

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

SEDE ESMERALDAS



ESCUELA DE ENFERMERÍA

TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL

TÍTULO DE:

LICENCIATURA DE ENFERMERÍA

TEMA:

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA COMO UN SISTEMA ESTRUCTURADO PARA BRINDAR CUIDADOS DE ENFERMERÍA A LOS USUARIOS DE LOS HOSPITALES DEL CANTON ESMERALDAS PERIODO ENERO MARZO 2014.

AUTORA:

ESCOBAR CUERO PAMELA PAOLA

DIRECTORA

LIC. MA. TERESA TORRES RODRIGUEZ.

ESMERALDAS, OCTUBRE DEL 2014

HOJA DE DISERTACIÓN

Disertación aprobada luego de dar el cumplimiento a los requisitos exigidos por el reglamento de la PUCESE previo a la obtención de título de enfermera.

Director (a) de disertación

Lector (a) 1

Lector (a) 2

Directora de Escuela

Fecha.....

AUTORÍA

Yo, ESCOBAR CUERO PAMELA PAOLA con C.I. 080282918-4 declaro que la presente investigación enmarcada en el actual trabajo es absolutamente original, autentica y personal.

En virtud que el contenido de esta investigación es de exclusiva responsabilidad legal y académica de la autora.

.....

C.I. 080282918-4

Dedicatoria

El presente trabajo investigativo lo dedico con todo el cariño del mundo a:

Mis padres quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi pilar fundamental en mi superación quienes día a día me brindan su apoyo incondicional en todo momento.

A mis hijas Danna y Briana quienes son mi razón de ser por quienes he hecho todos los esfuerzos y sacrificios para hoy culminar mis estudios universitarios. Les amo un mundo mis princesas.

A mi esposo por ser mi compañero, apoyo y comprensión en las buenas y en las malas te amo sobre todas las cosas.

A mi familia y demás personas que de una u otra manera aportaron muy significativamente en la consecución de este logro.

A todos ellos, muchas gracias de todo corazón Dios les bendiga y los cuide por siempre.

Agradecimiento

En primer lugar agradecemos a Dios por haberme dado inteligencia, valor y por haberme guiado por el camino de la felicidad en la realización de mis metas.

Son muchas las personas a las que tengo que agradecer, por su amistad, apoyo y compañía en las diferentes etapas de mi vida pero de manera especial a:

*Mis padres **Carmen** y **Ennis** quienes con su apoyo moral y financiero son parte de este logro por su lucha constante por que yo sea alguien en esta vida.*

*A **Carlos**, mi esposo por su comprensión ayuda constante, para que cumpla la meta propuesta*

*A mis hijas **Danna** y **Briana** quienes han sido mi inspiración de este sacrificio, es tan difícil ser madre y estudiante a la vez pero no imposible las amo un mundo.*

*A mis hermanos de manera muy especial a **Irma** que es un ser humano digno de ejemplo por su constante lucha por la vida y **Ennis** mi "mama" quien siempre tuvo palabras de aliento para decir adelante tu si puedes.*

*A mis docentes **Lcda. Ma. Teresa Torres** y **Lcda. Marylim Vila** maestras de de las cuales llevo las mejores enseñanzas, madres, amigas y maestras.*

A familiares, amigos y demás personas de de alguna manera aportaron la consecución de este título hoy obtenido:

"Sea para todos ellos la congratulación anhelada"

ÍNDICE

PORTADA	I
HOJA DE DISERTACIÓN	II
AUTORIA	III
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO	VI
INDICE	VII
RESUMEN	VIII
ABSTRACT	IX
LISTA DE TABLAS	X

PRIMERA PARTE

INTRODUCCIÓN	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	8
OBJETIVOS	9
JUSTIFICACIÓN	10
HIPÓTESIS	11

SEGUNDA PARTE

ESQUEMA DEL MARCO TEÓRICO 12

MARCO TEÓRICO 14

TERCERA PARTE

MATERIALES Y MÉTODOS 43

TIPO DE ESTUDIO 44

POBLACIÓN Y MUESTRA 45

CRITERIO DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN 45

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS 46

PROCEDIMIENTO 47

TIPO DE ANÁLISIS DE DATOS 48

VARIABLES 48

CUARTA PARTE

RESULTADOS 49

DISCUSIÓN 68

CONCLUSIONES 72

RECOMENDACIONES 74

GLOSARIO 75

BIBLIOGRAFÍA 77

QUINTA PARTE

ANEXOS

ANEXO N° 1	PROPUESTA	82
ANEXO N° 2	MODELO DE GUÍA DE ENCUESTA	96
ANEXO N° 3	MODELO DE GUÍA DE OBSERVACIÓN	100
ANEXO N° 4	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	101
ANEXO N° 5	PRESUPUESTO	102
ANEXO N° 6	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	103
ANEXO N° 7	ÁRBOL DE PROBLEMAS	108
ANEXO N° 8	OFICIOS Y SOLICITUDES	109

RESUMEN

TEMA: aplicación del proceso de atención de enfermería como un sistema estructurado para brindar cuidados de enfermería a los usuarios de los hospitales del Cantón Esmeraldas periodo enero marzo 2014.

OBJETIVO: Determinar el Proceso de Atención de Enfermería que se aplica en el cuidado a los usuarios que reciben atención en los hospitales públicos y privados del Cantón Esmeraldas en el periodo Enero – Marzo 2014, con el fin de Definir y validar un modelo de atención que englobe los alcances de la práctica de Enfermería.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio de tipo descriptivo, analítico y prospectivo donde se determinó el Proceso de Atención de Enfermería que se aplica en el cuidado a los usuarios que reciben atención en los hospitales públicos y privados. Se trabajó con una muestra de 103 profesionales de enfermería.

Se recolectaron datos a través de la aplicación de un test dirigido a los profesionales sujetos a estudio.

RESULTADOS: los datos obtenidos a través del test demuestran que el mayor porcentaje de profesionales de enfermería si tienen nociones básicas del PAE pero por

asuntos de horas de trabajo, asignación de pacientes, infraestructura no es llevado a la práctica, el 83% de profesionales si decidieron participar en la investigación mientras que el 7% restante no colaboro,, el 70% de ellos no se encuentran suscritos a ninguna revista científica el 67% realiza las actividades de enfermería acorde a la valoración precisa del usuario, mientras que un 70% actualiza sus conocimientos obteniendo información del internet, el 8% lo hace por medio de libros y un 62% manifiesta aplicar el proceso de enfermería por etapas para brindar cuidados a los usuarios un 93% de ellos están de acuerdo con la implementación de un formulario para la aplicación del PAE.

CONCLUSIONES: Con este trabajo investigativo se ha llegado a la conclusión que el personal de Enfermeras que labora en los centros hospitalarios del Cantón Esmeraldas tiene conocimientos sobre el PAE y los Modelos de Atención existentes, pero no son llevados a la práctica puesto que la demanda de usuarios y el tiempo designado para el servicio no permite la aplicación del mismo a cabalidad. Según datos obtenidos en la aplicación del test a los profesionales de enfermería en los hospitales Delfina Torres de Concha y el IESS se puede afirmar que el 80% de los usuarios que reciben atención en estas casas de salud son cuidados por el personal sin una planificación previa de sus actividades.

ABSTRACT.

THEME:

Application of the process of attention of enfermeree as a system structured to offer cares to the users of the hospitals of de Canton Esmeraldas. Period January – march 2014.

OBJECTIVE:

Determine the process of attention of enfermeree that apply in the care to the users than receive attention in the Public Hospitals and private of the Canton Esmeraldas in the period January – March 2014 (as long as) units define and value a model of attention than reach of the practice of enfermeree.

METHODOLOGY:

Performed (realized) a study descriptive, analitice and prospective, where determine the process of attention of enfermeree than apply in the care to the users that receive attention in de public hospitals and private, worked with a pattern (sample) of 103 professionals of enfermeree.

Compiled data through the application of a test gerided to the professionals able to study.

RESULTS:

The data obtained (get) through test demonstrate (show) than the mayor percentage of professionals of enfermeree whet her they have basic notions of P. E.A but forassoon

(subject) of time of work, assignment of patients, infrastructure isn't carry to the practice the 83% of professionals whether. They decided participate in ist investigation white than 7% restant don't collaborated. The tos of them they aren't subscribe hot one (noboby) cientific magazine the 67% start the activities of enfermeree acoord the valuction exact of the users white than a 70% active your knoweldges obtaining information of internet,the 8% do it for midst ofbooks and a 62% say to apply the process of enfermeree for stopsfor give care to the users a 93% of then they are agreed the omplemetation of formulary for application of the P.E.A

CONCLUSION:

With this work investigative has arrived to the conclusion than the personal of enfermeree than worked (labored) in the hospitalarys center of Canton Esmeraldas has knowledgs about P.A.E and models of attenction existees but (aren't) a they aren't carried to the practice unless than the demond of users and the time designet for for the service no allow (to permit) the application selfiame to exactlyaccorging datos obtained in the aplicaionof test to the professionals of enfermeree in the Delfina Torres hospitals and IESS can affirmative than the are they are cared by the personal withing a plannification previos of your activities

INTRODUCCION

En un principio, el ejercicio de la enfermería abarcaba numerosos papeles. El profesional de enfermería se centraba en las medidas de consuelo y en el mantenimiento de un entorno higiénico, desempeñar los papeles del farmacéutico, dietista, fisioterapeuta y asistente social formaban parte de la práctica de la enfermería. Además de realizar actividades médico delegadas. (NANDA 2007 – 2008)

Este término aparece en los escritos de enfermería a mediados de 1955, cuando Lidia Hall describía a la enfermería como un proceso; sin embargo su descripción tardó varios años en tener aceptación como parte del cuidado integral de enfermería. Posteriormente en 1967, Yura y Walsh crearon un primer texto que describía un proceso con cuatro fases: valoración , planeación, ejecución y evaluación. Blodi en 1974 y Roy en 1975 añadieron la fase de diagnóstico, dando lugar a un proceso de cinco fases. Éste como instrumento, herramienta o método para la práctica, ha sido el modelo predominante en la clínica en enfermería desde hace veinticinco años y es uno de los temas por considerar en el análisis de teorías y modelos teóricos de enfermería. (Mc Graw Hill Interamericana; 2014.)

En los servicios de salud es de suma importancia el mejoramiento de la calidad de atención y para contar con estas perspectiva, es fundamental identificar la necesidad de cada servicio, utilizando estrategias dirigidas al usuario que recibe atención n los centros hospitalarios considerados de segundo nivel en el cantón esmeraldas, que integran la red de salud del Ministerio de Salud Publica del Ecuador.

La práctica de enfermería se ve diariamente enfrentada a la identificación de problemas, cuyo objetivo no es solo combatir la enfermedad, si no satisfacer las necesidades humanas del individua, la familia y la comunidad.

En el Cantón Esmeraldas se cuenta con tres centros asistenciales que brindan atención a la ciudadanía Hospital Delfina Torres de Concha, (HDTC) Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, (IESS), Hospital de las Fuerzas Armadas HOSNAE. Mismos que forman parte de la red de servicios de salud públicas y privadas del Ministerio de Salud del Ecuador.

NANDA. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación: 2007-2008. ¹
Barcelona: Elsevier; 2008. 357 P.

Mc Graw Hill Interamericana; 2014.)

FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA Teoria y Metodos: 2010 Hernandez Conesa

El Hospital Delfina Torres de Concha que es la Casa de Salud de mayor demanda en cuanto a usuarios que acuden en busca de sanar sus dolencias, sin embargo ésta Institución percibe problemas como el crecimiento poblacional del Cantón y Provincia de Esmeraldas. Desde el jueves 2 de mayo del 2013, los habitantes de la provincia de Esmeraldas, cuentan con los nuevos y modernos servicios de Emergencia, Consulta Externa y Laboratorio del Hospital Delfina Torres de Concha, en el que se adecúan modernas áreas para quirófano, centro obstétrico, Neonatología, esterilización, hospitalización de Pediatría y Ginecología. El hospital Delfina Torres de Concha tiene capacidad para 125 camas. Esta institución se encuentra ubicada en la Av. Libertad Vía a Las Palmas.

El Hospital del IESS de Esmeraldas, se encuentra ubicado en la parroquia 5 de Agosto, limitado por las calles Colón y Eloy Alfaro, entre Guayas y Loja.

La Asociación Norteamericana de Enfermería ANA, establece estándares para la práctica profesional de enfermería con el fin de asegurar la calidad del cuidado, donde resaltan la importancia de la instauración de guías y del fortalecimiento del criterio enfermero, tomando como base la estructura, el proceso y los resultados de los cuidados para la evaluación de la práctica profesional, los cuales, han sido empleados como directriz para la creación de programas de garantía de calidad.

“El proceso de enfermería es la base del quehacer del profesional enfermero, lo que le permite investigar para poder administrar los cuidados y educar, es decir, construir y participar con el cliente en su cuidado. Todo enfermero debe poseer un marco de referencia susceptible de cambios que sustenten su actuación en la práctica diaria” (Villalobos, 1999)

El proceso de implementación de un modelo de atención de enfermería usado para guiar la práctica entre otras funciones, requiere de compromiso y perseverancia. Lograr la completa institucionalización del modelo requiere un periodo de varios años. La aplicación clínica de un proceso que guíe y mejore la práctica de enfermería ofrece la oportunidad para diseñar una entrega de cuidado estructurada, organizada y enfocada al cuidado del paciente con el potencial para incrementar la eficiencia y la efectividad. También ayuda a definir los roles de enfermería, los objetivos, identifica los elementos esenciales para la base de datos de los pacientes, ofrece parámetros de valoración, dirige las intervenciones de enfermería y -

mejora los medios para una comunicación efectiva de la práctica de enfermería (Cox T. Using NANDA, NIC, NOC).

La aplicación modelo que guíe la práctica de enfermería provee una estructura para pensar en el cuidado del paciente y da una dirección para organizar el trabajo de enfermería enfocado en un cuidado comprensivo y holístico para los pacientes y sus familias. Aunque el proceso de implementación es complejo y extenso, se lograran muchos resultados benéficos, sobretodo la expresión armónica en la práctica de los valores de enfermería, creencias y supuestos relacionados a los seres humanos, salud, ambiente y enfermería.

El éxito de la implementación del proceso requiere la presencia de múltiples condiciones positivas y el uso de una variedad de estrategias y procesos para apoyar el cambio. De suma importancia es el apoyo y el reconocimiento de definir el rol de enfermería en la organización.

La presente investigación pretende determinar la aplicación del proceso de atención de enfermería en los cuidados que se proporciona a usuarios de las casas de salud ya mencionadas del Cantón Esmeraldas. Dado que la aplicación de un modelo de atención estándar para los centros hospitalarios aportara significativamente tanto en la actualización de conocimientos validos como en la correcta asistencia en la práctica diaria de la profesión.

Es importante señalar, que el PAE tiene un enfoque holístico, considerando tanto los problemas físicos como los efectos de los mismos sobre el funcionamiento de la persona como ser individualizado. El mantenimiento de este enfoque asegura que se cubran las necesidades únicas y ayuda a la enfermera ha adaptar las intervenciones al individuo (y familia) en vez de hacerlo a la enfermedad.

El uso del enfoque de patrones funcionales facilita realizar una valoración integral y sistematizada. Así mismo permiten a la enfermera identificar patrones funcionales y patrones disfuncionales que constituyen los diagnósticos de enfermería, los cuales proporcionan la base de la elección de intervenciones de enfermería que permitan alcanzar los resultados deseados en el usuario.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

- 1.** ¿Se aplica un sistema estructurado para brindar cuidados de enfermería de calidad a los usuarios de centros hospitalarios del Cantón Esmeraldas?
- 2.** ¿Qué proceso de Atención de Enfermería se aplica en el cuidado del usuario de los hospitales del cantón Esmeraldas?

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

La presente investigación se realizó en 2 hospitales públicos y privados existentes en el cantón Esmeraldas Hospital Delfina Torres de Concha y Hospital del IESS, en el periodo Enero – Marzo del 2014. Mismo que estuvo dirigido a todo el personal de enfermería que labora en estas casas de salud ya sea con nombramiento o por contrato.

JUSTIFICACIÓN

La evidencia de la práctica de enfermería significa sustentar científicamente cómo los resultados de los cuidados contribuyen a la mejoría continua de la calidad de atención.

La práctica de Enfermería no puede seguir basada en la intuición, tradiciones o creencias, corresponde a los profesionales de Enfermería demostrar su contribución a la salud mediante la aplicación de un cuidado planificado y basado en teorías. Con la aplicación del PAE se pretende desarrollar una eficiente prestación del cuidado y gestión de la atención en el área hospitalaria y ambulatoria enfocado hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. La aplicación de estos modelos implica un proceso de cambio, dirigido a desarrollar una nueva cultura de trabajo y a motivar a los recursos humanos de Enfermería a asumir nuevos roles, fomentar la adquisición y la generación de nuevas competencias profesionales.

La aplicación modelo que guíe la práctica de enfermería provee una estructura para pensar en el cuidado del paciente y da una dirección para organizar el trabajo de enfermería enfocado en un cuidado comprensivo y holístico para los pacientes y sus familias. Aunque el proceso de implementación es complejo y extenso, se lograran muchos resultados benéficos, sobretodo la expresión armónica en la práctica de los valores de enfermería, creencias y supuestos relacionados a los seres humanos, salud, ambiente y enfermería.

El éxito de la implementación del proceso requiere la presencia de múltiples condiciones positivas y el uso de una variedad de estrategias y procesos para apoyar el cambio. De suma importancia es el apoyo y el reconocimiento de definir el rol de enfermería en la organización.

La presente investigación pretende determinar la aplicación del proceso de atención de enfermería en los cuidados que se proporciona a usuarios de las casas de salud ya mencionadas del Cantón Esmeraldas. Dado que la aplicación de un modelo de atención estándar para los centros hospitalarios aportara significativamente en la actualización de conocimientos validos y a su vez la correcta aplicación de cuidados asistenciales pertinentes en la práctica diaria de la profesión.

OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar el Proceso de Atención de Enfermería que se aplica a los usuarios que se atienden hospitales públicos y privados del Cantón Esmeraldas en el periodo Enero – Marzo 2014.

ESPECIFICOS:

1. Medir el nivel de conocimiento del personal de enfermería en la aplicación del proceso de atención de enfermería como un sistema estructurado en el cuidado de los usuarios.
2. Identificar el comportamiento actual del personal de enfermería en relación a la aplicación del proceso de atención de enfermería.
3. Definir y validar un modelo de atención que englobe los alcances de la práctica de Enfermería.
4. Establecer un perfil para el personal de enfermería que labora en los hospitales, que permita diferenciar la atención que se brinda según el nivel de atención en salud.

ESQUEMA DEL MARCO TEÓRICO

1. Proceso de Atención de Enfermería
 - 1.1 Definición
2. Características
3. Etapas
 - 3.1 Fase de Valoración:
 - 3.1.1 Requisitos previos
 - 3.1.2 Pasos de la valoración
 - 3.1.3 Recogida de datos
 - 3.1.4 Validación de datos
 - 3.1.5 Organización
 - 3.1.6 Documentación
 - 3.2 Fase de diagnóstico:
 - 3.2.1 Definición
 - 3.2.2 Componentes
 - 3.2.3 Elaboración
 - 3.2.4 Clasificación
 - 3.2.5 Priorización
 - 3.2.6 Problemas de colaboración
 - 3.3. Fase de planificación.
 - 3.3.1 Objetivos
 - 3.3.2 Componentes
 - 3.3.3 Pasos para el establecimiento de prioridades
 - 3.3.4 Aplicación de los estándares enfermeros
 - 3.3.5 Elaboración de objetivos
 - 3.3.6 Fase de intervenciones o ejecución:
 - 3.4 Ejecución de intervenciones
 - 3.4.1 Preparación para la acción
 - 3.4.2 Realización de las actividades
 - 3.4.3 Registro de la actuación
 - 3.5 Fase de evaluación:
 - 3.5.1 Evaluación del cuidado de enfermería

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

DEFINICIÓN

Es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Eje de todos los abordajes enfermeros, el proceso promueve unos cuidados humanísticos centrados en unos objetivos (resultados) eficaces. También impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse cómo pueden mejorarlo. (Lefevre, 2003,p4).

BETTANCOURT (2009) afirma:

Es una clasificación de la práctica de enfermería que proporciona una terminología estructurada, definida y un marco en el cual los vocabularios y clasificaciones existentes pueden cruzarse para poder comparar los datos de enfermería. (p, 25)

El proceso de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. El proceso de enfermería le da al a profesión la categoría de la ciencia pues su uso le permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas, tratando a la persona como un todo, donde el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a el y no solo a su enfermedad.

CARACTERÍSTICAS DEL PAE

El Proceso de Atención de Enfermería es:

SISTEMÁTICO.- Como el método de solución de problemas, consta de cinco fases que son:

- ✓ Valoración,
- ✓ Diagnóstico,
- ✓ Planificación,
- ✓ Ejecución y
- ✓ Evaluación

En los que se llevan a cabo una serie de acciones deliberadas para obtener los resultados esperados.

DINÁMICO.- A medida que adquiera más experiencia, podrá moverse hacia atrás y hacia delante entre las distintas fases del proceso, combinando en ocasiones distintas actividades para conseguir el mismo resultado final. Por ejemplo, las enfermeras principiantes con frecuencia necesitan valorar metódicamente a un usuario antes de llegar a formular un diagnóstico, mientras que las enfermeras expertas con frecuencia sospechan de inmediato la presencia de un determinado diagnóstico y luego valoran más estrechamente a la persona para determinar si es correcto o no. (Lefevre, 2003,p4).

