendo un desarrollo de la profesión basado en la evidencia (15).

En nuestro país actualmente obedece a una exigencia de orden legal establecidas en la “Ley del trabajo de La Enfermera Peruana”, Ley 27669, donde refiere brindar cuidado integral de enfermería, basado en el Proceso de Atención de Enfermería (16). Asimismo, el Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera(o) define implementar el método científico a través del proceso de Atención de Enfermería (PAE) que garantiza la calidad del cuidado profesional (17), donde el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) incluya la valoración, el diagnóstico, el planeamiento, la ejecución y la evaluación. (18,16).

El conocimiento del Proceso de Atención de enfermería, es la metodología científica que el profesional de enfermería del servicio de emergencia a adquirido en el pregrado y en las capacitaciones realizadas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, sin embargo solo se observa que desarrolla la valoración y el diagnóstico y las intervenciones para mejorar la salud del paciente, lo que se deduce que el profesional de enfermería tenga desconocimiento es sus cinco fases, aunándose a ello el formato de la hoja de enfermería solo contiene Valoración y Diagnóstico, y por ello también, el profesional de enfermería no se preocupa en desarrollarlo en sus cinco fases y que tienen poca familiaridad con las taxonomías.

Gutiérrez, O. Refiere que los factores determinantes en la no aplicación del Proceso de atención de enfermería es: la falta de tiempo durante el turno, el dedicarse a la administración de medicamentos y llevar más de cuatro años en el ejercicio profesional, y el no saber cómo realizarlo (19).

Rossano, M. Refiere que los profesionales de enfermería no aplican el Proceso de atención de enfermería al proporcionar cuidados, por desconocimiento o si lo conocían en la práctica no lo aplican, no lo registran y también no lo relacionan con un modelo teórico (20).

El conocimiento con NANDA, NOC y NIC, es un método sistematizado de identificación y resolución de problemas de salud, dirigido a cubrir necesidades del paciente, familia y comunidad. El dominio de este conocimiento ayudará a mejorar el lenguaje entre los enfermeros en forma escrita y logrará mejorar los Planes de cuidado según la identificación correcta de una buena valoración y diagnóstico, para posteriormente identificar el NOC correcto para el diagnóstico y luego establecer intervenciones de enfermería que van a ayudar a solucionar los problemas o mejorar la salud del paciente y la evaluación a través de una medición del NOC con respecto a sus indicadores; lo que permitirá si estos cuidados termina o van a continuar.

La aplicación del PAE, tiene repercusión sobre la persona, la profesión y sobre el enfermero; sobre la persona o paciente con respecto a su salud o necesidad, con la profesión por que proporcionará información actualizada y científica a los profesionales de enfermería y sobre el enfermero ayudará a proporcionar cuidados planteados científicamente respetando el proceso y mejorando las intervenciones de enfermería.

La aplicación del PAE con las taxonomías NANDA, NOC y NIC por el profesional de enfermería del servicio de emergencia, se observa que en la fase de valoración es aplicada a todo paciente que acude a emergencia por una atención, luego obtiene el diagnóstico enfermero,

el cual son registrados en la hoja del Proceso de enfermería, pero sus resultados esperados no se evidencian, ni tampoco sus intervenciones ni la evaluación. Pero se observa que realiza intervenciones y actividades para mejorar la salud del paciente, y que son registradas como notas de enfermería convencionales, observándose que no aplican todas las fases del proceso enfermero.

El servicio de emergencia del hospital Hipólito Unanue, otorga prestaciones de salud las 24 horas del día a pacientes que demandan atención inmediata. De acuerdo a su nivel de complejidad pueden resolver diferentes categorías de daños. Los daños se clasifican como prioridad I, prioridad II, prioridad III y prioridad IV.

Se ha observado durante mi desempeño profesional que la aplicación del proceso de atención de enfermería con las taxonomías NANDA, NOC, NIC, en el servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, son parcialmente aplicadas en sus cinco fases; como se evidencia en los formatos de la hoja del Proceso de enfermería; debido quizás al poco conocimiento sobre ello, y se ha restringido el desarrollo en sus cinco fases, evidenciado a través de los formatos del PAE, que utiliza el personal de enfermería del servicio de emergencia.

Dadas las consideraciones expuestas se propone la siguiente interrogante:

1.2. Formulación del Problema

¿Qué relación existe entre el conocimiento y aplicación del proceso de atención de enfermería con la taxonomía NANDA, NOC, NIC por el profesional de enfermería del servicio de emergencia del hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general:

- Determinar la relación entre el conocimiento y aplicación del proceso de atención de enfermería con la taxonomía NANDA, NOC, NIC por el profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017

1.3.2. Objetivos específicos:

- Establecer las características sociodemográficas del profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.
- Valorar el conocimiento del PAE con la taxonomía NANDA, NOC, NIC por el profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.

- Verificar la aplicación del PAE con taxonomía NANDA, NOC, NIC por el profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017
- Verificar la aplicación de las dimensiones del PAE, con la taxonomía NANDA, NOC y NIC, por el profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017
- Establecer la relación entre el conocimiento y la aplicación del PAE con taxonomía NANDA, NOC, NIC por el profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.

1.4 Justificación

En la actualidad el Proceso de Atención de Enfermería con la taxonomía NANDA, NOC y NIC, así como todos los registros de enfermería constituyen un documento legal.

El conocimiento del PAE con NANDA, NOC y NIC, es muy importante para la profesión de enfermería, su ejercicio permite utilizar el método científico y dar científicidad a la disciplina de enfermería, ya que mediante el desarrollo de este proceso facilitará la planificación de cuidados, utilizando además un lenguaje estandarizado que permite evidenciar el rol de la enfermera.

Según el Consejo Internacional de Enfermeras: “La investigación de enfermería, cualitativa y cuantitativa, es de importancia crítica para una atención de salud de calidad y eficiente en costos” (21)

Así la fase de valoración proporciona la mejor oportunidad a las enfermeras para establecer una relación terapéutica eficaz con el paciente (22). Sin una valoración enfermera apropiada no puede haber un diagnóstico enfermero. Los diagnósticos enfermeros se usan para identificar los resultados apropiados de cuidados y planificar intervenciones específicas de enfermería de manera secuencial. La manera más eficaz de especificar los resultados es mediante el uso de la clasificación de resultados de enfermería (NOC). La clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC) se usa para documentar el trabajo de la práctica de enfermería, determinando el impacto que los cuidados de enfermería tienen sobre los resultados del paciente.

La utilización de un lenguaje normalizado con NANDA, NOC Y NIC, permite una comunicación sobre la naturaleza de los tratamientos para lograr resultados deseados en los pacientes, además incluye el empleo de la práctica basada en la evidencia a través de la investigación. Permite evaluar la consecución de los resultados que se van a medir y la calidad de los cuidados de enfermería.

Es importante la aplicación de este lenguaje normalizado, aunque parezca una manera sencilla de proceder, la estandarización de los diagnósticos enfermeros sin una valoración puede conducir, y a menudo conduce a diagnósticos imprecisos, resultados inapropiados e intervenciones ineficaces o innecesarias, ya que se basan en diagnósticos que no son relevantes para el paciente, y pueden llevarle a ignorar completamente los diagnósticos enfermeros más importantes para él (23).

La integración de terminologías normalizadas no sólo respalda la práctica de enfermería cotidiana, sino también la capacidad para mejorar la comunicación interprofesional y genera datos estandarizados para evaluar y mejorar continuamente la práctica (24).

Para el desarrollo del proceso de enfermería, es necesario tener el conocimiento de esta metodología para relacionar la valoración con el diagnóstico y así mismo determinar los resultados con NOC e intervenciones con NIC.

Según Haynes, R et al; refieren que una práctica basada en los conocimientos validados por la investigación contribuirá al reforzamiento del potencial deseado (25).

La ley del trabajo de La Enfermera Peruana”, Ley 27669, en cuyo capítulo II. De la responsabilidad y funciones de la enfermera. Artículo 7º, establece a la enfermera el ejercicio de las siguientes funciones:

- Brindar cuidado integral de enfermería, basado en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) que incluya la valoración, el diagnóstico, la planificación, la ejecución y la evaluación del mismo, el cual será registrado con el SOAPIE obligatoriamente en la historia clínica del paciente o en la ficha familiar (16).

Con los resultados del presente estudio se pretende proporcionar información válida y actualizada a la Institución y profesionales de enfermería con el fin de mejorar la comunicación de enfermería con la taxonomía NANDA, NOC y NIC, que permitirá brindar cuidados de enfermería de calidad.

El principal objetivo de la investigación de enfermería es mejorar los resultados de los cuidados por el profesional de enfermería, haciendo avanzar los conocimientos y la práctica de la enfermería, registrando las etapas del PAE en sus cinco fases o dimensiones según NANDA, NOC y NIC, que empieza con valoración, diagnóstico, resultados esperados, clasificación de intervenciones y evaluación de los resultados esperados.

Los registros de los cuidados de la enfermería guiarán el desempeño laboral y se utilizará como base para otros estudios de investigación. Además de estandarizar el lenguaje enfermero con la taxonomía NANDA, NOC Y NIC a todos los profesionales de enfermería del servicio de emergencia, se ampliará la capacitación a otros servicios donde labora el profesional de enfermería.

1.4. Hipótesis:

- Hi: Existe relación significativa entre el conocimiento y aplicación del proceso de atención de enfermería con la taxonomía NANDA, NOC, NIC por el profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017
- Ho: No Existe relación significativa entre el conocimiento y aplicación del proceso de atención de enfermería con la taxonomía NANDA, NOC, NIC por el profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017

1.5. Operacionalización de Variables:

- Variable independiente: Conocimiento del PAE con taxonomía NANDA, NOC y NIC
- Variable dependiente: Aplicación del PAE con taxonomía NANDA, NOC y NIC.

Operacionalización de la variable Se considera cuatro aspectos básicos:

- La definición operacional
- Las dimensiones
- Los indicadores
- La escala de medición

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
<p>Conocimiento del proceso de atención de enfermería con taxonomía NANDA, NOC, y NIC por el profesional de enfermería.</p>	<p>Es el grado de información sobre el Proceso de atención de enfermería con taxonomía NANDA; NOC y NIC, que implica desde la valoración y termina en la evaluación. (9)</p>	<p>VALORACIÓN</p> <p>DIAGNÓSTICO SEGÚN LA TAXONOMÍA NANDA</p>	<p>a) Recogida de datos b) Tipos de datos c) Agrupación de datos</p> <p>1. Vincular los datos relevantes con los dominios y clases de la NANDA:</p> <p>DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clase 1: toma de conciencia de la salud • Clase 2: gestión de la salud <p>DOMINIO 2: NUTRICIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clase 1: ingestión • Clase 2: digestión • Clase 3: absorción • Clase 4: metabolismo • Clase 5: hidratación <p>DOMINIO 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clase 1: función urinaria • Clase 2: función gastrointestinal • Clase 3: función tegumentaria • Clase 4: función respiratoria <p>DOMINIO 4: ACTIVIDAD / REPOSO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clase 1: sueño y descanso • Clase 2: actividad y ejercicio • Clase 3: balance energético • Clase 4: respuesta cardiovascular / pulmonar • Clase 5: autocuidados 	<p>Conocimiento alto: 16 - 20 Conocimiento medio: 8-15 Conocimiento bajo: 1-7</p>

			<p>DOMINIO 5: PERCEPCIÓN / COGNICIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clase 1: atención • Clase 2: orientación • Clase 3: sensación / percepción • Clase 4: cognición • Clase 5: comunicación <p>DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clase 1: autoconcepto • Clase 2: autoestima • Clase 3: imagen corporal <p>DOMINIO 7: ROL / RELACIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clase 1: rol de cuidador • Clase 2: relación familiar • Clase 3: interpretación del rol <p>DOMINIO 8: SEXUALIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clase 1: identidad sexual • Clase 2: función sexual • Clase 3: reproducción <p>DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clase 1: respuesta postraumática • Clase 2: afrontamiento • Clase 3: estrés neuroconductual <p>DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clase 1: valores • Clase 2: creencias 	
--	--	--	--	--

		<p>TAXONOMÍA NOC</p>	<p>DOMINIO 11: SEGURIDAD / PROTECCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clase 1: infección • Clase 2: lesión física • Clase 3: violencia • Clase 4: riesgos medioambientales • Clase 5: termorregulación <p>DOMINIO 12: CONFORT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clase 1: confort físico • Clase 2: confort medioambiental • Clase 3: confort social <p>DOMINIO 13: CRECIMIENTO / DESARROLLO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clase 1: crecimiento • Clase 2: desarrollo <p>2. Seleccionar el tipo de diagnóstico según la NANDA:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Dx relacionado con el problema/ procesos vitales b) Dx de riesgo c) Dx. De promoción de la salud d) Diagnóstico de Síndrome <p>NOC: Clasificación de resultados esperados según dominios y clases:</p> <p>DOMINIO 1: SALUD FUNCIONAL</p> <ul style="list-style-type: none"> Clase1: Mantenimiento de la energía Clase 2: Crecimiento y desarrollo Clase 3: Movilidad 	
--	--	---------------------------------	--	--

			<p>Clase 4: Autocuidado</p> <p>DOMINIO 2: SALUD FISIOLÓGICA</p> <p>Clase1: cardiopulmonar Clase 2: Eliminación Clase 3: Líquidos y electrolitos Clase 4: Respuesta inmune Clase 5: Regulación metabólica Clase 6: Neurocognitiva Clase 7: Digestión y nutrición Clase 8: Respuesta terapéutica Clase 9: Integridad tisular Clase 10: Función sensitiva</p> <p>DOMINIO 3: SALUD PSICOSOCIAL</p> <p>Clase 1: Bienestar psicológico Clase 2. Adaptación psicosocial Clase 3: Autocontrol Clase 4: Interacción social</p> <p>DOMINIO 4: CONOCIMIENTO Y CONDUCTA EN SALUD</p> <p>Clase1: Conducta de salud Clase2: Creencias sobre la salud Clase 3: Conocimientos sobre la salud Clase 4: Gestión de salud Clase 5: Control de riesgos y seguridad</p> <p>DOMINIO 5: SALUD PERCIBIDA</p> <p>Clase 1: Salud y calidad Clase2: Satisfacción de los cuidados Clase 3: Sintomatología</p>	
--	--	--	---	--

		<p>TAXONOMÍA NIC</p>	<p>DOMINIO 6: SALUD FAMILIAR Clase1: Desempeño del cuidador familiar Clase 2: Estado de salud de los miembros de la familia Clase 3: Bienestar familiar Clase 4: Ser padre</p> <p>DOMINIO 7: SALUD COMUNITARIA Clase 1: Protección de la salud comunitaria Clase2: Bienestar comunitario</p> <p>DOMINIOS NIC</p> <p>CAMPO 1: FISIOLÓGICO BÁSICO Clase A: Control de actividad y ejercicio Clase B: Control de eliminación Clase C: Control de inmovilidad Clase D: Apoyo nutricional Clase E: Fomento de la comodidad física Clase F: Facilitación del autocuidado</p> <p>CAMPO 2: FISIOLÓGICO COMPLEJO G: Control de electrolitos y ácido básico H: Control de fármacos I: Control neurológico J: Cuidados perioperatorios K: Control respiratorio L: Control de la piel / heridas M: Termorregulación N: Control de la perfusión tisular</p> <p>CAMPO 3. CONDUCTUAL</p>	
--	--	---------------------------------	---	--

			<p>O: Terapia conductual P: Terapia cognitiva Q: Potenciación de la comunicación R: Ayuda para el afrontamiento S Educación de los padres T: Fomento de la comodidad psicológica</p> <p>CAMPO 4: SEGURIDAD U: Control en casos de crisis V: control de riesgos</p> <p>CAMPO 5: FAMILIA W: Cuidados de un nuevo bebe Z: Cuidados de crianza de un nuevo bebe. X: Cuidados durante la vida</p> <p>CAMPO 6. SISTEMA SANITARIO Y: Medición del sistema sanitario a. Gestión del sistema sanitario b. Control de la información</p> <p>CAMPO 7: COMUNIDAD c. Fomento de la salud de la comunidad d. Control de riesgos de la comunidad</p>	
		EJECUCIÓN	Realización de las intervenciones seleccionadas de en la etapa anterior. (si es en emergencia según Prioridad de atención)	
		EVALUACIÓN	Evaluación del NOC, a través de indicadores.	

		<p>NIC</p> <p>EJECUCIÓN</p> <p>EVALUACIÓN</p>	<p>síntomas</p> <p>6. Establece medición de resultado.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Localiza el diagnóstico 2. Elige 1 0 más intervenciones adecuadas para resolver cada diagnóstico, o factor relacionado o al control de signos y síntomas. 3. Identifica el Campo 4. Identifica Clase 5. Selecciona actividades de enfermería necesarias que resuelvan el diagnóstico 6. Complementa las actividades según las guías de atención establecidas en el servicio. <p>Realización de las intervenciones seleccionadas en la fase anterior e ir valorando las respuestas del paciente a las mismas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Revalora los indicadores del NOC después de la intervención 2. Evalúa el estado del paciente con el indicador establecido 3. Valora con escala Lickert los indicadores tomando en cuenta el estado de salud del paciente antes y después de la intervención. 	
--	--	--	--	--

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

Los antecedentes están referidos a los diferentes estudios que se han llevado a cabo sobre el nivel de conocimiento y aplicación del PAE.

Antecedentes internacionales:

Duque, P (26) realiza un estudio sobre los Factores relacionados con la aplicabilidad del Proceso Atención de Enfermería en una institución de salud de alta complejidad en la ciudad de Medellín, Colombia el año 2014. Donde concluye que el PAE es de vital importancia para todos los profesionales de enfermería de la institución, sin embargo, la sobrecarga laboral y las múltiples tareas asignadas al profesional opacan el quehacer disciplinar, aunque existe el deseo de brindar un cuidado con calidad.

Aguilar, L; López, M y col. (27) realizaron un estudio titulado "Nivel de conocimientos acerca del proceso enfermero y la percepción de autoeficacia para su aplicación en México en el año 2008". Concluye entre otras cosas: "El nivel de conocimientos exhibido es "suficiente" en

enfermeras del área de hospitalización con 44.6% y las de 8 áreas críticas con 33.8%, obteniendo una media de 6.7 en una escala del 1 al 10. Con respecto al nivel de autoeficacia para aplicar el proceso enfermero 50% de enfermeras del área de hospitalización están "completamente seguras de poder hacerlo", mientras que 15 55.1% de las enfermeras en áreas críticas están sólo "seguras de poder hacerlo"

Gutiérrez, O. (28) realiza un estudio sobre "Factores que determinan la aplicación del proceso de Enfermería en Instituciones Hospitalarias de Villavicencio Colombia 2008. Conclusiones: los resultados evidenciaron que la falta de tiempo durante el turno, dedicarse a la administración de medicamentos y llevar más de 4 años en el ejercicio profesional; son factores determinantes para la no aplicación del PAE, y saber cómo realizarlo (OR: ,029 IC 95% ,002; ,388, p: ,004) es un factor determinante para su aplicación. Solo tres enfermeros de cada 10 aplican el PAE para brindar cuidado a los pacientes.

Rojas, J; Pastor, P. (29) realizaron un estudio sobre los factores relacionados con la aplicación del proceso de atención de enfermería y las taxonomías en 12 unidades de cuidado intensivo de Medellín en Colombia 2007. Concluye que las existencias de registros estructurados según el PAE y la aplicación de la metodología en el

cuidado de los pacientes muestra que el 75% de los profesionales no aplican el PAE, mientras que un 25% de los encuestados manifiesta que aplica el PAE.

Pérez, M; Sánchez, S; Franco, M; Ibarra, A (30) realizan un estudio sobre la aplicación del Proceso de enfermería en la práctica hospitalaria y comunitaria en Instituciones del distrito Federal” Orozco Magdalena en México en el año 2006. Las conclusiones fueron: Un tercio de las enfermeras afirmó que la principal barrera para aplicar el Proceso de Enfermería es la sobrecarga de trabajo, otro tanto considera que es la falta de recursos humanos y materiales, y admite que el principal problema es la falta de conocimiento sobre el tema.

Morejón L. (31), realiza un estudio de investigación sobre el Protocolo de atención de enfermería en fracturas de miembros inferiores utilizando la taxonomía NANDA-NIC-NOC en el área de emergencias del HSFQ-IESS, en el período de junio 2012 al 2013 en Ecuador. El objetivo fue; desarrollar habilidades en la implementación desarrollo y evaluación de un diseño de enfermería con enfoque de Autocuidado, en la utilización de las taxonomías NANDA, NIC NOC. Conclusiones: los instrumentos se consideraron recursos que facilitan la enseñanza del PE en los estudiantes de enfermería que están incorporándose a las prácticas clínicas.

Antecedentes Nacionales

Peña, D. (32) realiza un estudio de investigación sobre el Conocimiento y aplicación del Proceso de Enfermería en los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2017. Donde las Conclusiones son: El conocimiento se relaciona con la aplicación del Proceso de Enfermería en los profesionales de Enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2017.

García, R; Aguilar, Z (33) realizan un estudio de investigación sobre el Nivel de conocimiento del profesional de enfermería en el proceso de cuidado de enfermería en los servicios del Hospital Regional II-2 Tumbes 2017. Donde concluyen que el conocimiento de los profesionales de enfermería predomina el nivel medio con tendencia a declinar.

Poma, R; Villanueva, A (34) realizan un estudio de investigación sobre la Aplicación del proceso de atención de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica 2015. Cuyas conclusiones son: el nivel de aplicación del proceso de atención de enfermería en el servicio de cirugía del HDH, es malo, de acuerdo al resultado de la T de student.

Tintaya, Y. (35) realiza un estudio de investigación sobre el Conocimiento y aplicación del proceso de atención de enfermería en las estudiantes de enfermería - Universidad Nacional del Altiplano, Puno- 2015. El objetivo fue determinar el conocimiento y aplicación del Proceso de Atención. Los resultados fueron: respecto al conocimiento, el 48.75% poseen conocimiento regular; en la etapa de valoración el 80% tienen buen conocimiento, en el diagnóstico y planificación alcanzan un conocimiento regular en el 50% y 62.5% respectivamente; respecto a la Aplicación lo hacen de manera regular en un 56.25%; en la etapa de valoración el 73.75% aplican regularmente, en la etapa de diagnóstico el 65% identifican y redactan los diagnósticos de enfermería y en la etapa de planificación el 67.5% elaboran buen plan de cuidados. En conclusión, las estudiantes poseen un conocimiento y aplicación de nivel regular y más favorable en la aplicación.

Benites, A; Díaz, L (36) realizaron un estudio de investigación sobre el Nivel de conocimiento del proceso de enfermería y su relación con algunos factores personales y laborales de la (el) profesional de enfermería del hospital "La Caleta" Chimbote-2013 en Perú. Las conclusiones son: El nivel de conocimiento del proceso de enfermería es bueno en un 55% y regular en un 45%. Los factores personales del profesional de enfermería: edad, estado civil, tenencia de hijos, grado académico y capacitación en los últimos años, tienen relación

estadística significativa con el nivel de conocimiento del proceso de enfermería. Los factores laborales del profesional de enfermería: cargo en el servicio, tiempo de experiencia laboral, condición laboral, recibe estímulos institucionales y la labor profesional extra-institucional tienen relación estadística significativa con el nivel de conocimiento del proceso de enfermería.

Cungiarache; M (37) sobre el conocimiento del PAE de los internos de enfermería y aplicación en la atención de los neonatos de la UCIN. HNDAC-Callao 2013. objetivo: Determinar la relación que existía entre el conocimiento del PAE de los internos de enfermería y la aplicación en la atención de los neonatos de la UCIN. Asimismo, concluye que existe una relación significativa entre la variable proceso de atención de enfermería y aplicación en la atención de los neonatos a un nivel de significancia de $\alpha=0.05$ y $p=0,000$.

Córdova, K; Palacios, S; Puluche, K (38) realizan un estudio de investigación sobre el Conocimiento y aplicación del proceso de atención de enfermería por el profesional de enfermería del Hospital Iquitos César Garayar García. Iquitos 2012 en Perú. Tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre el conocimiento y la aplicación del PAE. Los resultados fueron: De las (os) 70 (100%) enfermeras (os) en estudio el 28.6% (20) resultaron con conocimiento

alto del PAE y el 71.4% (50) obtuvieron conocimiento bajo. En la aplicación del PAE el 37.1% (26) aplica y el 62.9% (44) no aplica el Proceso de Atención de Enfermería. Asimismo, existe relación significativa entre el conocimiento y aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, con un p valor = 0.012 ($p < 0.05$).

Antecedentes Locales

Miranda, N (39) realiza un estudio de investigación "Aplicación del proceso de atención de enfermería por los internos de enfermería de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna 2009" 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.

2.2. Bases Teóricas Científicas

2.2.1 Conocimiento

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori).

García, A. define conocimiento como: "En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados

que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo” (40).

Se puede definir que el conocimiento es la capacidad que tenemos de actuar, procesar e interpretar información que adquirimos y luego generar con este mismo conocimiento la solución a un problema que se presenta.

Otra definición sobre conocimiento que propone Pérez, J. es cuando el conocimiento puede ser transmitido de un sujeto a otro mediante una comunicación formal, se habla de conocimiento explícito. En cambio, si el conocimiento es difícil de comunicar y se relaciona a experiencias personales o modelos mentales, se trata de conocimiento implícito (41).

Los científicos e investigadores definen de dos maneras el conocimiento: como una representación mental de la realidad y como la información que se puede transmitir un ente a otro por vías no genéticas (42).

Clases de conocimiento:

A. Conocimiento Científico: Es el pensamiento dinámico que utiliza métodos científicos de investigación, y de experimentación, que lo ayudan a aproximarse a dar solución a un problema. Este conocimiento utiliza la información abstracta con el fin de determinar y explicar por qué suceden las cosas. El conocimiento

que se obtenga debe fundamentarse con realidad y en la investigación.

B. Conocimiento Artístico: Se utiliza para comunicar emociones, pensamientos, sentimientos, ayuda a descubrir la belleza y sencillez de las cosas. No se puede comunicar o transmitir, ya que este es propio del individuo y solo puede ser desarrollado por él.

C. Conocimiento Revelado: Este conocimiento tiene dos formas: el conocimiento revelado por Dios, y el conocimiento revelado por nuestra conciencia. Este viene dado por una representación de fe, en el que cualquier individuo que desea conocer algo, lo conoce de forma oculta o misteriosa. Es más aplicado y relacionado a la teología o identidades religiosas (43).

D. Conocimiento Empírico: Es el que se da por casualidad de la vida, permitiendo a los seres humanos conducirse en su vida y las diferentes actividades que desarrollan, les permite salir de la rutina. El conocimiento se puede generar de varias maneras y aplicar de distintas formas. A partir de esta clasificación se han generado otros tipos de conocimiento como: el demostrativo, intuitivo, sensible, dinámico, inteligible, y otros. Sea cual sea el conocimiento, el fin es el mismo, y es desarrollar las capacidades de los seres humanos para aportar a la sociedad (44).

El conocimiento y la enfermería

Por lo que el conocimiento debe ser eje de interés en la formación de las enfermeras, aunado al desarrollo de habilidades y destrezas con lo que se forma la capacidad de los profesionales en esta área. En la experiencia, las enfermeras que atienden al ser humano con problemas de salud, frecuentemente se preguntan si actuaron e hicieron todo lo posible ante las situaciones que presenta el enfermo, y si en su actuar aplicaron sus conocimientos para el bien del enfermo, estas interrogantes las mantendrán interesadas en la búsqueda de información y conocimientos nuevos por medio de sistemas clásicos y de vanguardia (45) .

Estos conocimientos fundamentan su saber y les permiten enfrentar los diversos problemas clínicos, además de facilitar la implementación de los procesos de enfermería. En el siglo pasado los conocimientos tenían un proceso lento, pero a partir del descubrimiento de las causas de las enfermedades, ayudaron y marcaron que la atención de enfermería tiene como base el conocimiento científico y en el desarrollo de teorías y modelos que han intentado explicar un conocimiento más profundo del cuidado enfermero. La profesionalización de enfermería está basada y enfocada en los aspectos culturales, científicos y humanísticos y es lo que hace su cambio diario, continuo y

trascendente en la atención, que apoya el proceso de cuidar, por lo que la actualización con diversas herramientas, más la investigación y la experiencia obtenidas, son una fuente inagotable de conocimientos para la enseñanza en las áreas donde realiza sus actividades diarias incrementando la seguridad en sus acciones.

Con los conocimientos también se mide el impacto de las acciones en la atención tomando nuevas direcciones y decisiones, las cuales evalúa de acuerdo con las necesidades del enfermo y la evolución para asegurar una óptima atención de calidad. La disciplina de ampliar los conocimientos da fortalezas que afianzan el poder continuar perfeccionando la práctica diaria y optimizando los cuidados con resultados satisfactorios. Hoy en día también la enfermería se ha especializado en el avance de sus métodos y la precisión de su actuación en los cuidados, sus conocimientos deben estar al día y el intercambiar experiencias contribuye al conocimiento (45).

Newman, M y Meleis, A; coinciden que durante las primeras décadas del siglo pasado el conocimiento de enfermería se basó en el del médico, aun teniendo educación universitaria autónoma. Gracias a la formación de docentes de enfermería se empezó a estudiar temas diversos que comenzaron a plantear interrogantes respecto de la implicancia y alcances de la enfermería, naciendo de este modo la investigación en el área, todo esto aproximadamente en los años

treinta, cuarenta y cincuenta. La investigación fue esencial para el desarrollo del conocimiento de enfermería y aún lo es, continuándose con la creación de teorías, pero paralelo a ello también lo hizo la necesidad de manejo y entendimiento de estas, para lograr utilizarlas y aplicarlas en la práctica (46), (47).