HUMANÍSTICO.- Porque los cuidados se planifican y se ejecutan teniendo en cuenta las necesidades, intereses, valores y deseos específicos de la persona, familia o comunidad. Como enfermeras debemos considerar la mente, el cuerpo y el espíritu, ver el ser humano de una manera holística. Nos esforzaremos por comprender los problemas de salud de cada individuo y el correspondiente impacto del mismo en la percepción de bienestar de la persona y en su capacidad para las actividades de la vida diaria centrado en los objetivos resultados.

Las fases del proceso enfermero están diseñados para centrar la atención en si la persona que demanda los cuidados de salud obtiene los mejores resultados de la manera más eficiente. Los requerimientos más específicos de documentación proporcionan los datos clave que pueden estudiarse para optimizar los resultados en otras personas en situación similar (Greyden; 1994.p 532).

IMPORTANCIA Y VENTAJAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

- ✓ Como instrumento en la práctica del profesional, puede asegurar la calidad de los cuidados al individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería.
- ✓ Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.
- ✓ El proceso de enfermería proporciona un método lógico y racional para que el profesional de enfermería organice la información de tal manera que la atención sea adecuada, eficiente y eficaz.
- ✓ Por otra parte, al profesional de enfermería le facilita la comunicación; concede flexibilidad en el cuidado; le genera respuestas individuales y satisfacción en su trabajo; le permite conocer objetivos importantes para el sujeto de atención; mejora la calidad de la atención; propicia el crecimiento profesional y proporciona información para la investigación.
- ✓ Al sujeto de atención permite participar en su propio cuidado; garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales, y ofrece atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la priorización de sus problemas.

FASES DEL PROCESO DE ENFERMERIA

Se presenta a continuación una breve descripción de lo que hay que hacer en cada fase del proceso enfermero.

FASE VALORACIÓN

La valoración es la primera fase del PAE, pudiéndose describir como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos de distintos tipos y fuentes, para analizar el estado de salud de la persona. Consta de cuatro componentes: la recogida de datos, validación, organización y la documentación.

El hecho de que la valoración de la persona sea la primera de las cinco fases, es significativo a la hora de reforzar su importancia como clave para las restantes fases del proceso de Enfermería.

La fase de valoración proporciona una base sólida que fomenta la administración de una atención individualizada de calidad. Se necesita una valoración exacta y completa para facilitar el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas, el ámbito de la práctica de enfermería, según lo definió (ANA -1980). La valoración constituye la base para la identificación de los diagnósticos de enfermería, la planeación, ejecución y evaluación de las intervenciones de enfermería.

La valoración inicial permite a la enfermera recoger datos globales acerca de las respuestas humanas a los procesos de salud. Ayuda también a identificar los factores específicos que contribuyen a la existencia de estas respuestas en cada persona, familia o colectivo. Esto anima a la enfermera y a la persona a ejecutar las intervenciones que contribuyen a alcanzar los resultados esperados.

REQUISITOS PREVIOS

La fase de valoración está influida por las creencias, conocimientos y capacidades de la enfermera. Las creencias y conocimientos de la enfermera constituyen la base de las relaciones enfermera-paciente. Los conocimientos y capacidades son los instrumentos que permiten a la enfermera adquirir datos, determinar su importancia y desarrollar intervenciones que fomenten una atención de enfermería individualizada y de calidad.

✓ Creencias

Entre las creencias de la enfermera se encuentran filosofías sobre la enfermería, la salud, la persona y el entorno y las relaciones entre ellos. Todo esto forma parte del marco teórico sobre el que se basa la práctica de enfermería. Este marco se refleja no sólo en la fase de valoración, sino también a lo largo de los restantes componentes del proceso de enfermería.

✓ Conocimientos

El proceso de valoración exige a la enfermera poseer extensos conocimientos sobre distintas disciplinas. Esta base de conocimientos incluye tanto a las ciencias físicas como a las del comportamiento. De la enfermera se espera que domine conceptos básicos de anatomía, fisiología, química, nutrición, microbiología, psicología y sociología. Los

componentes de esta base científica permiten a la enfermera hacer la valoración inicial del estado fisiológico y psicológico de la persona.

Dichos conocimientos constituyen también la base para el reconocimiento de cambios durante las siguientes valoraciones. Esto facilita la identificación de los factores contribuyentes, tanto positivos como negativos, que determinan el lugar donde el paciente se encuentra dentro del ciclo salud/enfermedad.

La base de conocimientos de la enfermera ha de incluir también las bases del análisis para la resolución de problemas y la toma de decisiones. La enfermera tiene que desarrollar la capacidad para analizar los datos de la valoración, reconocer relaciones significativas entre los datos, desarrollar conclusiones válidas, y más tarde emitir unos juicios sólidos que contribuyan al mejoramiento y progreso de la persona cuidada.

✓ **Capacidades**

La enfermera necesita una serie de capacidades para completar una valoración eficaz. Estas capacidades están relacionadas con la base de conocimientos, pudiendo ser de naturaleza técnica e interpersonal.

Las capacidades técnicas asociadas a la fase de valoración implican procedimientos y técnicas específicos que permiten a la enfermera recoger los datos. Algunas están asociadas a la utilización de un equipo como el estetoscopio, el esfigmomanómetro y los termómetros para la toma de las constantes vitales. Otras capacidades técnicas implican la ejecución de procedimientos, como la palpación de pulsos o la auscultación cardíaca, pulmonar o de ruidos intestinales. Para una valoración completa y exacta hacen falta ambos tipos de capacidades técnicas.

Las capacidades interpersonales son importantes durante todas las fases del proceso de enfermería, pero resultan particularmente críticas para una valoración satisfactoria. Puesto que se trata de un proceso comunicativo, e interactivo, la enfermera tiene que tener muy bien desarrolladas las capacidades comunicativas. Estas capacidades facilitan el desarrollo de relaciones positivas entre la enfermera y la persona cuidada o la familia.

Estas relaciones positivas posibilitan a la enfermera:

- ✓ Determinar las prioridades del individuo/familia.
- ✓ Identificar otras cuestiones de enfermería.
- ✓ Crear un ambiente terapéutico donde puedan alcanzarse los resultados mutuos.

El ambiente terapéutico empieza a desarrollarse durante la valoración, y requiere que la enfermera posea capacidades comunicativas verbales y no verbales. Desde luego, la enfermera tiene que poder compartir información con la persona cuidada, escogiendo un lenguaje que transmita exactamente el mensaje deseado, a un nivel apropiado para el paciente.

Además, la enfermera tiene que haber desarrollado muy bien su capacidad para escuchar, contribuyendo a un ambiente terapéutico, ya que hace que el individuo se sienta cómodo expresando sus ideas, sentimientos y preocupaciones. El componente no verbal de la comunicación resulta particularmente importante en el proceso de valoración y en el desarrollo de las relaciones enfermera-persona cuidada.

La creatividad, el sentido común y la flexibilidad son capacidades interpersonales adicionales necesarias cuando se valora al paciente o a su familia. A menudo se exige que la enfermera sea creativa a la hora de desarrollar estrategias que faciliten la valoración. Esto resulta particularmente importante cuando los pacientes son muy jóvenes o están asustados o presentan barreras en la comunicación.

PASOS DE LA VALORACIÓN

Recogida De Datos

Dentro del contexto de la valoración de enfermería, los datos podrían definirse como información específica que se obtiene de una persona cuidada. La enfermera recoge de forma sistemática la información necesaria para diagnosticar las respuestas de salud del paciente e identificar los factores contribuyentes. Posteriormente, esta base de datos constituye el fundamento de las fases restantes del proceso de enfermería: diagnóstico,

planificación, ejecución y evaluación. (Iyer P, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D. 1997. p. 35, 36, 37, 38, 42, 81, 82).

Tipos de datos

Durante la valoración, la enfermera reúne cuatro tipos de datos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales. La mezcla de todos estos tipos se da normalmente en una base de datos completa y exacta.

Los datos subjetivos se podrían describir como la visión que el individuo tiene de una situación o serie de acontecimientos. Esta información no puede estar determinada por la enfermera independientemente de la relación o comunicación con el individuo. Los datos subjetivos a menudo se obtienen durante la anamnesis de enfermería e incluyen las percepciones, sentimientos e ideas del paciente sobre sí mismo y sobre el estado de salud personal. Algunos ejemplos son las descripciones que hace el paciente del dolor, debilidad, frustración, náuseas o turbación. Ej., "el corazón me brinca muy rápido", "siento el estomago revuelto". La información aportada por fuentes distintas de la persona cuidada, esto es, familia, especialistas y otros miembros del equipo de salud- puede ser también subjetiva si se basa en opiniones individuales en vez de estar justificadas por hechos.

Por el contrario, los datos objetivos son observables y mensurables. Esta información habitualmente se obtiene a través de los sentidos –vista, olfato, oído y tacto- durante la exploración física del paciente. Algunos ejemplos de datos objetivos son la frecuencia respiratoria, la tensión arterial, el edema y el peso. Ej., pulso de 150 lat./min, regular y fuerte.

Los datos históricos consisten en situaciones o acontecimientos que han tenido lugar en el pasado. Estos datos son especialmente importantes para identificar las características de la salud normal de la persona cuidada y para determinar experiencias pasadas que pudieran tener algún efecto sobre el estado de salud de la persona. Ej. Antecedentes de enfermedades, cirugías, hábitos de alimentación o de eliminación.

Los datos actuales se refieren a acontecimientos que están sucediendo en este momento. Estos datos son especialmente importantes en su valoración inicial y en las valoraciones

repetidas, para comparar la información actual con los datos previos y determinar el progreso de la persona cuidada. Ej. La temperatura, la glicemia, balance de líquidos administrados y eliminados.

Fuentes De Datos

Las fuentes se clasifican como primarias o secundarias. El paciente es la fuente primaria y se debe utilizar para obtener los datos subjetivos pertinentes a través de la entrevista. La observación consiste en el uso sistemático de la vista, el oído y el olfato para reunir información sobre el usuario, la familia y personas allegadas; igualmente el entorno y la interacción entre estas variables se valoran por este medio. El examen físico es la valoración que se hace, bien sea en un orden cefalocaudal o por órganos y sistemas, emplea cuatro técnicas que son:

- ✓ inspección,
- ✓ palpación,
- ✓ percusión y
- ✓ auscultación.

INSPECCIÓN u observación cuidadosa y crítica del usuario para determinar características físicas. Tales como el tamaño, forma, posición, localización anatómica, color, movimiento, simetría.

PALPACIÓN O USO DEL TACTO para determinar las características de algunas estructuras corporales situadas debajo de la piel a fin de conocer su tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsación, vibración, consistencia y movilidad.

PERCUSIÓN O GOLPETEO suave con un dedo o dedos sobre la superficie corporal y análisis acústico de los sonidos producidos, que variaran dependiendo del tipo de estructura que haya debajo.

AUSCULTACIÓN O ESCUCHA de los sonidos producidos por los órganos corporales. Puede ser directa, aplicando el oído sobre la zona que se desea auscultar, o indirecta, mediante el uso de un estetoscopio. Esta técnica permite identificar la frecuencia,

intensidad, calidad y duración de los sonidos detectados.

Las fuentes secundarias son todas las demás que no sean el propio paciente. Éstas se utilizan en aquellas situaciones en las que la persona cuidada no puede participar o cuando es necesaria mayor información para aclarar o validar datos proporcionados por el paciente. Entre las fuentes secundarias se encuentran los familiares o seres queridos del individuo, personas del entorno inmediato del mismo, otros miembros del equipo de atención sanitaria y los registros clínicos, como análisis de pruebas diagnósticas de un lado de laboratorio y de otro lado los estudios radiológicos y otros especiales. Familiares, amigos y colaboradores pueden proporcionar también datos históricos oportunos relacionados con las características normales de la persona cuidada en su hogar, en el trabajo y en los ambientes de actividades de ocio.

VALIDACIÓN

La validación o verificación de que la información de que dispone es real y completa, es un paso esencial en el pensamiento crítico. Esto evita hacer asunciones, omitir información pertinente, malinterpretar las situaciones, extraer conclusiones precipitadas o centrarse en una dirección equivocada y/o cometer errores en la identificación de los problemas. (NANDA, 2007-2008, Elsevier; 2008. pag. 334-345).

La validación se apoya en los siguientes pasos:

- ✓ Hacer un doble control para cerciorarse de que el equipo funciona correctamente.
- ✓ Compruebe de nuevo sus propios datos (p. ej., vuelva a tomar la presión arterial del paciente del otro brazo o al cabo de diez minutos).
- ✓ Busque factores que puedan alterar la exactitud (p. ej., compruebe si la persona que tiene la temperatura oral elevada y ningún otro síntoma acaba de tomarse un vaso de leche caliente).
- ✓ Pídale a otra persona, preferiblemente un experto, que obtenga el mismo dato (p. ej., pídale a una enfermera más experimentada que vuelva a tomar la tensión arterial cuando usted no está segura).

- ✓ Vuelva a comprobar la información que es extremadamente anormal o incongruente con el estado de la persona (p. ej., use otra báscula distinta para comprobar el peso).
- ✓ Compare los datos objetivos y subjetivos para ver si lo que dice la persona es congruente con lo que usted observa.
- ✓ Clarifique las afirmaciones y verifique sus inferencias (p. ej., “En mi opinión, parece cansado”).
- ✓ Compare sus impresiones con las de otros miembros clave del equipo de cuidado.

ORGANIZACIÓN

Agrupar los datos relacionados es un principio del pensamiento que refuerza su capacidad para obtener una imagen clara del estado de salud. Agrupar los datos sobre el estado de salud en grupos relacionados le ayuda a empezar a tener una imagen de diversos aspectos del estado de salud. Los datos se pueden agrupar de diversas maneras, así:

- Agrupar los datos según una perspectiva enfermera: cuando se identifican diagnósticos enfermeros es útil agrupar los datos según modelo holístico en vez de seguir un modelo médico. Una buena manera de hacerlo es a través del modelo de Virginia Henderson y sus catorce necesidades.
- Agrupar los datos según los sistemas corporales: cuando se desea identificar datos que pueden indicar posibles problemas médicos, resulta útil el enfoque por sistemas corporales porque los problemas médicos con frecuencia están causados por anomalías en el funcionamiento de los órganos o sistemas.

Se recomienda que se agrupe los datos de las dos formas para no omitir ningún detalle.

DOCUMENTACIÓN

La documentación de la valoración de enfermería debería identificar con claridad aquellos hallazgos que necesitan intervenciones de enfermería. Entre ellas se encuentran diversos factores que afectan el estado de salud de una persona o la capacidad de funcionamiento. Las respuestas, percepciones, sentimientos y mecanismos de afrontamiento del paciente, son especialmente importantes en la formulación de los diagnósticos de enfermería y en la identificación de intervenciones de enfermería específicas.

La documentación favorece en el cuidado enfermero, la comunicación, facilita la prestación de una asistencia de calidad al paciente, forma un registro legal permanente y es una fuente de datos para la investigación. (Masson; 2003. 187p).

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

¿Qué es un diagnóstico?

Un diagnóstico es la identificación de una situación o de un estado deseable o no.

"Esta definición se aplica independientemente de que la persona que hace el diagnóstico sea un profesional de la atención sanitaria, un abogado, un electricista o un mecánico. El tema al que se refiere el diagnóstico pertenecerá a aquellas áreas en las que la persona que hace el diagnóstico posee cierto nivel de experiencia. Los abogados escriben diagnósticos referentes a elementos de la ley, el médico diagnostica estados de enfermedad y los electricistas identifican los malos funcionamientos del sistema eléctrico" (Iyer P, Taptich B, Bernocchi-Losey D. McGraw Hill Interamericana; 1997. p. 95).

¿Qué es un diagnóstico enfermero?

"Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a procesos vitales y/o problemas de salud reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr a los objetivos de los que la enfermera es responsable". (Craft-Rosenberg M, Smith K, 2007 – 2008).

En este sentido el profesional de enfermería, es el responsable de diagnosticar y tratar las respuestas humanas a problemas reales y potenciales de salud.

COMPONENTES DE UN DIAGNÓSTICO

"ETIQUETA: Proporciona un nombre al diagnóstico. Es un término o frase concisa que representa un patrón de claves relacionadas. Puede incluir modificaciones". (Mosby, 2004).

"DEFINICIÓN: Proporciona una descripción clara y precisa, delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares". (Mosby, 2004).

"CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Claves observables/inferencias que se agrupan como manifestaciones en un diagnóstico enfermero real o de bienestar". (Mosby, 2004).

"FACTORES DE RIESGO: Factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de una persona, familia o comunidad ante un evento no saludable". Estos solo se enuncian en los diagnósticos enfermeros de riesgo". (Mosby, 2004).

"FACTORES RELACIONADOS: Factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con el diagnóstico enfermero. Pueden describirse como antecedentes a, asociados con, relacionados con, contribuyentes a o coadyuvantes al diagnóstico. Sólo los diagnósticos enfermeros reales, tienen factores relacionados". (Mosby, 2004).

ELABORACION DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

1. SELECCIÓN DE LA ETIQUETA DIAGNÓSTICA

La etiqueta diagnóstica se selecciona basándose en dos características. Primero, la definición de la etiqueta diagnóstica debería transmitir una combinación de las características definitorias y los factores relacionados. Segundo, el diagnóstico seleccionado es el término con las características definitorias y los factores relacionados que encajan con los datos obtenidos en la valoración y en la historia.

2. Valoración e identificación de las características definitorias

Las características definitorias son aquellas características de las personas, familias y comunidades que son observables y verificables. Sirven como claves o inferencias que se agrupan como manifestaciones de una enfermedad o estado de bienestar, o un diagnóstico enfermero, igualmente corresponden a la información hallada a la valoración del paciente.

3. Identificación de los factores relacionados

Los factores relacionados proporcionan el contexto para las características definitorias. Los factores relacionados son factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con los diagnósticos enfermeros. Estos factores pueden describirse como antecedentes a, asociados con, relacionados con, contribuyentes a, o favorecedores del diagnóstico. Se identifican como características o historia de las personas, familias y comunidades.

CLASIFICACIÓN DE LOS DIAGNOSTICOS

1. Diagnósticos de riesgo

Las enfermeras siempre han sido responsables de identificar a las personas, familias y comunidades en riesgo y protegerlos del mismo. Un diagnóstico de riesgo “describe respuestas humanas a estados de salud / procesos vitales que pueden desarrollarse en una persona, familia o comunidad vulnerables. Se sustenta en los factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad”.

Por ejemplo, el diagnóstico riesgo de deterioro de la integridad cutánea incluye tanto factores internos como externos que influyen en la vulnerabilidad. Las intervenciones que la enfermera selecciona para alcanzar los resultados se basan en estos factores influyentes.

2. Diagnósticos de promoción de la salud

Un diagnóstico de promoción de la salud es un juicio clínico sobre la motivación y el deseo de una persona, familia o comunidad para aumentar su bienestar y actualizar su potencial

de salud, expresado por su disposición para mejorar conductas específicas de salud tales como la nutrición o el ejercicio.

Los diagnósticos de promoción de la salud pueden usarse en cualquier situación de salud y no requieren un nivel específico de bienestar. Esta disposición se apoya en las características definitorias. Las intervenciones se seleccionan de acuerdo con la persona, familia o comunidad para asegurar al máximo su capacidad para alcanzar los resultados deseados.

3. Diagnóstico de salud o de bienestar

Describe respuestas humanas a niveles de bienestar en una persona, familia o comunidad que están en disposición de mejorar. Esta disposición se sustenta en características definitorias. Como en todos los diagnósticos, se identifican resultados sensibles a la intervención enfermera e intervenciones enfermeras que proporcionen una alta probabilidad de alcanzarlos.

4. Diagnóstico real o potencial

Describe respuestas humanas a procesos vitales/estados de salud que existen en una persona, familia o comunidad. Está apoyado por características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas) que se agrupan en patrones claves o inferencias relacionadas.

5. Síndrome: “Grupo de signos y síntomas que aparecen juntos”. (Masson; 2003. 187p.)

PRIORIZACIÓN

Tras la valoración, se deben tomar decisiones respecto a la priorización de los diagnósticos. Las prioridades se establecen basándose en las necesidades de las personas, familias y comunidades.

UNIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS CON LOS RESULTADOS E INTERVENCIONES

Un diagnóstico enfermero exacto y válido determina el resultado sensible a la actuación enfermera. Estos resultados guían la selección de intervenciones que es probable que produzcan el efecto terapéutico deseado. De nuevo, las intervenciones tratarán tanto los factores relacionados, o factores de riesgo, como las características definitorias.

PROBLEMAS DE COLABORACION

Pueden definirse como aquellos problemas de salud reales o potenciales en los que el usuario requiere que la enfermera haga por él las actividades de tratamiento y control prescrita por otro profesional, generalmente el médico. Se trata, por consiguiente, de situaciones relacionadas con la patología, con la aplicación del tratamiento prescrito por otro profesional, y con el control tanto de la respuesta a este como de la evaluación de la situación patológica. (Masson; 2003. 187p. Luis 1998; pág. 7).

Aunque los problemas de colaboración estén situados en el punto de intersección entre nuestro trabajo y el de otro profesional, es evidente que el centro de atención no es la situación fisiopatología ni el profesional con el que colaboramos, sino el usuario, específicamente, la ayuda que este requiere para seguir el tratamiento o para controlar su situación fisiopatología.

En esta área de la práctica, que comprende tanto problemas reales como de riesgo, la enfermera es plenamente la responsable de su actuación, pero la responsabilidad del resultado final, así como el control de la situación y la autoridad para determinar las intervenciones que sean de llevar a cabo, recaen sobre el profesional con el que colabora.

Para nombrar estas situaciones es necesaria e insustituible la utilización de la terminología médica, dado que es esta la que mejor describe las alteraciones de la homeostasis biológica.

En este apartado, pueden tratarse problemas ya existentes o reales, como por ejemplo “infección de la herida quirúrgica”, pero habitualmente se refieren a complicaciones potenciales de la situación fisiopatológica, del tratamiento médico o las pruebas diagnósticas. En este último caso se antepondrá la frase “complicación potencial” para indicar que el problema aun no existe (hemorragia).

Resulta útil añadir la frase “secundario a” (2º a) seguida de la causa médica que genera el problema, lo que ayuda a centrar la atención de la enfermera y a determinar las actividades más indicadas en cada caso. Los diagnósticos enfermeros generan un incremento en el pensamiento crítico y analítico de los estudiantes y enfermeros que los empleen, que se centrarán claramente en las necesidades priorizadas en la persona, familia o comunidad.

PLANIFICACIÓN

La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente, identificadas en el diagnóstico de enfermería. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados. (Masson; 2003. p 122-161)

Durante la fase de planificación, se elaboran los objetivos y las intervenciones de enfermería. Los objetivos indican lo que será capaz de hacer la persona cuidada como objetivo de las acciones de enfermería. Las intervenciones de enfermería describen la forma en que el profesional puede ayudar al paciente a conseguir los objetivos o resultados esperados.

OBJETIVOS DEL PLAN DE CUIDADOS

- ✓ Promover la comunicación entre los cuidadores.
- ✓ Dirigir los cuidados y la documentación.
- ✓ Crear un registro que posteriormente pueda ser usado para la evaluación, investigación y propósitos legales.
- ✓ Proporcionar documentación sobre las necesidades en cuidado de la salud para determinar su coste exacto.

PRINCIPALES COMPONENTES DEL PLAN DE CUIDADOS

El componente de planificación del Proceso de Enfermería consta de cuatro etapas:

1. Establecimiento de prioridades.
2. Elaboración de objetivos.
3. Desarrollo de intervenciones de enfermería.
4. Asegurarse de que el plan está adecuadamente anotado (documentación del plan).

Para cada uno de los pasos de la planeación usted debe responder las siguientes preguntas:

1. OBJETIVOS (RESULTADOS DESEADOS):

¿Qué resultados espera conseguir y cuándo espera lograrlos?

2. PROBLEMAS REALES Y POTENCIALES:

¿Cuáles son los diagnósticos y problemas reales y potenciales que deben abordarse para asegurar un plan de cuidados seguro y eficiente?

3. INTERVENCIONES ESPECÍFICAS:

¿Qué va a hacer para prevenir o manejar los principales problemas y lograr los resultados deseados?

4. DOCUMENTACIÓN O REGISTRO:

¿Dónde puede averiguar cómo está respondiendo la persona al plan de cuidados?

1. Establecimiento de prioridades

Determinar prioridades es una habilidad esencial del pensamiento crítico que requiere que sea capaz de decidir:

- ✓ Qué problemas necesitan atención inmediata y cuáles pueden esperar.
- ✓ Qué problemas son su responsabilidad y cuáles debe referir a otro profesional.
- ✓ Qué problemas tratará usando los planes estandarizados (por ejemplo, vías críticas, planes de cuidados estandarizados).
- ✓ Qué problemas no están cubiertos por los protocolos o planes estándar pero deben tratarse para asegurar una estancia hospitalaria segura y que el alta se produzca a su debido tiempo.

Para poder determinar las prioridades, necesita estar muy familiarizado con los principios fundamentales que se exponen a continuación.

1.1 Elija un método para fijar prioridades y utilícelo de manera sistemática. El modelo de Virginia Henderson no proporciona criterios específicos para la determinación de prioridades. Si bien las necesidades básicas están numeradas y algunas de ellas se clasifican

de vitales, la propia autora al especificar que todas son igualmente esenciales para mantener la integralidad, descalifica cualquier intento de utilizarlas como sistema jerárquico. Pero se sugiere de igual forma seguir los siguientes criterios:

- ✓ Problemas de colaboración o diagnósticos de enfermería que amenacen la vida de la persona.
- ✓ Problemas que para la persona/familia sean prioritarios ya que, en caso contrario, pueden impedir centrar la atención en problemas que, aunque sean más urgentes o importantes, no son percibidos como tales.
- ✓ Problemas que contribuyen o coadyuvan a la aparición o permanencia de otros problemas, dado que la resolución de aquellos eliminará o reducirá estos.
- ✓ Problemas que, por tener una misma causa, puedan abordarse conjuntamente, optimizando la utilización de los recursos y aumentando la eficiencia del trabajo enfermero.

Problemas que tienen una solución sencilla puesto que su resolución sirve de acicate para abordar otros problemas más complejos o de más larga resolución.

1.2 Asigne una alta prioridad a los problemas que contribuyen a otros problemas. Por ejemplo, si una persona tiene dolor articular que le dificulta la movilidad, controlar ese dolor tiene una gran prioridad porque es probable que contribuya a mejorar el problema de la movilidad.

1.3 Su capacidad para determinar con éxito las prioridades está influida por su comprensión de:

La percepción de las prioridades del paciente. Si éste no está de acuerdo con sus prioridades, es poco probable que el plan tenga éxito.

- ✓ La imagen general de los problemas con los que se enfrenta. Por ejemplo, si cuida a una persona que tiene problemas para respirar, normalmente corregirá este problema en primer lugar. Sin embargo, si al contemplar la imagen general se da cuenta de que la persona tiene problemas para respirar debido a un ataque de

ansiedad, puede concluir que en este momento el problema más importante es resolver la ansiedad.

- ✓ El estado general de salud de la persona y los objetivos deseados para el alta. Como ya se ha dicho antes, la enseñanza puede ser una alta prioridad para alguien que se espera que sea dado de alta a su casa, pero puede ser menos prioritario para alguien que se espera que sea dado de alta a otro centro de cuidados.
- ✓ La duración esperada de la estancia. Céntrese en lo que debe hacerse más que en lo que le gustaría hacer, especialmente en las estancias cortas.
- ✓ Si hay planes de cuidado que sean aplicables. Por ejemplo, vías críticas, guías, protocolos, procedimientos o planes estandarizados que determinen prioridades diarias para la situación concreta del enfermo.

PASOS SUGERIDOS PARA EL ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES

PASO 1. PREGUNTE:

“¿Qué problemas necesitan atención inmediata y qué pasaría si esperara hasta más tarde para atenderlos?”. Emprenda inmediatamente las acciones apropiadas para iniciar el tratamiento según esté indicado (por ejemplo, notificarlo a la supervisora e iniciar las acciones para reducir el problema).

PASO 2. IDENTIFIQUE.

Identifique los problemas que tienen soluciones sencillas e inicie las acciones apropiadas para solucionarlos (por ejemplo, corregir la posición de una persona para ayudarlo a mejorar la respiración).

PASO 3.

Desarrolle una lista inicial de problemas, identificando problemas reales o potenciales y sus causas, si las conoce.

PASO 4.

Estudie la lista de problemas y decida cuáles van a ser tratados principalmente por enfermeras, qué problemas son abordados por planes estándar y cuáles requieren una planificación multidisciplinaria. Compruebe si dispone de órdenes médicas o guías de la institución para manejar los problemas médicos; si no es así, notifíquese al médico. Es su responsabilidad derivar a tiempo a otros profesionales aquellos problemas que no son de su competencia.

PASO 5.

Decida qué problemas deben ser abordados en el plan de cuidados, es decir, aquellos problemas únicos del usuario que deben ser controlados o resueltos para progresar en el logro de los objetivos mayores de cuidado. Los registros deben transmitir la concienciación y responsabilización de las enfermeras de todas las prioridades de cuidado. Algunos problemas pueden no necesitar ser anotados en el plan de cuidados porque ya se tratan en otras partes de los registros (por ejemplo, un catéter Foley normalmente se trata en los manuales de política y procedimientos).

PASO 6.

Determine cómo se manejará cada problema (por ejemplo, ¿Hay órdenes médicas? ¿Se seguirán los protocolos? ¿Desarrollará la enfermera un plan individualizado de cuidados?). Las políticas varían de un centro a otro; usted debe identificar dónde anotar un problema y cómo manejarlo de acuerdo con la política de cada centro en particular.

APLICACIÓN DE LOS ESTÁNDARES ENFERMEROS

Hay guías y estándares enfermeros que debe aplicar para desarrollar el plan de cuidados. Estos estándares están determinados por lo siguiente:

- ✓ La legislación vigente. Las leyes estatales marcan el alcance de la práctica enfermera.
- ✓ La American Nurses Association (ANA) y la Canadian Nurses Association (CNA).
- ✓ Las organizaciones profesionales especializadas, como la Emergency Nurses Association o la Critical Care Nurses Association, que desarrollan estándares para la práctica especializada.
- ✓ La Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Esta poderosa agencia ha desarrollado detallados estándares que deben seguirse para lograr la acreditación.
- ✓ La Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Esta organización desarrolla y actualiza las guías clínicas para ayudar a los proveedores de cuidados de la salud a prevenir, diagnosticar y tratar ciertas situaciones clínicas comunes.
- ✓ Su centro de trabajo. Normalmente cada centro desarrolla su propio conjunto de estándares (estándares de cuidados, guías, políticas, procedimientos, vías críticas, planes de cuidados estándar, etc.), que reflejan cómo deberían brindarse los cuidados enfermeros en una situación específica.

2. ELABORACIÓN DE OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS O METAS CON EL CUIDADO

La provisión de cuidados enfermeros efectivos requiere que nos centremos en los resultados del paciente, que se formulan como objetivos centrados en la persona cuidada.

Los objetivos sirven a tres propósitos principales:

1. Son la vara de medir del plan de cuidados: usted mide el éxito del plan de cuidados determinando si se han conseguido los resultados deseados.
2. Dirigen las intervenciones: usted necesita saber qué pretende conseguir antes de poder decidir cómo lograrlo.

3. Son factores de motivación: tener un marco temporal específico para hacer las cosas pone a todos en marcha.

También se pueden llamar a los objetivos metas u objetivos de la conducta. Independientemente de su denominación, su propósito es el mismo: definir la forma en que el profesional de enfermería y el paciente saben que la respuesta humana identificada en la exposición diagnóstica ha sido prevenida, modificada o corregida. Por tanto, los objetivos sirven también de anteproyecto para la evaluación del proceso, ya que objetivos adecuados hacen posible determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería. Principios de los objetivos centrados en el cliente. Los objetivos centrados en el paciente se fijan en los resultados deseados del tratamiento y los beneficios que el paciente obtiene de los cuidados enfermeros.

1. Los objetivos identifican los beneficios que espera ver en el paciente después de brindar los cuidados enfermeros.

- ✓ Los objetivos a corto plazo describen los beneficios tempranos que se esperan de las intervenciones enfermeras (por ejemplo, mañana será capaz de andar hasta el baño sin ayuda).
- ✓ Los objetivos a largo plazo describen los beneficios que se espera ver en cierto momento después de haber puesto en marcha el plan (10 días después de la cirugía, será capaz de andar independientemente hasta el final del pasillo tres veces al día).

2. El sujeto del objetivo debería ser el paciente o una parte del mismo.
3. Normalmente se desarrollan objetivos para los problemas. Aunque habitualmente no marca objetivos para las intervenciones, debería ser capaz de explicar el beneficio que espera ver en el paciente después de realizar una intervención. Por ejemplo, después de aspirar un tubo de traqueotomía, los ruidos pulmonares deberían ser más limpios.
4. Determinar los objetivos requiere que, sencillamente, invierta el problema. Por ejemplo, si la persona tiene tal problema, el resultado deseado es que la persona no tenga ese problema (o por lo menos que se reduzca). Los objetivos describen cómo serán las cosas cuando el problema esté corregido o controlado.
5. Para desarrollar un objetivo muy específico, formule un objetivo más amplio y luego añada los datos (indicadores) que demostrarán que el objetivo se ha logrado. Esto ayuda a controlar los progresos del paciente.

6. A veces los indicadores de los problemas del paciente ya han sido desarrollados en los planes de cuidados estándar. Determine cuidadosamente si tales indicadores son apropiados para el caso específico de su paciente. Los planes de cuidados estándar son guías que generalmente, pero no siempre, se aplican a la situación individual del usuario.
7. Cerciórese de que los objetivos y los indicadores son medibles. Considere los siguientes cinco componentes para formular objetivos muy específicos que puedan usarse para identificar las intervenciones y controlar los progresos.
8. Use verbos mensurables: verbos que describan exactamente lo que usted espera ver u oír cuando se haya alcanzado el objetivo.
9. Considere los resultados cognitivos, psicomotores y afectivos, tal como se describen en la siguiente lista:
 - ✓ Dominio afectivo: objetivos asociados con el cambio de actitudes, sentimientos o valores (por ejemplo, decidir que es necesario cambiar los hábitos alimentarios).
 - ✓ Dominio cognitivo: objetivos relacionados con la adquisición de conocimientos o habilidades intelectuales (por ejemplo, aprender los signos y síntomas de shock diabético).
 - ✓ Dominio psicomotor: objetivos que tratan de habilidades psicomotoras (por ejemplo, dominar la de ambulación con muletas).

1. Uribe Mesa AL. Manual para el examen físico del normal y métodos de exploración. 4 ed. Medellín: Corporación para investigaciones biológicas CIB; 2010. 467 p.

INTERVENCIONES ENFERMERAS

Las intervenciones enfermeras son acciones llevadas a cabo por las enfermeras para:

1. Controlar el estado de salud.
 2. Reducir los riesgos.
 3. Resolver, prevenir o manejar un problema.
 4. Facilitar la independencia o ayudar con las actividades de la vida diaria.
 5. Promover una sensación óptima de bienestar físico, psicológico y espiritual.
-
- ✓ Intervenciones de cuidados directos. Acciones realizadas mediante interacción directa con los pacientes. Los ejemplos incluyen ayudar a la persona a levantarse de la cama o hacer educación diabetológica.
 - ✓ Intervenciones de cuidados indirectos. Acciones realizadas lejos del cliente, pero en beneficio de éste o de un grupo de pacientes. Estas acciones se dirigen al manejo del entorno de cuidados de la salud y la promoción de la colaboración multidisciplinar. Los ejemplos incluyen trasladar y controlar los resultados de los estudios de laboratorio, trasladar el enfermo de una habitación a otra, y contactar con la trabajadora social. Considerar tanto las intervenciones directas como las indirectas ayuda a justificar el tiempo de las enfermeras. Si se fija únicamente en lo que la enfermera hace al paciente, pasa por alto una gran cantidad de tiempo que se dedica a otras actividades enfermeras cruciales. La determinación de intervenciones específicas requiere de responder a cuatro preguntas claves:
 1. ¿Qué puede hacerse para prevenir o minimizar el riesgo o las causas de este problema?
 2. ¿Qué puede hacerse para minimizar el problema?
 3. ¿Cómo puedo adaptar las intervenciones para lograr los objetivos esperados en esta persona en concreto?
 4. ¿Qué probabilidades hay de que aparezcan respuestas adversas a las intervenciones y qué podemos hacer para reducir el riesgo y aumentar la probabilidad de respuestas beneficiosas?

4. Asegurarse de que el plan se registra correctamente

Las formas y métodos para registrar el plan de cuidados debería hacerse para responder a las necesidades de las enfermeras y de los pacientes de cada institución. Cuando cambie de centro de trabajo, familiarícese con las políticas y estándares de cada institución para registrar el plan de cuidados: usted es responsable de que el plan de cumple los estándares específicos de cada centro.

Responsabilidades en los planes de cuidados computarizados y estándar

Los planes de cuidado computarizado y estándar dan información abreviada, asumiendo que usted tiene los conocimientos para “rellenar las lagunas” y aplicar la información a la situación concreta de cada paciente. Por ejemplo, en la vía crítica puede poner “levantarse de la cama dos veces al día”. Si la persona a la que cuida requiere un caminador para poder hacerlo, y ésta es una característica de su situación individual, usted es responsable de anotarlo en el lugar adecuado de los registros. Las políticas sobre dónde anotarlo pueden variar, pero lo importante es que se escriba en un lugar donde es probable que las enfermeras busquen las órdenes sobre la deambulación del usuario.

Recuerde que no se trata de que los planes de cuidado piensen por usted. Lo que se pretende es que se usen como guías para los cuidados. Como enfermera usted es responsable de:

- ✓ Detectar cambios en el estado de salud del paciente que puedan contraindicar seguir con el plan.
- ✓ Use su buen juicio para determinar qué partes del plan son aplicables y cuáles no.
- ✓ Reconocer qué problemas no están cubiertos por el plan y buscar otras vías para abordarlos.
- ✓ Añada los requerimientos específicos de ese paciente (por ejemplo, el caminador) en el lugar apropiado.

Los planes computarizados y estándar pueden basarse en diagnósticos médicos o en diagnósticos enfermeros. Si la persona tiene más de un problema importante, usted puede decidir usar más de un plan aplicable, o seleccionar el plan más relevante y modificarlo. Lo importante es recordar que este tipo de planes están desarrollados para problemas

específicos, no para las personas, y usted debe asegurarse de que adapta cualquier plan estándar a la situación específica de la persona. Si no está segura de si deberían registrarse ciertas necesidades específicas del paciente, consulte con una enfermera más preparada.

Recuerde que es responsabilidad suya asegurarse de que cualquier problema, diagnóstico o factores de riesgo que es probable que impidan el progreso para el logro de los objetivos, se reflejen en algún sitio del plan de cuidados. Esto puede requerir adaptar un plan estándar, añadir un plan estándar al registro o desarrollar un plan de cuidados individualizado.

PLANES MULTIDISCIPLINARES

Los planes multidisciplinarios, en los que todas las disciplinas (medicina, dietética, entre otros.) trabajan con el mismo plan, son habituales hoy día. Los enfoques multidisciplinarios reúnen “lo mejor de cada mundo”. Sin embargo, recuerde, que como enfermera, usted es la única que está con el enfermo 24 horas al día. Usted está en la mejor posición para ser realista sobre cómo funcionará el plan en su conjunto, día a día y hora a hora. Su trabajo es centrarse en las respuestas humanas, en cómo es probable que la persona responda como un todo al plan de cuidados, y actuar como abogada del enfermo.

EJECUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES

La ejecución es el comienzo del plan de cuidados de enfermería para conseguir objetivos concretos. La fase de ejecución comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados y está enfocado en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al paciente a conseguir los objetivos deseados. Se ejecutan intervenciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al problema del paciente.

No obstante, Luis Rodrigo² plantea "En aquellos diagnósticos reales o de riesgo en que la causa no puede ser modificada ni eliminada, pero sin embargo el problema sí es paliable o controlable mediante actividades independientes, éstas se centrarán en la reducción, control o eliminación de las manifestaciones. Por ejemplo, ante el diagnóstico “Duelo anticipado r/c la enfermedad terminal del cónyuge m/p negación del significado de la pérdida y

trastornos alimentarios y del sueño” es evidente que no se puede actuar sobre la causa (no es posible evitar la pérdida inminente), pero sí se puede ayudar a la persona a progresar en las etapas del proceso del duelo hasta llegar a la aceptación de la pérdida”.

Igualmente Alfaro, nos da algunos elementos para determinar las órdenes enfermeras, cuando no se puede hacer nada sobre la causa o factores de riesgo:

Ejecución o puesta en marcha del plan, incluye:

"Si no puede hacer nada sobre la causa o factores de riesgo, decida si puede hacer algo sobre el problema. Por ejemplo, si una persona está en situación terminal y tiene Ansiedad ante la muerte usted no puede hacer ante el hecho de que la persona va a morir, pero puede actuar sobre la ansiedad mediante asesoramiento y la comunicación terapéutica.

- ✓ Asegúrese de que las intervenciones son congruentes con otras terapias (p. ej., permita un período de reposo tras la fisioterapia).
- ✓ Considere las preferencias de la persona; individualice tanto como le sea posible.
- ✓ Determine las razones científicas para las acciones planificadas.

1. Preparación para la acción.
2. Realización de las actividades.
3. Registro de la actuación.

1. PREPARACIÓN PARA LA ACCIÓN

Hay que revisar las intervenciones y las actividades propuestas en la etapa anterior con el fin de:

1. Determinar si unas y otras aún son apropiadas en la situación actual del usuario.
2. Valorar si se poseen los conocimientos y habilidades requeridos para realizarlas.
3. Reunir y organizar los recursos materiales y humanos necesarios.
4. Preparar el entorno para llevar a cabo la actividad en las mejores condiciones posibles, incluyendo las medidas de seguridad adecuadas.

La preparación además consiste en una serie de actividades, cada una de las cuales exige el uso del razonamiento crítico. (Iyer P, Taptich B, Bernocchi D, 1997. p 222-285).

2. REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

Este paso comprende tanto la ejecución de la actividad prescrita como la valoración continua de la respuesta del usuario para determinar la conveniencia de continuar con el plan, tal como se concibió, o modificarlo a la luz de los nuevos datos.

El enfoque en la fase de ejecución es el inicio de las intervenciones de enfermería diseñado para cubrir la mayor parte de las necesidades físicas o emocionales del paciente. Su abordaje puede incluir el inicio de acciones independientes e interdependientes. Las intervenciones diseñadas para cubrir las necesidades físicas y emocionales del paciente son numerosas y variadas, dependiendo de los problemas individuales específicos.

Generalmente, la ejecución de la atención de enfermería se ajusta a una de seis categorías:

1. Refuerzo de las cualidades.
2. Ayuda en las actividades de la vida diaria.
3. Supervisión del trabajo de otros miembros del equipo de enfermería.
4. Comunicación con otros miembros del equipo de atención de sanitaria.
5. Educación.
6. Prestación de cuidados para conseguir los objetivos del paciente.