MCewen y Wills afirman que la teoría es útil, ya que estructura y organiza los conocimientos, es un medio distintivo de otras disciplinas, tiene un sistema de proposiciones y conceptos interrelacionados utilizados para predecir, explicar, comprender y controlar una parte del mundo empírico y pueden ser verbalizados. Promueve la lógica. La práctica sistemática, la atención coordinada y menos fragmentada y valida la intuición. Varían según número de elementos, características, complejidad y tipo de relaciones entre elementos. Maira Levine (citada en MC Ewen y Wills) plantea que la incorporación de las teorías agrega nuevos conceptos, definiciones y declaraciones que aumentan la confusión (48) Pudiendo ser éste el motivo del rechazo hasta dentro de la misma área o considerarse su desarrollo difícil, confuso e inútil.

Burns y Grove, refieren que:

Para validar el mundo empírico de enfermería se requiere el desarrollo teórico, que, junto con el desarrollo de la ciencia de enfermería, generarán el conocimiento disciplinar necesario para garantizar la autonomía de la práctica clínica. Disciplina es el

saber producido por las enfermeras y enfermeros en forma sistemática, que construye el cuerpo de conocimientos propio de enfermería, que está organizado sistemáticamente y lógicamente en teorías (49).

Según Fawcett, J (50) refiere que el proceso generador de conocimiento es el pensamiento abstracto, el cual es clave en enfermería dada la complejidad de la naturaleza de los conceptos metaparadigmáticos. Al ser abstractos facilitan el nacimiento de nuevas teorías al respecto y además permite la investigación pudiéndose comprobar en la práctica. El conocimiento de todos estos factores es indispensable, nos ayudan a comprender, organizar y analizar los datos del paciente y a tomar decisiones de las intervenciones de enfermería. favorece la planificación del cuidado. La ciencia de la enfermería, por sí misma, presenta un elevado nivel de complejidad, ya que se consideran las diferentes respuestas del individuo a través del abordaje holístico y, contempla todas las circunstancias y la interacción constante con el paciente (51).

Al referirnos a un abordaje holístico, hablamos de poder visualizar al individuo en su aspecto biológico, psicológico y social. Enfermería es una profesión de ayuda, tiene un cuerpo de conocimientos abstractos que abordan los conceptos metaparadigmáticos que constituyen el núcleo de acción enfermero, adquirido por medio de la investigación y

que le da estatus a la profesión. El Proceso de enfermería, tiene definitivamente un carácter holístico, por ende, la disciplina de enfermería es científica, profesional y con un carácter holístico.

Porter y Ryan, relatan que una investigación mostró que la razón detrás de una evaluación rápida no es la falta de conocimiento de teoría en realidad es la falta de tiempo y personal experimentado (52).

Fawcett J. y Raile M. indican que: “El cuerpo teórico disciplinar es aplicables en la práctica y demostrable empíricamente” (53).

La práctica de enfermería incluye la integración del conocimiento de enfermería a partir de conceptualizaciones generales de los modelos de enfermería, estos modelos de enfermería reflejan las tendencias filosóficas que inundan el saber que a partir de ellas se deriva una visión conceptual y práctica de las actividades, actúan como guía para un correcto desarrollo de la práctica, educación, investigación y ética, a su vez funciona como base para el desarrollo del conocimiento clínico y científico orientado a la práctica del profesional de enfermería, ambos conocimientos son interdependientes debido a que no pueden existir por separado, cada uno de ellos sirve de sustento al otro favoreciendo el desarrollo de la práctica profesional y que al mismo tiempo mejoran ampliamente los resultados en la práctica (54).

2.2.2 Conocimiento del Proceso de Atención de enfermería con la Taxonomía NANDA, NOC y NIC

Son los saberes enfermeros (as) adquiridos sobre el proceso de atención de enfermería con la Taxonomía NANDA, NOC y NIC; método científico, donde se desarrolla la teoría en forma organizada, sistemáticamente y lógicamente, facilita a los profesionales de enfermería la planificación de los cuidados, al utilizar un lenguaje estandarizado, así como un marco de análisis y reflexión en la toma de decisiones.

Proceso de Atención de enfermería

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es la metodología científica del quehacer profesional, es un proceso intelectual y deliberado, estructurado de acuerdo a una serie de etapas, ordenadas lógicamente, que se utilizan para planificar cuidados personalizados, dirigidos a procurar el mayor bienestar de la persona atendida (55).

El desarrollo del PAE se inicia desde mitad del siglo XX y ha tenido cambios a lo largo del tiempo. En la actualidad, si bien aún se está construyendo el camino, se va consolidando como una metodología sistemática, racional y estructurada con cinco fases interrelacionadas – valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación- que dan cuenta de la aplicación del método científico para abordar las

situaciones y problemas propios del cuidado de enfermería en personas sanas o enfermas (56).

El PAE, es el método científico, conjunto de pasos fijados de antemano por una disciplina con el fin de alcanzar conocimientos válidos mediante instrumentos confiables.

Disciplina, es una ciencia específica cuya formación es académica. Las disciplinas están definidas y reconocidas por las publicaciones académicas en donde se exponen los resultados de procesos de investigación.

El método científico utiliza instrumentos confiables que miden datos veraces. La enfermera utiliza instrumentos confiables para obtener datos veraces. Los instrumentos son medios que evidencian el dato relevante o característica definitoria o dato subjetivo, datos objetivo del paciente.

Hoy en día se ha desarrollado, un lenguaje enfermero, estandarizado y codificado. Estos lenguajes normalizados han permitido hacer visible el cuidado invisible, visible el juicio clínico enfermero y el rol propio de la enfermería.

La utilización de las taxonomías: NANDA Internacional (NANDA I), Clasificación de resultados esperados (NOC) y clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) es otra modalidad que facilita a los

profesionales de enfermería la planificación de los cuidados, al utilizar un lenguaje estandarizado, así como un marco de análisis y reflexión en la toma de decisiones. Es preciso contar con un sistema informático en red dentro de la institución de salud o bien tener un manejo apropiado de la literatura proveniente de la Asociación de Diagnóstico de Enfermería de América del Norte. (9)

La NANDA proporciona una clasificación diagnóstica, a través de la cual se unifica internacionalmente el lenguaje de enfermería sin importar las barreras idiomáticas o culturales. La taxonomía de NANDA comprende dominios y clases.

Fase de Valoración

La valoración implica la recogida de información subjetiva y objetiva (p. ej., signos vitales, entrevista con el paciente/familia, examen físico) y revisión de la información en la historia del paciente. Las enfermeras recogen, asimismo, información sobre las fortalezas (para identificar oportunidades de promoción de la salud) y riesgos (áreas que las enfermeras pueden prevenir o problemas potenciales que pueden posponer). La valoración puede basarse en una teoría de enfermería en concreto, como la desarrollada por la Hermana Callista Roy, Wanda Horta o Dorothea Orem, o en un marco teórico para la valoración como los patrones funcionales de Marjory Gordon. Estos marcos proporcionan una forma de clasificar grandes cantidades de datos en

un número manejable de patrones relacionados de categorías de datos
(9)

Los datos subjetivos provienen de los informes verbales del paciente sobre sus percepciones o pensamientos acerca de su salud, vida diaria, bienestar, relaciones, etc. Por ejemplo, un paciente puede informar «he tenido dolor de espalda grave durante una semana», o «no tengo a nadie en mi vida con quien pueda compartir mis sentimientos». (9)

Algunas veces, sin embargo, el paciente es incapaz de proporcionar datos subjetivos, y por tanto debemos confiar en otras fuentes, como los miembros de la familia/amigos íntimos. Los padres pueden proporcionar información útil sobre la conducta de sus hijos basándose en sus observaciones diarias y su conocimiento. Un ejemplo podría ser un padre que le dice a la enfermera que «generalmente se enrosca como una bola y se mece cuando le duele». Las enfermeras pueden usar esta información para validar la conducta del bebé, y esa conducta se puede usar como datos subjetivos. (9)

Las enfermeras recogen estos datos subjetivos en la entrevista clínica o al hacer la anamnesis. La anamnesis no consiste únicamente en formular al paciente una pregunta tras otra usando un formulario rutinario.

Para conseguir datos precisos del paciente las enfermeras deben incorporar la escucha activa y usar preguntas abiertas tanto como sea posible, especialmente cuando se identifican datos potencialmente anormales.

Los datos objetivos son aquellos aspectos que las enfermeras observan sobre el paciente. Los datos objetivos se recogen a través del examen físico y los resultados de las pruebas diagnósticas. Aquí «observar» no sólo significa el uso de la vista: requiere el uso de todos los sentidos. (9)

La valoración es el primer paso del proceso enfermero y el más crítico. Si este paso no se maneja de manera adecuada, las enfermeras perderán el control sobre las siguientes etapas del proceso enfermero. Sin una valoración enfermera apropiada no puede haber diagnóstico enfermero, y sin el diagnóstico no se pueden identificar intervenciones enfermeras independientes.

La valoración no debería realizarse meramente para rellenar espacios de un formulario o una pantalla de ordenador.

La valoración proporciona la mejor oportunidad a las enfermeras para establecer una relación terapéutica eficaz con el paciente. En otras palabras, la valoración es una actividad tanto intelectual como interpersonal.

Las enfermeras necesitan valorar a los pacientes desde el punto de vista de la disciplina enfermera para poder diagnosticar de forma precisa y proporcionar cuidados eficaces. Las enfermeras diagnostican respuestas humanas reales o potenciales a afecciones de salud/procesos vitales, o vulnerabilidad hacia esa respuesta, el foco aquí es «las respuestas humanas». Los seres humanos son complejos, no respondemos a la misma situación de la misma manera. Esas respuestas se basan en muchos factores: genéticos, fisiológicos, afectaciones de la salud y experiencias pasadas con la salud/lesiones. Existen dos tipos de valoración: cribado y en profundidad. Mientras que ambos requieren recogida de datos, responden a diferentes propósitos.

(9)

La valoración de cribado es la fase inicial de recogida de datos, y es probablemente la más fácil de completar. La valoración en profundidad es más focalizada, capacitando a la enfermera para explorar la información identificada en el cribado inicial y para buscar claves adicionales que puedan confirmar o refutar los diagnósticos enfermeros potenciales. (9)

La ejecución de la valoración de cribado requiere competencias específicas para la cumplimentación precisa de los procedimientos que conducirán a la obtención de los datos y requiere un alto nivel de habilidades en comunicación interpersonal. Los pacientes se deben

sentir seguros y confiar en la enfermera para encontrarse cómodos contestando preguntas personales o proporcionando respuestas, especialmente si sienten que sus respuestas podrían no ser «normales» o «aceptadas». (9)

Decimos que la valoración de cribado inicial debería ser la fase más fácil ya que, de alguna manera, es, inicialmente, un proceso de «rellenar los espacios en blanco». El formulario requiere la temperatura del paciente, por tanto, la enfermera toma la temperatura y registra el dato en el formulario de valoración. El formulario requiere que se recoja información sobre el sistema cardíaco del paciente y la enfermera completa todos los espacios en blanco del formulario que hacen referencia a este sistema (frecuencia cardíaca, ritmo, presencia de murmullo, pulsos pódales, etc.). (9)

Sin embargo, una valoración apropiada requiere mucho más que este cribado inicial. Obviamente, cuando la enfermera revisa los datos recogidos durante su valoración y empieza a reconocer los diagnósticos potenciales, necesitará recoger nuevos datos que la ayuden a determinar si existen otras respuestas humanas que sean de interés, que indiquen riesgo para el paciente, o que sugieran oportunidades de promoción de la salud. La enfermera también querrá identificar la etiología o los factores precipitantes de las áreas de interés. Es posible que estas cuestiones no estén incluidas en

profundidad en el formulario de valoración de la organización porque, sencillamente, no existe una manera de incluir todas las posibles cuestiones que puede ser necesario preguntar para todas las posibles respuestas humanas. (9)

Una valoración proporciona la base de datos para el razonamiento clínico y para las decisiones, incluyendo la selección de los diagnósticos, resultados e intervenciones enfermeros.

Por otro lado, el marco de Patrones Funcionales de Salud (PFS) fue desarrollado científicamente para estandarizar la estructura de la valoración enfermera (57).

Esta guía, utilizada en la valoración basada en la evidencia como los Patrones Funcionales de Salud de Gordon es altamente recomendable para la obtención de diagnósticos enfermeros precisos, así como para garantizar la seguridad de los cuidados del paciente. La taxonomía II de NANDA-I no está pensada para ser usada como marco de valoración.

Agrupación de la información/detectar un patrón

Una vez que la enfermera ha recogido los datos y los ha transformado en información, la siguiente fase es responder a la pregunta: ¿cuáles son las respuestas humanas del paciente (diagnósticos enfermeros)?

Esto requiere del conocimiento de diferentes teorías y modelos tanto de enfermería como de otras disciplinas relacionadas.

También requiere conocimiento sobre los conceptos que subyacen en los propios diagnósticos enfermeros.

Herdman (2013) identifica la importancia de la teoría/ciencia enfermera que subyace en los conceptos enfermeros. “Las técnicas de valoración no sirven de nada si no sabemos cómo usar los datos” (58).

En esta fase del proceso la enfermera ve cómo la información se va agrupando para formar un patrón; éste le proporciona una forma de ver las respuestas humanas que el paciente experimenta. Inicialmente la enfermera considera todos los diagnósticos potenciales que se le ocurren. En la enfermera experta esto puede ocurrir en segundos, para las novales o los estudiantes de enfermería, puede requerir el apoyo de enfermeras expertas o profesores que guíen su razonamiento. (9)

La identificación de patrones a partir de los datos requiere una comprensión de los conceptos que refuerzan cada diagnóstico.

Para que los diagnósticos sean precisos, deben ser validados, y eso requiere una valoración adicional en profundidad para confirmar o refutar o «excluir» un diagnóstico.

Combinando el conocimiento básico enfermero y el conocimiento de los diagnósticos enfermeros, la enfermera puede pasar de la identificación de diagnósticos potenciales basados en la valoración de cribado a una valoración en profundidad, y de ahí a la determinación del diagnóstico o diagnósticos precisos. (9)

En esta etapa ya ha revisado la información resultante de la valoración de cribado para determinar si ésta estaba dentro de la normalidad o no, o si representaba un riesgo (vulnerabilidad) o una fortaleza. Los ítems que se consideraron fuera de la normalidad, o que fueron valorados como vulnerabilidad, deberían tenerse en cuenta para establecer diagnósticos focalizados en problemas o diagnósticos de riesgo. Las áreas en las que el paciente indicó un deseo de mejorar algún aspecto (p. ej., mejorar la nutrición) deberían ser consideradas como diagnósticos potenciales de promoción de la salud (9).

Si algunos datos son interpretados como fuera de la normalidad, es crucial realizar una posterior valoración en profundidad para poder diagnosticar al paciente de forma precisa. Sin embargo, si las enfermeras sencillamente recogen los datos sin prestar demasiada atención a los mismos, los datos críticos pueden pasar desapercibidos.

Siempre que se recogen nuevos datos y se convierten en información, se deben reconsiderar los diagnósticos previos potenciales o determinados.

Para la valoración de enfermería es necesario basarse en un modelo conceptual o marco de referencia para la valoración enfermera pudiendo ser:

- 11 Patrones funcionales de Salud (Marjory Gordon)
- 14 Necesidades de Virginia Herdenson
- 8 Requisitos Universales de autocuidado (Dorotea Orem)
- Céfaló – caudal o por aparatos y sistemas anatómicas.

Fase de Diagnostico NANDA

La taxonomía II de NANDA -I proporciona un modo de clasificar y categorizar áreas de responsabilidad enfermera (p. ej., focos diagnósticos. Contiene 235 diagnósticos enfermeros agrupados en 13 dominios y 47 clases. Un dominio es una «esfera de conocimiento»; ejemplos de dominios en la taxonomía II de NANDA -I son: nutrición, eliminación/ intercambio, actividad/reposo o adaptación/tolerancia al estrés (59). Los dominios están divididos en clases (grupos que comparten atributos comunes).

Vincular patrón funcional con Dominio y clase NANDA. En el dominio seleccionado identificar la etiqueta diagnóstica luego estructurar el diagnóstico enfermero enfocado o focalizado en el problema, de riesgo, de promoción de la salud o de síndrome.

La NANDA-I ha incorporado 25 nuevas etiquetas a su clasificación de diagnósticos enfermeros (D.E.), existiendo en la actualidad 235 diagnósticos enfermeros vigentes. Este es el listado completo correspondiente al período 2015-2017 (9)

DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD

Conciencia de bienestar o normalidad en la función y en las estrategias usadas para mantener el control, así como la mejora del bienestar o la normalidad de la función.

CLASE 1: TOMA DE CONCIENCIA DE LA SALUD

Reconocimiento del funcionamiento normal y el bienestar.

- Déficit de actividades recreativas
- Estilo de vida sedentario

CLASE 2: GESTIÓN DE LA SALUD

Identificar, controlar, realizar e integrar actividades para mantener la salud y el bienestar.

- Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud
- Disposición para mejorar conductas de riesgo para la salud
- Gestión ineficaz de la salud
- Gestión ineficaz de la salud familiar
- Incumplimiento

- Mantenimiento ineficaz de la salud
- Protección ineficaz
- Salud deficiente de la comunidad
- Síndrome de fragilidad del anciano
- Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano

DOMINIO 2: NUTRICIÓN

Actividades de incorporación, asimilación y utilización de nutrientes con el propósito de mantener y reparar los tejidos y producir energía.

CLASE 1: INGESTIÓN

Incorporación de alimentos o nutrientes en el organismo.

- Leche materna insuficiente (00216)
- Lactancia materna ineficaz (00104)
- Interrupción de la lactancia materna (00105)
- Disposición para mejorar la lactancia materna (00106)
- Patrón de alimentación ineficaz del lactante (00107)
- Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades (00002)
- Disposición para mejorar la nutrición (00163)
- Obesidad (00232) --Nuevo--
- Sobrepeso (00233) --Nuevo--
- Riesgo de sobrepeso (00234) --Nuevo--
- Deterioro de la deglución (00103)

CLASE 2: DIGESTIÓN

Actividades físicas y químicas que convierten los alimentos en sustancias aptas para la absorción y asimilación.

Ninguno en la actualidad

CLASE 3: ABSORCIÓN

Acción de transportar los nutrientes a los tejidos corporales.

Ninguno en la actualidad.

CLASE 4: METABOLISMO

Procesos químicos y físicos que ocurren en los organismos vivos y las células para el desarrollo y uso del protoplasma, la producción de desechos y energía, con liberación de energía para todos los procesos vitales.

- Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179)
- Ictericia neonatal (00194)
- Riesgo de ictericia neonatal (00230)
- Riesgo de deterioro de la función hepática (00178)

Clase 5: HIDRATACIÓN

Incorporación y absorción de líquidos y electrolitos.

- Riesgo de desequilibrio electrolítico (00195)
- Disposición para mejorar el equilibrio de líquidos (00160)
- Déficit de volumen de líquidos (00027)

- Riesgo de déficit de volumen de líquidos (00028)
- Exceso de volumen de líquidos (00026)
- Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos (00025)

DOMINIO 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO

Secreción y excreción de los productos de desecho del organismo

CLASE 1: FUNCIÓN URINARIA

Proceso de secreción, reabsorción y excreción de orina

- Deterioro de la eliminación urinaria (00016)
- Disposición para mejorar la eliminación urinaria (00166)
- Incontinencia urinaria funcional (00020)
- Incontinencia urinaria por rebosamiento (00176)
- Incontinencia urinaria refleja (00018)
- Incontinencia urinaria de esfuerzo (00017)
- Incontinencia urinaria de urgencia (00019)
- Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia (00022)
- Retención urinaria (00023)

CLASE 2: FUNCIÓN GASTROINTESTINAL

Proceso de absorción y excreción de los productos finales de la digestión.

- Estreñimiento (00011)
- Riesgo de estreñimiento (00015)

- Estreñimiento crónico funcional (00235) --Nuevo--
- Riesgo de estreñimiento crónico funcional (00236)
- Estreñimiento subjetivo (00012)
- Diarrea (00013)
- Motilidad gastrointestinal disfuncional (00196)
- Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional (00197)
- Incontinencia fecal (00014)

CLASE 3: FUNCIÓN TEGUMENTARIA

Proceso de secreción y excreción a través de la piel.

Ninguno en la actualidad.

CLASE 4: FUNCIÓN RESPIRATORIA

Proceso de intercambio de gases y eliminación de productos finales del metabolismo.

- Deterioro del intercambio de gases (00030)

DOMINIO 4: ACTIVIDAD / REPOSO

Producción, conservación, gasto o equilibrio de las fuentes de energía.

CLASE 1: SUEÑO/ REPOSO

Sueño, reposo, descanso, relajación o inactividad.

- Insomnio (00095)

- Deprivación de sueño (00096)
- Disposición para mejorar el sueño (00165)
- Trastorno del patrón de sueño (00198)

CLASE 2: ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Mover partes del cuerpo (movilidad), trabajar o realizar acciones a menudo (aunque no siempre) contra resistencia

- Riesgo de síndrome de desuso (00040)
- Deterioro de la movilidad en la cama (00091)
- Deterioro de la movilidad física (00085)
- Deterioro de la movilidad en silla de ruedas (00089)
- Deterioro para permanecer sentado (00237) --Nuevo--
- Deterioro para permanecer de pie (00238) --Nuevo--
- Deterioro de la habilidad para la traslación (00090)
- Deterioro de la ambulación (00088)

CLASE 3: EQUILIBRIO DE LA ENERGÍA

Estado de equilibrio dinámico entre el ingreso y el gasto de recursos.

- Fatiga (00093)
- Vagabundeo (00154)

CLASE 4: RESPUESTA CARDIOVASCULAR / PULMONAR

Mecanismos cardiopulmonares que apoyan la actividad y el reposo.

- Intolerancia a la actividad (00092)

- Riesgo de intolerancia a la actividad (00094)
- Patrón respiratorio ineficaz (00032)
- Disminución del gasto cardíaco (00029)
- Riesgo de disminución del gasto cardíaco (00240) -Nuevo-
- Riesgo de deterioro de la función cardiovascular (00239) - Nuevo
- Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz (00202)
- Riesgo de perfusión renal ineficaz (00203)
- Deterioro de la ventilación espontánea (00033)
- Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca (00200)
- Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz (00201)
- Perfusión tisular periférica ineficaz (00204)
- Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz (00228)
- Respuesta ventilatoria disfuncional al destete (00034)

CLASE 5: AUTOCUIDADO

Habilidades para llevar a cabo las actividades de cuidados del propio cuerpo y de las funciones corporales.

- Deterioro del mantenimiento el hogar (00098)
- Déficit de autocuidado: baño (00108)
- Déficit de autocuidado: vestido (00109)
- Déficit de autocuidado: alimentación (00102)
- Déficit de autocuidado: uso del inodoro (00110)
- Disposición para mejorar el autocuidado (00182)

- Descuido personal (00193)

DOMINIO 5: PERCEPCIÓN / COGNICIÓN

Sistema de procesamiento de la información humana que incluye la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.

CLASE 1: ATENCIÓN

Disposición mental para darse cuenta u observar.

- Desatención unilateral (00123)

CLASE 2: ORIENTACIÓN

Conciencia de tiempo, lugar y persona.

Ninguno en la actualidad.

CLASE 3: SENSACIÓN / PERCEPCIÓN

Recepción de información a través de los sentidos del tacto, gusto, olfato, vista, audición y cinestesia y la comprensión de los datos sensoriales que conducen a la identificación, asociación y/o el reconocimiento de patrones.

Ninguno en la actualidad

CLASE 4: COGNICIÓN

Uso de la memoria, el aprendizaje, el pensamiento, la solución de problemas, la abstracción, el juicio, la introspección, la capacidad intelectual, el cálculo y el lenguaje.

- Confusión aguda (00128)
- Riesgo de confusión aguda (00173)
- Confusión crónica (00129)
- Labilidad emocional (00251) --Nuevo--
- Control de impulsos ineficaz (00222)
- Conocimientos deficientes (00126)
- Disposición para mejorar los conocimientos (00161)
- Deterioro de la memoria (00131)

CLASE 5: COMUNICACIÓN

Enviar y recibir información verbal

- Disposición para mejorar la comunicación (00157)
- Deterioro de la comunicación verbal (00051)

DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN

Conciencia de sí mismo

CLASE 1: AUTOCONCEPTO

Percepción (percepciones) sobre el yo total.

- Disposición para mejorar la esperanza (00185)
- Desesperanza (00124)
- Riesgo de compromiso de la dignidad humana (00174)
- Trastorno de la identidad personal (00121)
- Riesgo de trastorno de la identidad personal (00225)
- Disposición para mejorar el autoconcepto (00167)

CLASE 2: AUTOESTIMA

Evaluación de la propia valía, capacidad, significado y éxito.

- Baja autoestima crónica (00119)
- Riesgo de baja autoestima crónica (00224)
- Baja autoestima situacional (00120)
- Riesgo de baja autoestima situacional (00153)

CLASE 3: IMAGEN CORPORAL

Imagen mental del propio cuerpo.

- Trastorno de la imagen corporal (00118)

DOMINIO 7: ROL / RELACIONES

Conexiones o asociaciones positivas y negativas entre las personas o grupos de personas y la manera en que esas conexiones se demuestran.

CLASE 1: ROLES DE CUIDADOR

Patrones de conducta socialmente esperados de las personas que proporcionan los cuidados y que no son profesionales de la salud.

- Cansancio del rol de cuidador (00061)
- Riesgo de cansancio del rol de cuidador (00062)
- Deterioro parental (00056)
- Disposición para mejorar el rol parental (00164)
- Riesgo de deterioro parental (00057)

CLASE 2: RELACIONES FAMILIAR

Asociaciones de personas que están biológicamente relacionadas o relacionadas por elección.

- Riesgo de deterioro de la vinculación (00058)
- Procesos familiares disfuncionales (00063)
- Interrupción de los procesos familiares (00060)
- Disposición para mejorar los procesos familiares (00159)

CLASE 3: DESEMPEÑO DEL ROL

Calidad del funcionamiento según los patrones de conducta socialmente esperados.

- Relación ineficaz (00223)
- Disposición para mejorar la relación (00207)

- Riesgo de relación ineficaz (00229)
- Conflicto del rol parental (00064)
- Desempeño ineficaz del rol (00055)
- Deterioro de la interacción social (00052)

DOMINIO 8: SEXUALIDAD

Identidad sexual, función sexual y reproducción.

CLASE 1: IDENTIDAD SEXUAL

Reconocerse como una persona específica en relación con la sexualidad y/o el género.

Ninguno en la actualidad.

CLASE 2: FUNCIÓN SEXUAL

Capacidad o habilidad para participar en actividades sexuales.

- Disfunción sexual (00059)
- Patrón sexual ineficaz (00065)

CLASE 3: REPRODUCCIÓN

Proceso por el cual se reproducen los seres humanos.

- Proceso de maternidad ineficaz (00221)
- Disposición para mejorar el proceso de maternidad (00208)
- Riesgo de proceso de maternidad ineficaz (00227)
- Riesgo de alteración de la díada materno/fetal (00209)

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS

Convivir con los eventos / procesos vitales.

CLASE 1: RESPUESTAS POSTRAUMÁTICAS

Reacciones tras un trauma físico o psicológico.

- Síndrome postraumático (00141)
- Riesgo de síndrome postraumático (00145)
- Síndrome del trauma pos violación (00142)
- Síndrome de estrés del traslado (00114)
- Riesgo de síndrome de estrés del traslado (00149)

CLASE 2: AFRONTAMIENTO

Procesos de gestión del estrés del entorno.

- Planificación ineficaz de las actividades (0199)
- Riesgo de planificación ineficaz de las actividades (0226)
- Ansiedad (00146)
- Afrontamiento defensivo (00071)
- Afrontamiento ineficaz (00069)
- Disposición para mejorar el afrontamiento (00158)
- Afrontamiento ineficaz de la comunidad (00077)
- Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad (00076)
- Afrontamiento familiar comprometido (00074)
- Afrontamiento familiar incapacitante (00073)
- Disposición para mejorar el afrontamiento familiar (00075)

- Ansiedad ante la muerte (00147)
- Negación ineficaz (00072)
- Temor (00148)
- Duelo (00136)
- Duelo complicado (00135)
- Riesgo de duelo complicado (00172)
- Deterioro en la regulación del humor (00241) --Nuevo--
- Disposición para mejorar el poder (00187)
- Impotencia (00125)
- Riesgo de impotencia (00152)
- Deterioro de la resiliencia (00210)
- Disposición para mejorar la resiliencia (00212)
- Riesgo de deterioro de la resiliencia (00211)
- Aflicción crónica (00137)
- Estrés por sobrecarga (00177)

CLASE 3: ESTRÉS NEUROCOMPORTAMENTAL

Respuestas comportamentales que reflejan la función nerviosa y cerebral.

- Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal (00049)
- Disreflexia autónoma (00009)
- Riesgo de Disreflexia autónoma (00010)
- Conducta desorganizada del lactante (00116)

- Disposición para mejorar la conducta organizada del lactante (00117)
- Riesgo de conducta desorganizada del lactante (00115)

DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES

Principios subyacentes en la conducta, pensamiento y comportamientos sobre los actos, costumbres o instituciones considerados como ciertos o dotados de un valor intrínseco.