3. REGISTRO DE LA ACTUACIÓN

La enfermera debe anotar en la historia del paciente tanto la ejecución de la actividad como la respuesta a éste, prestando especial atención a cualquier dato anormal o inesperado. También en este caso es conveniente recordar y aplicar las normas para las anotaciones enfermeras en los registros clínicos. (Elsevier Masson; 2003. p 162-186)

El propósito de los registros es:

- ✓ Comunicar los cuidados a otros profesionales de la salud que tienen necesidad de saber qué es lo que ha hecho usted y cómo está evolucionando el usuario.
- ✓ Ayudar a identificar patrones de respuesta y cambios en la situación.

- ✓ Proporcionar una base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados.
- ✓ Crear un documento legal que más tarde pueda usarse en los tribunales para evaluar el tipo de cuidados brindados. Sus registros pueden ser su mejor aliado o su peor enemigo. La mejor defensa de que usted realmente observó o hizo algo es el hecho de que tomó nota de ello.
- ✓ Proporcionar validación para el pago de los servicios.

EVALUACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

La evaluación es la fase final del proceso de enfermería y se produce siempre que el profesional de enfermería interacciona con el paciente. (Masson; 2003. p 14-16).

La evaluación se puede llevar a cabo como parte del proceso de enfermería cuando se compara el estado de salud del paciente con los objetivos definidos por el profesional de enfermería. Como objetivo de esta actividad, usted determinará si el plan de cuidados es adecuado, realista, actual o si necesita revisión. Si el paciente no ha conseguido los objetivos, usted se dedicará a la resolución del problema para determinar cómo revisar el plan de cuidados.

La evaluación formal consta de tres pasos:

1. Valoración de la situación actual del paciente

Los datos para la evaluación formal se reúnen aplicando las técnicas explicadas en la fase de valoración: entrevista, observación, valoración física y revisión de la historia clínica para completar la información con los datos aportados por otros profesionales.

2. Comparación de la situación actual con los objetivos marcados y emisión de un juicio o conclusión

Tras reunir los datos actuales, éstos se comparan con los resultados identificados como deseables en los objetivos, comparación que puede llevar a uno de estos tres resultados:

- ✓ Los objetivos se han conseguido totalmente.
- ✓ Se han conseguido parcialmente.
- ✓ No se han conseguido en absoluto.

3. Mantenimiento, modificación o finalización del plan

Finalmente, debe tomarse una decisión sobre la actuación que se debe seguir en adelante.

✓ Mantenimiento del plan

Se optará por mantener el plan inicial cuando los objetivos se hayan alcanzado parcialmente y, al analizar todo el proceso, se compruebe que el diagnóstico y las intervenciones siguen siendo adecuados para la situación del paciente, aunque el logro de los objetivos marcados inicialmente requiera un plazo más largo.

✓ Modificación del plan

Se procederá a modificar el plan inicial cuando los objetivos se hayan logrado parcialmente o no se hayan logrado en absoluto, y al revisar todo el proceso se llega a la conclusión de que:

- El plan inicial no era el más adecuado.
- Ha habido cambios en la situación del paciente que no se han reflejado en el plan.
- Han aparecido factores externos que influyen en el logro de los objetivos propuestos que no se han reflejado en la planificación.

También cabe la posibilidad de modificar el plan cuando se hayan conseguido totalmente los objetivos marcados, pero persistan los factores de riesgo que hacen presumir que el problema puede reaparecer si no se establece un plan para mantener los logros actuales.

✓ Finalización del plan

Estará indicada la finalización del plan cuando los objetivos se hayan conseguido totalmente, las causas que lo provocaban hayan desaparecido o se hayan controlado, y el paciente demuestre la capacidad necesaria para mantener estable su situación actual de salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

La aplicación de la metodología permitió alcanzar los objetivos propuestos, utilizando el tipo de estudio analítico y descriptivo, técnicas cuantitativas, cualitativas que ayudaran a conceptualizar de mejor forma esta investigación.

TIPO DE INVESTIGACION

CUANTITATIVA:

La investigación fue realizada desde el punto de vista numérico aplicando un test al personal de enfermería que laboran de forma permanente con nombramiento o por contrato para determinar el nivel de conocimiento que tiene el profesional de enfermería sobre el PAE.

CUALITATIVA:

Se midió el nivel de conocimiento con el que cuenta el profesional de enfermería en la aplicación del proceso de atención de enfermería.

Se analizó el comportamiento de los profesionales de enfermería frente a la aplicación del proceso enfermero.

TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo, analítico, propositivo, prospectivo.

ANALÍTICO

Describe y analiza los factores que inciden en la aplicación del proceso de atención de enfermería en los centros hospitalarios del Cantón Esmeraldas.

DESCRIPTIVO:

Determino el nivel de conocimiento del personal de enfermería en la aplicación del PAE en el cuidado de los pacientes de los hospitales Delfina Torres de Concha y IESS.

PROPOSITIVO:

Orientado a la implementación de un formulario que servirá para aplicación de los cuidados de enfermería a través del PAE.

PROSPECTIVOS:

Estuvo dirigido al personal de enfermería que brinde cuidado directo al paciente.

UNIVERSO

Son **138** Total de profesionales de enfermería que laboran en los hospitales del cantón Esmeraldas, hospitales Delfina Torres de Concha, IEES,

MUESTRA:

Se trabajo con un espacio muestral de 103 de profesionales de enfermería de los hospitales, sin importar el tiempo de servicio, área de especialización, turno y lugar de servicio.

FORMULA:

$$n = \frac{N}{e^2(N-1)+1}$$
$$n = \frac{138}{0,0025(137)+1}$$
$$n = \frac{138}{1,3425 + 1}$$
$$n = \frac{138}{1,3425}$$
$$n = 103 // R$$

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para medir la variable principal “Proceso de Atención” se utilizó un TEST y una guía de observación que facilitó la determinación de la aplicación de los cuidados de enfermería por medio del PAE.

ENCUESTA

La encuesta consistió en preguntas de opción múltiple y fue aplicada directamente a los profesionales de enfermería que laboran en estas casas de salud. Tuvo una duración de 20 minutos para que fueran respondidas con tranquilidad.

ENTREVISTA

Estuvo dirigida al personal de salud enfermería que brindan cuidado directo los usuarios de los centros hospitalarios participantes en la investigación.

OBSERVACIÓN

Se aplicó a todo el entorno donde se desenvuelven diariamente los profesionales de enfermería.

INSTRUMENTOS:

Test dirigido los profesionales de enfermería que brindan cuidado directo a los usuarios. Mismo que constó de 20 preguntas cerradas, y de opción múltiple que fueron realizadas en un promedio de 10 a 20 minutos a por enfermera. Dicho instrumento tuvo un valor de 10 puntos correspondiendo a cada respuesta correcta un puntaje de 0,5. Ver anexo # 2

Guía de observación que se aplicó al momento de realizar el levantamiento de información. Ver anexo # 3

PROCEDIMIENTO

Una vez revisado y aprobado el proyecto de investigación, se procedió a su ejecución, tomando en cuenta el cronograma previsto.

Se inició solicitando autorización para realizar la investigación en las Dirección Medica del Hospital Delfina Torres de Concha, y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social luego de una semana accedieron a la petición y se inició con la aplicación de las encuestas a los profesionales, actividad que tuvo una duración de 3 semanas, tiempo en el cual se pudo captar a 86 profesionales, lo cual representa el 84% de la muestra en estudio.

Para la aplicación del instrumento se estipuló 20 minutos, para que las personas puedan responder de manera tranquila y sin apuros. A unas se les captó dentro de la unidad de salud, y a otras en su domicilio; al término de las encuesta se aprovechó para dar un poco de educación y entregar el manual según la propuesta realizada, donde se realizó una breve descripción de las aplicación del proceso de enfermería para mejorar el déficit de conocimientos.

Una vez recolectada la información se procedió a tabular los resultados obtenidos a través de las encuestas por medio de representaciones gráficas en forma de pasteles los mismos que se representan en el cuarto capítulo.

FUENTES DE INFORMACIÓN

PRIMARIA: Fue constituida por la información obtenida través del TEST que se aplicara a los profesionales y por la guía de observación

SECUNDARIA: Se obtuvo información proveniente del internet, libros.

CRITERIO DE INCLUSIÓN

Fueron incluidas los siguientes:

1. Profesionales de enfermería que prestan servicios en los Hospitales Delfina Torres de Concha y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
2. Se considero la participación de las casas de salud del segundo nivel de atención de la red de salud pública del ministerio.

CRITERIO DE EXCLUSIÓN

Los profesionales que se negaron a colaborar con la investigación

PLAN DE ANÁLISIS Y TABULACIÓN DE DATOS

La recopilación de datos se realizó mediante una entrevista donde se aplicó el instrumento como un todo.

Los datos cuantitativos y cualitativos manifiestan los resultados logrados a través de la aplicación de un TEST y de la observación en donde se unen distintos criterios para identificar y unificarse de forma narrativa y explicativa con fundamentos de análisis y conclusiones sobre lo logrado.

Los hallazgos encontrados en la investigación se reflejan en gráficos acorde a cada característica de las variables en estudio.

Se aplicaron fórmulas matemáticas y estadísticas para la tabulación, análisis e interpretación de los resultados.

VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLE DEPENDIENTE:

- ✓ Proceso De Atención De Enfermería

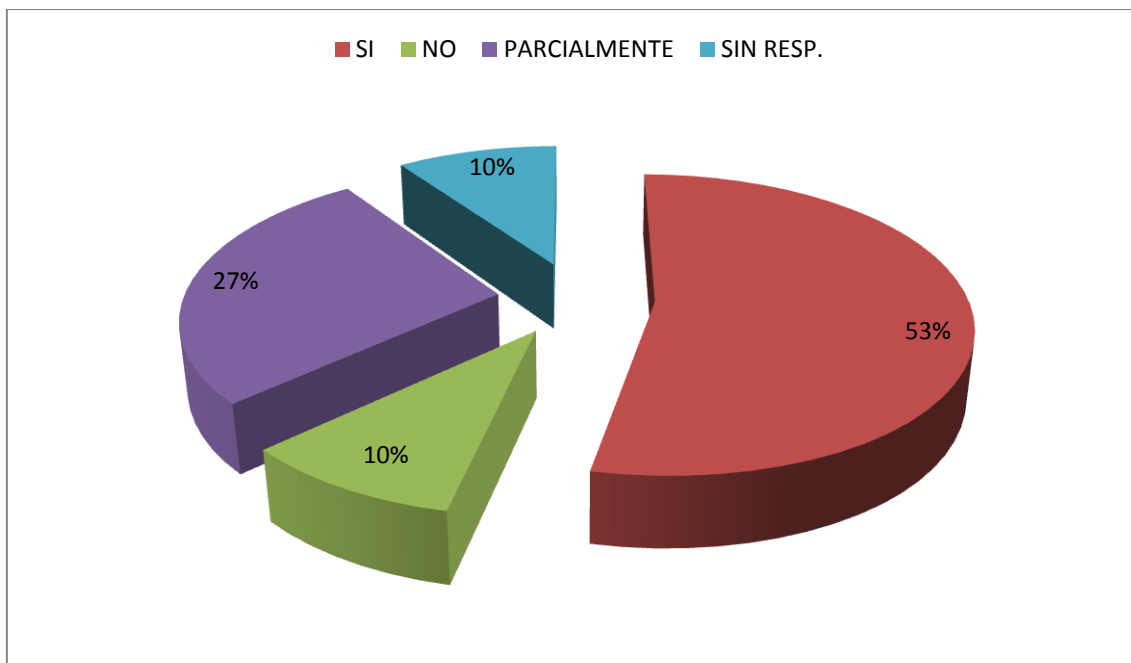
VARIABLE INDEPENDIENTE:

- ✓ Calidad De Atención
- ✓ Nivel de conocimiento

GRAFICO N° 1

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LOS PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACION QUE CONOCEN QUE ES EL PAE

ITENS	FRECUENCIA	POCENTAJE
SI	55	53%
NO	10	10%
PARCIALMENTE	28	27%
SIN RESPUESTA	10	10%
TOTAL	103	100%



Fuente: Test dirigido a profesionales de enfermería, Marzo 2014

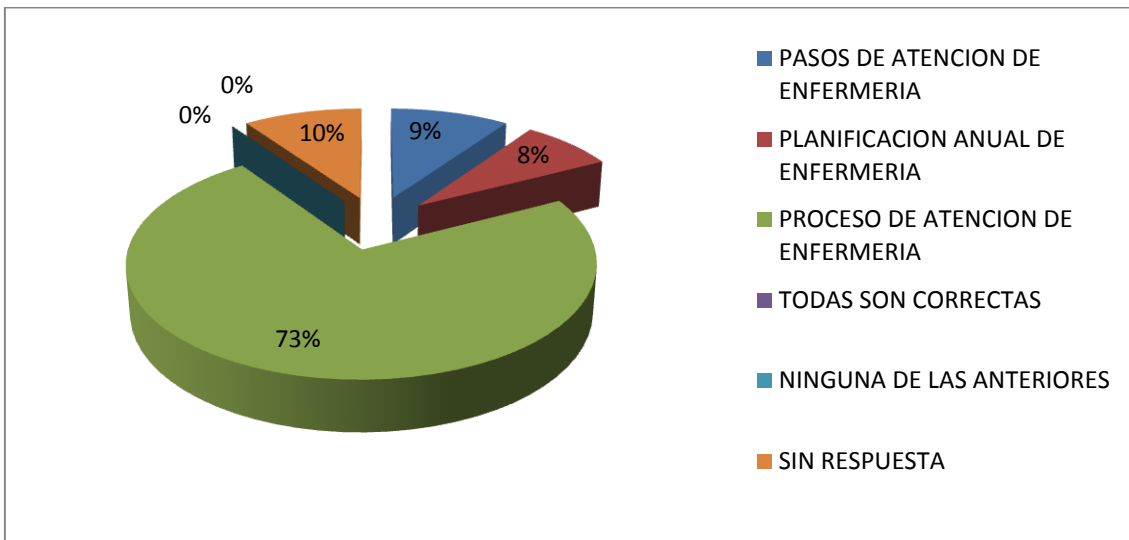
Responsable: Escobar Cuero Pamela

De los profesionales de enfermería participantes en la investigación el 53% de ellos si saben que es el PAE mientras que el 10% no, el 27% sabe parcialmente y el 10% restante no colaboró.

GRAFICO N° 2

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA QUE IDENTIFICAN EL SIGNIFICADO DE LAS SIGLAS PAE.

ITENS	FRECUENCIA	%
a. PASOS DE ATENCION DE ENFERMERIA	10	12%
b. PLANIFICACION ANUAL DE ENFERMERIA	8	8%
c. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA	75	73%
d. TODAS SON CORRECTAS	0	0
e. NINGUNA DE LAS ANTERIORES	0	0
f. SIN RESPUESTA	10	10
TOTAL	103	100%



Fuente: Test dirigido a profesionales de enfermería, Marzo 2014

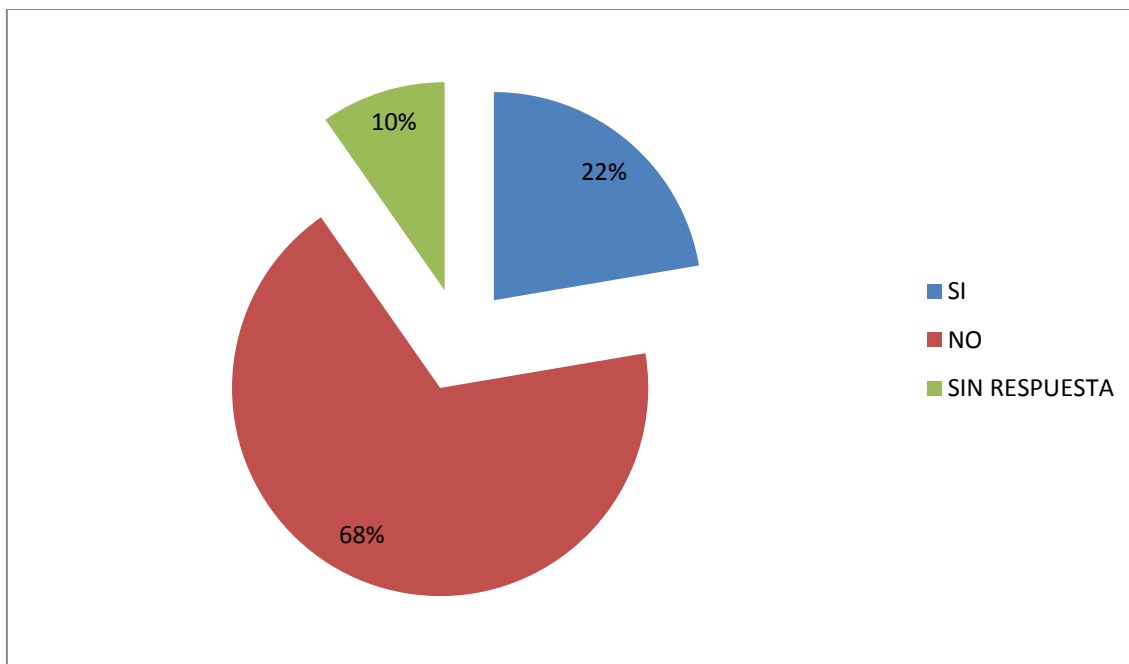
Responsable: Escobar Cuero Pamela

Los profesionales de enfermería que laboran en las casas de salud participantes en la investigación el 75% de ellos reconocen el significado de las siglas PAE, el 8% manifiesta no identifica y el 10% restante decidió no responder.

GRAFICO N° 3

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE PROFESIONALES DE ENFERMERIA QUE SE ENCUENTRAN SUSCRITOS A REVISTAS CIENTIFICAS.

ITENS	FRECUENCIA	%
SI	23	22%
NO	70	68%
SIN RESPUESTA	10	10%
TOTAL	103	100%



FUENTE: test aplicado a profesionales de enfermería. , Marzo 2014

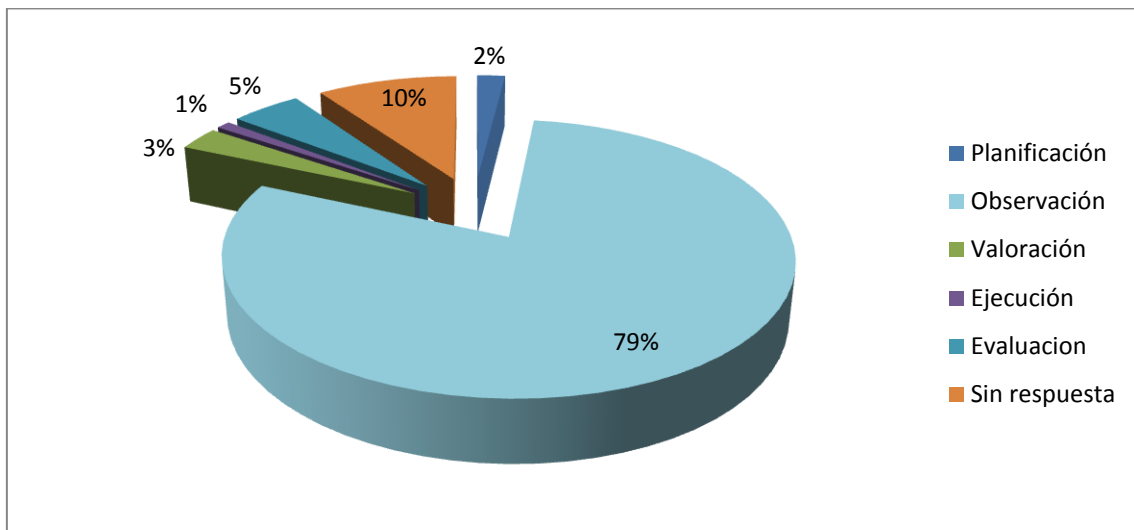
REALIZADA POR: Escobar Cuero Pamela

Los profesionales de enfermería que laboran en los centros hospitalarios un 70% manifiesta no estar suscrito en revistas científica, un 23% si se encuentra suscrito y el 10% de la distribución decidió no participar en la investigación.

GRAFICO N° 4

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA QUE IDENTIFICA CUAL NO ES ETAPA DEL PAE

ITENS	FRECUENCIA	%
Planificación	2	2
Observación	82	79
Valoración	3	3
Ejecución	1	1
Evaluación	5	5
Sin respuesta	10	10
TOTAL	103	100%



Fuente: Test dirigido a profesionales de enfermería , Marzo 2014

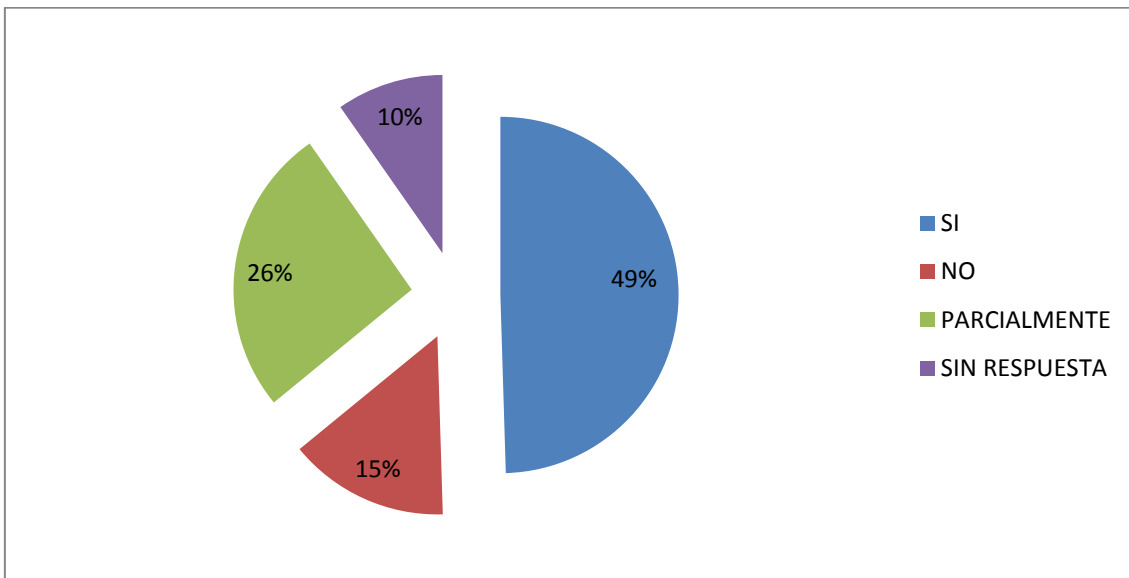
Responsable: Escobar Cuero Pamela

Los profesionales de enfermería sujetos de investigación manifiestan que en relación a la identificación de las etapas del proceso de atención de enfermería la distribución llega de la siguiente manera: el 79% dice que la observación no es etapa del PAE, un 2% que no es la planificación, el 3% que no es la valoración, el 1% la ejecución, el 5% la ejecución y el 10% restante decidió no colaborar en la investigación.

GRAFICO N°5

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE PROFESIONALES QUE UTILIZAN EL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA PARA BRINDAR CUIDADO A LOS USUARIOS

ITENS	FRECUENCIA	POCENTAJE
SI	51	49%
NO	15	15%
PARCIALMENTE	27	26%
SIN RESPUESTA	10	10%
TOTAL	103	100%



Fuente: Test dirigido a profesionales de enfermería , Marzo 2014

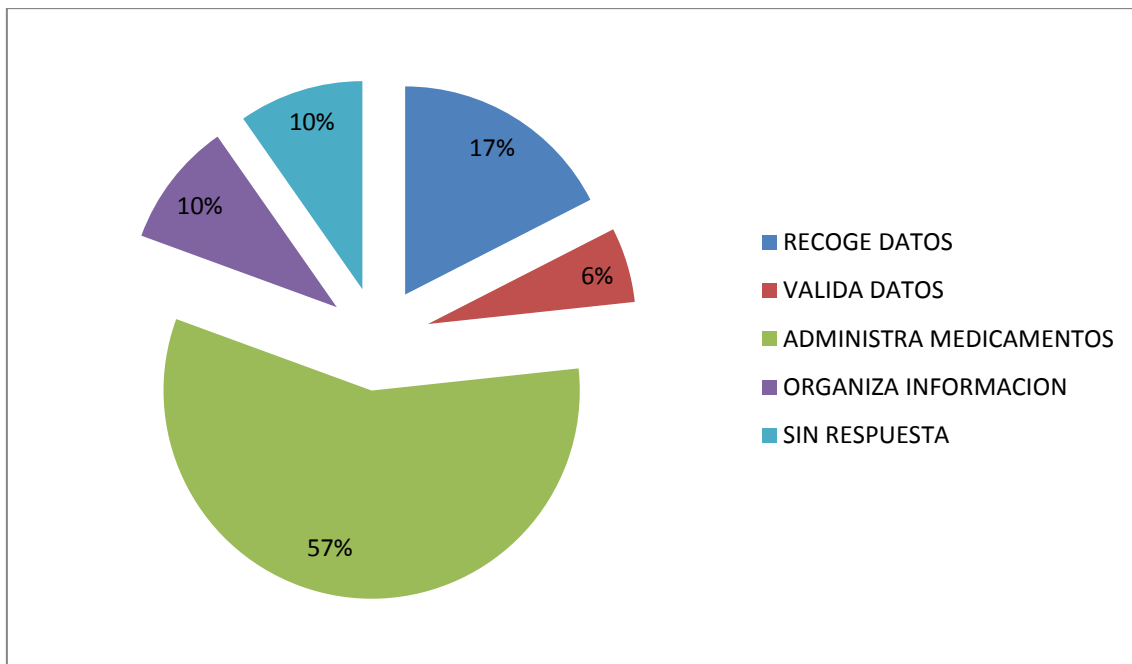
Responsable: Escobar Cuero Pamela

Los profesionales de enfermería que utilizan el diagnostico de enfermería para brindar cuidados de calidad a los usuarios están distribuidos de la siguiente manera: 52% si utiliza, el 15% no utiliza, el 27% lo hace parcialmente y el 10% faltante no participo en la investigación

GRAFICO N° 6

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE PROFESIONALES DE ENFERMERIA QUE ELIJERON LA RRESPUESTA INCORRECTA CON RELACION A LA ETAPA DE VALORACION DEL PAE

ITENS	FRECUENCIA	POCENTAJE
RECOGE DATOS	18	19%
VALIDA DATOS	6	7%
ADMINISTRA MEDICAMENTOS	59	53%
ORGANIZA INFORMACION	10	10%
SIN RESPUESTA	10	10%
TOTAL	103	100%



Fuente: Test dirigido a profesionales de enfermería , Marzo 2014

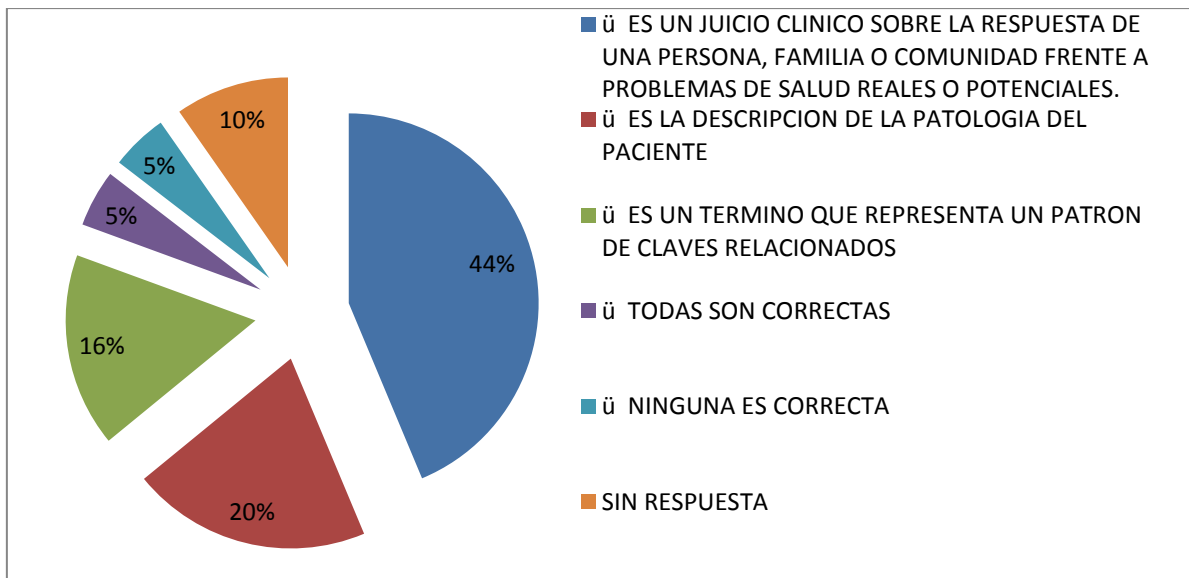
Responsable: Escobar Cuero Pamela

Los participantes en la investigación eligieron que el administrar medicamentos no es actividad de la etapa de valoración en un 59%, el 18% refiere que no se recoge datos, un 10% dice que se organiza información y el 10% restante decidió no responder.

GRAFICO N° 7

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE PROFESIONALES DE ENFERMERIA QUE LOGRARON IDENTIFICAR LA RESPUESTA CORRECTA EN RELACION AL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

ITENS	FRECUE NCIA	%
✓ ES UN JUICIO CLINICO SOBRE LA RESPUESTA DE UNA PERSONA, FAMILIA O COMUNIDAD FRENTE A PROBLEMAS DE SALUD REALES O POTENCIALES.	47	44%
✓ ES LA DESCRIPCION DE LA PATOLOGIA DEL PACIENTE	22	20%
✓ ES UN TERMINO QUE REPRESENTA UN PATRON DE CLAVES RELACIONADOS	17	16%
✓ TODAS SON CORRECTAS	5	5%
✓ NINGUNA ES CORRECTA	2	2%
✓ SIN RESPUESTA	10	10%
TOTAL	103	100%



Fuente: Test dirigido a profesionales de enfermería , Marzo 2014

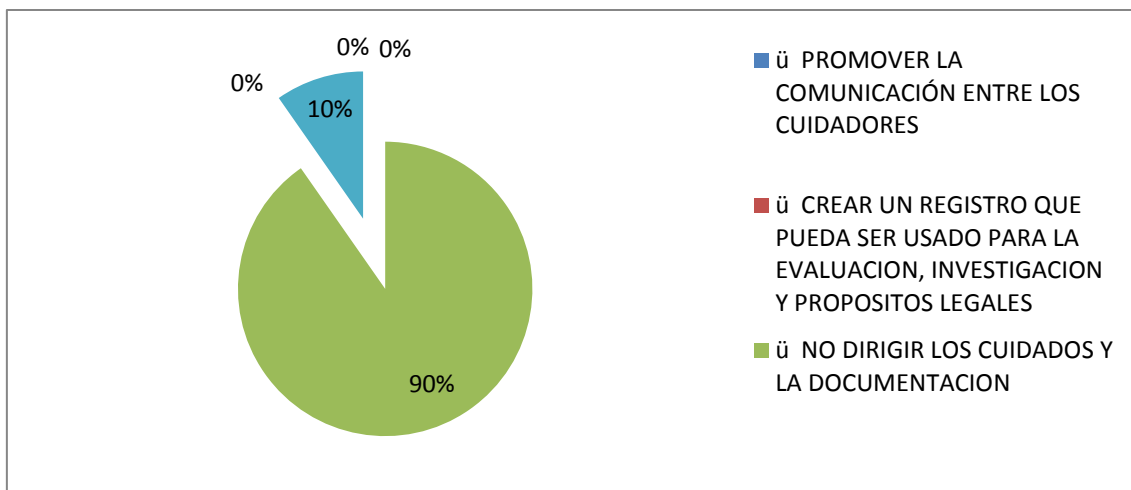
Responsable: Escobar Cuero Pamela

De los profesionales de enfermería participantes en la investigación un 45% si sabe que es un diagnostico de enfermería y un 45% no lo sabe y el 10% restante no participo.

GRAFICO N° 8

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE PROFESIONALES DE ENFERMERIA QUE IDENTIFICARON CUAL NO ES UN OBJETIVO DEL PLAN DE CUIDADOS.

ITENS	FRECUE NCIA	%
✓ PROMOVER LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS CUIDADORES	93	90%
✓ CREAR UN REGISTRO QUE PUEDA SER USADO PARA LA EVALUACION, INVESTIGACION Y PROPOSITOS LEGALES		
✓ NO DIRIGIR LOS CUIDADOS Y LA DOCUMENTACION		
✓ PROPORCIONAR DOCUMENTACION SOBRE LAS NECESIDADES EN CUIDADO DE LA SALUD		
✓ SIN RESPUESTA	10	10%
TOTAL	103	100%



Fuente: Test dirigido a profesionales de enfermería , Marzo 2014

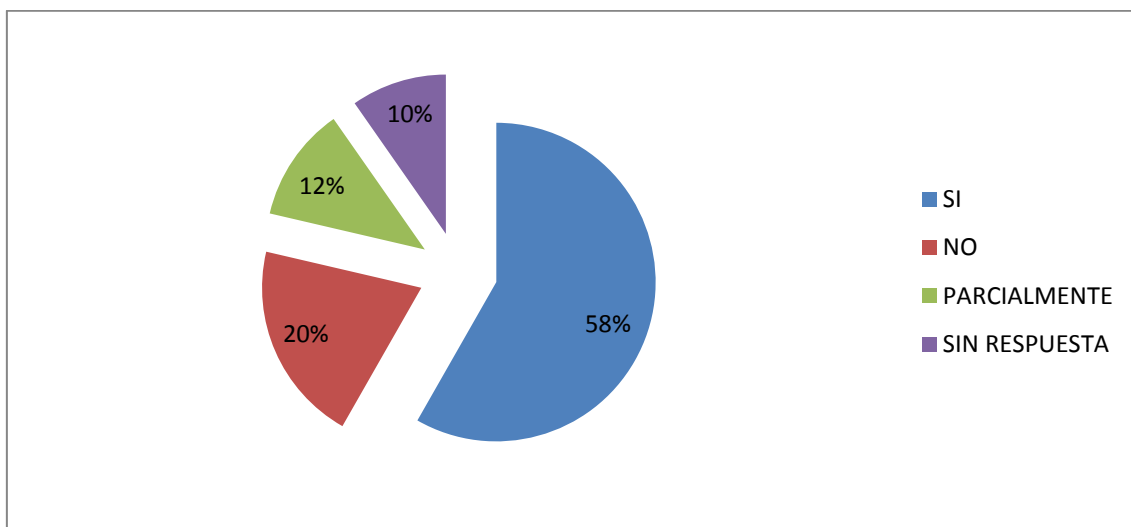
Responsable: Escobar Cuero Pamela

De los profesionales participantes en esta investigación el 90% identifica cual no es un objetivo del plan de cuidados y el 10 % no respondió.

GRAFICO N° 9

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE PROFESIONALES DE ENFERMERIA QUE REGISTRAN LOS PROCEDIMIENTOS ANTES DE REALIZARLOS AL PACIENTE.

ITENS	FRECUENCIA	POCENTAJE
SI	60	58%
NO	21	20%
PARCIALMENTE	12	12%
SIN RESPUESTA	10	10%
TOTAL	103	100%



Fuente: Test dirigido a profesionales de enfermería , Marzo 2014

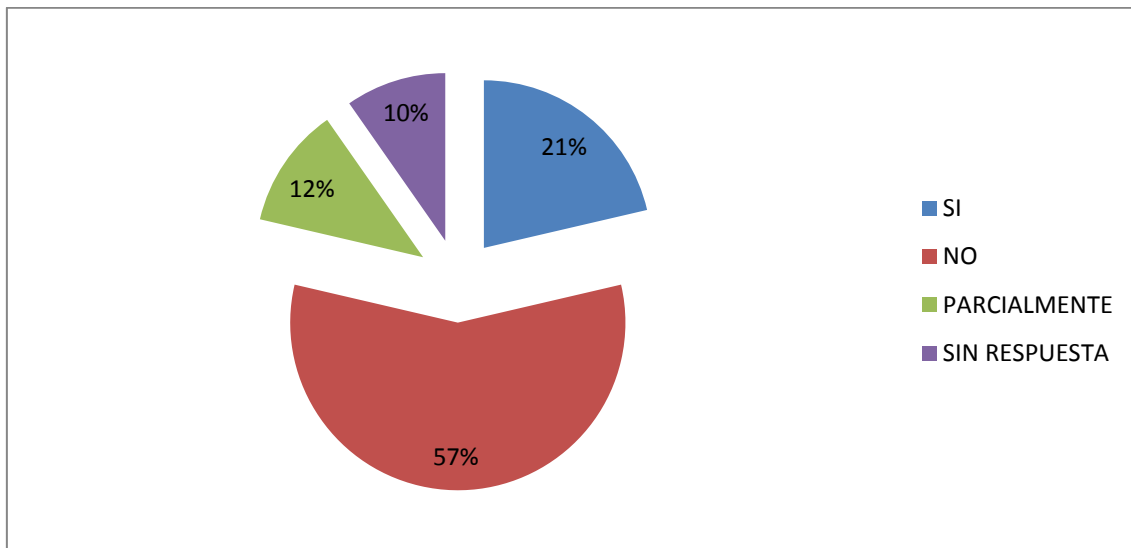
Responsable: Escobar Cuero Pamela

De los profesionales de enfermería el 58% manifiesta registrar los procedimientos antes de realizarlos al usuario el 20% no lo hace, el 12% lo hace parcialmente y el 10% no participo en la investigación.

GRAFICO N°10

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE PROFESIONALES DE ENFERMERIA QUE ESCOGERON LA RESPUESTA INCORRECTA EN RELACION LAS INTEVENCIONES DE ENFERMERIA

ITENS	FRECUENCIA	POCENTAJE
SI	22	21%
NO	59	57%
PARCIALMENTE	12	12%
SIN RESPUESTA	10	10%
TOTAL	103	100%



Fuente: Test dirigido a profesionales de enfermería , Marzo 2014

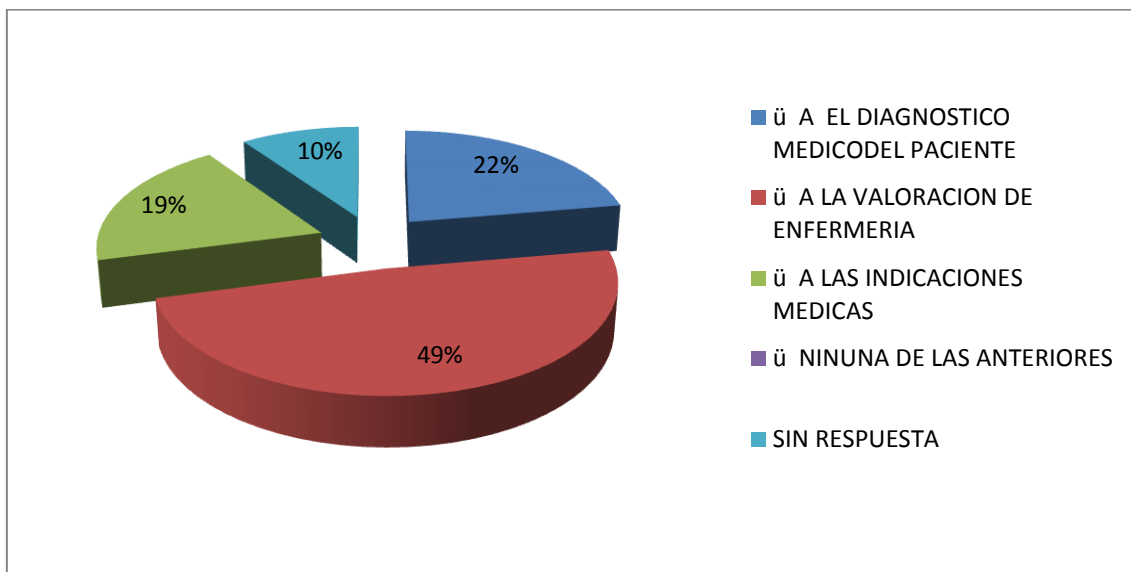
Responsable: Escobar Cuero Pamela

De los profesionales que laboran en los dos centros asistenciales se establece la siguiente distribución: el 57% respondió que incrementar riesgos no es una intervención de enfermería el 33% no identifico y el 10% restante no participo en la investigación.

GRAFICO N° 11

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA QUE SABEN EN QUE ESTAN BASADAS SUS FUNCIONES

ITENS	FRECUE NCIA	%
✓ A EL DIAGNOSTICO MEDICODEL PACIENTE	23	22%
✓ A LA VALORACION DE ENFERMERIA	50	49%
✓ A LAS INDICACIONES MEDICAS	20	19%
✓ NINUNA DE LAS ANTERIORES	10	10%
✓ SIN RESPUESTA	10	10%
TOTAL	103	100%



Fuente: Test dirigido a profesionales de enfermería , Marzo 2014

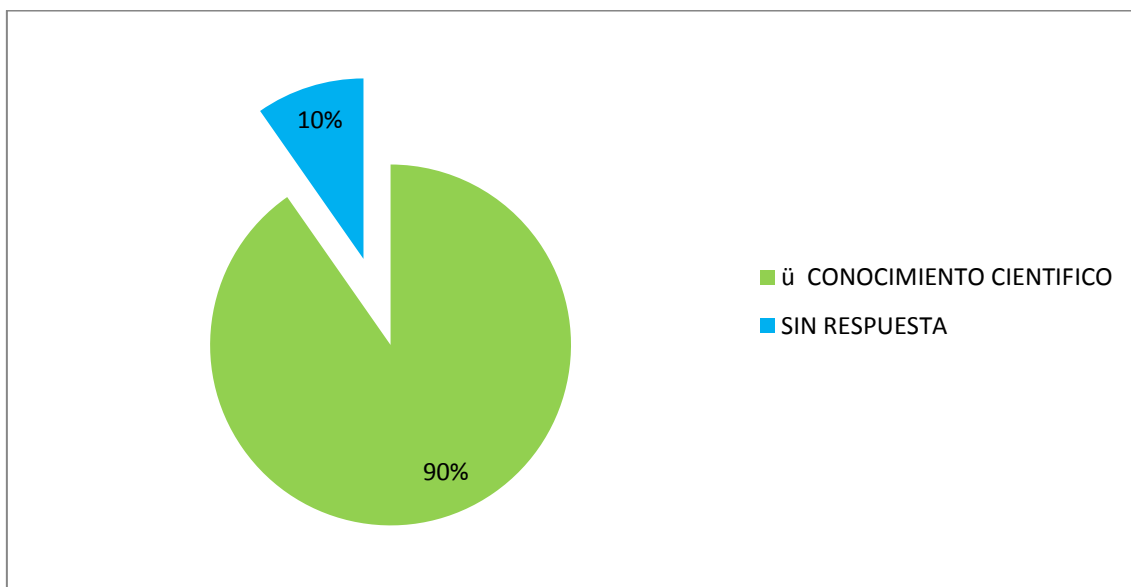
Responsable: Escobar Cuero Pamela

De los profesionales de enfermeria participntes en la investigacion el 49% realiza sus intervenciones de acuerdo a los hallazgos encontrados en la valoracion que realiza, el 22% lo hace de acuerdo al diagnostico medico, el 19% según laas indicaciones medicas y el 10% restante sin respuesta.