CLASE 1: VALORES

Identificación y clasificación de los modos de conducta o estados finales preferidos.

Ninguno en la actualidad

CLASE 2: CREENCIAS

Opiniones, expectativas o juicios sobre los actos, costumbres o instituciones consideradas como ciertos o dotados de valor intrínseco.

- Disposición para mejorar el bienestar espiritual (00068)
- Disposición para mejorar la toma de decisiones (00184)
- Conflicto de decisiones (00083)
- Deterioro para la toma emancipada de decisiones (00242) -- Nuevo--
- Riesgo de deterioro para la toma emancipada de decisiones (00243) --Nuevo--

- Disposición para mejorar la toma emancipada de decisiones (00244) --Nuevo-
- Sufrimiento moral (00175)
- Deterioro de la religiosidad (00169)
- Disposición para mejorar la religiosidad (00171)
- Riesgo de deterioro de la religiosidad (00170)
- Sufrimiento espiritual (00066)
- Riesgo de sufrimiento espiritual (00067)

DOMINIO 11: SEGURIDAD / PROTECCIÓN

Ausencia de peligros, lesión física o alteración del sistema inmunitario; preservación de pérdidas y de la seguridad y la protección.

CLASE 1: INFECCIÓN

- Respuestas del huésped tras una invasión patógena.
- Riesgo de infección (00004)

CLASE 2: LESIÓN FÍSICA

Lesión o herida corporal.

- Limpieza ineficaz de las vías aéreas (00031)
- Riesgo de aspiración (00039)
- Riesgo de sangrado (00206)
- Riesgo de ojo seco (00219)
- Riesgo de caídas (00155)

- Riesgo de lesión (00035)
- Riesgo de lesión corneal (00245) --Nuevo--
- Riesgo de lesión postural peri operatoria (00087)
- Riesgo de lesión térmica (00220)
- Riesgo de lesión del tracto urinario (00250) --Nuevo--
- Deterioro de la dentición (00048)
- Deterioro de la mucosa oral (00045)
- Riesgo de deterioro de la mucosa oral (00247) --Nuevo--
- Riesgo de disfunción neurovascular periférica (00086)
- Riesgo de úlcera por presión (00249) --Nuevo--
- Riesgo de shock (00205)
- Deterioro de la integridad cutánea (00046)
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047)
- Riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante (00156)
- Riesgo de asfixia (00036)
- Retraso en la recuperación quirúrgica (00100)
- Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica (00246) --
Nuevo--
- Deterioro de la integridad tisular (00044)
- Riesgo de deterioro de la integridad tisular (00248) --Nuevo--
- Riesgo de traumatismo (00038)
- Riesgo de traumatismo vascular (00213)

CLASE 3: VIOLENCIA

Ejecución de fuerza o poder excesivo con la finalidad de causar lesión o abuso.

- Riesgo de violencia dirigida a otros (00138)
- Riesgo de violencia autodirigida (00140)
- Automutilación (00151)
- Riesgo de automutilación (00139)
- Riesgo de suicidio (00150)

CLASE 4: PELIGROS DEL ENTORNO

Fuentes de peligro en los alrededores.

- Contaminación (00181)
- Riesgo de contaminación (00180)
- Riesgo de intoxicación (00037)

CLASE 5: Procesos defensivos

Procesos por los cuales el yo se protege de que es externo al yo.

- Riesgo de reacción adversa a medios de contraste yodados
- Riesgo de respuesta alérgica
- Respuesta alérgica al látex

CLASE 6: TERMOREGULACIÓN

Procesos fisiológicos de regulación del calor y a energía en el cuerpo con el propósito de proteger el organismo.

- Riesgo de reacción adversa a medios de contraste yodados (00218)
- Riesgo de respuesta alérgica (00217)
- Respuesta alérgica al látex (00041)
- Riesgo de respuesta alérgica al látex (00042)
- Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal (00005)
- Hipertermia (00007)
- Hipotermia (00006)
- Riesgo de hipotermia (00253) --Nuevo--
- Riesgo de hipotermia perioperatoria (00254) --Nuevo--
- Termorregulación ineficaz (00008)

DOMINIO 12: CONFORT

Sensación de bienestar o alivio y /o ausencia de dolor.

CLASE 1: CONFORT FÍSICO

Sensación de bienestar

- Discomfort (00214)
- Disposición para mejorar el confort (00183)
- Náuseas (00134)

- Dolor agudo (00132)
- Dolor crónico (00133)
- Dolor de parto (00256) --Nuevo--
- Síndrome de dolor crónico (00255) --Nuevo—

CLASE 2: CONFORT DEL ENTORNO

Sensación de bienestar o alivio en / con el propio entorno.

- Discomfort (00214)
- Disposición para mejorar el confort (00183)

CLASE 3: CONFORT SOCIAL

Sensación de bienestar o alivio con la situación social propia.

- Discomfort (00214)
- Disposición para mejorar el confort (00183)
- Riesgo de soledad (00054)
- Aislamiento social (00053)

DOMINIO 13: CRECIMIENTO / DESARROLLO

Aumentos apropiados según la edad de las dimensiones físicas, la maduración de los sistemas orgánicos y/o la progresión en las etapas del desarrollo.

CLASE 1: CRECIMIENTO

Progreso o regresión a través de una secuencia de etapas establecidas.

- Riesgo de crecimiento desproporcionado (00113)

CLASE 2: DESARROLLO

Aumento de las dimensiones físicas o maduración de los sistemas.

- Riesgo de retraso en el desarrollo (00112)

Las enfermeras tratan con respuestas a afecciones de salud/procesos vitales de personas, familias, grupos y comunidades. Dichas respuestas son el objeto principal del cuidado enfermero y constituyen el círculo adscrito a enfermería.

Un diagnóstico enfermero puede focalizar en un problema, o en un estado de promoción para la salud o en un riesgo potencial (Herdman, 2012) (13).

- **Diagnóstico enfermero focalizado en el problema o real:** juicio clínico en relación con una *respuesta humana no deseada* de una persona, familia, grupo o comunidad, a una afección de salud/proceso vital
- **Diagnóstico enfermero de riesgo:** juicio clínico en relación con la vulnerabilidad de una persona, familia, grupo o comunidad para desarrollar una respuesta humana no deseada a una afección de salud/proceso vital.

- **Diagnóstico enfermero de promoción de la salud o de bienestar:** juicio clínico en relación con la motivación y el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial de salud humano. Estas respuestas se expresan por una disposición para mejorar los comportamientos específicos de salud y pueden ser utilizados en cualquier estado de salud. Las respuestas de promoción de la salud se pueden dar en una persona, familia, grupo o comunidad.

Aunque limitados en número, en la taxonomía II de NANDA -I también se pueden encontrar **síndromes**. Un síndrome es un juicio clínico en relación con un conjunto de diagnósticos enfermeros específicos que aparecen de manera conjunta y que se tratan de forma más correcta conjuntamente a través de intervenciones similares. Un ejemplo de un síndrome es *el síndrome de dolor crónico* (00255). El dolor crónico es recurrente o persistente, ha tenido una duración de al menos tres meses y ha afectado significativamente al funcionamiento diario o al bienestar. Este síndrome se diferencia del dolor crónico en que el dolor crónico tiene un impacto significativo en otras respuestas humanas y, por tanto, incluye otros diagnósticos como son trastorno del patrón del sueño (00198), aislamiento social (00053), fatiga (00093) o deterioro de la movilidad física (00085).

El fundamento de los diagnósticos enfermeros es el razonamiento clínico.

Según Alfaro, el razonamiento clínico se requiere para agrupar datos relacionados, reconocer datos que faltan, identificar inconsistencias en los datos y realizar inferencias (60).

Según Tanner, el juicio clínico es “una interpretación o conclusión sobre las necesidades, preocupaciones o problemas de salud de un paciente, y/o la decisión de tomar algún tipo de acción al respecto (o no)” (61).

Los aspectos esenciales pueden ser evidentes de forma precoz en la valoración (p. ej., alteración en la integridad tisular, soledad) y permitir a la enfermera iniciar el proceso diagnóstico. Por ejemplo, un paciente puede informar de la presencia de dolor y/o mostrar agitación mientras se sujeta una parte del cuerpo. La enfermera reconocerá el malestar del paciente basándose en la información del paciente y/o las conductas de dolor.

Las enfermeras expertas pueden identificar rápidamente grupos de pistas clínicas a partir de los datos de la valoración y avanzar rápidamente hacia el diagnóstico enfermero. Las enfermeras noveles requieren un proceso más secuencial para determinar el diagnóstico enfermero apropiado.

Un diagnóstico enfermero es un juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud/proceso vital, o vulnerabilidad para esa respuesta, de una persona, familia, grupo o comunidad (9).

Cada diagnóstico posee una etiqueta y una definición clara. Es importante mencionar que con sólo la etiqueta o con una lista de etiquetas no es suficiente. Es crucial que las enfermeras conozcan las definiciones de los diagnósticos que utilizan de forma más frecuente. Además, necesitan saber los «indicadores diagnósticos» los datos que se usan para diagnosticar y diferenciar un diagnóstico de otro (9).

Estos indicadores diagnósticos incluyen características definitorias y factores relacionados o factores de riesgo.

- **Las características definitorias** son pistas o inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico (p. ej., signos o síntomas).

Una valoración que identifica la presencia de un determinado número de características apoya la precisión del diagnóstico enfermero.

- **Los factores relacionados** son un componente integral de todos los diagnósticos enfermeros focalizados en el problema.

Los factores relacionados son etiologías, circunstancias, hechos o influencias que tienen algún tipo de relación con el diagnóstico enfermero (p. ej., causa, factor contribuyente). Los factores relacionados se hallan frecuentemente en la revisión de la historia del paciente. Siempre que sea posible, las intervenciones enfermeras deberían dirigirse a estos factores etiológicos de manera que se eliminen las causas subyacentes al diagnóstico enfermero.

- **Los factores de riesgo** son factores del entorno, fisiológicos, psicológicos, genéticos o elementos químicos que aumentan la vulnerabilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad a sufrir un evento no saludable.

Un diagnóstico enfermero no necesariamente debe contener todos los tipos de indicadores diagnósticos (p. ej., características definitorias, factores relacionados y/o factores de riesgo). Los diagnósticos enfermeros focalizados en problemas contienen características definitorias y factores relacionados. Los diagnósticos de promoción de la salud generalmente contienen únicamente características definitorias, aunque pueden usarse factores relacionados si ello mejora la comprensión del diagnóstico. Solamente los diagnósticos de riesgo contienen factores de riesgo (9).

Fase de Planificación

Una vez que los diagnósticos han sido identificados deben jerarquizarse con la finalidad de identificar las prioridades de cuidados. Deben identificarse los diagnósticos enfermeros de alta prioridad (p. ej., necesidades urgentes, diagnósticos con un alto nivel de congruencia con las características definitorias, factores relacionados o factores de riesgo) con la finalidad de que los cuidados puedan ser dirigidos a la resolución de dichos problemas, o a la disminución de la gravedad o riesgo de su aparición (en el caso de los diagnósticos de riesgo) (9).

Los diagnósticos enfermeros se usan para identificar los resultados apropiados de cuidados y planificar las intervenciones específicas de enfermería de manera secuencial. Un resultado de enfermería se refiere a una conducta medible o a una percepción demostrada por una persona, familia, grupo o comunidad en respuesta a una intervención enfermera (9).

La Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)

La Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) es un sistema que puede ser usado para seleccionar medidas de resultados relacionadas con diagnósticos enfermeros (9).

Los resultados deben ser identificados antes de determinar las intervenciones.

La Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) es complementaria a la taxonomía de la NANDA Internacional (NANDA-I) y de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) La NOC proporciona el lenguaje para las etapas del proceso enfermero de identificación del resultado y evaluación y el contenido para el elemento de resultados del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Enfermería (NMDS).

La terminología estandarizada de los resultados sensibles a la práctica enfermera es utilizada por enfermeras de diferentes especialidades y entornos de práctica con el fin de identificar cambios en el estado del paciente después de la intervención. Cada resultado representa un concepto que puede utilizarse para medir el estado de un paciente, cuidador, familia o comunidad antes y después de una intervención. En algunas situaciones clínicas, resultados de esta variedad de perspectivas pueden emplearse para la situación de un paciente. Cada resultado tiene una definición, una escala o escalas de medida, una lista de indicadores asociados al concepto y una bibliografía de apoyo. (62).

Los resultados están organizados en una taxonomía que facilita la identificación de resultados para su uso en la práctica. Los tres niveles

de la taxonomía ayudan a las enfermeras y otros a identificar rápidamente los resultados útiles para su práctica (62).

La clasificación actual contiene 490 resultados, incluyendo 107 resultados nuevos desarrollados desde la publicación de la cuarta edición en 2008 (62).

Definición de un resultado

Un resultado del paciente sensible a la práctica enfermera es un estado, conducta o percepción de una persona, familia o comunidad, medido a lo largo de un continuo, en respuesta a una intervención o intervenciones enfermera/s. Los resultados son conceptos variables que pueden medirse a lo largo de un continuo, utilizando una escala o escalas de medida. Los resultados se expresan como conceptos que reflejan el estado, conducta o percepción de un paciente, cuidador, familia o comunidad y no como objetivos esperados (62).

Cada resultado representa un concepto que puede utilizarse para medir el estado de un paciente, cuidador, familia o comunidad antes y después de una intervención. Cada resultado tiene una definición, una escala o escalas de medida, una lista de indicadores asociados al concepto y una bibliografía de apoyo. Los resultados están organizados en una taxonomía que facilita la identificación de resultados para su uso en la práctica. La clasificación actual contiene 490 resultados (62).

La taxonomía NOC se utiliza para conceptualizar, denominar, validar y clasificar los resultados que se obtienen de la intervención de enfermería. Este lenguaje incluye resultados esperados, indicadores y escalas de medición.

Medición de un resultado

Se utiliza una escala tipo Likert de cinco puntos con todos los resultados e indicadores que proporciona un número adecuado de opciones para demostrar la variabilidad en el estado, conducta o percepción descrita por el resultado. Por ejemplo, el resultado *Cognición* se mide en una escala de cinco puntos desde «gravemente comprometido» hasta «no comprometido» y el *Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos* se mide en una escala de cinco puntos desde «inadecuado» hasta «completamente adecuado». Las escalas de medida 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 (62).

La estructura de esta escala no exige el grado de precisión necesario para un formato de escala de 10 puntos; al mismo tiempo la escala ha sido válida al identificar cambios graduales en hospitalizaciones de corta duración en cuidados agudos.

Al medir el resultado antes de intervenir, la enfermera establece una **puntuación basal del resultado elegido 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 del resultado a lo largo del tiempo y en diferentes entornos. 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 del resultado no varía). En algunos casos, el objetivo es un cambio de puntuación 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 (62).

Los resultados e indicadores se conceptúan como estados, conductas o percepciones variables del paciente, cuidador, familia o comunidad, se les proporcionan etiquetas que representan conceptos que pueden medirse a lo largo de un continuo como estados negativos o positivos.

Siempre que sea posible, el equipo evita etiquetas que describan un estado no deseable; sin embargo, debido al uso común de algunas etiquetas o a la dificultad de identificar antónimos, algunas etiquetas sí describen un estado no deseable. Algunos ejemplos son Severidad de la infección, Nivel de malestar, Nivel de miedo y Nivel del dolor. Las enfermeras frecuentemente utilizan estos tipos de resultados para ayudar a los pacientes a valorar la severidad de los síntomas que

experimentan. Desde el punto de vista del paciente, estos síntomas son sus percepciones sobre el grado en que experimentan los indicadores presentes en un resultado. La conceptualización de los resultados como variables permite medir los cambios positivos o negativos, así como la ausencia de cambio, derivados de las intervenciones enfermeras (62).

El resultado esperado evalúa el estado real en un momento determinado mediante una escala de medición de cinco puntos. Los indicadores pueden representar los estados, conductas o percepciones de pacientes evaluados durante una valoración del paciente. Aunque los datos de valoración definitorios de un diagnóstico deben corresponderse con los indicadores del resultado que se refieren al mismo estado del paciente sensible a la práctica enfermera para alcanzar una correspondencia completa (62).

Los resultados del NOC pueden utilizarse como herramientas enfocadas de valoración al determinar la puntuación basal.

Cuando se selecciona un resultado, se debe evaluar el estado, conducta o percepción de una persona, familia o comunidad y puntuarse en la escala de medición para proporcionar una medida basal, para su comparación con las medidas post- intervención. La medida basal de un estado de resultado variable es lo que debe corresponderse con el diagnóstico (62).

Los resultados del paciente, son los estados o conductas del paciente individual o del cuidador, incluyendo percepciones o estados subjetivos, identificados porque se desea una mejora. Los resultados definen un estado del paciente en un momento concreto y pueden indicar una mejora o un deterioro del estado en comparación con una evaluación anterior del paciente (62).

Los resultados describen estados del paciente después de una intervención que se espera que influya en ellos. Un resultado del paciente sensible a la práctica enfermera se define como el estado, conducta o percepción de una persona, familia o comunidad que se mide a lo largo de un continuo en respuesta a una intervención o intervenciones enfermeras. Cada resultado tiene un grupo de indicadores asociado que se utilizan para determinar el estado del paciente en relación al resultado. Un indicador de un resultado del paciente sensible a la práctica enfermera se define como un estado, una conducta o una percepción más concreta de una persona, familia o comunidad que sirve como indicación para medir un resultado (62).

Dado que los resultados e indicadores se conceptúan como estados, conductas o percepciones variables del paciente, cuidador, familia o comunidad, se les proporciona etiquetas que representan conceptos que pueden medirse a lo largo de un continuo como estados negativos o positivos (62).

Los resultados se desarrollaron como conceptos variables y no como objetivos, por diversas razones. Primero, los resultados NOC son conceptos variables de manera que las respuestas del paciente, cuidador, familia o comunidad a las intervenciones enfermeras puedan ser documentadas y seguidas a lo largo del tiempo en diferentes entornos, y después ser comparadas. Una declaración de objetivo desarrollada para cada paciente no deja margen para esta comparación cruzada. Segundo, los resultados variables proporcionan más información que sólo saber si se cumple o no un objetivo. Los resultados NOC pueden utilizarse para establecer un objetivo para un paciente, familia o comunidad, pero esto debería ser adicional a la medición basal del estado del resultado y a lo largo del tiempo (62).

Finalmente, el valor de utilizar resultados más que objetivos es que se puede determinar una puntuación de cambio después de proporcionar cuidados de enfermería. Esta puntuación de cambios no es posible con objetivos y es importante para evaluar la eficacia de los tratamientos enfermeros y comparar resultados para poblaciones específicas de pacientes a lo largo del tiempo (62).

La mayoría de los resultados del paciente sensibles a la práctica enfermera representan la resolución de los diagnósticos enfermeros, aunque algunos resultados son más genéricos y no necesariamente relacionados con diagnósticos específicos (62).

El momento adecuado para medir los resultados del paciente variará porque algunos pacientes responden muy rápidamente a las intervenciones mientras que otros responden en un periodo más largo de tiempo. La enfermera determina los intervalos de medición y documentación del resultado según su juicio clínico, así como cuándo deben valorarse los efectos de las intervenciones. Esto está en gran medida influido por el entorno y las características del paciente (62).

Los resultados NOC son muy útiles en las vías críticas porque permiten cuantificar el estado, conducta o percepción del paciente que se espera que ocurra en momentos específicos de una trayectoria deseada de un episodio de cuidados (62).

Es muy importante que las enfermeras midan los efectos de sus intervenciones sobre los resultados del paciente. Los NOC proporcionan indicadores para cada resultado que se considera sensible a las intervenciones enfermeras.

Los NOC proporcionan un lenguaje estandarizado para los resultados que pueden medirse a lo largo de todo el continuo de la asistencia, que aporta información esencial que los clínicos necesitan para lograr la continuidad y para valorar el coste. Efectividad del cuidado (62).

La estandarización del lenguaje utilizado para describir los resultados no interfiere de ninguna manera con la valoración de la respuesta única

de cada paciente, cuidador, familia o comunidad/población. El uso de los resultados NOC permite a las enfermeras medir cada estado del resultado en cada persona, cuidador, familia y comunidad y proporciona más información para monitorizar el progreso de cada uno (62).

La manera más fácil de identificar resultados para uso en la práctica clínica es revisar la Taxonomía NOC donde resultados similares están agrupados bajo conceptos clave en enfermería (62).

Una segunda manera es revisar la lista de resultados identificados por una especialidad de enfermería para determinar si estos coinciden con los que se necesitan para evaluar la efectividad de sus intervenciones.

Una tercera forma de identificar los resultados NOC es examinar los vínculos de la NOC con los diagnósticos de la NANDA –I y los patrones funcionales de Salud de Gordon (62).

Si se considera un indicador una medida importante del progreso del paciente, las enfermeras pueden elegir recopilar datos sobre un indicador concreto y sobre la puntuación global del resultado en puntos determinados del cuidado (62).

La estructura del NOC, incluye los dominios, clases, resultados y sus indicadores. Se clasifican en siete dominios:

1. Salud funcional.
2. Salud fisiológica.
3. Salud psicosocial
4. Salud percibida
5. Salud familiar
6. Salud comunitaria

Dominios y clases de los NOC.

Nivel 1: Dominios:

Dominio I.-Salud funcional

Resultados que describen la capacidad y realización de las tareas básicas de la vida.

Nivel 2: Clases:

1. **Mantenimiento de la energía.** - Resultados que describen la recuperación, conservación y gasto de la energía de una persona.
2. **Crecimiento y desarrollo.** - Resultados que describen la maduración física, emocional y social de una persona.
3. **Movilidad.** - Resultados que describen la movilidad física de una persona y las secuelas de la restricción de movimientos.
4. **Autocuidado.** - Resultados que describen la capacidad de una persona para realizar actividades básicas e instrumentales de la

vida diaria.

Dominio II: Salud Fisiológica

Resultados que describen el funcionamiento orgánico.

Clases:

1. **Cardiopulmonar.** - Resultados que determinan el estado cardíaco, pulmonar, circulatorio o de perfusión tisular de una persona.
2. **Eliminación.** - Resultados que describen los patrones y el estado de excreción y eliminación de una persona.
3. **Líquidos y electrolitos.** - Resultados que describen el estado hidroelectrolítico de una persona.
4. **Respuesta inmune.** - Resultados que describen la reacción fisiológica de una persona a sustancias extrañas o que el organismo considera extrañas.
5. **Regulación metabólica.** - Resultados que describen la capacidad de una persona para controlar el metabolismo corporal
6. **Neurocognitiva.** - Resultados que describen el estado neurológico y cognitivo de una persona
7. **Digestión y Nutrición.** - Resultado que describen los patrones digestivos y nutricionales de una persona

8. **Respuesta terapéutica.** - Resultados que describen una reacción sistémica de una persona a un tratamiento, agente o método sanitario
9. **Integridad tisular.** -Resultados que describen la condición y función de los tejidos corporales de una persona.
10. **Función sensitiva.** - Resultados que describen la percepción de una persona y el uso de la información sensorial.

Dominio III: Salud psicosocial

Resultados que describen el funcionamiento psicológico y social.

Clases:

1. **Bienestar psicológico.** - Resultados que describen la salud emocional de una persona y la autopercepción relacionada.
2. **Adaptación psicosocial.** - Resultados que describen la adaptación psicológica y/o social de una persona a la alteración de la salud o de las circunstancias de la vida.
3. **Autocontrol.** - Resultados que describen la capacidad de una persona para controlar una conducta que puede ser emocional o físicamente perjudicial para sí mismo y para los demás.
4. **Interacción social.** - Resultados que describen las relaciones de una persona con los demás.

Dominio IV: Conocimiento y conducta en salud

Resultados que describen actitudes, comprensión y acciones con respecto a la salud y enfermedad.

Clases:

1. **Conducta de salud.** - Resultados que describen las acciones de una persona para promover o restaurar la salud.
2. **Creencias sobre la salud.** - Resultados que describen las ideas y percepciones de una persona que influyen en la conducta de salud.
3. **Conocimientos sobre la salud.** - Resultados que describen la comprensión de una persona a la hora de aplicar la información para promover, mantener o restablecer la salud.
4. **Gestión de salud.** - Resultados que describen las acciones de una persona para controlar una enfermedad aguda o crónica.
5. **Control de riesgos y seguridad.** - Resultados que describen el estado de seguridad de una persona y/o las acciones para evitar, limitar o controlar las amenazas identificables para la salud.

Dominio V: Salud percibida

Resultados que describen impresiones de la persona sobre la salud y la asistencia sanitaria.

Clases:

1. **Salud y calidad de vida.** - Resultados que describen el estado de salud percibido de una persona y las circunstancias de vida relacionadas con ella.
2. **Satisfacción con los cuidados.** - Resultados que describen percepciones de una persona de la calidad y la adecuación de la asistencia sanitaria
3. **Sintomatología.** - Resultados que describen los indicios de una enfermedad, lesión o pérdida de una persona.

Dominio VI: Salud familiar

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.

Clases:

1. **Desempeño del cuidador familiar.** - Resultados que describen la adaptación y desempeño de un miembro de la familia que cuida a un niño o adulto dependiente.
2. **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.
3. **Bienestar familiar.** - Resultados que describen el entorno

familiar, el estado de la salud global y la competencia social de la familia como unidad.

4. **Ser padre.** - Resultados que describen conductas de los padres que fomentan el crecimiento y el desarrollo óptimo de un hijo.

Dominio VII: Salud comunitaria

Resultados que describen la salud, el bienestar y el funcionamiento de una comunidad o población.

Clases:

1. **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.
2. **Bienestar comunitario.** - Resultados que describen el estado global de salud y la competencia social de una población o comunidad.

Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)

Los profesionales de enfermería utilizan el criterio clínico con las personas, familias y comunidades para mejorar su salud, aumentar su capacidad de afrontar los problemas de salud y fomentar su calidad de vida. La selección de una intervención de enfermería para un paciente

concreto es parte del criterio clínico del profesional de enfermería. Al elegir una intervención deben tenerse en cuenta seis factores:

1. Resultados deseados en el paciente
2. Características del diagnóstico de enfermería
3. Base de investigación de la intervención
4. Factibilidad de la ejecución
5. Aceptación por el paciente
6. Capacidad del profesional

Según Simadi & Braden “La provisión de cuidados basados en la evidencia, centrados en el paciente y de alta calidad consiste en aplicar unas intervenciones apropiadas, aceptables, efectivas, seguras y eficientes” (63).

El uso de la NIC:

- Ayuda a mostrar el impacto que tienen los profesionales de enfermería en el sistema de prestación de cuidados sanitarios.
- Normaliza y define la base de conocimientos del plan de estudios y la práctica de enfermería.
- Facilita la elección correcta de una intervención de enfermería.
- Facilita la comunicación de los tratamientos de enfermería a otros profesionales de enfermería y a otros proveedores de cuidados.

- Permite a los investigadores examinar la eficacia y el coste de los cuidados.
- Ayuda a los formadores a desarrollar programas que se articulen mejor con la práctica clínica.
- Facilita la enseñanza de toma de decisiones clínicas a los profesionales noveles.
- Ayuda a los administradores a planificar de forma más eficaz las necesidades del personal y de los equipos.
- Favorece el desarrollo de un sistema de retribución para los servicios de enfermería.
- Facilita el desarrollo y el uso de los sistemas de información de enfermería.
- Comunica la naturaleza de los cuidados de enfermería al público.

Una intervención se define como «cualquier tratamiento, basado en el juicio clínico y el conocimiento, que una enfermera administra para mejorar los resultados del paciente/cliente». La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) es una taxonomía completa de intervenciones, basada en la evidencia, que las enfermeras realizan en diversos entornos de salud.

Usando el conocimiento enfermero, las enfermeras llevan a cabo intervenciones tanto independientes como interdisciplinarias.

En estas intervenciones interdisciplinarias, el trabajo de las enfermeras se superpone a los cuidados proporcionados por otros profesionales de la salud (p. ej., médicos, terapeutas respiratorios, fisioterapeutas). Por ejemplo, la gestión de la glucosa en sangre es un concepto importante para las enfermeras, riesgo de nivel de glucemia inestable (00179) es un diagnóstico enfermero y las enfermeras implementan intervenciones para tratar esta afección. En comparación, la *diabetes mellitus* es un diagnóstico médico, pero las enfermeras proporcionan intervenciones tanto independientes como interdisciplinarias a las personas que padecen diabetes y que presentan diferentes tipos de problemas o estados de riesgo.

La taxonomía NIC, es una clasificación global y estandarizada de las intervenciones de enfermería, que tiene como centro de interés la decisión que tome el profesional para llevar a la persona al resultado esperado (64).

Los beneficios relacionados con la estandarización del lenguaje son: unificación de intervenciones y objetivos de enfermería, facilidad para sistematización de las actividades, se constituye en una herramienta básica para el desarrollo de la investigación y de la enfermería basada en la evidencia; incluso, existen iniciativas de aplicación del lenguaje estandarizado para calcular la relación costo-efectividad derivada de la actividad de enfermería y por ende permite realizar análisis

económicos, así como medir el volumen o carga laboral derivada del desempeño profesional en enfermería⁶, entre otros aspectos.