GRAFICO N° 12

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE PROFESIONALES DE ENFERMERIA QUE SABEN EN QUE ESTAN BASADAS LAS FUNCIONES DE ENFERMERIA

ITENS	FRECUE NCIA	%
✓ CONOCIMIENTO CIENTIFICO	93	90%
✓ CONOCIMIENTO EMPIRICO		
✓ CUMPLIR ORDENES MÉDICAS		
✓ SEGUIR LA RUTINA DEL SERVICIO		
✓ SIN RESPUESTA	10	10%
TOTAL	103	100%



Fuente: Test dirigido a profesionales de enfermería , Marzo 2014

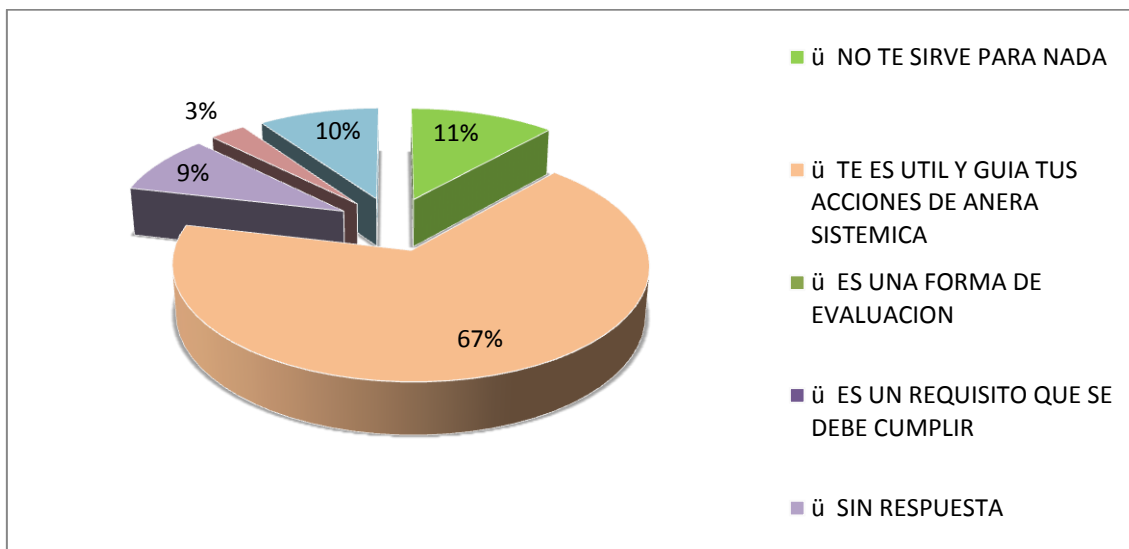
Responsable: Escobar Cuero Pamela

De los profesionales de enfermería participantes en la investigación el 93% de los encuestados estableció que las funciones de enfermería están basadas en el conocimiento científico y el 10% restante sin respuesta.

GRAFICO N° 13

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE PROFESIONALES DE ENFERMERIA QUE CONSIDERA QUE LA TEORIA DEL PAE EN LA PRÁCTICA:

ITENS	FRECUENCIA	POCENTAJE
✓ NO TE SIRVE PARA NADA	12	12%
✓ TE ES UTIL Y GUIA TUS ACCIONES DE ANERA SISTEMICA	69	67%
✓ ES UNA FORMA DE EVALUACION	9	8%
✓ ES UN REQUISITO QUE SE DEBE CUMPLIR	3	3%
✓ SIN RESPUESTA	10	10%
TOTAL	103	100%



Fuente: Test dirigido a profesionales de enfermería , Marzo 2014

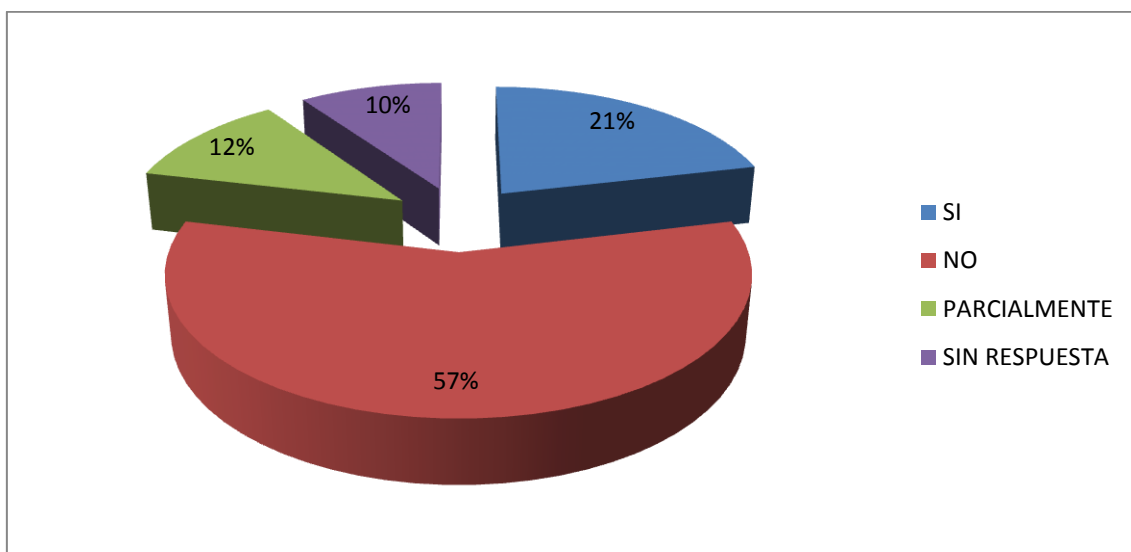
Responsable: Escobar Cuero Pamela

De los profesionales de enfermería que intervienen en la investigación el 67% de ellos consideran que la teoría del PAE en la práctica les es útil y les guía sus acciones de manera sistémica, el 12% manifiesta que no le sirve para nada, el 8% refiere que es una forma de evaluación, el 3% dice que es un requisito que se debe cumplir, y el 10% sin respuesta.

GRAFICO N° 14

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE PROFESIONALES DE ENFERMERIA ESPERA AL FINAL DEL TURNO PARA REGISTRAR CAMBIOS DE IMPORTANCIA EN EL PACIENTE

ITENS	FRECUENCIA	POCENTAJE
SI	21	21%
NO	59	57%
PARCIALMENTE	12	12%
SIN RESPUESTA	10	10%
TOTAL	103	100%



Fuente: Test dirigido a profesionales de enfermería , Marzo 2014

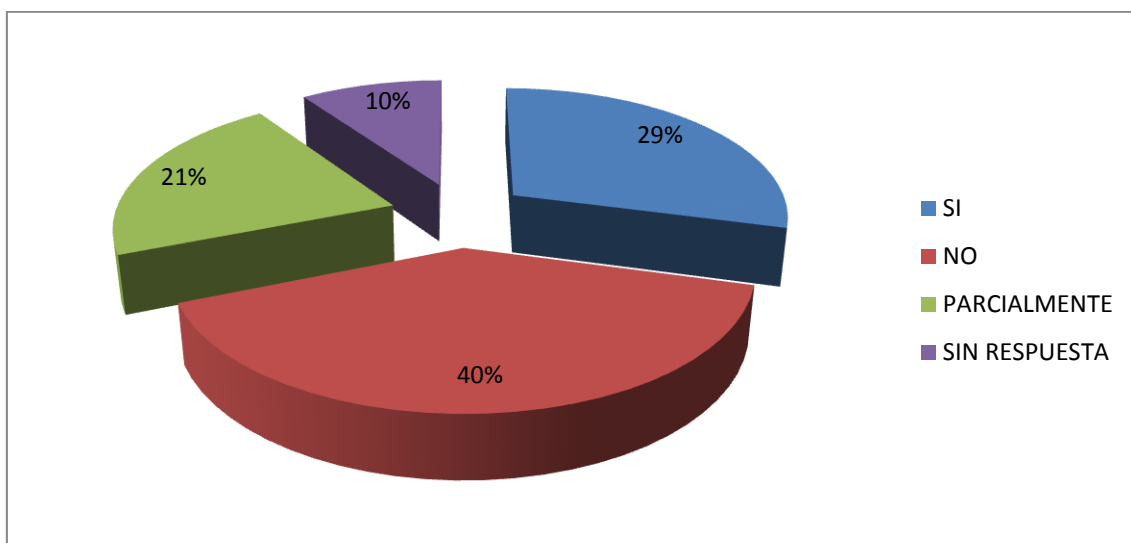
Responsable: Escobar Cuero Pamela

Los enfermeros participantes en la investigación opinan: el 57% que no esperan al final del turno para registrar los cambios de importancia en el paciente, el 33% si lo hace, y el 10% decidió no responder.

GRAFICO N° 15

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE PROFESIONALES DE ENFERMERIA QUE TIENE VERSIONES DE LOS LIBROS NANDA – NIC – NOC

ITENS	FRECUENCIA	POCENTAJE
SI	30	29%
NO	41	40%
PARCIALMENTE	22	21%
SIN RESPUESTA	10	10%
TOTAL	103	100%



Fuente: Test dirigido a profesionales de enfermería , Marzo 2014

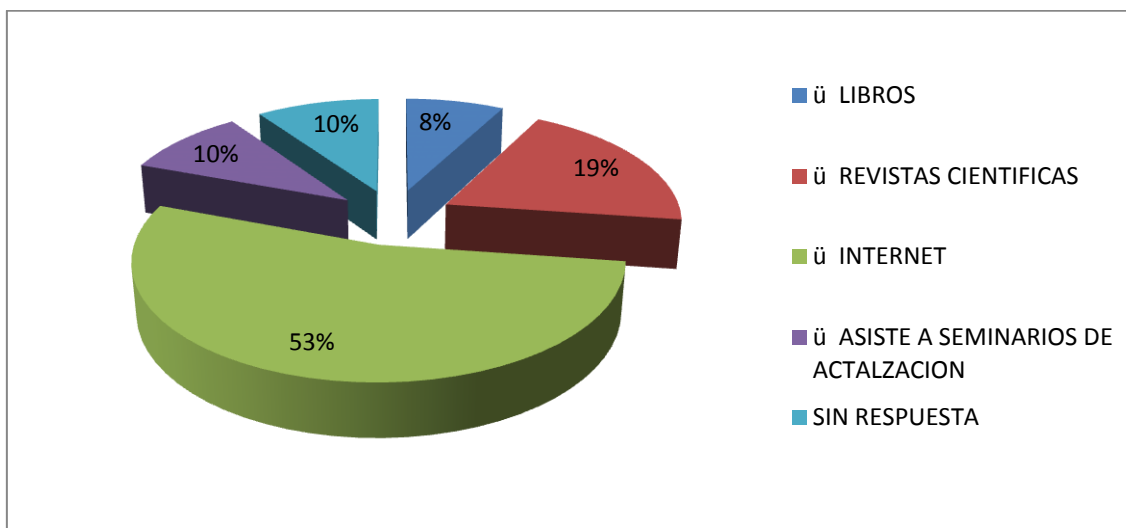
Responsable: Escobar Cuero Pamela

De los participantes en la investigación el 49% de profesionales no cuenta con versiones de NANDA – NIC – NOC, el 29% si posee los libros, el 21% parcialmente y el 10% sin respuesta. Además no identifican que edición tienen.

GRAFICO N°16

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE PROFESIONALES DE ENFERMERIA QUE PARA ACTUALIZAR CONOCIMIENTOS OBTIENEN LA INFORMACION DE:

ITENS	FRECUENCIA	POCENTAJE
✓ LIBROS	8	8%
✓ REVISTAS CIENTIFICAS	20	19%
✓ INTERNET	55	53%
✓ ASISTE A SEMINARIOS DE ACTALZACION	10	10%
✓ SIN RESPUESTA	10	10%
TOTAL	103	100%



Fuente: Test dirigido a profesionales de enfermería , Marzo 2014

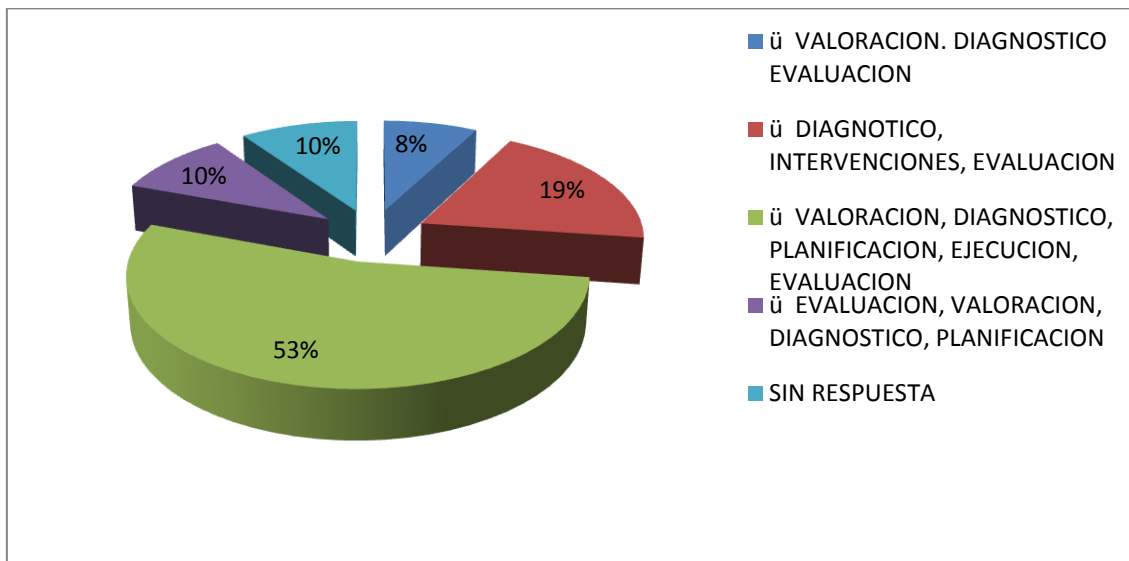
Responsable: Escobar Cuero Pamela

Los profesionales que intervienen en la investigación manifiesta que los conocimientos que actualizan: el 53% obtiene la información de internet, el 19% de revistas, el 8% de libros, el 10% asiste a seminarios y talleres y n 10% sin respuesta.

GRAFICO N° 17

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE PROFESIONALES DE ENFERMERIA QUE PARA BRINDAR CUIDADOS DE ENFERMERIA USTED APLICA:

ITENS	FRECUENCIA	POCENTAJE
✓ VALORACION. DIAGNOSTICO EVALUACION	8	8%
✓ DIAGNOTICO, INTERVENCIONES, EVALUACION	20	19%
✓ VALORACION, DIAGNOSTICO, PLANIFICACION, EJECUCION, EVALUACION	55	53%
✓ EVALUACION, VALORACION, DIAGNOSTICO, PLANIFICACION	10	10%
✓ SIN RESPUESTA	10	10%
TOTAL	103	100%



Fuente: Test dirigido a profesionales de enfermería , Marzo 2014

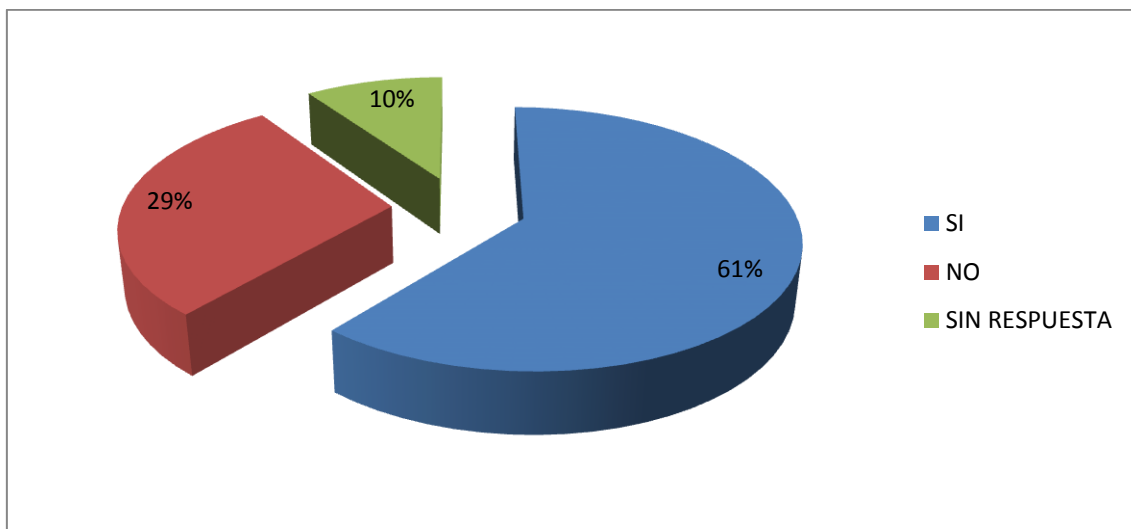
Responsable: Escobar Cuero Pamela

De los profesionales de enfermería participantes en la investigación el 53% aplica las etapas del proceso de enfermería para brindar cuidados asistenciales a los usuarios, el 37% lo hace parcialmente y el 105 no tiene respuesta.

GRAFICO N°18

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE PROFESIONALES DE ENFERMERIA ESTA DE ACUERDO CON LA IMPLEMENTACION DE UN FORMULARIO DONDE SE APLIQUE EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

ITENS	FRECUENCIA	POCENTAJE
SI	63	61%
NO	30	29%
SIN RESPUESTA	10	10%
TOTAL	103	100%



Fuente: Test dirigido a profesionales de enfermería , Marzo 2014

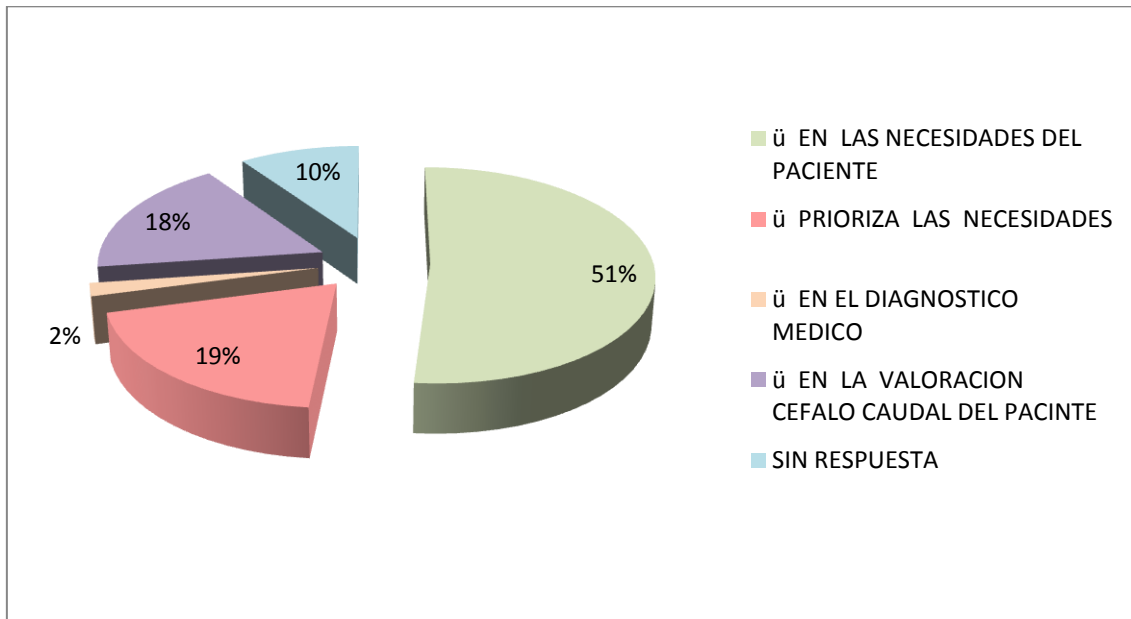
Responsable: Escobar Cuero Pamela

De los profesionales de enfermería que participan en la investigación un 61% están de acuerdo con la implementación de un formulario donde se aplique el proceso de enfermería, el 29% no está de acuerdo y el 10% restante no tuvo respuesta

GRAFICO N° 19

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE PROFESIONALES DE ENFERMERIA EN QUE SE BASA PARA REALIZAR EL PLAN DE CUIDADOS

ITENS	FRECUENCIA	POCENTAJE
✓ EN LAS NECESIDADES DEL PACIENTE	53	52%
✓ PRIORIZA LAS NECESIDADES	20	19%
✓ EN EL DIAGNOSTICO MEDICO	2	2%
✓ EN LA VALORACION CEFALO CAUDAL DEL PACINTE	18	17%
SIN RESPUESTA	10	10%
TOTAL	103	100%



Fuente: Test dirigido a profesionales de enfermería , Marzo 2014

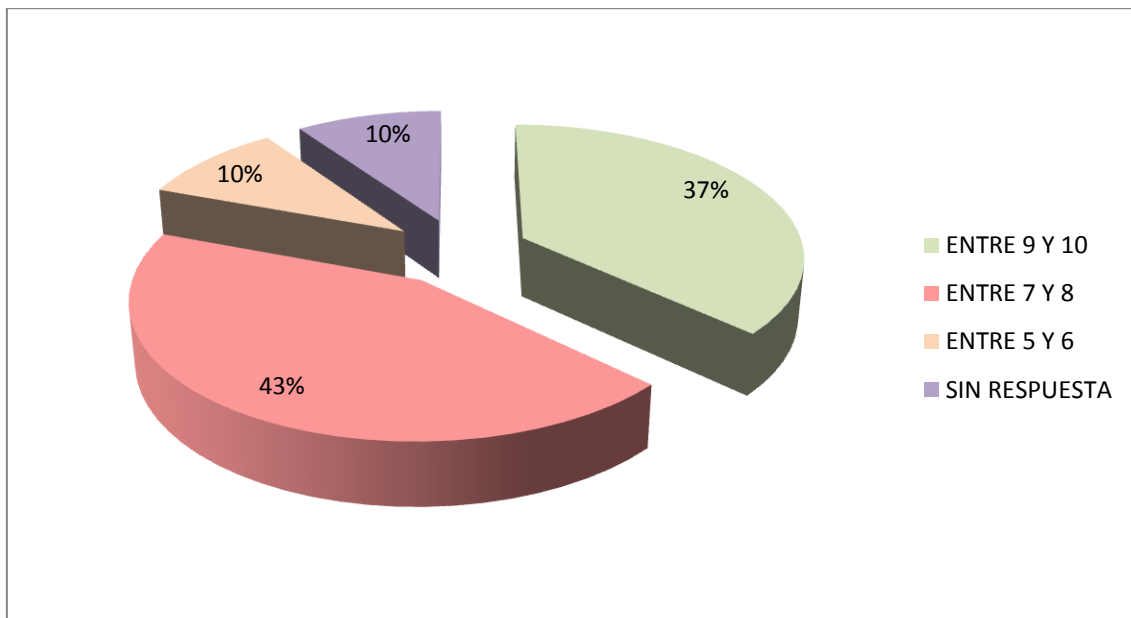
Responsable: Escobar Cuero Pamela

De los profesionales de enfermería participantes el 52% realiza el plan de cuidados según las necesidades del paciente, el 29% prioriza las necesidades, el 2% se basa en el diagnóstico medico, el 19% se fundamenta en la valoración céfalo caudal del usuario.