La clasificación de Intervención de enfermería (NIC), es una clasificación normalizada y completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería. Es útil para la planificación de los cuidados, la documentación clínica, la comunicación clínica, la comunicación de los 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, la docencia y el diseño de programas. Las intervenciones incluyen 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 el conocimiento clínico, que realiza un profesional de la enfermería para mejorar los resultados del paciente.

La NIC puede utilizarse en todas las situaciones (cuidados agudos, unidades cuidados intensivos, cuidados domiciliarios, cuidados paliativos y atención primaria) y en todas las especialidades (desde la enfermería de cuidados críticos a la enfermera pediátrica y geriátrica)

Las 554 intervenciones de enfermería y cerca de 13,000 actividades, se han organizado en 7 campos y 30 clases. Para facilitar su uso. Los 7 campos son: (65)

1. Fisiológico básico
2. Fisiológico complejo
3. Conductual
4. Seguridad
5. Familia
6. Sistema sanitario
7. Comunidad

Cada campo incluye clases (a las que se han asignado letras por orden alfabético) o grupos de intervenciones relacionadas (cada uno con un código único de cuatro números).

La taxonomía es teóricamente neutral; las intervenciones pueden utilizarse con cualquier teoría enfermera y en cualquiera de los contextos enfermeros y sistemas de prestación de cuidados.

Campos

Campo 1: Fisiológico básico

Cuidados que apoyan el funcionamiento básico

Clases:

- A. **Control de actividad y ejercicio.** - Intervenciones para

organizar o ayudar en la actividad física y la conservación y el gasto de energía.

- 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.
- C. **Control de inmovilidad.** - Intervenciones para controlar el movimiento corporal restringido y las secuelas.
- D. **Apoyo nutricional.** - Intervenciones para modificar o mantener el estado nutricional.
- E. **Fomento de la comodidad física.** - Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas físicas.
- F. **Facilitación del autocuidado.** - Intervenciones para proporcionar o ayudar en las actividades rutinarias de la vida diaria.

Campo 2: Fisiológico complejo

Cuidados que apoyan la regulación homeostática.

Clases:

- G. **Control de electrolitos y acido básico.** - Intervenciones para regular el equilibrio electrolítico y ácido básico y prevenir complicaciones.
- H. **Control de fármacos.** - Intervenciones para facilitar los efectos

deseados de los agentes farmacológicos.

- I. **Control neurológico.** -Intervenciones para optimizar la función neurológica.
- J. **Cuidados perioperatorios.** - Intervenciones para proporcionar cuidados antes, durante e inmediatamente después de la cirugía.
- K. **Control respiratorio.** - Intervenciones para fomentar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso.
- L. **Control de la piel / heridas.** - Intervenciones para mantener la temperatura corporal dentro de unos límites normales.
- M. **Termorregulación.** -Intervenciones para mantener la temperatura corporal dentro de unos límites normales.
- N. **Control de la perfusión tisular.** - Intervenciones para optimizar la circulación sanguínea y de líquidos hacia los tejidos.

Campo 3: Conductual

Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida.

Clases:

- O. **Terapia conductual.** - Intervenciones para reforzar o fomentar conductas deseables o alterar conductas indeseables.

P. Terapia cognitiva. - Intervenciones para reforzar o fomentar el funcionamiento cognitivo deseable o modificar el funcionamiento cognitivo indeseable.

Q. Potenciación de la comunicación. - Intervenciones para facilitar la expresión y recepción de mensajes verbales y no verbales.

R. Ayuda para el afrontamiento. - Intervenciones para ayudar a otro a crear sus propios puntos fuertes, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento

S. Educación de los pacientes. - Intervenciones para facilitar el aprendizaje.

T. Fomento de la comodidad psicológica. - Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas psicológicas.

Campo 4: Seguridad

Cuidados que apoyan la protección contra daños.

U. Control en casos de crisis. - Intervenciones para proporcionar una ayuda inmediata a corto plazo en casos de crisis psicológicas o fisiológicas.

V. Control de riesgos. - Intervenciones para iniciar actividades de reducción de riesgos y continuar el control de riesgos a lo largo del tiempo.

Campo 5: Familia

Clases:

W. Cuidados de un nuevo bebé. - Intervenciones para ayudar a la preparación del parto y controlar los cambios psicológicos antes, durante e inmediatamente después del parto.

Z. Cuidados de crianza de un nuevo bebe. - Intervenciones para ayudar en la crianza de los niños.

X. Cuidados durante 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.

Campo 6: Sistema sanitario

Cuidados que apoyan al uso eficaz del sistema de prestación de asistencia sanitaria-

Y. Medición del sistema sanitario. - Intervenciones para facilitar el encuentro entre el paciente/ familia y el sistema de asistencia sanitaria.

a. **Gestión del Sistema sanitario.** - Intervenciones para proporcionar y potenciar los servicios de apoyo para la provisión

de los cuidados.

- b. **Control de la información.** - Intervenciones para facilitar la comunicación sobre la asistencia sanitaria.

Campo 7. – Comunidad

Cuidados que apoyan a la salud de la comunidad

- c. **Fomento de la salud de la comunidad.** - Intervenciones que fomentan la salud de toda la comunidad.
- d. **Control de riesgos de la comunidad.** - Intervenciones que ayudan a detectar o prevenir riesgos sanitarios en el conjunto de la comunidad.

Las intervenciones de la NIC se han relacionado con los diagnósticos de enfermería de la NANDA Internacional (NANDA I).

LA NIC está reconocida por la American Nurses Association (ANA) y está incluidas como el conjunto de datos que aportan unas normas uniformes para el ANA.

La selección de las intervenciones de enfermería que han de utilizarse con un paciente concreto forma parte de la toma decisiones clínicas de un profesional de enfermería. Como método general, sugerimos que en primer lugar se realice el diagnóstico o diagnósticos, después se elijan los resultados y los indicadores, realizando una valoración del paciente respecto a ellos, y posteriormente se escojan las intervenciones y las

actividades adecuadas, aplicándolas y después valorando de nuevo los resultados. Si se desean fijar objetivos, pueden derivarse de los resultados NOC.

Las ventajas de la NIC, proporcionan un lenguaje normalizado que nos ayudará a comunicar nuestras intervenciones en diferentes situaciones y al mismo tiempo permite realizar cuidados individualizados.

De todas las clasificaciones, sólo la NANDA-I, la NIC y la NOC son completas y se hacen esfuerzos continuados para mantenerlas actualizadas. Las relaciones que vinculan a estas clasificaciones (66) y la propuesta de una estructura de organización común (67) presentan a los usuarios un sistema de clasificación completo que puede utilizarse para documentar los cuidados en los distintos ámbitos y especialidades.

Fase de Ejecución

Es la cuarta fase, se ejecuta las intervenciones que se ha seleccionado en la fase anterior y se va valorando las respuestas del paciente a las mismas.

Fase de Evaluación

La evaluación es el proceso de determinar los cambios de los indicadores de la NOC.

El proceso de enfermería frecuentemente se describe como una evolución paso a paso, pero en realidad la enfermera puede ir hacia delante y hacia atrás durante su desarrollo. Las enfermeras se mueven entre la valoración y el diagnóstico enfermero, por ejemplo, cuando se recogen datos adicionales y se agrupan en patrones significativos y se evalúa la precisión del diagnóstico. Igualmente, la eficacia de las intervenciones y la consecución de los resultados identificados se evalúan de manera continua cuando se valora el estado del paciente. La evaluación debe realizarse, finalmente, en cada paso del proceso, así como una vez que el plan de cuidados ha sido implementado.

Algunas cuestiones a tener en cuenta incluyen: «¿qué datos puedo haber olvidado? ¿Estoy haciendo un juicio inadecuado? ¿Estoy seguro de este diagnóstico? ¿Necesito consultar con alguien que posea mayor experiencia? ¿He confirmado el diagnóstico con la persona/familia/grupo/comunidad? ¿Los resultados establecidos son apropiados para este paciente en este entorno, dada la realidad de la afectación del paciente y los recursos disponibles? ¿Las intervenciones están basadas en las evidencias provenientes de la investigación o en la tradición (p. ej., "lo que hacemos siempre")?».

Evaluar la efectividad de los cuidados de enfermería requiere resultados centrados en el estado del paciente, que puedan medir los cambios a corto plazo después de una intervención o episodios e

cuidados, y los cambios a largo plazo durante el curso de una dolencia o enfermedad.

2.2.3 Aplicación del Proceso de atención de enfermería con NANDA, NOC Y NIC

Diversos autores coinciden que el Proceso de atención de enfermería, permite enlazar el conocimiento científico de la teoría con su aplicación en la práctica y la persona recibe un mejor cuidado integral, por lo que debe concebirse como un modelo de trabajo para el desempeño profesional (68).

Los lenguajes normalizados facilitan la enseñanza del proceso de enfermería cuando están integrados por completo en cada uno de los cinco pasos.

De esta forma, para concebir y aplicar el Proceso de enfermería con NANDA, NOC y NIC, se hacen necesarios unos requerimientos previos del profesional de enfermería como son los conocimientos, las habilidades y la crítica, el primero de ellos hace referencia a las bases teóricas de la enfermera que cuenta con filosofía, teorías, modelos conceptuales, investigaciones científicas propias de la profesión, pero también tienen alguna bases conceptuales de otras áreas del conocimiento, principalmente de las ciencias básicas, especialmente de la morfo- fisio- patología, la psicología y las ciencias sociales. Las

habilidades que se crean y fortalecen el proceso formativo de la disciplina profesional tanto en términos científicos como procedimentales, conductuales y actitudinales y, finalmente, la crítica entendida como las consideraciones a partir de la revisión, interiorización y aplicación de los contenidos de las ciencias en general y de la experiencia con una postura lógica, coherente y constructiva.

Además de los conocimientos y la experiencia, la aplicación de la metodología demanda la elaboración de procesos lógicos de pensamiento que permitan comprender los fenómenos del cuidado, recrearlos e interpretarlos con arreglo al bagaje científico recogido y generar respuestas y decisiones asertivas. Este marco racional denominado pensamiento crítico favorece entonces la realización de unas acciones de cuidado ajustadas a la realidad de los pacientes, pero con un profundo carácter científico, técnico y humanístico (69).

La aplicación del Proceso de Enfermería requiere de conocimientos, habilidades y actitudes que permitan su aplicación sistemática y orientada a fines específicos, para lo cual las habilidades intelectuales son esenciales para conferir el carácter lógico al proceso. Los procesos educativos son decisivos para la formación de actitudes y adquisición de competencias necesarias para el desempeño profesional.

En este orden de ideas, y a partir del concepto de Facione de que el pensamiento crítico “es reconocido como el motor cognitivo que guía

los procesos de desarrollo del conocimiento y de juicio profesional en una amplia variedad de profesiones”, es preciso desarrollar estrategias que permitan indagar el nivel de apropiación teórica y la capacidad de utilizar los conceptos en situaciones de la práctica cotidiana, lo que determina entonces la competencia clínica (18).

Fase de Valoración

La Valoración es el primer paso en el proceso enfermero y el más crítico.

La valoración implica la recogida de la información.

Existen dos tipos de valoración: el cribado y en profundidad. Ambos requieren de recogida de datos, pero responden a diferentes propósitos.

La valoración de cribado. - Es la fase inicial de recogida de datos, y es probablemente la más fácil de completar. La enfermera completa todos los espacios en blanco del formulario como las funciones vitales, etc.

La valoración en profundidad o focalizada. - La enfermera empieza a recoger nuevos datos que le ayudaran a determinar si existen otras respuestas humanas que sean de interés, que indiquen riesgos para el paciente, o que sugieran oportunidades de promoción de la salud.

Las enfermeras recogen dos tipos de datos relacionados con el paciente: subjetivos y objetivos.

Datos subjetivos. - Basado en sentimientos u opiniones más que en hechos. Proviene de los informes verbales del paciente sobre sus percepciones o pensamientos acerca de su salud, vida diaria, bienestar y relaciones, etc.-Si el paciente es incapaz de proporcionar información debemos confiar en otras fuentes, como los miembros de la familia/ amigos íntimos o de los padres. (9)

Datos objetivos. - Basado en hechos más que en sentimientos u opiniones. Son aquellos aspectos que la enfermera observa sobre el paciente. Los datos objetivos se recogen a través del examen físico y de los resultados de las pruebas diagnósticas. Se utiliza no solo la vista sino todos los sentidos. Se hace uso de instrumentos y aparatos para recoger datos numéricos del paciente: como el peso, tensión arterial etc. En otras palabras, todo lo medible. (9)

Una vez recogida estos datos, llamados también características definitorias o datos relevantes que corresponde a un tipo de paciente, es conveniente agruparlo por especialidad. Sin embargo, al agruparse la información se va agrupando para formar un patrón y será necesario elegir la teoría o modelo de valoración pueden ser:

Teorías y modelos de enfermería

Cuando se realiza la valoración es importante tener en cuenta que desde siempre ha existido una guía para poder recoger datos e

interpretarlos desde la época de Florence Nightingale, es así que al realizar la valoración de un individuo, grupo o comunidad se obtiene datos relevantes de la realidad del paciente, y para ello se cuenta con instrumentos permanentes que ayudan a las (los) enfermeras en la práctica profesional como guía para organizar los datos obtenidos en la valoración y de esta manera tomar decisiones precisas para brindar los cuidados adecuados al paciente.

Existen diferentes modelos, teorías o esquemas que han sido creados por enfermeras para de una manera científica y práctica lograr que el inicio de todo un proceso sea exitoso desde su primera etapa como es la valoración, estos instrumentos son el arma para afianzar el trabajo que el profesional de enfermería realiza desde el comienzo hasta el final del proceso.

Teoría de las Necesidades Básicas de Virginia Henderson

Profesión enfermera nació en Estados Unidos Missouri el 30 de noviembre de 1897 y muere en Branford el 19 de marzo de 1996, cada trabajo realizado a favor de la enfermería ha sido de gran aporte a nivel mundial para la profesión entre ellas podemos destacar el nuevo concepto de lo fisiológico e incorporó los psicológico dentro de las llamadas Necesidades Humanas, con esto se determina que el paciente no solo tiene Necesidades fisiológicas sino en aspectos psicológicos es de suma importancia y que el profesional de enfermería

debe conocer para brindar los cuidados dependiendo de lo que este afectado en este ámbito, además se incluyen necesidades a nivel espiritual, recreativo, ocupacional es decir se afirma que el ser humano es un ser complejo y por ende se debe abarcarlo como un todo, y cuando estas están afectadas el profesional de enfermería debe actuar con sus cuidados e intervenciones para lograr nuevamente la normalidad de cada una ellas y que el ser humano vuelva su independencia.

Los patrones funcionales de Margorie Gordon

Margorie Gordon, enfermera y profesora de la rama de enfermería nació el 20 de mayo de 1911 y muere en Boston el 29 de abril de 2015, como dato importante hay que mencionar que fue la primera presidenta de la NANDA, se involucró desde los años 70 a desarrollar el lenguaje enfermero estandarizado, sus obras han sido parte fundamental de este gran logro para la profesión de enfermería. Gordon alcanza diseñar un modelo sistemático para la valoración de enfermería en cual consta de 11 patrones funcionales para conocer de forma global y holística esto con el objetivo de generar diagnósticos de enfermería.

Los patrones Funcionales de Gordon son:

1. Patrón del Manejo de la Salud

Básicamente trata de cómo percibe el paciente (individuo), por sí mismo su estado de salud y su bienestar y como maneja según las circunstancias en que se encuentre todo lo relacionado con su salud, su mantenimiento o recuperación.

2. Patrón de la Nutrición – metabólico

Este patrón está relacionado con valorar y con ello determinar las costumbres sobre la ingesta de los alimentos y líquidos que tiene el paciente, en relación con las necesidades metabólicas del individuo, familia o comunidad.

3. Patrón de la eliminación

Describe la función de excreción y secreción, intestinal, urinaria, tegumentaria y respiratoria del individuo y cada uno de los aspectos que tiene que ver con cada una de las funciones de eliminación.

4. Patrón de la actividad / reposo

Determina las capacidades que tiene el paciente con respecto a la movilidad, la actividad y para la realización de actividades motoras en la vida diaria además de las respuestas cardiovasculares, respiratorias y neurológicas.

5. Patrón del sueño – descanso. - Describe todo lo relacionado con

el sueño, las costumbres individuales, para descansar o dormir. La percepción que tiene el individuo de la calidad y la cantidad

del sueño y del reposo, así mismo describir si existen trastornos en el sueño para poder brindar el apoyo y los cuidados necesarios.

6. Patrón cognitivo perceptual

Se describe el patrón cognitivo del individuo, se valora los cinco sentidos (oído, olfato, tacto, gusto, la vista) si estos están de alguna manera afectados. En este patrón también se valora y determinara el nivel del dolor el cual nos manifiesta el paciente y el cual el profesional de enfermería puede medir, sin dejar a un lado a las capacidades cognitivas del paciente en relación a la toma de decisiones, la memoria, el lenguaje, el nivel de atención, orientación, el grado de sensación, percepción, y comunicación que este tenga.

7. Patrón Autopercepción – autoconcepto

Este patrón se refiere a cómo cree el paciente que se ve, se siente, es decir se valora su auto concepto y las percepciones de él mismo, incluye las actitudes del individuo hacia sí mismo

8. Patrón del rol – relaciones

Abarca el desempeño que tiene el paciente y como se desarrolla en varios campos como son: en el seno familiar, social, laboral. Así como también las responsabilidades que tiene que cumplir

en los diversos ámbitos que este desempeño.

9. Patrón de la sexualidad – reproducción

Es este patrón se valora todo lo relacionado con la sexualidad las satisfacciones, insatisfacciones, además los trastornos o enfermedades que a nivel sexual o reproductiva se desarrollan; aquí se describe los problemas, etapas, evolución en relación a la sexualidad tanto en hombres como en mujeres.

10. Patrón de la Adaptación Tolerancia al estrés

Este patrón está enfocado en la adaptación y efectividad que el individuo tiene para manejar los diversos tipos y niveles de estrés, también describe las formas que el individuo usa para controlar el estrés y su manera de manejar las diversas situaciones que debe afrontar.

11. Patrón de los valores – creencias

En este patrón se identifica los valores éticos, morales del individuo como también las creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones definitivas del individuo.

Teoría de autocuidado de Dorothea Orem

Dorothea Elizabeth Orem (1914-2007) desarrolló una teoría general de enfermería, que integra tres teorías: la Teoría del Autocuidado, la

Teoría del Déficit de Autocuidado y la Teoría de los Sistemas de Enfermería.

Orem, su meta era mejorar la calidad de la enfermería en los hospitales generales, trabajó en un proyecto para mejorar la formación práctica de las enfermeras y desarrolló su definición de la práctica de enfermería y del Autocuidado. El primer libro publicado por Orem fue nursing. Concepts of practice en 1971 (70).

Orem define al autocuidado como “conducta aprendida por el individuo dirigida hacia sí mismo y el entorno para regular los factores que afectan su desarrollo en beneficio de la vida, la salud y el bienestar” (71).

De esta teoría se derivan conceptos elementales, que son su centro de partida, dentro de los cuales mencionaremos: 1) el agente de autocuidado propio, que se refiere a la propia persona, capaz de aprender y cubrir sus necesidades de autocuidado; 2) el agente de autocuidado al dependiente, aquella que brinda el cuidado a otra, y que representa algo importante para ella y 3) el agente o agencia de autocuidado terapéutico, que es un profesional o una organización de Enfermería.

Esto plantea que el cumplimiento de los requisitos de auto -cuidado depende de los factores que lo condicionan, mismos que se derivan de

la cultura, creencias y costumbres de cada comunidad. Estos factores son: edad, estado de desarrollo, sexo, sistema familiar, educación formal, orientación sociocultural, disponibilidad de recursos, patrones de vida y estado de salud (72)

Actualmente se utiliza la teoría de general del Déficit de Autocuidado a través de una guía de valoración.

El rol de la enfermera, pues, consiste en persuadir a la persona a avanzar en el camino para conseguir responsabilizarse de sus autocuidados utilizando cinco modos de asistencia: actuar, guiar, apoyar, procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y enseñar. Para ello el profesional de enfermería se vale de tres modos de actuación: sistema de intervención totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio o de asistencia/enseñanza según la capacidad y la voluntad de las personas (73).

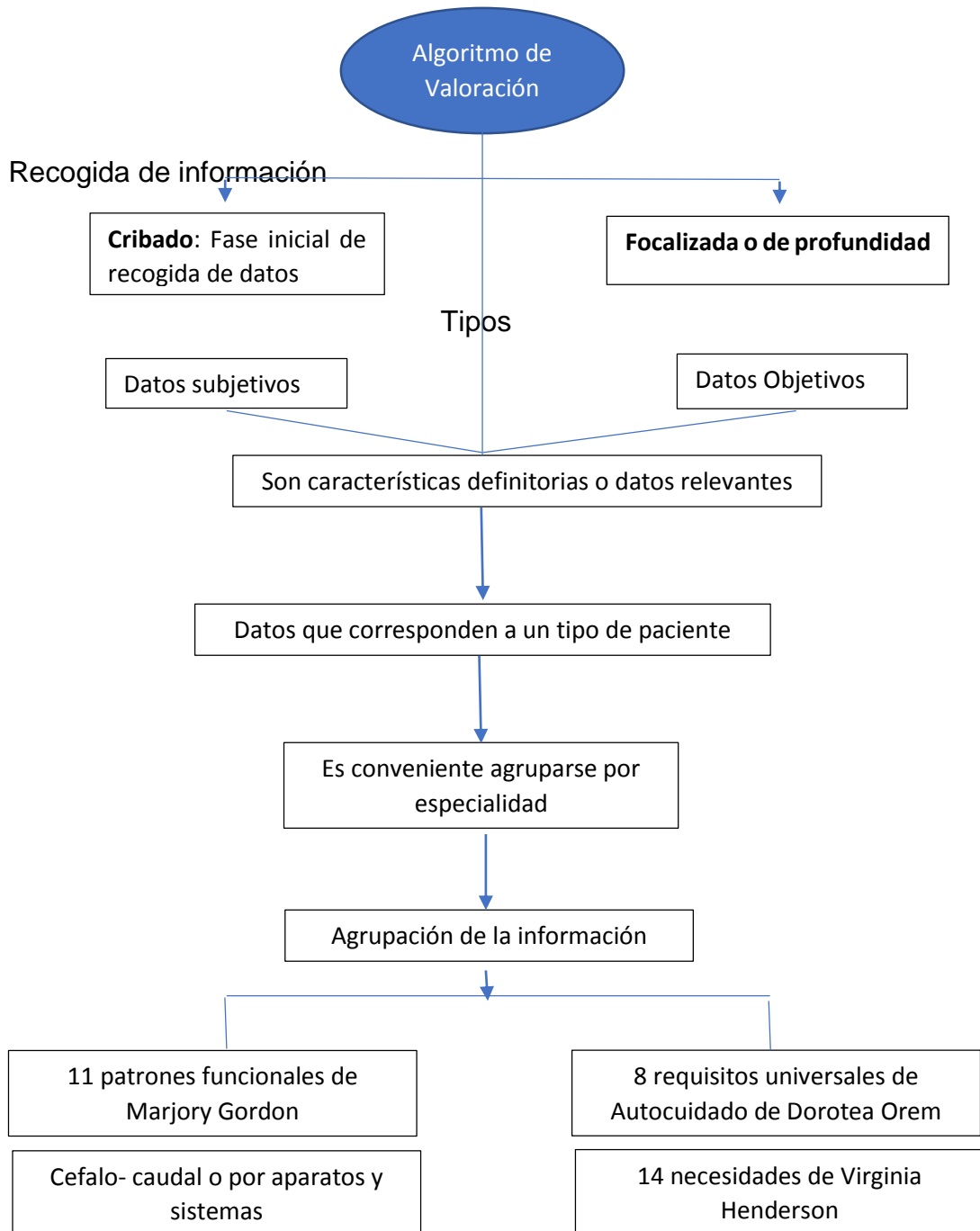
Céfalo -caudal o aparatos y sistemas anatómicos. - El examen céfalo caudal, es partiendo de zonas superiores a las inferiores, al realizar examen físico debemos seguir dicho orden, desde la región cefálica hasta la caudal.

En el examen físico por sistemas y aparatos los aspectos a examinar son:

- Sistema Respiratorio.

- Sistema Cardiovascular.
- Sistema Digestivo.
- Sistema Hemolinfopoyético.
- Sistema Endocrino.
- Sistema Osteomioarticular.
- Sistema Genitourinario.
- Sistema Nervioso.

Gráfico N° 1
Algoritmo de Valoración



Fuente: Elaboración del autor según la NANDA Internacional. Definiciones y clasificaciones 2015- 2017

La clasificación de diagnósticos de enfermería de NANDA Internacional (NANDA-I) (Herdman, y Kamitsuru) 2015- 2017), la Clasificación de Resultados de Enfermería- NOC (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2013) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería- NIC (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2013); son tres terminologías estandarizadas que hacen referencia a los elementos del proceso de enfermería diagnósticos, intervenciones y resultados, conocidas conjuntamente como taxonomía NANDA-NIC-NOC (NNN)

Estas tres clasificaciones están estructuradas en tres niveles: dominios, clases y conceptos (que corresponden a los diagnósticos, intervenciones o resultados).

Cada concepto consta de una etiqueta, una definición y un código numérico único.

Actualmente, la taxonomía II de la NANDA-I, presenta 235 diagnósticos de enfermería (Herdman y Kamitsuru); así como su localización en los 13 dominios y las 47 clases (9)

A medida que crezca la habilidad de la enfermera para relacionar diagnósticos, intervenciones y resultados, evolucionará la teoría prescriptiva de la práctica de enfermería.

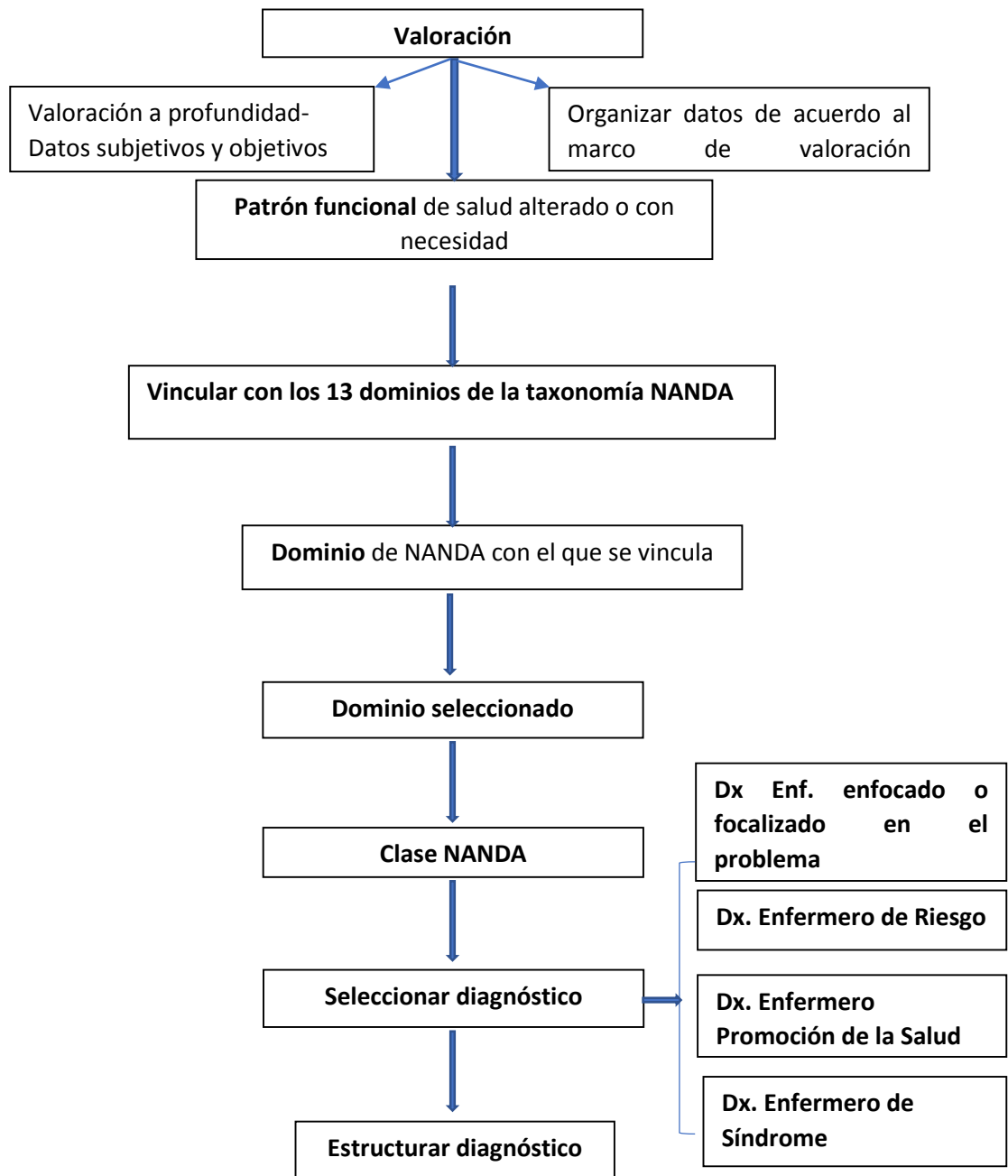
Los profesionales de enfermería utilizan el criterio clínico con las personas, familias y comunidades para mejorar su salud, aumentar su capacidad de afrontar los problemas de salud y fomentar su calidad de vida.

II Fase de diagnóstico

Tras la valoración y organización de los datos a través de un marco de valoración, se identifica el patrón funcional alterado o con necesidad, luego se procede a vincular con los 13 dominios de la taxonomía NANDA, para luego vincular con el dominio de la NANDA, el dominio seleccionado con la clase para después seleccionar el tipo de diagnóstico; y luego terminar de estructurar el diagnóstico con los factores relacionados y características definitorias, pero dependiendo el tipo de diagnóstico. (Diagnóstico focalizado en el problema, diagnóstico de riesgo, diagnóstico de Promoción de la Salud, diagnóstico de síndrome).

Gráfico N° 2

Algoritmo de Diagnóstico Enfermero Simplificado



Fuente: Elaboración del autor según la NANDA Internacional: Definiciones y clasificaciones 2015-2017

III Fase de Planificación:

Para establecer la planificación, se deberá tomar en cuenta el diagnóstico de la NANDA- I seleccionado, para luego desarrollar la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC).

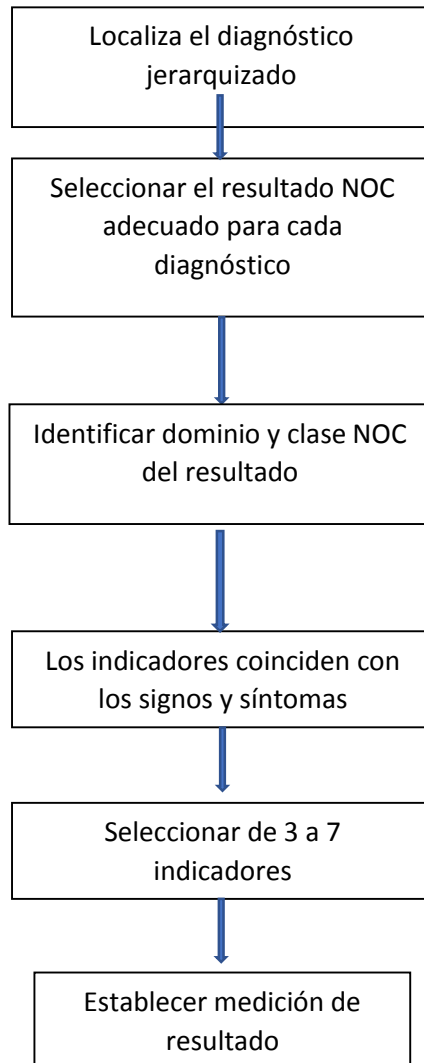
NOC

Primero se procederá a localizar el diagnóstico de la NANDA-I, luego seleccionar el resultado NOC adecuado para el diagnóstico. Luego identificar el dominio y clase NOC del resultado, después verificar si los indicadores coinciden con los signos y síntomas, seleccionando de 3 a 7 indicadores para luego terminar de establecer la medición de resultado.

Cada resultado de la NOC describe el estado del paciente a nivel conceptual con indicadores que se espera que respondan a la intervención de enfermería. Los indicadores de cada resultado permiten cuantificar los resultados en cualquier punto de una escala de Lickert de 5 puntos, desde lo más negativo a lo más positivo. Los resultados de evaluaciones repetidas a lo largo del tiempo permiten identificar los cambios en el estado del paciente. Por tanto, los resultados de la NOC pueden utilizarse para controlar el grado del progreso, la ausencia de progreso, durante un episodio de cuidados.

Gráfico N° 3

ALGORITMO NOC



Fuente: Elaboración del autor según el libro NOC: Clasificaciones de los resultados de enfermería, quinta edición.

NIC

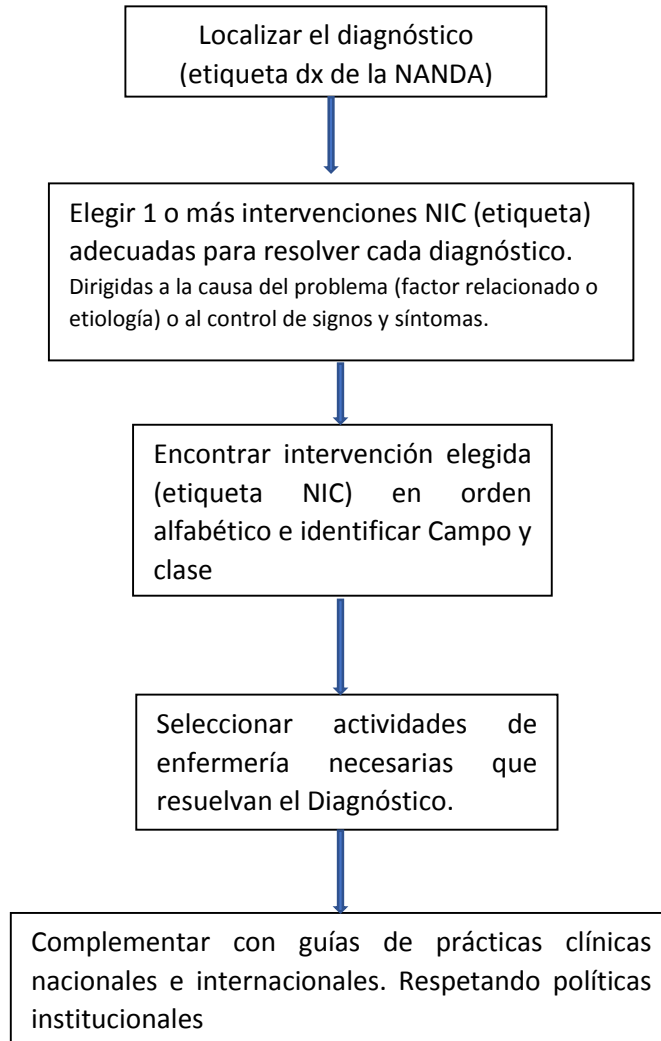
Para desarrollar las intervenciones de enfermería, se procederá primero a localizar el diagnóstico de la NANDA y luego se elegirá una o más intervenciones adecuadas para resolver cada diagnóstico. Estas están dirigidas a la causa del problema y al control de signos y síntomas. Luego se procede a encontrar la intervención elegida identificando el campo y clase; luego se selecciona las actividades de enfermería necesarias que resuelvan el diagnóstico y se complementa con las guías de prácticas clínicas institucionales, nacionales o internacionales.

Para Bulechek & McCloskey (74) : El profesional de enfermería para que sea competente debe poner en práctica la intervención; y para ello debe de considerar lo siguiente:

1. Tener conocimiento del fundamento científico de la intervención,
2. Poseer las habilidades psicomotoras e interpersonales necesarias
3. Ser capaz de trabajar en cada caso concreto para utilizar de manera eficaz los recursos sanitarios (75).

Gráfico N°4

ALGORITMO NIC



Fuente: Elaboración del autor según el libro de NIC: Clasificación de intervenciones de enfermería, sexta edición.

La utilización de un lenguaje normalizado para comunicar la naturaleza de los tratamientos no quiere decir que dejemos de proporcionar cuidados individualizados. Las intervenciones se adaptan a las personas mediante la elección selectiva de las actividades y la modificación de las mismas según corresponda a la edad, estado físico, emocional y espiritual del paciente y su familia. Estas modificaciones son realizadas por el profesional de enfermería mediante un juicio clínico lógico.

Los resultados y las intervenciones se seleccionan en función de diagnósticos de enfermería concretos.

Para Herdman, “Un diagnóstico enfermo proporciona las bases para la selección de las intervenciones de enfermería para conseguir los resultados sobre los cuales la enfermera tiene responsabilidad” (58).

IV. Fase de ejecución

Tras la fase de planificación se pondrá en ejecución el Plan de cuidados según el tipo de paciente.

V. Fase de Evaluación:

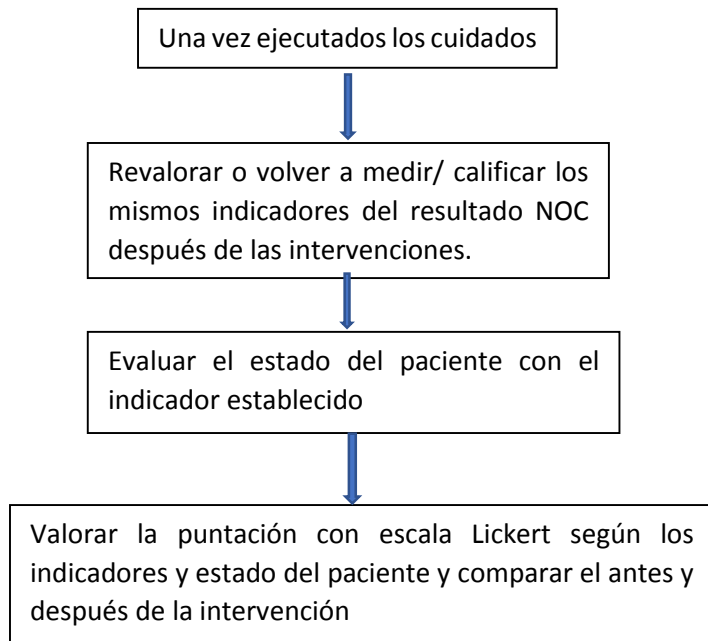
Una vez ejecutado los cuidados, se revalora o se vuelve a medir los indicadores de la clasificación de resultados enfermeros (NOC) después de las intervenciones. Y evaluamos es estado del paciente con el indicador

establecido. Y valorar la puntuación con la escala de Lickert los indicadores y estado del paciente y comparar el antes y el después de la intervención.

La evaluación es el proceso de determinar los cambios de los indicadores del NOC.

Gráfico N° 5

Algoritmo de Evaluación



Fuente: Elaboración del autor según el libro NOC: Clasificaciones de los resultados de enfermería, quinta edición.

2.2.4 Teoría de Benner: Principiante a experta

Patricia Benner, estableció los niveles de adquisición de destrezas en la práctica de la Enfermería en la obra *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice* (1984). Benner utilizó descripciones sistemáticas de cinco etapas: principiante, principiante avanzado, competente, eficiente y experto.

La Filosofía de Patricia Benner, muestra el proceso que la enfermera(o) atraviesa desde recién graduada(o) hasta que se especializa en un área determinada. Durante este proceso van surgiendo una serie de cambios de conducta; se van adquiriendo habilidades que hacen que el desempeño profesional sea cada vez de mejor calidad (76).

PRINCIPIANTE: es la persona que no tiene ninguna experiencia previa de la situación a la que debe enfrentarse. Existen problemas para diferencias entre los aspectos relevantes y los irrelevantes de una situación. Por regla general, es este estadio se encuentran los estudiantes de Enfermería, aunque también podrían encontrarse las enfermeras expertas en un área determinada cuando tienen que enfrentarse a una situación que les es desconocida. Un ejemplo de ello pueden ser las enfermeras de planta. Pueden ser expertas en el área de maternidad, pero cuando son trasladadas a otra planta, encuentran dificultades.

PRINCIPIANTE AVANZADA: es la persona que puede demostrar una actuación aceptable por lo menos parcialmente después de haberse

enfrentado a un número suficiente de situaciones reales o después de que un tutor le haya indicado los elementos importantes recurrentes de la situación. En este estadio, la persona posee la experiencia necesaria para dominar algunos aspectos de la situación. Las enfermeras en este nivel siguen normas y se orientan por las tareas que deben realizar. Tienen problemas para dominar la situación actual del paciente desde una perspectiva más amplia. En esta etapa, a la enfermera no le preocupa tanto conocer las respuestas y necesidades de los pacientes, sino que estudian las situaciones clínicas para demostrar sus capacidades y saber lo que exige la situación a la que se enfrentan.

COMPETENTE: este nivel se caracteriza por una considerable planificación consistente y deliberada que determina los aspectos de las situaciones actuales y futuras que son importantes y cuáles no. La atención se centra en la gestión del tiempo y en la organización de las tareas de la enfermera, en vez de centrarse en la planificación del tiempo.

EFICIENTE: este es un salto cuantitativo con respecto al competente. Ahora la persona es capaz de reconocer los aspectos más importantes y posee un dominio intuitivo de la situación a partir de la información previa que conoce.

EXPERTA: en este nivel, la enfermera posee un dominio intuitivo de la situación y es capaz de identificar el origen del problema sin perder tiempo en soluciones y diagnósticos alternativos. La enfermera experta posee

habilidad de reconocer patrones gracias a su amplia experiencia. La enfermera desarrolla su ejercicio profesional de manera flexible y muy eficiente; ya no necesita reglas, directrices o máximas para conectar su conocimiento de la situación con la acción adecuada. Demuestra capacidad analítica elevada e intuitiva ante situaciones nuevas y tiende a realizar una acción determinada porque “siente que es lo correcto.

2.3 Definición conceptual de términos:

Conocimiento. -El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (*a posteriori*), o a través de la introspección (*a priori*).

Aplicación. - Es un término que proviene del vocablo latino *applicatio* y que hace referencia a la acción y el efecto de aplicar o aplicarse (poner algo sobre otra cosa, emplear o ejecutar algo, atribuir).

Proceso de atención de enfermería. -Es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que nos permite a los profesionales prestar los cuidados que demandan el *paciente*, la *familia* y la *comunidad* de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática.

Taxonomía. -Ciencia que trata de los principios, métodos y fines de la clasificación, generalmente científica

NANDA. - I.- Presenta los diagnósticos enfermeros publicados por NANDA - I y traducidos al español por Elsevier. El libro publicado por NANDA-I se renueva cada dos años y la herramienta es actualizada siempre con las últimas actualizaciones provenientes de NANDA - I

NOC. - Clasificación de resultados de enfermería.

NIC. - Clasificación de intervenciones de enfermería

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo y Diseño de la Investigación

Esta investigación es descriptiva de corte transversal y correlacional

Descriptivo: Porque se buscó describir las variables: nivel de conocimiento y aplicación del PAE con la taxonomía NANDA, NOC y NIC partir de la información recolectada de manera independiente.

Correlacional: Porque permite establecer la relación entre el nivel conocimiento y la aplicación del PAE con la taxonomía NANDA, NOC y NIC.

3.2. Población

- **Población**

La población estuvo conformada por todos los profesionales de enfermería que laboran en el Servicio de emergencia del HHUT.

- **Muestra:** Muestreo no probabilístico: a juicio del investigador, tomando como muestra censal al profesional de enfermería, que vienen a ser un total de 25 que laboran en el servicio de emergencia del hospital Hipólito Unanue de Tacna, por ser una población finita y accesible de ser medida.

Criterios de inclusión:

- Profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencia del HHUT.
- Profesionales de enfermería que aceptan participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Profesionales de enfermería que se encuentran de vacaciones o licencia por enfermedad.
- Profesionales de enfermería que no desean participar en la investigación.
- Profesional de enfermería con cargo directivo o realizando funciones de oficina.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnicas:

Para la variable Conocimientos sobre el Proceso de atención de enfermería con la taxonomía NANDA, NOC, NIC, se utilizó la técnica: encuesta y como instrumento el cuestionario, elaborado por la presente autora en base al libro de la NANDA, NOC Y NIC; con el propósito de obtener información sobre el conocimiento del Proceso de atención de enfermería con la taxonomía NANDA, NOC y NIC en el profesional de enfermería del servicio de emergencia.

Para la variable Aplicación del Proceso de atención de enfermería con la taxonomía NANDA, NOC Y NIC, se utilizó la técnica Observacional; elaborado por la presente autora en base al libro de la NANDA, NOC y NIC, a través de una lista de cotejo relacionadas con el algoritmo del Proceso de atención de enfermería con taxonomía NANDA, NOC y NIC.

El instrumento que se utilizó para recopilar información en cuanto al Conocimientos sobre el Proceso de atención de enfermería con la taxonomía NANDA, NOC y NIC, fue a través de un cuestionario. Y para la aplicación del Proceso de atención de enfermería con la taxonomía NANDA, NOC Y NIC, se utilizó la lista de cotejos. (Ver anexo 1 y 2).

Instrumento N° 1: Cuestionario sobre el Proceso de atención de enfermería con la taxonomía NANDA, NOC y NIC.

El cuestionario de esta investigación está basado en el libro de la NANDA Internacional: Definiciones y clasificaciones 2015-2017, en el libro NOC: Clasificaciones de los resultados de enfermería, quinta edición y en el libro NIC: Clasificación de intervenciones de enfermería, sexta edición; es de carácter anónimo y consta de dos partes.

La primera parte está conformada por:

Las características sociodemográficas como la edad, sexo, especialidad, años de experiencia en emergencia, capacitación sobre el PAE con NANDA, NOC y NIC y fecha de realización del último curso en PAE.

La segunda parte consta de 20 preguntas tipo test sobre PAE con NANDA, NOC y NIC, con cuatro a cinco posibles respuestas, con una posibilidad correcta, donde se explora los conocimientos de los profesionales en cuanto a NANDA, NOC y NIC, que hacen referencia explícita de los aspectos actualizados de los libros de la NANDA, NOC Y NIC.

Las dimensiones a considerar según la NANDA, NOC Y NIC y los ítems respectivos para cada dimensión:

Valoración: 1.2.3.4

Diagnóstico (NANDA): 5.6.7.8.9.10.

Resultados esperados (NOC): 11.12.13.14

Intervenciones de enfermería (NIC): 15, 16, 17,18

Evaluación: 19, 20

La escala de medición:

Nivel de conocimiento alto: 16-20

Nivel de conocimiento medio: 8-15

Nivel de conocimiento bajo: 1-7

Instrumento N° 2: Lista de cotejo sobre la aplicación del Proceso de atención de enfermería con la taxonomía NANDA, NOC y NIC

La lista de cotejo está relacionada con el contenido de los algoritmos: algoritmo de valoración, algoritmo de diagnóstico de la NANDA, algoritmo de resultados esperados: NOC, algoritmo de intervenciones: NIC y algoritmo de evaluación; basándose en el contenido de los libros de la NANDA 2015- 2017, del libro NOC y del libro NIC, se utilizó para cotejar cada una de las acciones o conductas que deberán ser aplicadas por las enfermeras durante el desarrollo de la aplicación del PAE con NANDA, NOC y NIC ; en el servicio de emergencia del HHUT.

La lista de cotejo es llamada lista de chequeo, es una herramienta basada en la observación estructurada o sistemática que permite obtener información más precisa y consiste en una serie de aspectos a evaluar (contenido, habilidades, conductas, etc.), está conformada por ítems dicotómicos, y no implica juicios de valor.

Las dimensiones a considerar para aplicación del PAE con NANDA, NOC Y NIC:

- Valoración: 1,2, 3, 4, 5
- Diagnóstico (NANDA): 6, 7, 8, 9
- Resultados esperados (NOC): 10, 11,12, 13
- Intervenciones de enfermería (NIC): 14,15,16.17
- Evaluación: 18,19,20

El criterio de calificación el puntaje es Si= 2 y No = 1

Los puntajes obtenidos para la escala total resultan del promedio de las diversas respuestas a los 20 ítems, de la misma manera se procede en cada sub escala. Para el presente instrumento se consideró aprobado cuando el 70 % es aplicado.

Para el instrumento sobre aplicación del proceso de atención de enfermería con NANDA, NOC y NIC; se consideró la siguiente escala de medición:

- Aplicación correcta: 14 - 20
- Aplicación incorrecta: 1 – 13

Validez Y Confiabilidad

Validez: Se realizó en base a criterios de expertos en el tema y fueron tres enfermeras asistenciales que laboran en el hospital Hipólito Unanue de Tacna y que a su vez realizan labor docente de prácticas en enfermería de la UNJBG.

Así mismo se aplicó una prueba piloto a 20 profesionales 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. (Ver Anexo N°3)

Confiabilidad: La confiabilidad del instrumento para medir el conocimiento y aplicación del PAE con NANDA, NOC y NIC, se obtuvo mediante el alfa de Cronbach, que fue de un valor de 0,8, para el conocimiento y para la práctica un valor de 0,78; por lo tanto, los instrumentos fueron aplicados para la presente investigación. (Ver Anexo N° 4)

3.4. Procedimiento de recolección de datos:

Se procedió a solicitar la autorización a la dirección ejecutiva del Hospital Hipólito Unanue, para la ejecución de las encuestas, en la cual mediante la unidad de apoyo a la docencia e investigación se me brindó la credencial de acreditación para la aplicación de los instrumentos.

Antes de la recolección de datos del cuestionario sobre el PAE con la taxonomía NANDA, NOC Y NIC se explicó ampliamente, a los participantes, los procedimientos que se llevaran a cabo en el estudio y se les solicitó que firmaran una hoja de consentimiento informado; posteriormente se dieron las instrucciones para que respondan el instrumento de evaluación y se aclararon todas las dudas a este respecto.

Se realizó un análisis descriptivo de las características sociodemográficas y laborales de los participantes, así como del nivel de conocimientos sobre el PAE con taxonomía NANDA, NOC Y NIC.

Se realizó también asociaciones causales con la prueba de X^2 para evaluar la asociación entre nivel de conocimiento y aplicación.

En cuanto a la aplicación del PAE con NANDA, NOC Y NIC, el evaluador observará y marcará con un check list la conducta o acción

realizada, establecida en los enunciados relacionados con el contenido de los algoritmos del PAE con NANDA, NOC Y NIC

La observación fue realizada durante la atención de enfermería que brinda al paciente en el turno que le compete a cada enfermera del servicio según rol; una vez establecida en los enunciados relacionados con el contenido de los algoritmos del PAE con NANDA, NOC Y NIC

3.5. Procesamiento de datos

Los datos son procesados en el paquete SPSS v.22, se presentan los datos en tablas simples y gráficos para cada tabla.

Otro recurso informático que se usó es el MS Excel, aplicación de Microsoft Office, que se caracteriza por sus potentes recursos gráficos y funciones específicas que facilitan el ordenamiento de datos.

Para establecer la relación entre variables de estudio se utilizó la Correlación de Pearson y significancia de $p < 0,05$.

Al igual que con Excel, las tablas y los análisis efectuados se trasladaron a Word, para su ordenamiento y presentación final.

Se presentan las tablas representativas que responderán a cada objetivo específico. Así como también se realizó la comprobación de la hipótesis planteada procesadas por SPSS versión 22.

3.6. Consideraciones éticas

La investigación estuvo configurada bajo los siguientes principios esenciales:

1. El consentimiento informado, con base al conocimiento de los objetivos a obtenerse con la aplicación de los instrumentos de medición.
2. El principio de respeto a la dignidad humana se cumplió respetando la autodeterminación del profesional de salud y el reconocimiento irrestricto de la información.
3. La autodeterminación del profesional de salud fue de acuerdo con la decisión que ellos tomaron en forma voluntaria de su participación en el presente estudio.
4. En el cumplimiento del permiso de la privacidad, se cuidó el anonimato en cuanto a la información obtenida, estableciéndose el compromiso de confiabilidad de la información brindada.
5. El principio de autorización, tuvo en cuenta el consentimiento del personal de salud, después de una explicación clara y comprensiva sobre los objetivos de la investigación.

CAPITULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados

En el presente capítulo se da a conocer los resultados obtenidos en la investigación conforme a los objetivos e hipótesis planteados, los cuales son presentados en tablas y gráficos, con el fin de facilitar su análisis e interpretación; y han sido ordenados de la siguiente manera:

Tabla N ° 1

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL PROFESIONAL
DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL HIPOLITO UNANUE TACNA, 2017**

Datos Sociodemográficos	N°	%
Edad		
Adulto (30 a 59 años)	20	80,00
Adulto mayor (60 a más años)	5	20,00
Total	25	100,00
Sexo		
Masculino	5	20,00
Femenino	20	80,00
Total:	25	100,00
Especialidad		
Si	15	60,00
No	10	40,00
Total	25	100,00
Años de experiencia		
Menor de 5 años	8	32,00
De 6 a 20 años	10	40,00
De 21 a más	7	28,00
Total	25	100,00
Capacitación en PAE con NNN		
Si	17	68,00
No	8	32,00
Total	25	100,00

Fuente: Cuestionario aplicado al profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017. Elaborado por Ccusi, S en base a los libros de la NANDA, NOC y NIC

Descripción:

En la tabla 1, se visualiza la distribución de frecuencias de las características sociodemográfica de los profesionales de enfermería, respecto a la edad, el 80,00% (20) de los profesionales de enfermería son adultos, seguidos de la prevalencia en el sexo femenino, además el 60,00 % (15) tienen especialidad en emergencia y según los años experiencia el 40,00% (10) tiene de 6 a 20 años y el 68,00% (17) tienen capacitación en Proceso de Atención de Enfermería con la taxonomía NANDA, NOC y NIC en el servicio de emergencia del HHUT,2017.

Tabla N° 2

CONOCIMIENTO DEL PAE CON LA TAXONOMÍA NANDA, NOC Y NIC
POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO
DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE TACNA, 2017

Conocimiento del PAE	N °	%
Conocimiento alto	2	8,00
Conocimiento medio	14	56,00
Conocimiento bajo	9	36,00
Total	25	100,00

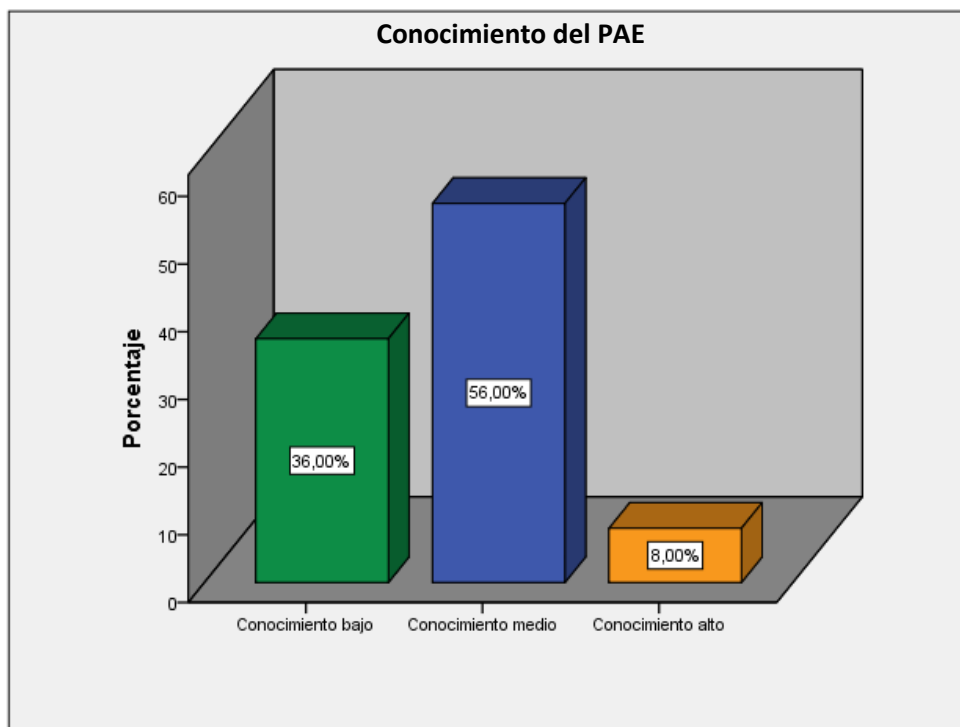
Fuente: Cuestionario aplicado al profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017. Elaborado por Ccusi, S en base a los libros de la NANDA, NOC y NIC

Descripción:

En la tabla 2, se observa que el Conocimiento sobre el Proceso de atención de enfermería con la taxonomía NANDA, NOC y NIC, es de conocimiento medio el 56% (14) en los Profesionales de enfermería y el 36% (9) presentan un nivel de conocimiento bajo. Así mismo se observa que presentan un nivel de conocimiento alto el 8% (2) de los profesionales de enfermería del servicio de emergencia del HHUT.

Gráfico N° 6

CONOCIMIENTO DEL PAE CON LA TAXONOMÍA NANDA, NOC Y NIC
POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO
DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE TACNA, 2017



Fuente: Tabla N° 2

Tabla N° 3

APLICACIÓN DEL PAE CON LA TAXONOMÍA NANDA, NOC Y NIC POR
EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE TACNA, 2017

Aplicación del PAE	Nº	%
Aplicación correcta	6	24,00
Aplicación incorrecta	19	76,00
Total	25	100,00

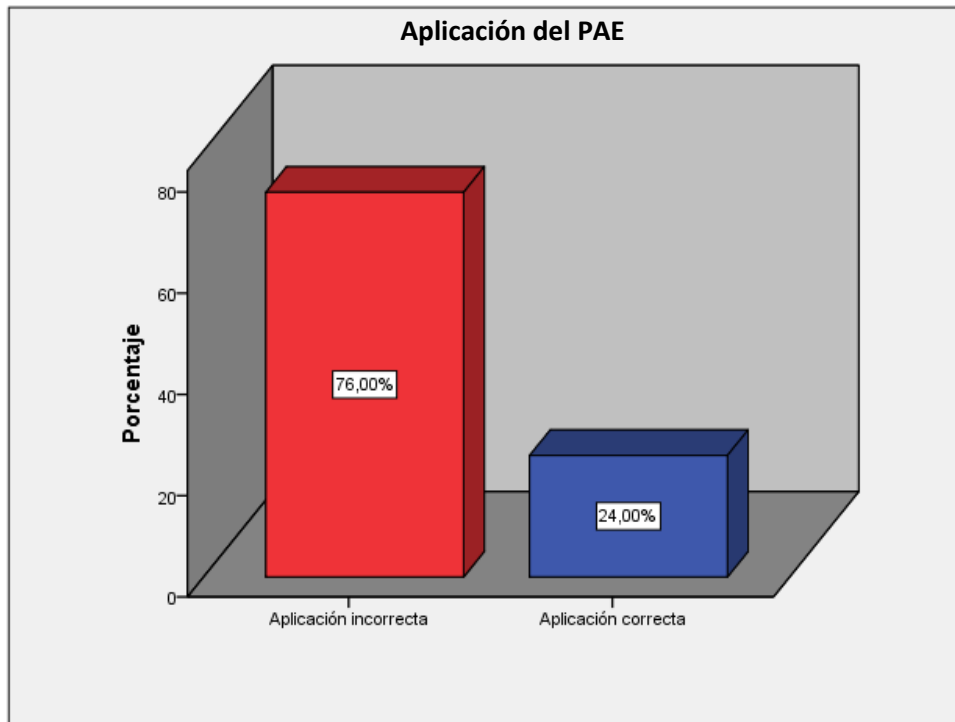
Fuente: Lista de cotejo aplicado al profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017. Elaborado por Ccusi, S en base a los libros de la NANDA, NOC y NIC

Descripción:

En la tabla 3, se describe la aplicación del PAE con la taxonomía NANDA, NOC y NIC, en los profesionales de enfermería del HHUT, 2017, se muestra que el 76% (19) de los profesionales de enfermería, aplican el PAE con la taxonomía NANDA, NOC y NIC en forma incorrecta; mientras que el 24 % (6) de los profesionales de enfermería aplican el PAE con la taxonomía NANDA, NOC y NIC, en forma correcta en el servicio de emergencias del HHUT.