GRAFICO N° 20

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE PROFESIONALES DE ENFERMERIA EVALUADOS EN EL TEST, SEGÚN EL PROMEDIO OBTENIDO.

PUNTAJES	FRECUENCIA	POCENTAJE
ENTRE 9 Y 10	38	37%
ENTRE 7 Y 8	45	43%
ENTRE 5 Y 6	10	10%
SIN RESPUESTA	10	10%
TOTAL	103	100%



Fuente: Test dirigido a profesionales de enfermería, Marzo 2014

Responsable: Escobar Cuero Pamela

De los profesionales de enfermería participantes en la investigación, los puntajes obtenidos son los siguientes: entre 9 y 10 un 37%, entre 7 y 8 el 43% un 10% entre 5 y 6 y el 10% restante decidió no responder el test.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en esta investigación, comprueban lo propuesto en la hipótesis general, ya que, ratifican la existencia de diferencias significativas entre los profesionales que aplican cuidados de enfermería basados en un modelo de atención y quienes los hacen de manera empírica.

El cuidado de enfermería se planifica para encontrar las necesidades del individuo la familia y la comunidad puesto que para llevar el PAE a la práctica deben por lo menos participar dos personas: paciente y enfermera.

Los planes de atención dan la oportunidad de compartir el conocimiento y la experiencia, el PAE permite asignar actividades de acuerdo al grado de complejidad que involucra la atención.

Una evaluación errónea o una documentación o digitalización inapropiada de los datos, pueden tener consecuencias legales adversas, la gestión de los servicios de enfermería enfocados en el cuidado representa la piedra angular para el logro exitoso de la misión de Enfermería en el sistema de cuidados.

Se analizan las tendencias actuales que orientan los cuidados y el servicio al paciente, enfatizando en los cambios que se requieren alcanzar en la organización de los servicios de salud, así como las estrategias que permitan el tránsito de esquemas de control rígidos a procesos de intercambio y de apoyo con el equipo de enfermería. Se brindan consideraciones a punto de partida de los conocimientos, habilidades y aptitudes necesarias para el alcance del perfil del gestor. Se analizan las dimensiones del cuidado desde un enfoque social y de desarrollo humano.

El uso del proceso de enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas. El proceso de enfermería trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no sólo a su enfermedad.

El proceso de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales.

- ✓ El proceso de enfermería le da a la profesión la categoría de ciencia.
- ✓ Favorece la flexibilidad necesaria para brindar cuidados de enfermería individualizados.
- ✓ Estimula la participación de quien recibe los cuidados.
- ✓ Aumenta la satisfacción de los profesionales de enfermería ante la consecución del resultado.

El proceso de enfermería es un proceso cíclico y continuo que puede terminar en cualquier etapa si se resuelve el problema. Existe un solo proceso para todos los problemas de los pacientes y para todos los elementos su cuidado. La evaluación de los cuidados de enfermería llevará posiblemente a cambios en la realización de los mismos; es probable que las necesidades del paciente cambien durante su estancia en el hospital ya sea por mejora o deterioro de su estado de salud.

CONCLUSIONES:

- ✓ Con este trabajo investigativo se ha llegado a la conclusión que el personal de Enfermeras que labora en los centros hospitalarios del Cantón Esmeraldas tiene conocimientos sobre el PAE y los Modelos de Atención existentes, pero no son llevados a la práctica puesto que la demanda de usuarios y el tiempo designado para el servicio no permite la aplicación del mismo a cabalidad.
- ✓ Según datos obtenidos en la aplicación del test a los profesionales de enfermería en los hospitales Delfina Torres de Concha y el IESS se puede afirmar que el 80% de los usuarios que reciben atención en estas casas de salud son cuidados por el personal sin una planificación previa de sus actividades.
- ✓ Uno de los factores que inciden en la definición y aplicación de un modelo de atención de enfermería al cuidado del usuario de estas casas de salud es el desconocimiento en su mayoría de los diferentes modelos. Sin olvidar que calidad del cuidado de enfermería nunca es un accidente; siempre es el resultado del esfuerzo y la inteligencia.
- ✓ Como instrumento en la práctica del profesional, puede asegurar la calidad de los cuidados al individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería.
- ✓ De manera general, los participantes consideran que el PAE es útil principalmente durante la formación profesional, en razón de su carácter sistemático que favorece la aplicación del método científico al cuidado de enfermería
- ✓ Los profesionales encuestados señalan que la aplicación del PAE requiere principalmente de conocimientos para desarrollar el pensamiento crítico y el criterio profesional. Reconocen que para su aplicación existen una serie de dificultades, entre ellas las de tipo institucional (delegación de otras responsabilidades), la falta de apropiación por el grupo de profesionales (proceso difícil de ejecutar, falta de conocimientos), y la consideración del carácter poco práctico para el cuidado de enfermería en el contexto actual de prestación de servicios de salud.

RECOMENDACIONES

- ✓ Que la coordinadora de la gestión de Enfermería realice capacitación permanente al personal sobre Modelos de Atención y de esta manera se pueda implementar un Modelo de Atención para el cuidado del usuario en el segundo nivel de atención.
- ✓ Que las enfermeras apliquen en su cuidado diario uno de los modelos en especial el modelo Naturalista ya que este modelo se basa en la educación para la prevención de enfermedades y la aplicación del conocimiento científico y técnico para mejorar la calidad de atención a los usuarios de los centros hospitalarios el Cantón Esmeraldas.
- ✓ Para las instituciones formadoras en enfermería que ofrecen programas de pregrado o de educación continua, los hallazgos de esta investigación son relevantes para planear y diseñar programas educativos en las diversas modalidades que permitan la cualificación de los profesionales en los asuntos metodológicos, tecnológicos y sobre todo en los temas humanísticos necesarios para brindar cuidado de enfermería en estas unidades de alta complejidad.
- ✓ La formación profesional en enfermería debe promover el análisis y reflexión sobre las vivencias de aprendizaje y del desempeño cotidiano, de manera que la información sea contrastada con los conocimientos y las experiencias previas, es decir, que provoquen aprendizajes significativos durante el proceso formativo, teniendo en cuenta las situaciones del contexto en el que se prestan los servicios de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Luis MT, Fernández M, Navarro M. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 2 ed. Barcelona: Masson; 2003. 187 p.
2. Carpenito LJ. Manual de Diagnósticos de enfermería. 9 ed. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana; 2003. 794 p.
3. Carpenito LJ. Los Diagnósticos de enfermería. Guía para la Práctica clínica. 9 ed. Madrid: Mc Graw- Hill Interamericana; 2003. 594 p.
4. FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA Teoria y Metodos: 2 ed. Hernandez Conesa, 2010
5. Alfaro RL. El proceso Enfermero. Fomentar el cuidado de Colaboración. 5 ed. Madrid: Masson; 2003. 274 p.
6. NANDA. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación: 2007-2008. Barcelona: Elsevier; 2008. 357 p.
7. NANDA. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación : 2009 - 2011. Barcelona: Elsevier; 2010. 431 p.
8. Luis MT. Diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 3 ed. Barcelona: Masson; 2001. 386 p.
9. Iyer P, Taptich B, Bernocchi D. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. México: Mc Graw- Hill Interamericana; 1997. 453 p.
10. Cavanagh S. Modelo de Orem. Aplicación práctica. Barcelona: Masson - Salvat; 2003 167 p.
11. Fernández M, Novel G. El proceso de atención de enfermería. Estudio de casos. Barcelona: Masson; 1993. 113 p.
12. Johnson M, et al. Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC. Diagnósticos Enfermeros, resultados e intervenciones. Madrid: Elsevier; 2007. 694 p.
13. Duran M. Enfermería. Desarrollo teórico e investigativo. Bogotá: Unibiblos; 1998. 181 p.
14. Henderson V. La naturaleza de la enfermería: reflexiones 25 años después. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1994. 115 p.
15. Fernández C. El proceso de atención de Enfermería. Estudio de casos. Marco conceptual Virginia Henderson. Taxonomía diagnóstica: NANDA. Masson. Barcelona; 2009. 115 p.
16. Universidad de Antioquia, plan de desarrollo 2006 – 2016. p.51

17. Iyer P et al. Proceso y diagnóstico de enfermería. 3 ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2007.
18. Orrego S. Métodos de trabajo en el quehacer del profesional de enfermería: reflexiones acerca del proceso. Inves. Educ. Enfer. Medellín; 1999.
19. Alfaro RL. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5 ed. Barcelona: Elsevier Doyma, S.L; 2003. p. 4.
20. Universidad de Antioquia. Sistema Universitario de extensión Medellín; 1996. p. 16.
21. Leininger M. La Enfermería Transcultural: conceptos, teorías y prácticas. Greyden; 2004. 532 p.
22. Organización Panamericana de la Salud. Reunión de trabajo sobre la medición de la presión arterial: recomendaciones para estudios de población. Rev Salud Pública 2003; 14(5): 300- 305.
23. Craft-Rosemberg M, Faan K. Diagnósticos Enfermeros: Aplicaciones y Guía para la Propuesta de Nuevos Diagnósticos; 2007 – 2008.
24. Dochterman JM, Bulechek G. Nursing interventions classification (NIC). St. Louis, MO: Mosby.
25. Johnson J, et al. NANDA, NOC, and NIC Linkages: Nursing diagnoses, outcomes, & interventions. 2 ed. St. Louis, MO: Mosby.
26. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Nursing outcomes classification (NOC). St. Louis, MO.
27. Iyer P, Taptich B, Bernocchi B. Proceso y diagnóstico de enfermería. 3ª edición. México: McGraw Hill Interamericana. 1997. 444p. p.6,7,9,11,16,17,22.
28. GAVIRIA NOREÑA DL. La evaluación del cuidado de enfermería: un compromiso disciplinar. Invest EducEnferm. 2009;27(1):24-33.
29. TORRES C. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. (En línea). Artículo de Investigación. Av. Enferm. XXVIII (2): 98:10,2010 www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxviii2_9.pdf
30. Alfaro-Lefevre R. Aplicación del Proceso Enfermero. Fomentar el Cuidado en Colaboración. 5ª edición. Barcelona: Masson. 2003. 274p. p. 4, 5, 11,22,23,25,26,29 47
31. Minotas B, Vélez E, Delgado S. Enfermería en cuidados intensivos. En: Gómez M, González M, Restrepo G, Sanín A. Fundamentos de Medicina. El paciente en

- estado crítico. 2ª. Edición. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 1997. 514 p. p. 500-503.
32. atención secundaria de salud. (en línea). Rev. Adm. Pub.Rio de Janeiro 42 (4): 719-34, Jul/Ago. 2008. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v42n4/a05v42n4.pdf>
 33. TORRES E, LASTRA J. Propuesta de una escala para medir la calidad del servicio de los centros de atención secundaria de salud. (en línea). Rev. Adm. Pub.Rio de Janeiro 42 (4): 719-34, Jul/Ago. 2008. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v42n4/a05v42n4.pdf>
 34. Durán MM. Dimensiones sociales, políticas y económicas del cuidado de enfermería. En: Grupo de cuidado. Facultad de Enfermería Universidad Nacional. Dimensiones del cuidado. Bogotá: UNIBIBLOS; 2008. 253 p. p. 92, 93,94-99.
 35. Cox T. Using NANDA, NIC, NOC with Levine's conservation principles in a nursing home. Int J Nurs Terminol Classif. 2004; 14(4):41-47.
 36. Killeen M. Use of NANDA, NIC, NOC as a framework for cyclic perimenstrual pain and discomfort. Int J Nurs Terminol Classif. 2004; 14(4): 19-20.
 37. Medina J. La relación entre teoría, práctica e investigación. En: La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria de enfermería. Madrid: Laertes; 1999. p.101.
 38. Castrillón C. Retos para la enfermería en el siglo XXI: el desafío disciplinar. En: Conferencia Introductoria Maestría en Enfermería, primera generación; 2005 Marzo 10. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería; 2005.
 39. Colliere-MF. Promover la vida. México: Interamericana McGraw-Hill, 2003. p.7.
 40. Marriner-Tomey A, Alligood-MR. Modelos y teorías en enfermería. 5ª ed. Madrid: Harcourt, 2002.

GLOSARIO

Prevención: Según la ONU es la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas.

Enfermedad: Es una "Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible".

Salud: La OMS define a la salud como el estado completo de bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales.

Atención o cuidado directo: Es una práctica profesional que ofrece cuidados específicos basados en las necesidades que viven las personas familias o comunidad es ante diversas experiencias de salud, requiere de recursos intelectuales, de intuición para tomar decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas, que respondan a las necesidades particulares de la persona"

Enfermera (o): Es aquella persona que se dedica al cuidado personal e intensivo de un paciente, ya sea en el centro hospitalario o de salud como en su domicilio particular.

Desarrollo personal: Es una experiencia de interacción individual y grupal a través de la cual los sujetos que participan en ellos, desarrollan u optimizan habilidades y destrezas para la comunicación abierta y directa, las relaciones interpersonales y la toma de decisiones, permitiéndole conocer un poco más de sí mismo y de sus compañeros de grupo, para crecer y ser más humano.

Armonía: Es el equilibrio de las proporciones entre las distintas partes de un todo, y su resultado siempre connota belleza. El proceso de cuidado. Es un instrumento lógico que ayuda a la enfermera a definir lo que puede hacer con respecto a la persona cuidada.

Meta paradigma: Es un conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina, así como las proposiciones globales que afirman las relaciones entre ellos. Dichas relaciones se establecen de una manera abstracta.

Meta paradigma de Enfermería: Es el primer nivel de especificidad y perspectiva de los cuidados enfermeros. Los conceptos globales del Meta paradigma enfermero son: La persona. El entorno. Los cuidados enfermeros. El concepto de salud. Educación en salud

Concepto: Enseñanza que aumenta la conciencia e influye favorablemente en la actitud para la mejoría de la salud tanto individual como colectiva.

Conocimientos científicos: Sirven de base para comprensión del ser humano en sus dimensiones físicas, intelectuales y afectivas. También aportan explicaciones sobre su medio físico y sociológico.

Autocuidado: Es una actividad del individuo aprendida por este y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienes

ANEXO N° 1

PROPUESTA

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

SEDE ESMERALDAS



ESCUELA DE ENFERMERÍA

MANUAL DE INSTRUCCIONES PARA EL MANEJO DEL FORMULARIO DE APLICACIÓN DEL:



Realizado por: Escobar Cuero Pamela Paola

CONTENIDOS

TEMAS	PAG
Introducción	76
Objetivos	77
Definiciones	78
Componentes :	79
Identificación del paciente	80
Anamnesis	80
Signos vitales	81
Valoración neurológica	82
Valoración fisiológica	82
Valoración hidroelectrolítica	82
Exámenes de laboratorio	83
Exploración física	83
Intervenciones de enfermería	83
Formulario para el manejo del PAE	84
Recomendaciones	86

INTRODUCCIÓN

La valoración de enfermería es un elemento esencial para el cuidado, ya que a través del análisis de los datos que en ella se recaban, puedes identificar los problemas (diagnósticos de enfermería), que afectan las necesidades del usuario.

Desde la perspectiva teórica, el cuidado debe estar orientado hacia la persona como ser humano y no hacia las condiciones internas y externas que vulneren su salud. Como interacción humana busca promover la adaptación de las personas o de los grupos frente a los problemas y alteraciones del orden biológico, psicológico y social mediante la metodología disciplinar.

Este proceso facilita una aproximación cualitativa y holística a la problemática de las personas y la realización de acciones conjuntas entre cuidador y sujeto de cuidado para optimizar las capacidades individuales, promover el autocuidado, el bienestar y el desarrollo humano; proveer cuidados que disminuyan el dolor y faciliten la recuperación, o la muerte en condiciones de dignidad.

En este documento, presentamos el FORMULARIO DE APLICACIÓN DEL PAE, su concepto y apartados, así como una explicación de cada uno de sus componentes. El formato de **PAE** puede variar pero sus componentes no. Es importante que utilices este instrumento para valorar aspectos relacionados con las áreas: cognitiva, emocional, cultural y social del usuario.

OBJETIVOS

Al finalizar la lectura, podrás:

- ✓ Conocer los componentes que integran del PAE.
- ✓ Describir cada uno de los componentes del PAE.
- ✓ Explicar la importancia de la aplicación del PAE en la práctica de la profesión
- ✓ Utilizar el formulario como un instrumento de apoyo en la atención del usuario

DEFINICIONES

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas, y está clasificado como una teoría deductiva en sí misma

El uso del proceso de enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas. El proceso de enfermería trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no sólo a su enfermedad.

CARACTERÍSTICAS DEL PAE

El Proceso de Atención de Enfermería es:

SISTEMÁTICO.- Como el método de solución de problemas, consta de cinco fases que son:

- ✓ Valoración,
- ✓ Diagnóstico,
- ✓ Planificación,
- ✓ Ejecución y
- ✓ Evaluación

En los que se llevan a cabo una serie de acciones deliberadas para obtener los resultados esperados.

DINÁMICO.- A medida que adquiera más experiencia, podrá moverse hacia atrás y hacia delante entre las distintas fases del proceso, combinando en ocasiones distintas actividades para conseguir el mismo resultado final.

HUMANÍSTICO.- Porque los cuidados se planifican y se ejecutan teniendo en cuenta las necesidades, intereses, valores y deseos específicos de la persona, familia o comunidad. Como enfermeras debemos considerar la mente, el cuerpo y el espíritu, ver el ser humano de una manera holística. Nos esforzaremos por comprender los problemas de salud de cada individuo y el correspondiente impacto del mismo en la percepción de bienestar de la persona y en su capacidad para las actividades de la vida diaria centrado en los objetivos resultados.

COMPONENTES

Sus componentes o apartados son:

- ✓ Identificación del paciente.
- ✓ Valoración de constantes vitales
- ✓ Valoración neurológica
- ✓ Valoración fisiológica
- ✓ Balance hidroelectrolítico
- ✓ Exámenes de laboratorio
- ✓ Examen físico
- ✓ Intervenciones de enfermería
- ✓ Firma de responsabilidad



Responsable: _____

ANAMNESIS

DATOS INFORMATIVOS

Apellido: _____ Nombre _____
 Fecha de nacimiento: _____ Nacionalidad _____
 Sexo: _____ Edad: _____
 Teléfono: _____ Dirección: _____
 Estado civil _____ C.I. _____
 N° historia clínica _____ Lugar de trabajo _____

CARACTERÍSTICAS PERSONALES

Nivel de estudio _____ Religión _____ Raza _____
 Idioma _____ Nivel socio económico _____ Ingreso _____
 Mano dominante _____ Ocupación _____

ESTILOS DE VIDAS

Alimentación:

DESAYUNO	ALMUERZO	MERIENDA

Defecación _____ Diuresis o micciones _____
 Actividad física _____ Recreación _____
 Descanso o sueño _____ Actividades higiénicas _____
 Hora de trabajo _____ Es donador de sangre frecuente _____
 Tabaco _____ Alcohol _____ Droga _____

SISTEMA DE APOYO

Propio _____ Familiar _____ Comunidad _____

ANTECEDENTE PATOLÓGICO PERSONALES

Enfermedades de la infancia _____

Alergias _____ Cirugías _____

ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS

Fecha de la menarquía _____ FUM _____ Gestas _____ Partos _____

Nacidos vivos _____ Hijos vivos _____ Abortos _____ **Cesariás** _____

GESTA ACTUAL

Peso anterior _____ Talla _____ FUM _____ EG _____ FPP _____

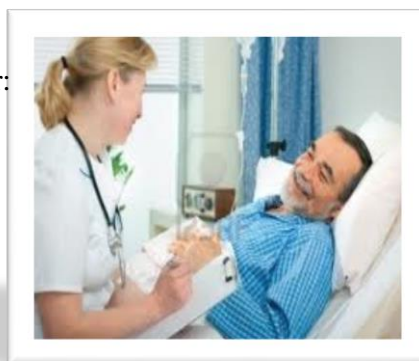
ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES

PADRE _____ MADRE _____ ABUELOS _____

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE.