Gráfico N° 7

APLICACIÓN DEL PAE CON LA TAXONOMÍA NANDA, NOC Y NIC POR
EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE TACNA, 2017



Fuente: Tabla N° 3.

Tabla N° 4

APLICACIÓN DE LA VALORACIÓN CON LA TAXONOMÍA NANDA, NOC Y
NIC POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE TACNA, 2017

Fase de Valoración		N°	%
Realiza fase inicial	Aplicación incorrecta	0	0,00
	Aplicación correcta	25	100,00
	Total	25	100,00
Realiza recogida de datos	Aplicación incorrecta	17	68,00
	Aplicación correcta	8	32,0
	Total	25	100,00
Obtiene datos subjetivos	Aplicación incorrecta	2	8,00
	Aplicación correcta	23	92,00
	Total	25	100,00
Obtiene datos objetivos	Aplicación incorrecta	0	0,00
	Aplicación correcta	25	100,00
	Total	25	100,00
Agrupa datos por especialidad o modelos de valoración	Aplicación incorrecta	17	68,00
	Aplicación correcta	8	32,00
	Total	25	100,00

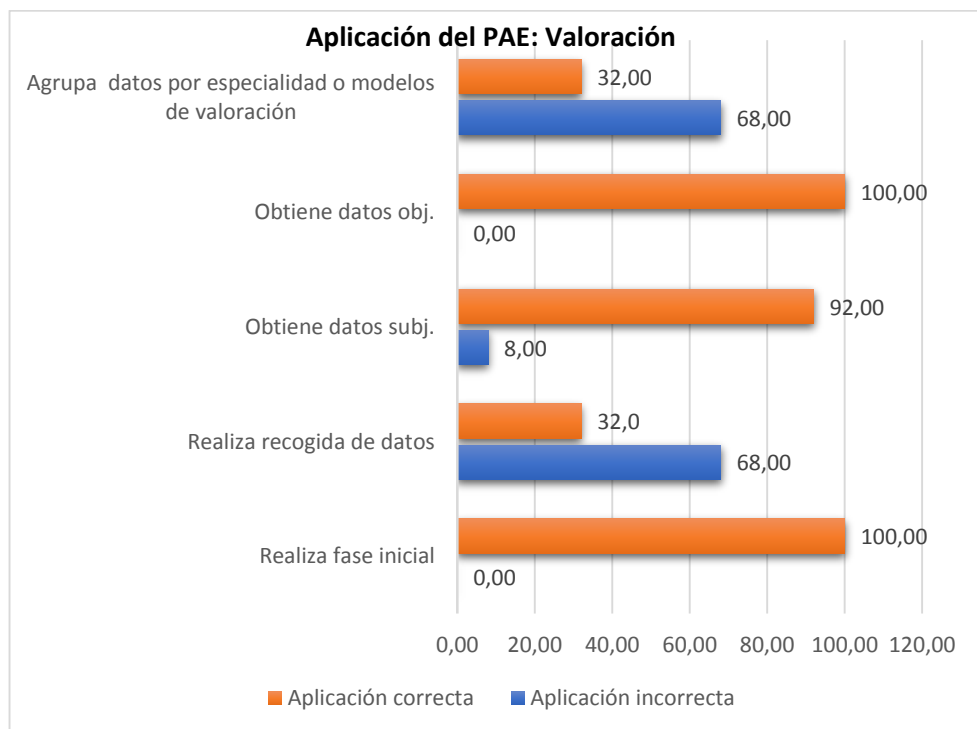
Fuente: Lista de cotejo aplicado al profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017. Elaborado por Ccusi, S en base a los libros de la NANDA, NOC y NIC

Descripción:

En la tabla 4, se describe la aplicación de la valoración con taxonomía NANDA, NOC y NIC, donde se muestra que el 100 % (25) de los profesionales de enfermería, en la fase inicial aplican en forma incorrecta; mientras que el 68 % (17) en la recogida de datos, aplican en forma correcta, así como también el 92% (23) de la obtención de los datos subjetivos aplican correctamente, así mismo el 100% (25) en los datos objetivos aplican correctamente. Y el 68% (17) la agrupación por especialidad o modelo de valoración se aplican incorrectamente.

Gráfico N° 8

APLICACIÓN DE LA VALORACIÓN CON LA TAXONOMÍA NANDA, NOC Y NIC, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA, 2017



Fuente: Tabla N°4

Tabla N° 5

APLICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO CON LA TAXONOMÍA NANDA, NOC Y
NIC, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE TACNA, 2017

Fase de Diagnóstico		N°	%
Identifica el patrón funcional	Aplicación incorrecta	9	36,00
	Aplicación correcta	16	64,00
	Total	25	100,00
Vincula con los dominios	Aplicación incorrecta	21	84,00
	Aplicación correcta	4	16,00
	Total	25	100,00
Selecciona el dominio y clase	Aplicación incorrecta	21	84,00
	Aplicación correcta	4	16,00
	Total	25	100,00
Identifica el tipo de Diagnóstico	Aplicación incorrecta	0	0,00
	Aplicación correcta	25	100,00
	Total	25	100,00

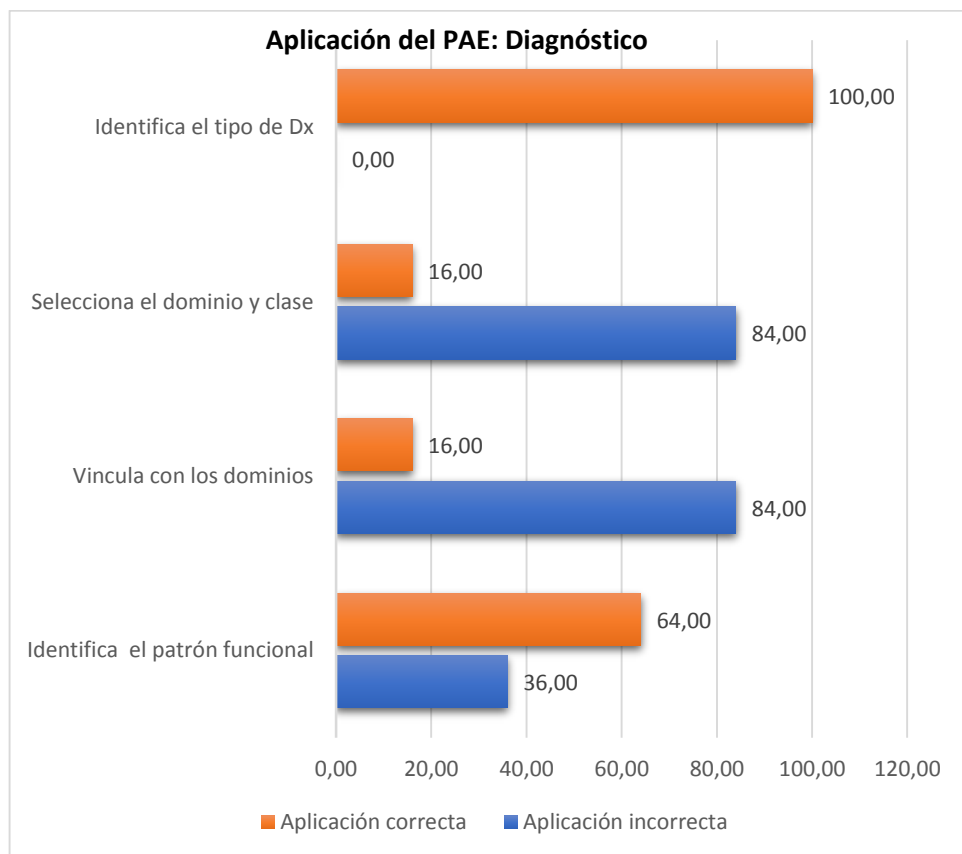
Fuente: Lista de cotejo aplicado al profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017. Elaborado por Ccusi, S en base a los libros de la NANDA, NOC y NIC

Descripción:

En la tabla 5, se describe la aplicación del diagnóstico con la taxonomía NANDA, NOC y NIC, por los profesionales de enfermería donde el 64 % (16) identifican el patrón funcional alterado aplicando correctamente; el 84 % (21) vinculan con los dominios aplicando incorrectamente; el 84% (21) en la selección del dominio aplica incorrectamente, y el 100% (25) identifica el tipo de diagnóstico aplicando correctamente.

Gráfico N° 9

APLICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO CON LA TAXONOMÍA NANDA, NOC Y NIC, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA, 2017



Fuente: Tabla N°5

Tabla N° 6

APLICACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN CON LA TAXONOMÍA NANDA, NOC
Y NIC, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
TACNA, 2017

NOC		N°	%
Selecciona el resultado NOC	Aplicación incorrecta	21	84,00
	Aplicación correcta	4	16,00
	Total	25	100,00
Identifica el dominio y clase	Aplicación incorrecta	20	80,00
	Aplicación correcta	5	20,00
	Total	25	100,00
Los indicadores coinciden con los signos y síntomas	Aplicación incorrecta	3	12,00
	Aplicación correcta	22	88,00
	Total	25	100,00
Establece medición de resultado	Aplicación incorrecta	22	88,00
	Aplicación correcta	3	12,00
	Total	25	100,00

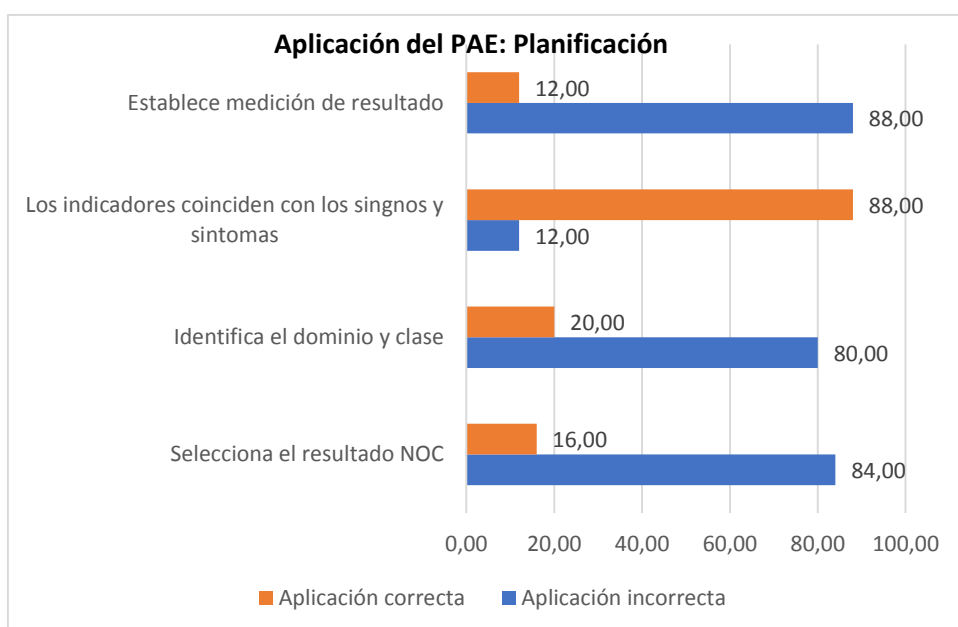
Fuente: Lista de cotejo aplicado al profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017. Elaborado por Ccusi, S en base a los libros de la NANDA, NOC y NIC.

Descripción:

En la tabla 6, se describe la aplicación de la Planificación con la taxonomía NANDA, NOC y NIC por los profesionales de enfermería donde el 84 % (21) en la selección del resultado NOC lo aplican incorrectamente; el 80 % (20) en la identificación del dominio y clase aplican incorrectamente; el 88% (22) en los indicadores coinciden con los signos y síntomas lo aplican correctamente, y el 88% (22) si establece la medición de resultado lo aplican incorrectamente.

Gráfico N° 10

APLICACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN CON LA TAXONOMÍA NANDA, NOC Y NIC, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA, 2017



Fuente: Tabla N° 6

Tabla N° 7

APLICACIÓN DE LA EJECUCIÓN CON LA TAXONOMÍA NANDA, NOC Y
NIC, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
TACNA, 2017

NIC		N°	%
Elige una o más intervenciones	Aplicación incorrecta	0	0,00
	Aplicación correcta	25	100,00
	Total	25	100,00
Identifica campo y clase NIC	Aplicación incorrecta	20	80,00
	Aplicación correcta	5	20,00
	Total	25	100,00
Selecciona actividades de Enfermería	Aplicación incorrecta	1	4,00
	Aplicación correcta	24	96,00
	Total	25	100,00
Complementa las actividades según las guías de atención	Aplicación incorrecta	20	80,00
	Aplicación correcta	5	20,00
	Total	25	100,00

Fuente: Lista de cotejo aplicado al profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017. Elaborado por Ccusi, S en base a los libros de la NANDA, NOC y NIC

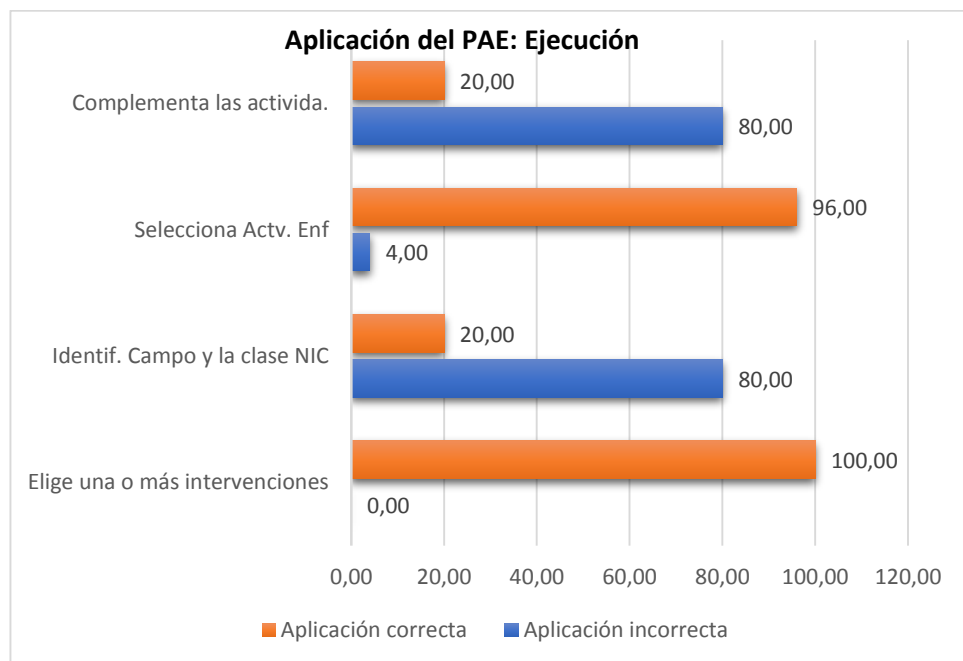
Descripción:

En la tabla 7, se describe la aplicación de la ejecución con la taxonomía NANDA, NOC y NIC, por los profesionales de enfermería

donde el 100% (25) elige una o más intervenciones de enfermería aplicando correctamente; el 80 % (20) en la identificación de campo y clase aplican incorrectamente; el 96 % (24) en la selección de actividades de enfermería aplica correctamente, y el 80% (20) complementa las actividades según las guías de atención aplicando incorrectamente.

Gráfico N°11

APLICACIÓN DE LA EJECUCIÓN CON LA TAXONOMÍA NANDA, NOC y
NIC, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
TACNA, 2017



Fuente: Tabla N° 7

Tabla N° 8

APLICACIÓN DE LA EVALUACION CON LA TAXONOMÍA NANDA, NOC Y
NIC, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
TACNA, 2017

Fase de Evaluación		N°	%
Revalora los indicadores	Aplicación incorrecta	19	76,00
	Aplicación correcta	6	24,00
	Total	25	100,00
Evalúa el estado del paciente	Aplicación incorrecta	5	20,00
	Aplicación correcta	20	80,00
	Total	25	100,00
Valora con escala de Lickert	Aplicación incorrecta	19	76,00
	Aplicación correcta	6	24,00
	Total	25	100,00

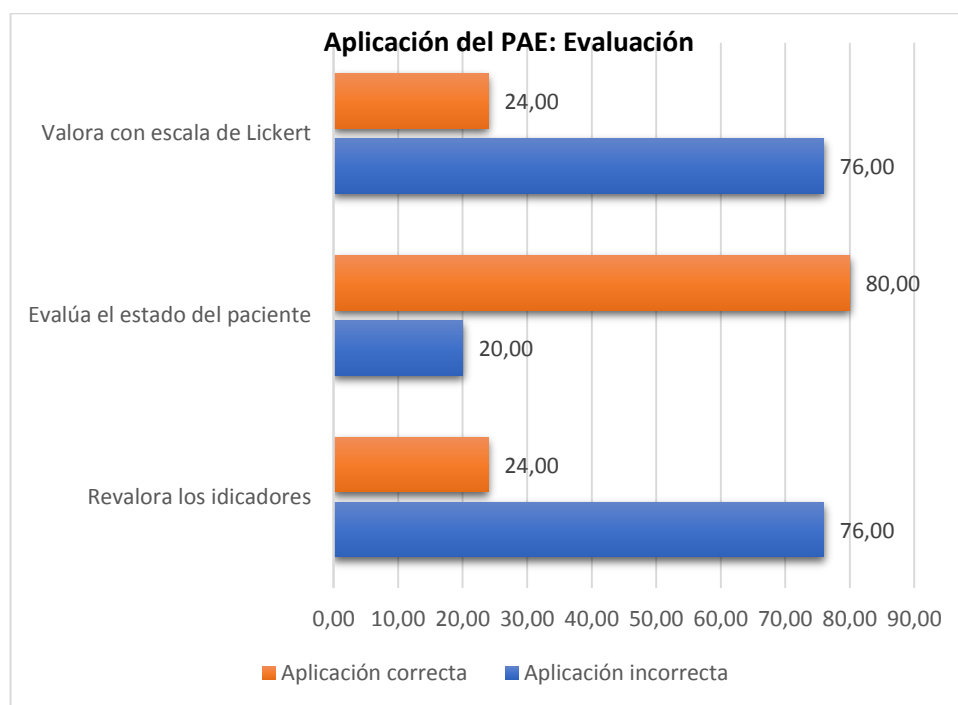
Fuente: Lista de cotejo aplicado al profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017. Elaborado por Ccusi, S en base a los libros de la NANDA, NOC y NIC

Descripción:

En la tabla 8, se describe la aplicación de la evaluación con la taxonomía NANDA, NOC y NIC, por los profesionales de enfermería donde el 76 % (19) revalora los indicadores aplicando incorrectamente; el 80 % (20) evalúa el estado del paciente aplicando correctamente; y el 76 % (19) valora con escala de Lickert aplicando incorrectamente.

Gráfico N° 12

APLICACIÓN DE LA EVALUACIÓN CON LA TAXONOMÍA NANDA, NOC Y NIC, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA, 2017



Fuente: Tabla N° 8

Tabla N° 9

APLICACIÓN DE LAS DIMENSIONES DEL PAE CON LA TAXONOMÍA
NANDA, NOC Y NIC, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE TACNA, 2017

Fases	Aplicación del PAE		
	N°	%	
Valoración	Correcta	12	48,00
	Incorrecta	13	52,00
	Total	25	100,0
Diagnóstico	Correcta	7	28,00
	Incorrecta	18	72,00
	Total	25	100,0
NOC	Correcta	6	24,00
	Incorrecta	19	76,00
	Total	25	100,0
NIC	Correcta	6	24,00
	Incorrecta	19	76,00
	Total	25	100,0
Evaluación	Correcta	5	20,00
	Incorrecta	20	80,00
	Total	25	100,0

Fuente: Lista de cotejo aplicado al profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017. Elaborado por Ccusi, S en base a los libros de la NANDA, NOC y NIC.

Descripción:

En la tabla 9, se describe la aplicación de las dimensiones con la taxonomía NANDA, NOC y NIC, por los profesionales de enfermería; donde en la Valoración el 52% (13) aplican en forma incorrecta. En la fase de diagnóstico de enfermería el 72% (18) aplican en forma incorrecta. En la fase de Planificación: En el NOC, el 76,00 % (19) aplican en forma incorrecta. En el NIC, el 76,00 % (19) aplican en forma incorrecta. En la fase de Evaluación el 80,00 % (29) aplican en forma incorrecta.

Tabla N° 10

CONOCIMIENTO Y LA APLICACIÓN DEL PAE CON LA TAXONOMÍA
NANDA, NOC Y NIC POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL

HIPÓLITO UNANUE TACNA, 2017

Conocimiento del PAE	Aplicación				Total	
	Incorrecta		Correcta			
	n	%	n	%	n	%
Baio	9	36,0	0	0,0	9	36,0
Medio	9	36,0	5	20,0	14	56,0
Alto	1	4,0	1	4,0	2	8,0
Total	19	76,0	6	24,0	25	100,0

Descripción:

Como se aprecia en la tabla 10, el 100,0 % (25), de los profesionales de enfermería, el 56,0 % (14) presenta un conocimiento medio y el 36,0% (9) de los profesionales de enfermería aplican incorrectamente y el 20,0% (5) de los profesionales de enfermería aplica en forma correcta.

Tabla N° 11

CORRELACION ENTRE EL CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DEL PAE
CON LA TAXONOMÍA NANDA, NOC Y NIC POR EL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE

TACNA, 2017

Correlaciones

		Conocimiento del proceso de Enfermería	Aplicación del PAE
Conocimiento del proceso de Enfermería con la taxonomía NNN	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	1 25	0,417* 25
Aplicación del PAE con a taxonomía NNN	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	0,417* 0,038 25	1 25

Regla de decisión: $\alpha = 0.05$ sí $p < \alpha$ se rechaza la hipótesis nula

Descripción:

Como se aprecia en la tabla 10, se obtuvo un valor $p = 0,038$ que es menor al nivel previsto de $\alpha = 0.05$; por lo cual se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Por lo tanto, se confirma que existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la aplicación del PAE con la taxonomía NANDA, NOC y NIC.

Se observa también el coeficiente de correlación de Pearson que es de 0,417, interpretándose como una correlación moderada positiva

Discusión

En la Tabla N°1, referente a los datos sociodemográficos del profesional de enfermería del servicio de emergencia, respecto a la edad se observa que el 80% de los profesionales de enfermería son adultos , y el 80% son de sexo femenino y el 60% tienen especialidad en emergencia; así mismo el 40% tienen experiencia de 6 a 20 años y tiene capacitación en PAE con la taxonomía NANDA, NOC y NIC el 68% de los profesionales en enfermería del servicio de emergencia del HHUT.

En la Tabla N ° 2, muestran los resultados del conocimiento sobre el PAE con la taxonomía NANDA, NOC y NIC por el profesional de enfermería del servicio de emergencia, el 56% (14) presentan un nivel de conocimiento medio.

Según Montesinos, el conocimiento brinda diversos conceptos y teorías que estimulan el pensamiento humano creativo, guían la enseñanza y la investigación, lo que permite generar nuevos conocimientos (45) .

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es la metodología científica del quehacer profesional, es un proceso intelectual y deliberado, estructurado de acuerdo a una serie de etapas, ordenadas lógicamente, que se utilizan para planificar cuidados personalizados, dirigidos a procurar el mayor bienestar de la persona atendida (55).

Hoy en día se ha desarrollado, un lenguaje enfermero, estandarizado y codificado. Estos lenguajes normalizados han permitido hacer visible el cuidado invisible, visible el juicio clínico enfermero y el rol propio de la enfermería.

La utilización de las taxonomías NANDA, NOC y NIC es una modalidad que facilita a los profesionales de enfermería la planificación de los cuidados, al utilizar un lenguaje estandarizado, así como un marco de análisis y reflexión en la toma de decisiones. Es preciso contar con un sistema informático en red dentro de la institución de salud o bien tener un manejo apropiado de la literatura proveniente de la Asociación de Diagnóstico de Enfermería de América del Norte (9)

Los resultados son similares al estudio de García, R; Aguilar, Z. donde concluyen que el conocimiento en el Proceso del cuidado de enfermería, predomina el nivel medio con tendencia a declinar (33).

Así mismo difiere con el estudio de Aguilar, L; López, M y col. donde concluye: "El nivel de conocimientos exhibido es "suficiente" en enfermeras del área de hospitalización con 44,6% y las de 8 áreas críticas con 33,8% (27).

Difiere también del estudio de Benites, A; Díaz. Las conclusiones fueron: El nivel de conocimiento del proceso de enfermería en la (el)

profesional de enfermería del Hospital La Caleta es bueno en un 55% y regular en un 45% (36).

Pero a qué se debe que el profesional de enfermería presenta un nivel de conocimiento medio, es tal vez debido a que en forma continua no lo aplica en la práctica. Tomando como referencia que los profesionales de enfermería, más de la mitad tuvieron capacitación en PAE; sin embargo, menos de la mitad aún no se han capacitado y no se evidencia el conocimiento sobre las fases del proceso de atención de enfermería, exclusivamente el NOC y el NIC y la evaluación del NOC. El conocimiento y la práctica se relacionan, pero ello no se aplica en sus cinco etapas, entonces la calidad del cuidado está en riesgo, porque no se cuenta con un resultado esperado y si se cuenta con ello; no está transcrito en el documento de la hoja de PAE; que permita medir si se continua con las intervenciones de enfermería.

En la Tabla N° 3, sobre la Aplicación del PAE con la taxonomía NANDA, NOC y NIC por el profesional de enfermería del servicio de emergencia, el 76% (19) aplica el PAE en forma incorrecta, mientras que el 24% (6) aplica el PAE en forma correcta.

Según Haynes, R; Sackett, D; Guyatt, G; Cook, D; Gray, J. refieren que una práctica basada en los conocimientos validados por la investigación contribuirá al reforzamiento del potencial (empowerment) deseado (25).

Fawcett J. y Raile M. indican que: “El cuerpo teórico disciplinar es aplicable en la práctica y demostrable empíricamente” (53).

La práctica de enfermería incluye la integración del conocimiento de enfermería a partir de conceptualizaciones generales de los modelos de enfermería, estos modelos de enfermería reflejan las tendencias filosóficas que inundan el saber y que a partir de ellas se deriva una visión conceptual que inunda el saber y que a partir de ellas se deriva una visión conceptual y práctica de las actividades realizadas de docentes, clínicos e investigadores (54).

El desarrollo del PAE se inicia desde mitad del siglo XX y ha tenido cambios a lo largo del tiempo. En la actualidad, si bien aún se está construyendo el camino, se va consolidando como una metodología sistemática, racional y estructurada con cinco fases interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, que dan cuenta de la aplicación del método científico para abordar las situaciones y problemas propios del cuidado de enfermería en personas sanas o enfermas (56).

Según el colegio de enfermeros del Perú, refiere que: brindar el cuidado integral de enfermería basado en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), incluye la valoración, el diagnóstico, el planeamiento, la ejecución y la evaluación del mismo, el cual será registrado, con el SOAPIE obligatoriamente en la historia Clínica del paciente o en la ficha familiar (18).

Son similares al estudio de Rossano, M. donde concluye que los profesionales de enfermería no aplican el PAE al proporcionar cuidados, por desconocimiento o si lo conocían en la práctica no lo aplican, no lo registran y también no lo relacionan con un modelo teórico (20).

Son similares también del estudio de Rojas, J; Pastor, P. donde concluye que las existencias de registros estructurados según el PAE y la aplicación de la metodología en el cuidado de los pacientes muestra que el 75% de los profesionales no aplican el PAE, mientras que un 25% de los encuestados manifiesta que aplica el PAE (29).

Coinciden con el estudio de Córdova, K; Palacios, S; Puluche, K. Los resultados fueron: En la verificación de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería el 37.1% (26) aplica y el 62.9% (44) no aplica el Proceso de Atención de Enfermería (38).

La aplicación del Proceso de enfermería por los profesionales de enfermería, que se observó no se aplica, porque refieren que tienen mucha demanda de pacientes; y que ello le imposibilita realizarlo, sin embargo, refieren que siempre están constantemente valorando al paciente, y que sus intervenciones van dirigidas a mejorar la salud del paciente. Además, es necesario mencionar que, en el servicio de emergencia, cuenta con una hoja de Proceso de Atención de enfermería que no incluye el NOC, el NIC, ni tampoco la evaluación del NOC.