Al momento de comenzar la valoración debes de registrar:

- ✓ Fecha y hora del día en que la realizas.
- ✓ Nombre completo del usuario.
- ✓ Edad.
- ✓ Domicilio y número telefónico.
- ✓ En caso de urgencia a quién avisar.
- ✓ Actividad u ocupación que desempeña.

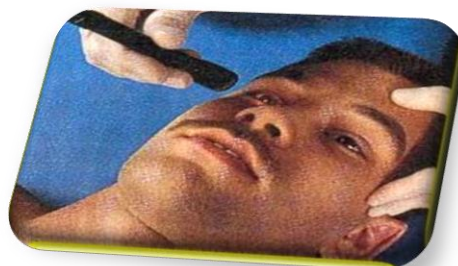


Valoración de constantes vitales:

Estas nos permiten determinar las condiciones hemodinámicas del paciente:

VALORACION NEUROLOGICA:

Permite el profesional de enfermería valorar el nivel de conciencia del individuo y su respuesta a estímulos.

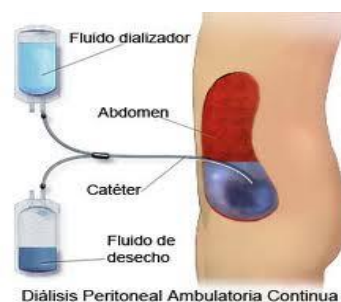


Valoración fisiológica:

Establece la vitalidad y adaptación del usuario al medio.

Balance hidroelectrolítico:

Establece la cantidad y volúmenes de líquidos que ingresan y egresan del organismo del usuario.





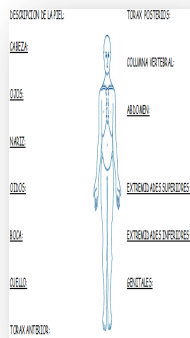
Exámenes de laboratorio:

Por medio de ellos establecemos relaciones entre el diagnóstico clínico y los hallazgos encontrados en la en la valoración de enfermería



Intervenciones de enfermería

mediante la aplicación del PAE utilizando el NANDA-NIC-NOC como herramientas de trabajo



La exploración física

permite identificar los signos y síntomas presentes y se recomienda que se realice al final del interrogatorio



EXAMEN FISICO

DESCRIPCION DE LA PIEL:

TORAX POSTERIOS:

CABEZA:

COLUMNA VERTEBRAL:

OJOS:

ABDOMEN:

NARIZ:



OIDOS:

EXTREMIDADES SUPERIORES:

BOCA:

EXTREMIDADES INFERIORES:

CUELLO:

GENITALES:

TORAX ANTERIOR:

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA BASADOS EN DIAGNOSTICOS ENFERMEROS

FECHA:	HALLAZGOS	DIAGNOSTICO	INTERVENCIONES ENFERMERIA	EVALUACION
MAÑANA				
TARDE				
NOCHE				

FECHA:	HALLAZGOS	DIAGNOSTICO	INTERVENCIONES ENFERMERIA	EVALUACION
MAÑANA				
TARDE				
NOCHE				

RESPONSABLE:							
FECHA				FECHA			
	MAÑANA	TARDE	NOCHE		MAÑANA	TARDE	NOCHE
NOMBRE				NOMBRE			
FIRMA				FIRMA			

LADO REVERSO

RECUERDA

- ✓ Que para optimizar la actuación de enfermería hacia el usuario debes realizar la valoración aplicando los patrones funcionales por aparatos y sistemas.
- ✓ Debes contar con la edición de NANDA – NIC – NOC para la realización del plan de cuidados
- ✓ Debes tener amplio conocimiento de cómo emplear la etapas del proceso enfermero
- ✓ Que para ejecutar las actividades de enfermería debes haber realizado :
 - ✓ La valoración céfalo caudal del paciente
 - ✓ El diagnóstico de enfermería según la NANDA
 - ✓ Planificar las actividades que realizar
 - ✓ etapas anteriores de forma correcta,
- ✓ que la evaluación del proceso enfermero lo podrás establecer si aplicaste las etapas anteriores.

Anexo n° 2

HERRAMIENTA PARA EL LEVANTAMIENTO DE INFORMACION DIRIGIDA A PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE CENTROS HOSPITALARIOS.

OBJETIVO: determinar el proceso de atención de enfermería que se aplica en el cuidado a los usuarios que reciben atención en los hospitales del cantón esmeraldas en el periodo enero – marzo 2014.

NOTA: la presente investigación es confidencial la información obtenida no será reportada a ninguna institución, es un requisito previo la obtención del título de licenciada en enfermería

SERVICIO:

AÑOS DE SERVICIO:

UNIVERSIDAD QUE EGRESO:

INSTRUCCIONES:

- ✓ Antes de elegir una respuesta lea detenidamente cada pregunta
- ✓ Marque con una (x) la opción que considere es la adecuada
- ✓ El test tiene un valor de 10 puntos
- ✓ Cada pregunta tiene un puntaje de 0,5

1. SABE USTED QUE ES EL PAE

SI NO PARCIALMENTE

2. SIGNIFICADO DE LAS SIGLAS PAE

- a. PASOS Y ACTUACIONES DE ENFERMERIA
- b. PLANIFICACION ANUAL DE ENFERMERIA
- c. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA
- d. TODAS SON CORRECTAS
- e. NINGUNA DE LA ANTERIORES

3. SE ENCUENTRA SUSCRITA EN REVISTAS CIENTÍFICAS

SI NO

CUALES:.....

4. LAS SIGUIENTES SON ETAPAS DEL PAE, EXEPTO

- a. PLANIFICACION

- b. OBSERVACION
- c. VALORACION
- d. EJECUCION
- e. EVALUACION

5. UTILIZA EL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA PARA BRINDAR CUIDADO A LOS USUARIOS.

SI NO PARCIALMENTE

6. ELIJA LA RESPUESTA INCORRECTA

EN LA ETAPA DE VALORACION DEL PAE LA ENFERMERA:

- 1. RECOGE DATOS
- 2. VALIDA DATOS
- 3. ADMINISTRA MEDICAMENTOS
- 4. ORGANIZA INFORMACION

7. ELIJA LA RESPUESTA CORRECTA CON RELACION AL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

- a. ES UN JUICIO CLINICO SOBRE LA RESPUESTA DE UNA PERSONA, FAMILIA O COMUNIDAD FRENTE A PROBLEMAS DE SALUD REALES O POTENCIALES.
- b. ES LA DESCRIPCION DE LA PATOLOGIA DEL PACIENTE
- c. ES UN TERMINO QUE REPRESENTA UN PATRON DE CLAVES RELACIONADOS
- d. TODAS SON CORRECTAS
- e. NINGUNA ES CORRECTA

8. LOS SIGUIENTES SON OBJETIVOS DEL PLAN DE CUIDADO EXEPTO:

- a. PROMOVER LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS CUIDADORES
- b. CREAR UN REGISTRO QUE PUEDA SER USADO PARA LA EVALUACION, INVESTIGACION Y PROPOSITOS LEGALES
- c. NO DIRIGIR LOS CUIDADOS Y LA DOCUMENTACION
- d. PROPORCIONAR DOCUMENTACION SOBRE LAS NECESIDADES EN CUIDADO DE LA SALUD.

9. ESCOJA LA RESPUESTA INCORRECTA EN RELACION A LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.

- a. CONTROLAR EL ESTADO DE SALUD
- b. RESOLVER, PREVENIR Y MANEJAR OS PROBLEMAS
- c. INCREMENTAR RIESGOS
- d. FACILITAR LA INDEPENDENCIA O AYUDAR CON LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

- e. PROMOVER UNA SENSACION OPTIMA DE BIENESTAR FISICO PSICOLOGICO Y ESPIRITUAL.

10. REGISTRA LOS PROCEDIMIENTOS ANTES DE REALIZARLOS AL PACIENTE.

SI NO PARCIALMENTE

11. PARA DETERMINAR LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA LO HACES DE ACUERDO:

- a. A EL DIAGNOSTICO MEDICO DEL PACIENTE
- b. A LA VALORACION DE ENFERMERIA
- c. A LAS INDICACIONES MEDICAS
- d. NINGUNA DE LAS ANTERIORES

12. LAS FUNCIONES DE LA ENFERMERA ESTAN BASADAS EN

- a. CONOCIMIENTO CIENTIFICO
- b. CONOCIMIENTO EMPIRICO
- c. CUMPLIR ORDENES MÈDICAS
- d. SEGUIR LA RUTINA DEL SERVICIO

13. CONSIDERA QUE LA TEORIA DEL PAE EN LA PRÀCTICA:

- a. NO TE SIRVE PARA NADA
- b. TE ES UTIL Y GUIA TUS ACCIONES DE MANERA SISTEMICA
- c. ES UNA FORMA DE EVALUACION
- d. ES UN REQUISITO QUE SE DEBE CUMPLIR

14. ESPERA AL FINAL DEL TURNO PARA REGISTRAR CAMBIOS DE IMPORTANCIA EN EL PACIENTE.

SI NO

15. TIENE VERSIONES DE LOS LIBROS NANDA – NIC – NOC

SI NO

EDICION:.....

16. ESTA INSTITUCION CUENTA CON UNA BIBLIOTECA PARA ACTUALIZAR CONOCIMIENTOS.

SI NO PARCIALMENTE

17. PARA ACTUALIZAR CONOCIMIENTOS DE DONDE OBTIENE LA INFORMACION:

- a. LIBROS
- b. REVISTAS CIENTIFICAS
- c. INTERNET
- d. ASISTE A SEMINARIOS DE ACTALZACION
- e. TODAS LAS ANTERIORES
- f. NINGUNA DE LAS ANTERIORES

18. PARA BRINDAR CUIDADOS DE ENFERMERIA USTED APLICA:

- a. VALORACION. DIAGNOSTICO EVALUACION
- b. DIAGNOSTICO, INTERVENCIONES, EVALUACION
- c. VALORACION, DIAGNOSTICO, PLANIFICACION, EJECUCION, EVALUACION
- d. EVALUACION, VALORACION, DIAGNOSTICO, PLANIFICACION
- e. NINGUNA DE LAS ANTERIORES

19. ESTA DE ACUERDO CON LA IMPLEMENTACION DE UN FORMULARIO DONDE SE APLIQUE EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

SI

NO

PORQUE:.....

20. EN QUE SE BASA PARA REALIZAR EL PLAN DE CUIDADOS

- a. EN LAS NECESIDADES DEL PACIENTE
- b. PRIORIZA LAS NECESIDADES
- c. EN EL DIAGNOSTICO MEDICO
- d. EN LA VALORACION CEFALO CAUDAL DEL PACINTE

MUCHAS GRACIAS

ANEXO N° 3

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE

ESMERALDAS



ESCUELA DE ENFERMERÍA

GUÍA DE OBSERVACION

1. LA ATENCION QUE BRINDA EL PERSONAL DE ENFERMERIA AL INGRESAR UN USUARIO ES DE FORMA INMEDIATA

SI NO PARCIALMENTE

2. APLICA EL PERSONAL DE ENFERMERIA EL PAE

SI NO PARCIALMENTE

3. APLICA PATRONES FUNCIONALES EN LA REALIZACION DEL PAE.

SI NO PARCIALMENTE

4. ESPERA AL FINAL DEL TURNO PARA REGISTRAR CAMBIOS DE IMPORTANCIA EN EL PACIENTE.

SI NO PARCIALMENTE

ANEXO N° 4

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES POR SEMANAS	Enero				Febrero				Marzo				Julio				Agosto				Septiembre			
	1	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s
Coordinación del trabajo investigativo	X																							
Tutorías con la asesora para coordinar avances del proyecto de tesis.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Presentación de anteproyecto		X																						
Identificar el área de trabajo		X	X																					
Requerimientos de colaboración del área operativa									X	X	X													
Aplicación de instrumentos										X	X													
Tabulación de datos												X												
Realización de cuadros estadísticos													X											
Entrega del primer borrador de tesis															X									
Entrega del segundo borrador de tesis																	X							
Entrega del tercer borrador de tesis																								X

ANEXO N°5**ADMINISTRACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN****PRESUPUESTO**

Descripción	Cantidad	Valor unitario	Valor total
Matrícula	1	135.00	135.00
Proyecto de grado	30 horas	976.96	980.00
Impresión de Título	1	9.00	9.00
REALIZACIÓN DE TESIS			
Empastado	3	15.00	45.00
Hojas bond	3paq	5.00	15.00
Impresión a color	50	0.50	25.00
Impresión blanco y negro	300	0.05	2.50
Flash memory	1	15.00	15.00
Carpetas plásticas	3	0.75	2.25
Copias blanco y negro	100	0.05	5.00
Copias a color	30	0.50	15.00
INVESTIGACIÓN			
Movilización urbana	200	1.00	200.00
Material didáctico de escritorio	1	20.00	20.00
Copias para encuesta	300	0.05	20.00
Llamadas	10		10.00
TOTAL			\$ 1651.75

ANEXO N° 6

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

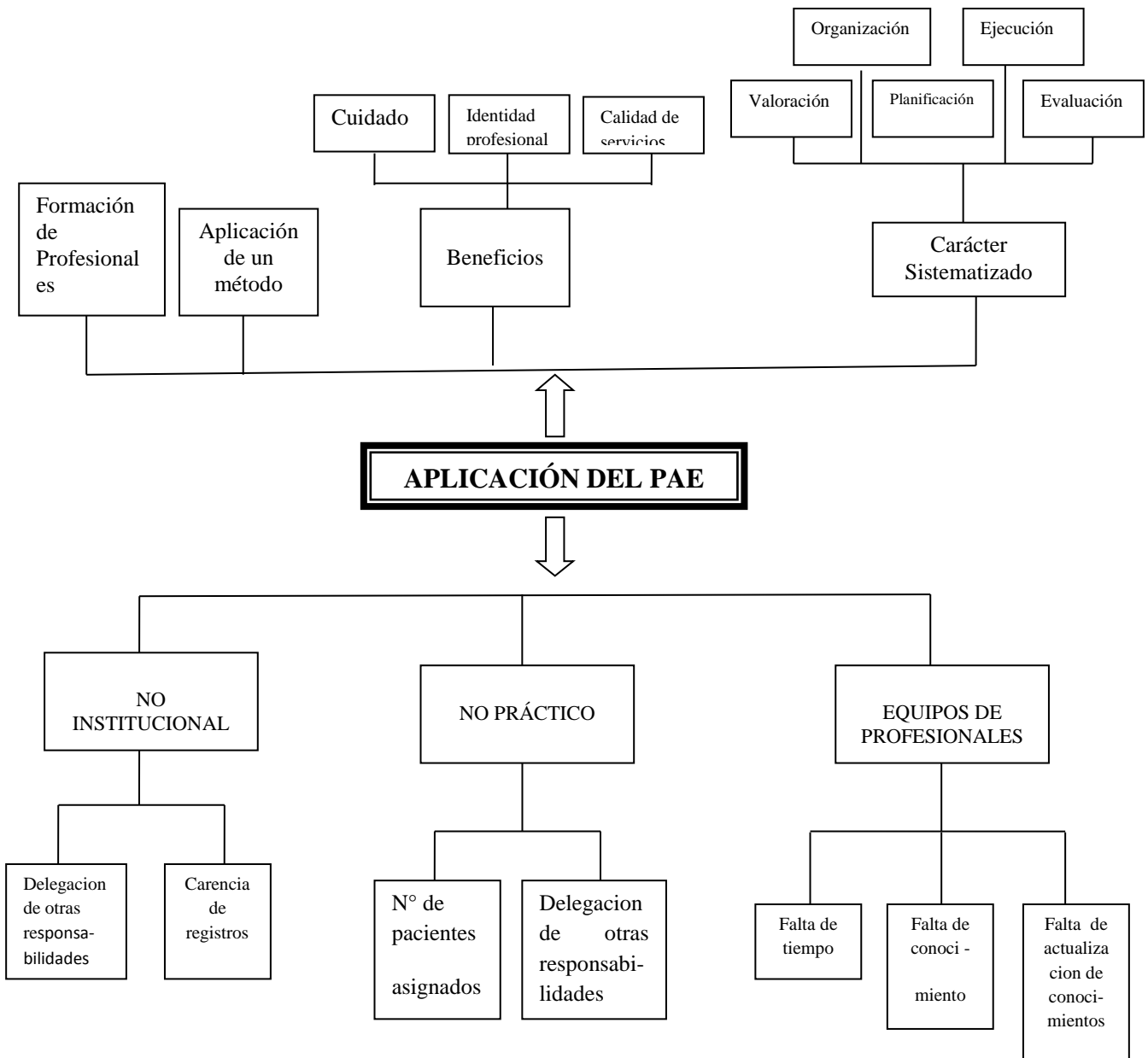
OBJETIVO	VARIABLE	DEFINICIONES	DIMENCION	INDICADOR	INSTRUMENTO
Determinar el Proceso de Atención de Enfermería que se aplica en el cuidado a los usuarios	Calidad de atención	Tipo de institución donde el profesional presta servicio	Nivel de atención	Publico Privado Horas de trabajo	Test Guía de observación
Determinar el nivel de conocimiento del personal de enfermería. modelo de atención.	Nivel de conocimiento	Medir el nivel de conocimiento sobre las taxonomías NANDA-NIC-NOC y la capacidad de resolver situaciones del cuidado del usuario.	NANDA NIC NOC	Utiliza No utiliza Utiliza No utiliza Utiliza No utiliza	Test Guía de observación

Establecer un perfil para el personal de enfermería que labora en los hospitales,	Aplicación del PAE	Realización de al menos el 70% de actividades requeridas para ejecutar el PAE en el cuidado de los usuarios	Valoración Organización Diagnostico Intervenciones Evaluación	Cumple no cumple Cumple no cumple Cumple no cumple Cumple no cumple Cumple no cumple	Test Guía de observación
Identificar el comportamiento actual del personal.	Practica de enfermería	Frecuencia de la realización de las actividades de enfermería para brindar cuidados a los pacientes en los hospitales	Valoración Organización Diagnostico Intervenciones Evaluación	Nunca A veces Casi siempre Siempre Nunca A veces Casi siempre Siempre Nunca A veces Casi siempre Siempre Nunca A veces Casi siempre Siempre Nunca A veces Casi siempre Siempre	Test Guía de observación Test Guía de observación

Definir y validar un modelo de atención del PAE	Modelo de atención	Identificar problemas utilizando los patrones funcionales	PATRONES FUNCIONALES: Promoción de la Salud Nutrición Eliminación Actividad y ejercicio Reposo sueño Cognitivo perceptual Auto percepción – auto concepto Rol/relaciones Sexualidad Afrontamiento/ tolerancia al estrés Valores – creencias	Aplica no aplica Aplica no aplica Aplica no aplica Aplica no aplica Aplica no aplica Aplica no aplica Aplica no aplica Aplica no aplica Aplica no aplica Aplica no aplica	Test Guía de observación
---	--------------------	---	---	--	-----------------------------

ANEXO N° 7

ARBOL DE PROBLEMAS



ANEXOS N° 8

SOLICITUD DE AUTORIZACION AL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA

Esmeraldas, 06 de marzo del 2014

OF. N° 00033 -EE-PUCESE

Doctor
JOSE VILLACIS
Director del Hospital Delfina Torres de Concha
Ciudad.

La Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Esmeraldas, le envía un fraterno saludo y a la vez le desea éxitos en la acertada labor que desempeña en tan prestigiosa Institución.

La Escuela de Enfermería como parte del proceso enseñanza-aprendizaje, uno de los objetivos es complementar la formación profesional a través de la realización del Proyecto de Grado. Por ello autorización para que la Sra. Pamela Escobar estudiante egresada pueda aplicar las técnicas de recolección de datos y desarrollar el tema "**Aplicación del proceso de atención de Enfermería en el cuidado de usuarios que reciben atención en los Hospitales públicos y privados del Cantón Esmeraldas**"

Cabe indicar que las fechas serán programadas entre autoridades y estudiantes

Atentamente,


Lic. María Teresa Torres

DIRECTORA ESCUELA ENFERMERIA

CC. Archivo



ANEXO N° 9

SOLICITUD DE AUTORIZACION AL HOSPITAL DEL INSTITUTO DE
SEGURIDAD SOCIAL DE ESMERALDAS



OF. N° 00034 -EE-PUCESE

Doctor
ROBERT CEDEÑO
Director Médico Hospital del IESS
Ciudad.

La Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Esmeraldas, le envía un fraterno saludo y a la vez le desea éxitos en la acertada labor que desempeña en tan prestigiosa Institución.

La Escuela de Enfermería como parte del proceso enseñanza-aprendizaje, uno de los objetivos es complementar la formación profesional a través de la realización del Proyecto de Grado. Por ello autorización para que la Sra. Pamela Escobar estudiante egresada pueda aplicar las técnicas de recolección de datos y desarrollar el tema "Aplicación del proceso de atención de Enfermería en el cuidado de usuarios que reciben atención en los Hospitales públicos y privados del Cantón Esmeraldas"

Cabe indicar que las fechas serán programadas entre autoridades y estudiantes

Atentamente,


Lic. María Teresa Torres

DIRECTORA ESCUELA ENFERMERIA

CC. Archivo

Escuela de
Enfermería


HOSPITAL DE ESMERALDAS
Dra. Talía Cedeno Lastra
DIRECTOR TECNICO



PUCESE
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Sede Esmeraldas
Espejo y Subida a Santa Cruz
Casilla 08-01-0065
Telf: 2 726 613/ 2721 459
Fax: 2726509 ext.114


HOSPITAL DE ESMERALDAS
DR. ROBERTH CEDEÑO SO. S. S.
DIRECTOR MEDICO

07-03-2014
08:34

HOSPITAL DEL IESS
Abg. TIMOTEO CAROLA MONTAÑO
RESPONSABLE DE RECURSOS HUMANOS