En la Tabla N ° 4, N°5, N°6, N°7, N°8 y N ° 9 referida a la Aplicación del PAE con la taxonomía NANDA, NOC y NIC según dimensiones , por el profesional de enfermería del servicio de emergencia, donde en la Valoración el 52% (13) aplica en forma incorrecta; en el Diagnóstico el 72% aplica en forma incorrecta; en el NOC el 76%(19), aplica en forma incorrecta; en el NIC el 76%(19) aplica en forma incorrecta ; en la Evaluación el 80% (20), aplica en forma incorrecta el PAE.

Diversos autores coinciden que el Proceso de atención de enfermería, permite enlazar el conocimiento científico de la teoría con su aplicación en la práctica y la persona recibe un mejor cuidado integral, por lo que debe concebirse como un modelo de trabajo para el desempeño profesional (68).

La valoración implica la recogida de información subjetiva y objetiva (p. ej., signos vitales, entrevista con el paciente/familia, examen físico) y revisión de la información en la historia del paciente (9).

La taxonomía II de NANDA -I proporciona un modo de clasificar y categorizar áreas de responsabilidad enfermera (p. ej., focos diagnósticos. Contiene 235 diagnósticos enfermeros agrupados en 13 dominios y 47 clases (59).

Cada resultado de la NOC describe el estado del paciente a nivel conceptual con indicadores que se espera que respondan a la intervención de enfermería. Cada resultado representa un concepto que puede utilizarse para medir el estado de un paciente, cuidador, familia o comunidad antes y después de una intervención. Los resultados están organizados en una taxonomía que facilita la identificación de resultados para su uso en la práctica. (62)

Por tanto, los resultados de la NOC pueden utilizarse para controlar el grado del progreso, la ausencia de progreso, durante un episodio de cuidados.

La taxonomía NIC, es una clasificación global y estandarizada de las intervenciones de enfermería, que tiene como centro de interés la decisión que tome el profesional para llevar a la persona al resultado esperado. (64)

Una intervención se define como «cualquier tratamiento, basado en el juicio clínico y el conocimiento, que una enfermera administra para mejorar los resultados del paciente/cliente». La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) es una taxonomía completa de intervenciones, basada en la evidencia, que las enfermeras realizan en diversos entornos de salud.

Los resultados identificados se evalúan de manera continua cuando se valora el estado del paciente. La evaluación debe realizarse, finalmente, en cada paso del proceso, así como una vez que el plan de cuidados ha sido implementado.

No se han encontrado estudios sobre el PAE con la taxonomía NANDA, NOC y NIC en profesionales de enfermería solo en estudiantes de enfermería.

Difiere del estudio de Tintaya, Y. cuyos resultados fueron: respecto a la aplicación lo hacen de manera regular en un 56.25%; en forma específica en la etapa de valoración el 73.75% aplican regularmente, en la etapa de diagnóstico el 65% identifican y redactan los diagnósticos de enfermería y en la etapa de planificación el 67.5% elaboran buen plan de cuidados. En conclusión, se advierte que las estudiantes poseen un conocimiento y aplicación de nivel regular y más favorable en la aplicación (35).

En la aplicación del PAE, el profesional de enfermería del servicio de emergencia, solo aplica la valoración y el diagnóstico, pero no en forma correcta, el cual se tiene registrado en la hoja del PAE, obviando las demás etapas del proceso de atención y terminando con las notas de enfermería a través del SOAPIE, pero al igual que el PAE no se respeta las etapas. Además, es necesario mencionar que refieren que no hay una exigencia en el llenado y que en la hoja del PAE no se les pide.

En la Tabla 10 y 11 Se observa el conocimiento y aplicación del PAE con NANDA, NOC y NIC, se aprecia que el 100,0 % (25), de los profesionales de enfermería, el 56,0 % (14) presenta un conocimiento medio y el 36,0% (9) de los profesionales de enfermería aplican incorrectamente y el 20,0% (5) de los profesionales de enfermería aplica en forma correcta. Así mismo sobre la correlación entre el Conocimiento y la aplicación del PAE con la taxonomía NANDA, NOC y NIC, se establece que hay relación significativa entre el conocimiento y la aplicación del PAE por el profesional de enfermería del servicio de emergencia ($p=0,038$); lo que significa que hay una relación estadísticamente significativa entre variables. Se observa también el coeficiente de correlación de Pearson que es de 0,417, interpretándose como una correlación moderada positiva.

Burns y Grove, refieren que para validar el mundo empírico de enfermería se requiere el desarrollo teórico, que, junto con el desarrollo de la ciencia de enfermería, generarán el conocimiento disciplinar necesario para garantizar la autonomía de la práctica clínica. Disciplina es el saber producido por las enfermeras y enfermeros en forma sistemática, que construye el cuerpo de conocimientos propio de enfermería, que está organizado sistemáticamente y lógicamente en teorías (49).

Similar al estudio Peña, D. donde concluye que el conocimiento se relaciona con la aplicación del Proceso de Enfermería en los profesionales de Enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2017 (32).

Similar al estudio de Cungiarache, M. donde llegó a la conclusión que existía una relación significativa entre la variable proceso de atención de enfermería y aplicación en la atención de los neonatos a un nivel de significancia de $\alpha=0.05$ y $p=0,000$ (37).

La aplicación de PAE con la taxonomía NANDA, NOC y NIC, en los profesionales de enfermería se aplica en forma incorrecta; debido a muchos factores, uno de ellos es que a pesar que más de la mitad se encuentran actualizados en el PAE, muchos de ellos refieren que requieren de más tiempo para realizarlo y que le es muy complejo para desarrollarlo.

Es necesario mencionar también que el profesional de enfermería adulto a pesar de encontrarse con conocimientos recientes de su enseñanza aprendizaje del PAE con NANDA, NOC y NIC refieren también tener problemas para desarrollarlos. Los profesionales de enfermería refieren que la demanda de pacientes nos les permite aplicar el PAE como debe de ser ,y que si lo escribieran en la hoja de enfermería les restaría tiempo para atender a los pacientes, refieren que no cuentan con un personal exclusivo para realizar un Plan de cuidados con NANDA, NOC y NIC y que les faltaría tiempo para escribir en las notas de enfermería, sin embargo aunándose a ello la mayoría son adultos y un poco menos de la mitad son adultos mayores que le es difícil de aprender las relaciones y coherencias que existen entre las etapas del PAE.

Además de ello, las capacitaciones que se realiza en el servicio de emergencia son exclusivamente de cuidados de enfermería en emergencia según las prioridades de atención; sin tener en cuenta el desarrollo del PAE en sus cinco etapas, no tomando interés por desarrollarlo y que es poco relevante.

Siendo el método científico, el Proceso de atención de enfermería en sus cinco etapas ayuda a dar solución a los problemas y o necesidades del paciente sano y/o enfermo; por lo tanto, el desarrollo de las teorías y /o modelos de enfermería existente a lo largo de la historia de la

enfermería, que han permitido mejorar la calidad del cuidado humano en el transcurso del tiempo, por ello es necesario la necesidad del manejo y entendimiento para lograr aplicarlas en la práctica.

La Valoración es el primer paso del Proceso de atención de enfermería, es una herramienta que permite alcanzar las metas de cuidado; por ello, se necesita que los datos estén sistematizados ordenados a través de un modelo de valoración. El propósito de la NANDA es clasificar los diagnósticos enfermeros.

La clasificación del NOC, se utiliza para conceptualizar, denominar, validar y clasificar los resultados esperados, indicadores y escalas de medición. El resultado esperado evalúa el estado real en un momento determinado mediante una escala de medición de cinco puntos.

La taxonomía NIC, es una clasificación global y estandarizada de las intervenciones de enfermería, que tiene como centro de interés la decisión que tome el profesional para llevar a la persona al resultado esperado.

La Evaluación evalúa los indicadores del NOC; por ello es importante que el profesional de enfermería se encuentre capacitado y actualizado para brindar una atención de cuidados enfermeros de calidad, no solo por lo que exige la ley del enfermo; si no por la razón de ser que implica nuestro quehacer profesional.

CONCLUSIONES

De acuerdo al análisis realizado se llegaron a las siguientes conclusiones:

- En relación a las características sociodemográficas, la mayoría son adultos (80%), de sexo femenino (80%), un poco más de la mitad tienen especialidad (60%), tienen experiencia de 6 a 20 años (40%) y capacitación en PAE con la taxonomía NANDA, NOC y NIC (68%).
- El conocimiento sobre el PAE con la taxonomía NANDA, NOC y NIC por el profesional de enfermería del servicio de emergencia, es medio en un (56%).
- En la Aplicación del PAE con la taxonomía NANDA, NOC y NIC por el profesional de enfermería del servicio de emergencia, en su mayoría (76%) lo aplica en forma incorrecta.
- En relación a la Aplicación del PAE con la taxonomía NANDA, NOC y NIC según fases, más de la mitad de los profesionales de enfermería del servicio de emergencia hacen en forma incorrecta en la fase de valoración el (52%), y la mayoría hacen en forma incorrecta: en el Diagnóstico (72%), en el NOC (76%), el NIC (76%) y en la Evaluación el (80%).
- Existe relación significativa entre el Nivel de conocimiento y la aplicación del PAE con la taxonomía NANDA, NOC y NIC por el profesional de enfermería con un valor $p = 0,038$.

RECOMENDACIONES

- A la jefatura de enfermería en coordinación con el director del Hospital Hipólito Unanue, implementar formatos del Proceso de atención de enfermería con la Taxonomía NANDA; NOC Y NIC, que permita evidenciar la metodología de enfermería y establecer los objetivos e intervenciones de acuerdo a la situación del paciente.
- A la unidad de Apoyo a la Docencia e investigación del HHUT continuar realizando capacitaciones sobre el PAE, con NANDA, NOC y NIC, tanto teóricas como procedimentales al profesional de enfermería del servicio de emergencia del HHUT.
- Al jefe del servicio de emergencia, fortalecer la enseñanza sobre PAE, con NANDA, NOC y NIC a los profesionales de enfermería e incluyéndola en los planes de capacitación del servicio de emergencia.
- Al director del HHUT implementar un software sobre el PAE, con NANDA, NOC y NIC y evaluación del NOC, con la finalidad de tener un sistema más rápido de aplicación de la metodología de enfermería, que en tiempos medibles sea eficaz y eficiente para el profesional del servicio de emergencia.
- Realizar estudios de investigación sobre la aplicación del PAE, con la taxonomía NANDA, NOC y NIC en otros servicios del HHUT, teniendo como base el presente trabajo científico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey J, Maas M, Moorhead S, et al. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Segunda ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2007.
2. col ASy. Nivel de conocimientos acerca del proceso enfermero y la percepción de autoeficacia para su aplicación. Rev Enferm Inst Seguro Soc. 2009; 16((1):4).
3. R ALF. Aplicación del proceso enfermero fomentar el cuidado en colaboración. 5th ed. barcelona: Masson ; 2003.
4. Fulder S. Remembering the holistic view. The Journal of Alternative and Complementary Medicine. 2005; XI(5): p. 775-776.
5. Colliere MF. Promover la vida: México Interamericana McGraw-Hill; 2003.
6. Huitzi-Egilegor JX EPMUEJZLJZGX. Uso del proceso de enfermería en los centros públicos y privados de un área de salud. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012 setiembre- Octubre; 20(5).
7. Bonney V RJ. Nursing diagnosis and therapy; an instrument for evaluation and measurement. 1963. National League for Nursing, Department of Hospital Nursing.

8. ME. JyU. Evaluación de la validez de una terminología enfermera de interfase. Tesis doctoral. ; 2012.
9. Herdman TH KS. NANDA -I Definiciones y Clasificación 2015-2017. 10th ed. Barcelona: Elsevir; 2015.
10. Izquierdo JM PMRFSITMCG. Implantación del proceso enfermero. Rev ROL Enferm. 2002; 25((7- 8)).
11. Ellen M, Atkinson D. Proceso de atención de enfermería. Quinta ed. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill; 2006.
12. Iyer PW, Taptich BJ, Bernoochi-Losey D. Proceso y diagnóstico de enfermería México D.F.: McGraw-Hill Interamericana; 1995.
13. Herdman TH. NANDA International nursing diagnosis España: Elsevier; 2012-2014.
14. Johnson M, Bulechek G, Dochterman JM, Maas M, Moorhead S. Interrelaciones NANDA, NOC, NIC. Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones. 2004.
15. Gonzáles Caballero J. Aplicación delos diagnósticos de enfermería en el ámbito de salud laboral. Revista cielo. 2010; 56(221).

16. Comisión Permanente del Congreso de la República. Normas legales y Administrativas que regulan el trabajo y la carrera de los profesionales de la salud en el sector salud. 2005..
17. Comisión del Poder ejecutivo. Reglamento de la Ley de la Enfermera (o) Ley N° 27669..
18. Castrillón C. La dimensión social de la práctica de la enfermería. Medellín: Universidad de Antioquía; 1997.
19. Portal de revista bdigital. Factores que determinan la aplicación del proceso de enfermería en instituciones hospitalarias de Villavicencio, Colombia, 2008. Avances de Enfermería. 2009; XXVII(1): p. 60-68.
20. Rossano Bastida MT. Aplicación del proceso de enfermería en Instituciones Públicas y Privadas de la ciudad de Toluca. Tesis de maestría. Toluca: UAEM; 2004.
21. Consejo Internacional de Enfermeras. Declaración de posición del CIE sobre Investigación de enfermería. 1999..
22. Marin M. Entrenamiento en habilidades sociales. Psicothema. 2001; XIII(2): p. 247-251.
23. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Nursing Outcomes Classification (NOC). Quinta ed.: St. Louis: Elsevier; 2013.

24. American Association of Colleges of nursing. The essential of bacca laureate education for profesional nursing practice Washington D.C.; 2008.
25. Haynes R, Sackett D, Guyatt G, Cook DJ, Gray JA. ACP J Club. 1997;126(3):A14-5. ; 1997.
26. Duque P. Factores relacionados con la aplicabilidad del Proceso Atención de Enfermería en una institución de salud de alta complejidad en la ciudad de Medellín, Universidad Católica de Manizales Colombia: Universidad Católica de Manizales; 2014.
27. Aguilar Serrano L, López Valdez M, Bernal Becerril M, Ponce Gómez G, Rivas Espinosa JG. Nivel de conocimientos acerca del proceso enfermero y la percepción de autoeficacia para su aplicación. EnfermIMSS. 2008; XVI(1).
28. Gutierrez O. Factores que determinan la aplicación del proceso de enfermería. revistas.unal.edu.co. 2008; 27(1): p. 60-68.
29. Rojas J, Pastor P. Factores relacionados con la aplicación del proceso de enfermería. 2007; 28(333-335).
30. Pérez Rodríguez M, Sánchez Peña S, Franco Orozco M, Ibarra A. Aplicación de los procesos de enfermería en la práctica hospitalaria y

comunitaria en instituto del distrito federa. Enferm IMSS. 2016; XIV(1): p. 47-50.

31. Morejón Dávila L. Protocolo de Atención de Enfermería en Fracturas de miembros Inferiores utilizando la Taxonomía NANDA-NIC-NOC en el Área de Emergencias del HSFQ-IESS, en el periodo de Junio 2012 al 2013. Tesis de Magister en Enfermería Quirúrgica. Ambato: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2013.
32. Peña D. Conocimiento y aplicación del Proceso de Enfermería en los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2017. Tesis. Huánuco: Universidad de Huánuco; 2017.
33. García R, Aguilar Z. Nivel de conocimiento del profesional de enfermería en el proceso de cuidado de enfermería en los servicios del Hospital Regional II-2 Tumbes 2017. Tesis Titulo Profesional. Tumbes: Universidad Nacional de Tumbes; 2017.
34. Poma R, Villanueva A. Aplicación del proceso de atención de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Departamental de Huancavelica 2015. Huancavelica; 2016.
35. Tintaya Y. Tesis para Titulo Profesional. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2016.

36. Benites A, Díaz L. Nivel de conocimiento del proceso de enfermería y su relación con algunos factores personales y laborales de la (el) profesional de enfermería del hospital “la caleta” Chimbote-2013. Chimbote: Universidad Nacional del Santa; 2016.
37. Cungiarache Camasca M. Conocimiento del PAE de los internos de enfermería y aplicación en la atención de los neonatos de la UCIN HNDAC-Callao 2013. Tesis de Magíster en Docencia Universitaria. Callao: Universidad César Vallejo; 2014.
38. Córdova KM, Palacios SE, Puluche KS. Conocimiento y aplicación del proceso de atención de enfermería por el profesional de enfermería del Hospital Iquitos César Garayar García. Iquitos 2012. Iquitos : Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2012.
39. Mendoza NSM. Aplicación del proceso de atención de enfermería por los internos de enfermería de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna. Para optar el grado académico de Licenciada en enfermería. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna; 2009.
40. Garcia Álvarez A. <http://admonconoandres.blogspot.pe/>. [Online].; 2011 [cited 2017 Octubre 18. Available from: <http://admonconoandres.blogspot.pe/>.

41. Pérez Porto J. Definición.De. [Online].; 2008 [cited 2017 Octubre 28]. Available from: <https://definicion.de/conocimiento/>.
42. Daniel's Blog. Tipos de Conocimiento. [Online].; 2008 [cited 2017 Septiembre 16]. Available from: <https://danielvn7.wordpress.com/category/eccutpl/>.
43. Vélez Aguiño DA. Trabajos de M.I. [Online].; 2010 [cited 2017 Septiembre 28]. Available from: <http://yankee08.blogspot.pe/>.
44. Galindo Pérez JC. El Conocimiento y su División. 2012 Agosto 14..
45. Montesinos Jimenez G. El conocimiento y la enfermería. Enfermería Cardiológica. 2002; X(1).
46. Newman M. Nursing theoretical evolution. Nurs Outlook. 1972; XX(7): p. 449-453.
47. Meleis A. Theoretical nursing. Development & Progress. Segunda ed. Philadelphia: Lippincot; 1991.
48. McEwen M. Theoretical Basis for Nursing. Primera ed. Philadelphia: Lippincott; 2000.
49. Rivera MS. Horizonte Enfermería. [Online].; 2004 [cited 2010 [Serie en Internet].

50. Fawcett J. Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories. Segunda ed. Philadelphia: FA Davis company; 2005.
51. López Parra M, Santos Ruíz S, Varez Peláez S, Abril Sabater D, Rocabert Luque M, Ruíz Muñoz M, et al. Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial; 2004.
52. López Parra M, Santos Ruíz S, Varez Peláez S, Abril Sabater D, Rocabert Luque M, Ruíz Muñoz M, et al. Enfermería Clínica. [Online].; 2011 [218-221].
53. Fawcett J, Raile M. Influences on advancement of nursing knowledge. Nurs Sci Q. 2005; XVIII(3): p. 227-232.
54. Joyce F. Nursing Knowledge development: relationship to science and professional practice. 14th ed. USA; 2005.
55. Blanco Sánchez y col. Desarrollo Curricular. Definición de Objetivos de Aprendizaje: Perfil, Competencias, Principios y Conceptos de la Escuela Universitaria de Enfermería de Vall D´Hebron. Sexta ed.: Enferm. Glob.; 2007.

56. Rojas JG. Factores relacionados con el proceso de atención de enfermería y las taxonomías en 12 unidades de cuidado intensivo. Tesis de Maestría en Enfermería. Medellín.; 2009.
57. Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. décima ed. Gordon M, editor. Barcelona: Elsevier; 1994.
58. Herdman TH. Manejo de casos empleando diagnósticos de enfermería de NANDA International. 2013..
59. Webster's M. collegiate dictionary. 11th ed. Springfield M, editor.; 2009.
60. Alfaro- LeFevre R. critical Thinking and clinical judgment.A practical approach. In Saunders , editor.. Michigan; 2004. p. 1(1),1-5.
61. Tanner CA. Thinking live nurse: A research - based model op clinical judgment in nursing. In.: Journal of nursing education; 2006. p. 45(6),204-211.
62. Sue Moorhead MJMMS. Clasificación de resultados enfermería(NOC). 5th ed. España: Elsevier; 2014.
63. Sidami S, Braden CJ. Evaluación de las intervenciones de enfermería: Manejo de una teoría apropiada; 1998.
64. Gongora PR. [Lineamientos generales para la elaboración de Planes de cuidados de enfermería].; 2012. Available from: :

<http://www.ancam.org.mx/dos/docs/enf/campeche/PLACE-LINEAMIENTOS.pdf> Consultado Noviembre 14, 2012.

65. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de intervenciones de Enfermería Barcelona: Elsevier; 2013.
66. Johnson M, Moorhead S, Bulecheck G, Butcher H, Maas M, Swanson y. NOC AND NIS LINKAGES TO NANDA-1. In.: Elsevier; 2012.
67. Dochterman JM, y Jones d(. Harminization in nursing language classification. Washington,DC: American Nurses Association; 2003.
68. Sk L, JM P. Bases conceptuales de la enfermería profesional. In. México: McGraw-Hill Interamericana; 1995.
69. Carpenito L. Diagnóstico de enfermería. Quinta ed. Madrid; 1995.
70. Marriner AyRM. Modelos y Teorías en Enfermería. 5th ed. Barcelona; 2003.
71. Vega AO GE. teoría del déficit de Autocuidado. Ciencia y cuidado. 2007; 4(4): p. 29-88.
72. Gallegos E BB. Autocuidado y control en adultos mayores con; 2001.
73. Wikipedia. Biografía de Orem..

74. Joanne C. McCloskey GMB. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). sexta ed. Madrid: España: Elsevier S.A; 2005.
75. Bulechek GM, McCloskey JC. Nursing interventions: effective nursing treatments. Tercera ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2000.
76. L A. Nursing Practice as Knowledge Work within a Clinical Microsystem; 2008.

ANEXOS

Anexo N° 1

CUESTIONARIO SOBRE LA VALORACIÓN DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PAE CON LA TAXONOMÍA NANDA, NOC Y NIC PARA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HHUT, 2017

Autor: Ccusi, S; en base al libro NANDA, NOC y NIC

Datos sociodemográficos:

Edad: Sexo: especialidad: años de experiencia en emergencia: capacitación: en PAE con NNN si () no () Fecha de realización del último curso en PAE con NNN (NANDA, NOC y NIC):

Marque la respuesta correcta. Sólo una respuesta por pregunta:

1. **Para aplicar una valoración, según las nuevas recomendaciones de la NANDA 2015 -2017 deberemos: indica la incorrecta:**
 - a) Realizar una valoración inicial, luego una valoración a profundidad.
 - b) Tomaran en cuenta por lo menos los datos subjetivos
 - c) Organiza los datos agrupándolos según modelo a aplicar.
 - d) Tomar datos relevantes, y agruparlos por especialidad

2. **La valoración implica la recogida de información subjetiva y objetiva. Marque la incorrecta:**
 - a) Los datos subjetivos provienen de los informes verbales del paciente sobre sus percepciones o pensamientos acerca de su salud, vida diaria, bienestar, relaciones, etc.
 - b) Los datos objetivos implican signos vitales, examen físico, revisión de la historia del paciente, resultados de las pruebas diagnósticas, aquí observar no solo significa el uso de la vista: requiere el uso de todos los sentidos.
 - c) Cuando el paciente es incapaz de proporcionar los datos subjetivos confiamos en otras fuentes, como los miembros de su familia/ amigos íntimos

- d) Las enfermeras incorporan la escucha activa y usa preguntas cerradas tanto como sea posible, especialmente cuando se identificas datos potencialmente anormales.

3. ¿Cómo se agrupa la información? Marque la incorrecta:

- a) La información se va agrupando para formar un patrón
- b) Es necesario basarse en un modelo conceptual o marco de referencia para la valoración enfermera
- c) La taxonomía II de NANDA I, está pensada para ser usada como marco de valoración.
- d) La taxonomía II de la NANDA I de los diagnósticos enfermeros y el marco de valoración de los Patrones Funcionales de Salud de Gordon (PFS) parecen similares, sin embargo, su propósito y funciones son completamente diferentes.

4. Según la Valoración de enfermería. Marque la respuesta incorrecta:

- a) Los datos relevantes son características definitorias específicas a partir de la obtención de los datos subjetivos y objetivos.
- b) La enfermera utiliza la técnica como la entrevista y observación e instrumento como la recolección de datos.
- c) La valoración es el primer paso del proceso enfermero y el más crítico.
- d) Una valoración proporciona parcialmente la base de datos para el razonamiento clínico.
- e) Para la valoración de enfermería es necesario basarse en un modelo conceptual o marco de referencia.

5. La taxonomía de NANDA comprende dominios y clases: Marque lo correcto:

- a) Contiene 235 diagnósticos enfermeros agrupados en 13 dominios y 47 clases.
- b) Un dominio es una esfera de conocimientos, ejemplos de dominios en la taxonomía II de la NANDA son. Nutrición, eliminación, actividad y ejercicio, adaptación y tolerancia al estrés,

- c) Los dominios están divididos en clases: son grupos que comparten atributos comunes.
- d) Vincular patrón funcional con dominio y clase NANDA
- e) Todas son correctas

6. Relaciona los dominios con sus clases, según la taxonomía NANDA 2015- 2017:

Nº	DOMINIOS DE LA TAXONOMÍA NANDA	CLASES DE CADA DOMINIO
1	PROMOCIÓN DE LA SALUD	Peligros del entorno
2	NUTRICIÓN	Confort físico
3	ELIMINACIÓN	Desarrollo
4	ACTIVIDAD / REPOSO	Respuesta pos-traumática
5	PERCEPCIÓN Y COGNICIÓN	Creencias
6	AUTOPERCEPCIÓN	Función respiratoria
7	RELACIÓN DE ROL	Función sexual
8	SEXUALIDAD	Respuestas cardiovasculares y pulmonares
9	ENFRENTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS	Autoconcepto
10	PRINCIPIOS VITALES	Comunicación
11	SEGURIDAD Y PROTECCIÓN	Desempeño del rol
12	CONFORT	Hidratación
13	CRECIMIENTO Y DESARROLLO	Toma de la conciencia de salud

7. ¿Cuál es la secuencia correcta de los pasos para obtener un diagnóstico, según la NANDA - 2015?

- a) Valoración: Datos subjetivos y objetivos, organización los datos-Patrón funcional alterado – vinculación con los dominios de la taxonomía de la NANDA.
- b) Valoración con dominios –Patrón funcional alterado-dominio seleccionado
- c) Valoración: datos subjetivos y objetivos-patrón funcional alterado- organización de los datos- vinculación con los dominios de la taxonomía de la NANDA.
- d) Valoración con dominios – vincula los datos relevantes con los dominios y clases de la NANDA:

8. Se define diagnóstico enfermero. Marque la opción correcta:

- a) Es un juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud/proceso vital, o vulnerabilidad para esa respuesta, de una persona, familia, grupo o comunidad.
- b) Puede focalizar en un problema, o en un estado de promoción para la salud o en un riesgo potencial.
- c) Vincula patrón funcional con Dominio y clase NANDA.
- d) Los diagnósticos de enfermería que se enuncian según el formato PES significan: problema, etiología, sintomatología.

9. ¿Cuáles son los tipos de diagnósticos según la NANDA - 2015?

- a) Diagnostico enfermero enfocado o focalizado en el problema, diagnóstico enfermero de riesgo, diagnóstico enfermero de Promoción de la salud
- b) Diagnostico enfermero enfocado o focalizado en el problema, diagnóstico enfermero de riesgo, diagnóstico enfermero de Promoción de la salud, diagnóstico enfermero de síndrome.
- c) Diagnósticos son reales, de riesgo y de bienestar.
- d) Diagnostico enfermero focalizado en el problema, diagnóstico enfermero de riesgo, diagnóstico enfermero de Promoción de la salud.

10. Relacionar los diagnósticos con los indicadores:

Nº	DIAGNÓSTICO	INDICADORES DEL DIAGNÓSTICO
1	Riesgo de glicemia inestable R/C aumento de peso excesivo	Contiene características definitorias y factores relacionados
2	Déficit de volúmenes de líquidos R/C pérdida activa del volumen de líquidos M/P sequedad de las mucosas, disminución del turgor de la piel, disminución de la diuresis, sed, debilidad	Generalmente contiene únicamente características definitorias, aunque pueden usarse factores relacionados si ello mejora la comprensión del diagnóstico.
3	Disposición para mejorar conductas de riesgo para la salud	Contiene factores de riesgo

11. ¿Cuál es la situación que mejor describe la definición de un resultado?

- a) La NOC proporciona el lenguaje para las etapas del proceso enfermero de identificación del resultado
- b) Los resultados se expresan como conceptos que reflejan el estado, conducta o percepción de un paciente, cuidador, familia o comunidad y no como objetivos esperados.
- c) La taxonomía NOC se utiliza para conceptualizar, denominar, validar y clasificar los resultados que se obtienen de la intervención de enfermería. Este lenguaje incluye resultados esperados, indicadores y escalas de medición
- d) El resultado esperado evalúa el estado real en un momento determinado mediante una escala de medición de cinco puntos.
- e) b y d son correctas.

12. La clasificación de resultados esperados se define. Marque la respuesta correcta:

- a) La Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) es un sistema que puede ser usado para seleccionar medidas de resultados relacionadas con diagnósticos enfermeros.
- b) Cada resultado representa un concepto que puede utilizarse para medir el estado de un paciente, cuidador, familia o comunidad antes y después de una intervención.
- c) Cada resultado tiene una definición, una escala o escalas de medida, una lista de indicadores asociados al concepto y una bibliografía de apoyo.
- d) Los resultados están organizados en una taxonomía que facilita la identificación de resultados para su uso en la práctica.
- e) Todas son correctas.

13. Relacione los dominios y clases del NOC:

Nº	DOMINIOS NOC		CLASES DE LOS DOMINIOS NOC
I	Salud funcional		Protección de la salud en la comunidad
II	Salud fisiológica		Conducta de la salud

III	Psicosocial		Ejecución del cuidado familiar
IV	Conocimiento y conducta de la salud		Satisfacción en los cuidados
V	Salud percibida		Cardiopulmonar
VII	Salud familiar		Autocontrol
VII	Salud comunitaria		Autocuidado

14. ¿Cuál es la mejor estrategia para la medición de un resultado? Marque la incorrecta:

- a) Se utiliza una escala tipo Likert de cinco puntos con todos los resultados e indicadores que proporciona un número adecuado de opciones para demostrar la variabilidad en el estado, conducta o percepción descrita por el resultado
- b) Las escalas de medida 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
- c) Al medir el resultado antes de intervenir, la enfermera establece una puntuación basal del resultado elegido y luego puede puntuarlo después de la intervención.
- d) La enfermera no determina los intervalos de medición y documentación del resultado

15. Una intervención se define según la NIC: Marque lo correcto:

- a) Cualquier tratamiento, basado en el juicio clínico y el conocimiento, que una enfermera administra para mejorar los resultados del paciente/cliente»
- b) Son algunas conductas que los profesionales de enfermería realizan para ayudar al paciente avanzar a un resultado deseado.
- c) Es la elección selectiva de las actividades, no comunica la naturaleza de los tratamientos.
- d) Sólo a es correcta
- e) Todas son correctas.

16. ¿Cuál es la situación que mejor describe la definición de clasificación de intervenciones de enfermería? Marque lo correcto:

- a) La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) es una taxonomía completa de intervenciones, basada en la evidencia, que las enfermeras realizan en diversos entornos de salud.
- b) La taxonomía NIC, es una clasificación global y estandarizada de las intervenciones de enfermería, que tiene como centro de interés la decisión que tome el profesional para llevar a la persona al resultado esperado
- c) La clasificación de Intervención de enfermería (NIC), es una clasificación normalizada y completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería
- d) Incluye intervenciones que se utilizara exclusivamente en el tratamiento de diagnósticos enfermeros nunca para problemas de autonomía o colaboración

17.El uso de la NIC proporciona: Marque la respuesta correcta:

- a) Normaliza y define la base de conocimientos del plan de estudios y la práctica de enfermería.
- b) Permite a los investigadores examinar la eficacia y el coste de los cuidados.
- c) Facilita el desarrollo y el uso de los sistemas de información de enfermería.
- d) Ayuda parcialmente a mostrar el impacto que tienen los profesionales de enfermería en el sistema de prestación de cuidados sanitarios.
- e) Solo a, b y c son correctas
- f) Sólo d es correcta

18.Relaciona los campos con las clases según NIC:

Nº	CAMPOS		CLASES
1	Fisiológico básico		Control de electrolitos y ácido básico
2	Fisiológico complejo		Cuidados de crianza de un nuevo bebe
3	Conductual		Control de información
4	Seguridad		Control de eliminación
5	Familia		Fomento de la salud de la comunidad

6	Sistema sanitario		Terapia conductual
7	Comunidad		Control en casos de crisis.

19. Con relación a la Evaluación, señale la respuesta incorrecta:

- a) Cuando se recogen datos adicionales y se agrupan en patrones significativos y se evalúa la precisión del diagnóstico
- b) La eficacia de las intervenciones y la consecución de los resultados identificados se evalúan de manera continua,
- c) La evaluación debe realizarse, finalmente, en cada paso del proceso, así como una vez que el plan de cuidados ha sido implementado.
- d) Revalorar o volver a medir/ calificar los mismos indicadores del resultado NOC después de las intervenciones
- e) Solo evaluar el estado del paciente con el indicador establecido

20. Desarrolle el siguiente caso clínico con NANDA, NOC y NIC

Hombre de 51 años, ingresa a emergencia traído por el SAMU por presenta un cuadro de hipotensión 60/40, FC 120x!, sangrado oscuro en heces desde hace 2 días, con pérdida de la conciencia, con piel y mucosas pálidas

	ELIGE EL DIAGNOSTICOS ADECUADO PAR ESTE CASO
1	Perfusión tisular periférica ineficaz R/C hipovolemia M/P melena, hipotensión, pérdida de la conciencia, piel y mucosas pálidas.
2	Riesgo de perfusión gastrointestinal inefectiva
3	Déficit del volumen de líquidos r/c pérdida activa del volumen de líquidos M/P hipotensión, melena, pérdida de la conciencia, piel y mucosas pálidas

	RELACIONA EL NOC INDICADO PARA EL DIAGNÓSTICO ELEGIDO:
1	<u>Perfusión tisular: órganos abdominales</u>

	<p><u>Indicadores:</u> (desv. Grave a sin desv. Del rango normal)</p> <ul style="list-style-type: none"> • P. diastólica • P. sistólica • PAM • Diuresis <p><u>Equilibrio electrolítico y ácido base</u></p> <p><u>Indicadores:</u> (desv. Grave a sin desv. del rango normal)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sodio sérico • Potasio sérico • Creatinina sérica • Bicarbonato sérico • Hto sérico • Deterioro cognitivo (grave- ninguno) <p><u>Equilibrio hídrico</u></p> <p><u>Indicadores:</u> (gravemente comprometido a levemente comprometido)</p> <p>Presión arterial PVC Hematocrito Electrolitos séricos</p> <p>Confusión (grave-leve)</p> <p><u>Severidad de la pérdida de sangre:</u> (grave a ninguno)</p> <p><u>Indicadores:</u> Pérdida sanguínea visible Sangre manifiesta por el ano (grave a ninguno)</p>
2	<p>Equilibrio hídrico Equilibrio electrolítico y ácido base Hidratación Perfusión tisular órganos abdominales</p>
3	<p>Control del riesgo Hidratación Equilibrio electrolítico y ácido base</p>

	RELACIONA EL NIC INDICADO PARA EL DIAGNÓSTICO
1	<p>Manejo de la hipovolemia Manejo del Shock: volumen Manejo de líquidos</p>

	Manejo de electrolitos Monitorización signos vitales Terapia intravenosa Administración de hemoderivados Disminución de la hemorragia: digestiva
2	Monitorización de signos vitales Manejo del shock: volumen Manejo de la hipovolemia Manejo de líquidos Administración de medicación
3	Identificación del riesgo Monitorización de signos vitales Hidratación Equilibrio electrolítico y ácido base Interpretación de datos de laboratorio Terapia intravenosa Prevención del shock

Muchas gracias...

Anexo N° 2

Lista de cotejos

Aplicación del PAE con taxonomía NANDA. NOC Y NIC por el profesional de enfermería del servicio de emergencias del HHUT, 2017

Autor: Ccusi, S; en base al libro NANDA, NOC y NIC

CONTENIDO	VALORACIÓN	Nº	ITEM	APLICA		
				NO	SI	
		1	Realiza fase inicial de recogida de datos			
		2	Realiza recogida de datos a profundidad			
		3	Obtiene datos subjetivos del paciente			
		4	Obtiene datos objetivos del paciente			
		5	Agrupar de datos por especialidad y /o modelo de valoración			
	DIAGNOSTICO	6	Identifica el patrón funcional alterado			
		7	Luego vincula con los dominios de la NANDA			
		8	Selecciona el dominio y clase			
		9	Identifica el tipo de diagnóstico			
	PLANEAMIENTO	NOC	10	Selecciona el resultado NOC adecuado para el diagnóstico		
			11	Identifica el dominio y clase NOC		
			12	Los indicadores coinciden con los signos y síntomas		
			13	Establece medición de resultado		
		14	Elige 1 o más intervenciones adecuadas para resolver cada diagnóstico, o factor relacionado o al control de signos y síntomas			
		15	Identifica el campo y clase del NIC			
	NIC	16	Selecciona actividades de enfermería necesarias que resuelvan el diagnóstico			
		17	Complementa las actividades según las guías de atención establecidas en el servicio.			
	EVALUACIÓN	18	Revalora los indicadores del NOC después de la intervención			
		19	Evalúa el estado del paciente con el indicador establecido			
		20	Valora con escala de Lickert los indicadores tomando en cuenta el estado de salud del paciente antes y después de la intervención			

Escala de valoración:

Aplica correctamente: 14- 20

Aplica incorrecta: 1-13

Nota: Se considera aprobado cuando el 70 % es aplicado

INSTRUCTIVO DEL ANEXO N° 2

APLICACIÓN DEL PAE CON NANDA, NOC Y NIC

I. Valoración:

1. Realiza fase inicial de recogida de datos

La enfermera realiza la valoración de cribado o inicial durante la atención al paciente, tomando las funciones vitales y completando lo espacios en blanco de la hoja de Proceso de Enfermería. (como el motivo de ingreso, acompañante, evaluado por)

2. Realiza recogida de datos a profundidad o focalizado

La enfermera pregunta al paciente completando el motivo de consulta, empieza a recoger nuevos datos que son de interés que ayuden a determinar el patrón alterado.

3. Obtiene datos subjetivos del paciente

Al realizarse la entrevista clínica entre la enfermera y el paciente, la enfermera le pregunta al paciente lo que siente, o refiere con respecto a su salud. (identificando datos potencialmente anormales). Y si el paciente no puede contestar a ello, la enfermera pregunta a los familiares y si no están los familiares le pregunta al personal de salud que lo ha traído al hospital,

4. Obtiene datos objetivos del paciente

La enfermera realiza el examen físico y valora los resultados de las pruebas diagnósticas (Exámenes de laboratorio, radiografía, ecografía, EKG etc.). Utiliza los sentidos: como observar, escuchar, oler, uso del tacto: inspección, palpación, percusión y auscultación. Hace uso de aparatos que son medibles sobre todo para recoger

datos numéricos del paciente como el peso, la presión arterial etc.

En otras palabras, todo lo medible.

5. Agrupa de datos por especialidad y /o modelo de valoración

La enfermera agrupa los datos y los ha transformado en información relevante y los agrupa formando el patrón alterado, proporcionando información sobre las respuestas humanas que el paciente experimenta agrupando datos por especialidad o haciendo uso de un modelo de valoración.

II. Diagnóstico

1. Identifica el patrón funcional alterado

La enfermera identifica el patrón funcional alterado, a partir de una valoración a profundidad.

2. Luego vincula con los dominios de la NANDA

La enfermera vincula el patrón alterado con el dominio de los diagnósticos de la NANDA

3. Selecciona el dominio y clase

La enfermera identifica el dominio y clase

4. Identifica el tipo de diagnóstico

La enfermera identifica el tipo de diagnóstico, que puede ser focalizado en el problema, o en un estado de promoción de la salud o en un riesgo potencial o de síndrome.

III. Planeamiento: NOC

Una vez que los diagnósticos han sido identificados deben jerarquizarse con la finalidad de identificar las prioridades de cuidados.

1. La enfermera selecciona el resultado NOC adecuado para el diagnóstico

Una vez identificado el tipo de diagnóstico enfermero, estas se usan para identificar los resultados antes de determinar las intervenciones. La enfermera establece una puntuación basal del resultado elegido y luego puede puntuarlo después de la intervención.

(Un resultado de enfermería se refiere a una conducta medible o a una percepción demostrada por una persona, grupo o comunidad antes y después de una intervención, la enfermera utiliza una escala de medida tipo Likert de cinco puntos y no como objetivos esperados. Esto permite a las enfermeras seguir los cambios en el estado del paciente o el mantenimiento de los estados del resultado a lo largo del tiempo y en diferentes entornos. Esta puntuación puede ser positiva cuando aumenta la puntuación del resultado o negativa cuando disminuye la puntuación del resultado o puede no haber ningún cambio la puntuación del resultado no varía.

2. Identifica el dominio y clase NOC

Una vez seleccionado el resultado esperado identifica el dominio y clase NOC del resultado

3. Lo indicadores coinciden con los signos y síntomas

Después de haber identificado el dominio y clase del NOC, utiliza los indicadores que coinciden con los signos y síntomas. Los indicadores de cada resultado permiten cuantificar los resultados en cualquier punto de una escala de Likert de 5 puntos, desde lo más negativo a lo más positivo.

4. Establece medición de resultado

Establece medición de estos indicadores. Por lo tanto, los resultados de evaluaciones repetidas a lo largo del tiempo permiten identificar los cambios en el estado del paciente.

IV. NIC (Ejecución)

Para desarrollar las intervenciones la enfermería, procede primero a localizar el diagnóstico de la NANDA y luego:

1. Elige 1 o más intervenciones adecuadas para resolver cada diagnóstico, o factor relacionado o al control de signos y síntomas
La enfermera realiza intervenciones de enfermería para cada indicador y para resolver el diagnóstico

2. Identifica el campo y clase del NIC
La enfermera identifica el campo y clase de las NIC

3. Selecciona actividades de enfermería necesarias que resuelvan el diagnóstico
La enfermera selecciona las actividades de enfermería para resolver el diagnóstico

4. Complementa las actividades según las guías de atención establecidas en el servicio.
La enfermera elige las actividades de enfermería que resuelvan el diagnóstico y complementa con las guías de las prácticas clínicas.

V. Evaluación

1. Revalora los indicadores del NOC después de la intervención
Una vez realizada las intervenciones de enfermería revalora los indicadores del NOC

2. Evalúa el estado del paciente con el indicador establecido

La enfermera evalúa la salud del paciente con el indicador del NOC

- 3.** Valora con escala de Likert los indicadores tomando en cuenta el estado de salud del paciente antes y después de la intervención

La enfermera valora con escala de Likert del 1 al 5 el estado de salud antes y después de su intervención.

Anexo N° 3

Tabla N° 12

Conocimiento del Proceso de atención de enfermería con la taxonomía NANDA, NOC Y NIC , según ítems

	Frecuencia		Total
	Incorrecto	Correcto	
1. Para aplicar una valoración	14	11	25
2. La valoración implica	7	18	25
3. Se agrupa la información	19	6	25
4. Según la valoración de enfermería	14	11	25
5. La taxonomía	7	18	25
6. Relaciona	17	8	25
7. Secuencia correcta de los pasos	14	11	25
8. diagnóstico enf.	8	17	25
9. Tipos de Dx.	17	8	25
10. Relacionar los diagnósticos	8	17	25
11. Def. Resultado	23	2	25
12. La clasificación de Res.	16	9	25
13. Relacione los dominios	18	7	25
14. La mejor estrategia	19	6	25
15. Una intervención se define	11	14	25
16. La situación q mejor describe	17	8	25
17. El uso de la NIC	6	19	25
18. Relaciona los campos	19	6	25
19. Con relación a la Evaluación	14	11	25
20. Desarrolle caso	18	7	25

Anexo N° 4

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA CON LA TAXONOMÍA NANDA, NOC, NIC POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2017

Para su calificación le presentamos la siguiente escala:

5 = TOTALMENTE DE ACUERDO CON LA PROPOSICIÓN
4 = DE ACUERDO CON LA PROPOSICIÓN.
3 = INDECISO CON LA PROPOSICIÓN.
2 = EN DESACUERDO CON LA PROPOSICIÓN.
1= TOTALMENTE EN DESACUERDO CON LA PROPOSICIÓN.

ASPECTOS A CONSIDERAR	5	4	3	2	1
1. El Tipo de Estudio es adecuado					
2. El Diseño es coherente con los objetivos de la investigación					
3. El instrumento persigue los fines de los objetivos					
4. La división de la variable en sus dimensiones es adecuada					
5. La escala utilizada es la correcta					
6. Los puntajes de calificación están acordes					
7. Los ítems planteados representan al tema					
8. Los reactivos siguen un orden lógico					
9. El número de ítems que cubren cada dimensión, es el adecuado					
10. Se deben considerar otros ítems					
11. Los reactivos miden realmente la variable					
12. Los ítems están redactados claramente					
13. Metodológicamente el instrumento es coherente					
14. Los aspectos de forma y redacción son aceptables					
15. En opinión generalizada el instrumento es válido					

Procedimiento:

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

	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Promedio
1	4	4	5	4,33
2	4	4	5	4,33
3	4	4	5	4,33
4	4	4	4	4,0
5	4	4	5	4,33
6	4	4	5	4,33
7	4	4	4	4,0
8	4	4	4	4,0
9	4	4	4	4,0
10	4	2	1	2,33
11	4	4	5	4,33
12	3	3	4	3,33
13	3	4	5	4,0
14	4	3	4	3,67
15	4	4	5	4,33

Segundo: con los promedios hallados se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$\text{Donde: DPP} = \sqrt{(x - y_1)^2 + (x - y_2)^2 + \dots + (x - y_9)^2}$$

X= Valor máximo en la escala concebido para cada ítem.

Y= Valor promedio por cada ítem

En este estudio la DPP hallada fue de: **2.7**

Tercero: determinar la distancia máxima (Dmax) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero (0), con la ecuación.

$$\text{Dónde: } D_{\max} = \sqrt{(x_1 - 1)^2 + (x_2 + 1)^2 + \dots + (x_n - 1)^2}$$

X= valor máximo en escala para cada ítem (es decir 5)

Y= valor mínimo de escala para cada ítem (es decir 1)

La Dmax hallada fue de **13,82**

Cuarto: la Dmax se divide entre el valor máximo de la escala, lo que nos da un valor de $15,03/5 = 2,76$

Quinto: Con este último valor hallado, se construye una nueva valorativa a partir de cero hasta llegar a Dmax. Dividiéndose en intervalos iguales entre sí, llamándose con letras A, B, C, D, E.

Siendo:

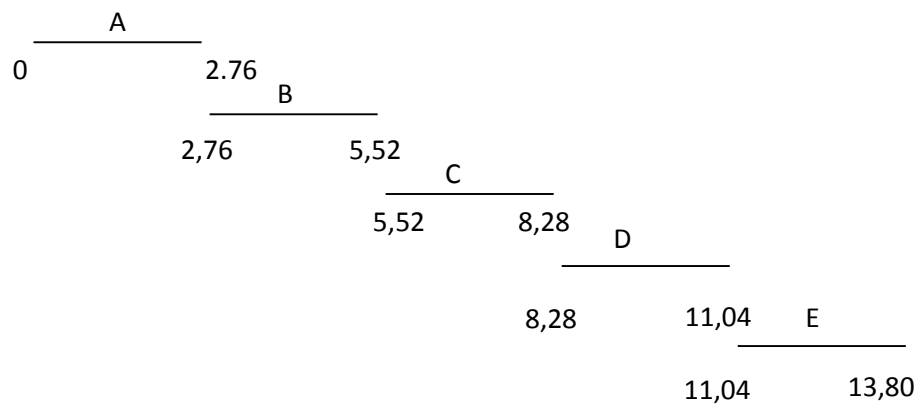
A = Adecuación total

B = Adecuación en gran medida

C = Adecuación promedio

D = Escasa adecuación

E = Inadecuación



Escala	Valoración	Valoración de Expertos
0 - 2,76	A = Adecuación total	DPP = 2,7
2,76 - 5,52	B = Adecuación en gran medida	
5,52 - 8,28	C = Adecuación promedio	
8,28 - 11,04	D = Escasa adecuación	
11,04 - 13,80	E = Inadecuación	

Sexto: El punto DPP debe caer en las zonas A o B; en caso contrario la encuesta requiere reestructuración o modificación, luego de las cuales se someterá nuevamente a juicios de expertos. El valor hallado del DPP fue de **2,7** cayendo en la zona A, lo que significa adecuación total del instrumento y que puede ser aplicado a la población en estudio.

Anexo N° 5

CONFIABILIDAD DE LA VARIABLE CONOCIMIENTO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Como criterio general, George y Mallery (2003, p. 231) sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los coeficientes de alfa de Cronbach:

- Coeficiente alfa $>.9$ es excelente
 - Coeficiente alfa $>.8$ es bueno
 - Coeficiente alfa $>.7$ es aceptable
 - Coeficiente alfa $>.6$ es cuestionable
 - Coeficiente alfa $>.5$ es pobre
 - Coeficiente alfa $<.5$ es inaceptable
-

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,729	20

- Coeficiente alfa $>.9$ es excelente
- Coeficiente alfa $>.8$ es bueno
- **Coeficiente alfa $>.7$ es aceptable**
- Coeficiente alfa $>.6$ es cuestionable
- Coeficiente alfa $>.5$ es pobre
- Coeficiente alfa $<.5$ es inaceptable

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Para aplicar una valoración	8,12	12,693	0,316	0,717
La valoración implica	7,84	12,973	0,275	0,720
Se agrupa la información	8,32	14,227	-0,099	0,748

Según la valoración de enfermería	8,12	12,193	0,464	0,703
La taxonomía	7,84	12,640	0,381	0,711
Relaciona	8,24	14,190	-0,091	0,750
Secuencia correcta de los pasos	8,12	11,527	0,671	0,682
diagnóstico enf.	7,88	14,110	-0,069	0,748
Tipos de Dx.	8,24	12,357	0,450	0,705
Relacionar los diagnóstico	7,88	13,277	0,169	0,729
Def. Resultado	8,48	12,760	0,634	0,703
La clasificación de Res.	8,20	13,250	0,168	0,729
Relacione los dominios	8,28	13,293	0,176	0,728
La mejor estrategia	8,32	12,227	0,549	0,698
Una intervención se define	8,00	12,500	0,372	0,711
La situación q mejor describe	8,24	14,023	-0,045	0,746
El uso de la NIC	7,80	13,000	0,286	0,719
Relaciona los campos	8,32	12,227	0,549	0,698
Con relación a la Evaluación	8,12	11,527	0,671	0,682
Desarrolle caso	8,28	12,960	0,279	0,720

CONFIABILIDAD DE LA VARIABLE APLICACIÓN DEL PAE

<i>Estadísticas de fiabilidad</i>	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,840	20

- Coeficiente alfa >.9 es excelente
- **Coeficiente alfa >.8 es bueno**
- Coeficiente alfa >.7 es aceptable
- Coeficiente alfa >.6 es cuestionable
- Coeficiente alfa >.5 es pobre
- Coeficiente alfa <.5 es inaceptable

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Realiza fase inicial	9,52	12,343	0,000	0,842
Realiza recogida de datos	10,20	11,500	0,191	0,847
Obtiene datos subjetivos.	9,60	11,750	0,272	0,838
Obtiene datos objetivos.	9,52	12,343	0,000	0,842
Agrupar datos por especialidad o modelos de valoración	10,20	11,333	0,244	0,844
Identifica el patrón funcional	9,88	11,110	0,304	0,841
Vincula con los dominios	10,36	11,740	0,181	0,844
Selecciona el dominio y clase	10,36	10,573	0,670	0,820
Identifica el tipo de Dx	9,52	12,343	0,000	0,842
Selecciona el resultado NOC	10,36	10,490	0,707	0,818
Identifica el dominio y clase	10,32	10,143	0,782	0,813
Los indicadores coinciden con los signos y síntomas	9,64	11,657	0,255	0,839
Establece medición de resultado	10,40	11,000	0,561	0,827
Elige una o más intervenciones	9,52	12,343	0,000	0,842
Identif. Campo y la clase NIC	10,32	10,143	0,782	0,813
Selecciona Actv. Enf	9,56	12,090	0,153	0,841
Complementa las actividades.	10,32	10,810	0,509	0,828
Revalora los indicadores	10,28	10,127	0,731	0,815
Evalúa el estado del paciente	9,72	10,960	0,450	0,831
Valora con escala de Lickert	10,28	9,877	0,831	0,809

Anexo N° 6

Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>¿Qué relación existe entre el conocimiento y aplicación del proceso de atención de enfermería con la taxonomía NANDA, NOC, NIC por el profesional de enfermería del servicio de emergencia del hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017?</p>	<p>Objetivo General: Determinar la relación entre el conocimiento y la aplicación del proceso de atención de enfermería con la taxonomía NANDA, NOC, NIC por el profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Establecer las características sociodemográficas del profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017. 	<p>Hipótesis general:</p> <ul style="list-style-type: none"> Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y aplicación del proceso de atención de enfermería con la taxonomía NANDA, NOC, NIC por el profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017 	<p>Variable independiente: Conocimiento del PAE con NNN</p> <p>Variable dependiente: Aplicación: del PAE con NNN</p>	<p>Tipo y diseño de investigación: Esta investigación es descriptiva de corte transversal y correlacional.</p> <p>El esquema queda determinado por:</p> <div style="text-align: center;"> <pre> graph LR M --> O1 M --> O2 O1 <--> r O2 </pre> </div> <p>Donde: M= Muestra: profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue</p> <p>O₁=Variable relacional: Nivel de conocimiento RCP</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el conocimiento del PAE con la taxonomía NANDA, NOC, NIC por el profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017. • Verificar la aplicación del PAE con taxonomía NANDA, NOC, NIC por el profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017 • Describir la aplicación del PAE según dimensiones por el profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017 			<p>O₂ = Variable relacional: Aplicación del RCP</p> <p>r = Relación entre el Nivel de conocimiento y la aplicación del RCP.</p>
--	---	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none">• Establecer la relación entre el conocimiento y la aplicación del PAE con taxonomía NANDA, NOC, NIC por el profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.			
--	---	--	--	--

Anexo N° 7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Es grato saludar a Ud. soy la Lic. Sonia Guisela Ccusi Álvarez, estudiante de la Segunda Especialidad Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres, que desarrolla la Escuela Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna, estoy realizando una Investigación sobre CONOCIMIENTO y APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA CON LA TAXONOMÍA NANDA, NOC , NIC POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HIPÓLITO UNANUE TACNA, año 2017, que tiene como objetivo general Determinar la relación entre el Conocimiento y aplicación del Proceso de atención de enfermería con la taxonomía NANDA, NOC y NIC por el profesional de enfermería del Hospital Hipólito Unanue Tacna, 2017, considerando que su aplicación mejora la calidad , y continuidad del cuidado y que a su vez proporciona un medio de comunicación entre los profesionales de enfermería.

Por lo que, solicito a Ud. su participación voluntaria en el presente estudio contestando el instrumento que nos permitirá recolectar los datos necesarios para tal objetivo.

Participante:

Firma:

Fecha: _____

Investigador:



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuelas Académico Profesionales de: Obstetricia, Enfermería, Medicina Humana,
Odontología, Farmacia y Bioquímica

RESOLUCIÓN DE FACULTAD N°8073-2017-FACS/UNJBG

Tacna, 28 de diciembre del 2017

VISTO:

El Informe N° 261-2017-SEGUNDA ESPECIALIDAD ENFERMERIA-FACS. Remitido por la Coordinadora de la Segunda Especialidad de Enfermería, solicita designación de Asesor para el proyecto de tesis y, autorización para ejecución presentado por la Est. Lic. Sonia Guisela Ccusi Alvarez, y;

CONSIDERANDO:

Que, la Est. Lic. Sonia Guisela Ccusi Alvarez, de la Segunda Especialidad Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud, solicita se le asigne Asesor para el proyecto de tesis;

Que, mediante el Informe N° 261-2017-SEGUNDA ESPECIALIDAD ENFERMERIA-FACS, remitido por la Coordinadora de la Segunda Especialidad Profesional de Enfermería, solicita se designe Asesor del Proyecto de Tesis titulado: **CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA CON LA TAXONOMÍA NANDA, NOC, NIC POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2107**, presentado por la Est. Lic. Sonia Guisela Ccusi Alvarez, alumna de la Segunda Especialidad: Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres, de la Facultad Ciencias de la Salud, teniendo como Asesora a la Lic. Esp. Elide Tipacti Sotomayor;

Que, teniendo opinión favorable de su Asesora Lic. Esp. Elide Tipacti Sotomayor, se procede a autorizar la Ejecución del Proyecto de Tesis presentado.

De conformidad con el Art.70° numeral 70.2 de la Ley Universitaria N°30220, y en lo expuesto en la R.R.N°006-2015-UNJBG, en uso de las atribuciones conferidas a la Sra. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud;

SE RESUELVE:

ART. 1°: Oficializar la Designación de la Lic. Esp. Elide Tipacti Sotomayor, como Asesora del Proyecto de Tesis titulado: **CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA CON LA TAXONOMÍA NANDA, NOC, NIC POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2107**, presentado por la Est. Lic. Sonia Guisela Ccusi Alvarez, alumna de la Segunda Especialidad: Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres de la Facultad Ciencias de la Salud

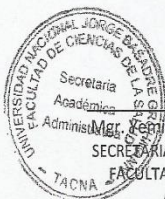
ART. 2°: Autorizar la Ejecución del Proyecto de Tesis presentado por la Est. Lic. Sonia Guisela Ccusi Alvarez, alumna de la Segunda Especialidad-Enfermería, de la Facultad Ciencias de la Salud

Regístrese, comuníquese y archívese.



Dra. María Dalila Salas de Cornejo
DECANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Distrib.: 2da Esp. Enferm, Arch.



Secretaría Académica Administrativa
Mgtr. Verónica del Carmen Berrios Espejo
SECRETARÍA ACADÉMICA ADMINISTRATIVA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

IMT/mpm

Av. Miraflores s/n Ciudad Universitaria-Central Telefónica 583000 Anexo2226 Castilla postal 316

