

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

UNAN-León

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera: Enfermería



Tesis

Para optar al título de Licenciada en Enfermería con  
mención en Materno Infantil.

Título

Conocimiento y Práctica del personal de Enfermería  
relacionado al proceso de Enfermería según normativa del  
MINSA, aplicado a pacientes del hospital España,  
Chinandega I trimestre 2015

Autoras:

⌘ Bra. Alicia Marissela Aráuz Niño

⌘ Bra. Katherine Lindsay Blanco Picado

Tutoras:

Lic. Leuvad del Carmen Tercero Altamirano.

León, Nicaragua 2015



## ÍNDICE

	Pág.
I. Introducción.....	1
II. Antecedentes.....	3
III. Justificación.....	5
IV. Planteamiento del problema.....	6
V. Objetivos.....	7
VI. Marco Teórico.....	8
VII. Diseño metodológico.....	24
VIII. Resultados.....	26
IX. Análisis y discusión.....	32
X. Conclusión.....	38
XI. Recomendaciones.....	39
XII. Bibliografía.....	40
XIII. Anexos.....	42



## **DEDICATORIA**

Dedicamos con mucho amor y esfuerzo este trabajo:

A Dios nuestro padre celestial, por habernos iluminado y permitirnos contar con salud y la dicha de vivir.

A nuestros padres quienes con sacrificio, dedicación y apoyo incondicional, nos han hecho posible la realización de nuestras metas.



## AGRADECIMIENTO

A Dios nuestro señor por habernos permitido finalizar este trabajo.

A la Lic. Leuvad Tercero, por habernos guiado desde el inicio del estudio hasta su finalización y por su paciencia para con nosotras.

A las Docentes en General por su apoyo y enseñanza incondicional.

A todas aquellas personas que de una u otra forma nos apoyaron para llevar a cabo este trabajo.



## RESUMEN

El presente estudio determina el conocimiento y práctica del personal de enfermería, relacionado al proceso de Enfermería aplicado a pacientes del hospital España, Chinandega del año 2015. Tipo de estudio cuantitativo descriptivo, de corte transversal, realizado en hospital España, se trabajó con 256 Enfermeras de las cuales se tomó una muestra de 75 Enfermeras, el instrumento de recolección de información fue la encuesta diseñada con preguntas cerradas.

En los datos socio demográficos, las personas encuestadas tienen entre las edades de 40-49 años, son licenciadas en enfermería, egresadas de la UNAN-León, distribuidas en las áreas de Emergencia, Pediatría y Ortopedia, del área urbana, profesan la religión católica y tienen de 1 a 10 años de laborar en el hospital.

En cuanto al conocimiento, conocen algunos aspectos del proceso, sin embargo la mayoría desconocen la importancia del proceso, sus 5 grandes etapas y su secuencia, la importante función del plan de cuidados, que es lo que se determina durante la etapa de planeación y los tipos de planes cuidados que existen.

Con respecto a la práctica, la mayor parte realizan su diagnóstico basado en la NANDA, sin embargo la mayoría no aplican la entrevista al paciente, no basan su valoración según los 11 patrones funcionales, no realizan correcta ubicación de datos, no establecen orden de prioridad al finalizar la valoración, no aplican el formato PES, no realizan planes de cuidados a todos los pacientes y no están aplicando intervenciones según sus planes de cuidados.

Palabras claves: Conocimientos, Práctica, Proceso de Enfermería



## INTRODUCCIÓN

La acumulación sistemática de conocimientos es esencial para progresar en cualquier profesión, sin embargo teoría y práctica deben ser constantemente interactivas, según Martha RaileAlligood, una enfermera aumenta el valor profesional, cuando utiliza el conocimiento teórico como una guía sistemática para el pensamiento crítico y la toma de decisiones. (10)

El Proceso de Enfermería se formuló como una herramienta muy útil para la profesión de enfermería, uniendo teoría y práctica, ya que usa una teoría, una metodología y un lenguaje propio enfermero. Además indicarían la línea de actuación a las enfermeras, homogeneizando por tanto su actuación, es decir, disminuiría la variabilidad en la práctica asistencial, a la vez que se realizarían unos cuidados basados en la evidencia. También determinarían cuales son los resultados esperados y marcarían la pauta para la continuidad de los cuidados. (3)

Según la OMS y OPS afirman que en América Latina cada vez más, los profesionales de enfermería se ocupan en primer lugar de las actividades de administración hospitalaria que del cuidado, reduciendo de esta forma la aplicación del Proceso de Enfermería. Una Investigación multicéntrica en cinco países confirman estos resultados en la Región (Guevara y Mendias, 2001); el estudio refiere que en la actualidad, las enfermeras están desarrollando trámites administrativos que disminuyen el tiempo para cuidar a los pacientes. (11)

En la actualidad, según apuntan los trabajos de revisión encontrados, la metodología del proceso enfermero es utilizada en centros sanitarios de todo el Mundo (2). Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados para la incorporación del Proceso de Atención de Enfermería, como método de trabajo de la especialidad, se ha observado que presenta dificultades al llevarlo a la práctica tanto por los estudiantes como los profesionales en Nicaragua y en muchos otros países donde se enseña y exige, por considerarlo un método conveniente y válido pero complejo en su ejecución.



El Ministerio de Salud, actualmente elaboró un manual sobre cómo se debe poner en práctica el proceso de enfermería, por considerarse como el Método científico para el cuidado de enfermería al brindar los cuidados a la persona. (9)

Sin embargo, en la práctica se puede observar, que pese a todo este avance, a todo este esfuerzo por cambiar el modo de trabajar enfermero utilizando todo el cuerpo de conocimientos, la Enfermera asistencial continúa volcada en la consecución de tareas propias de su profesión: administrar tratamientos, realizar técnicas, gestionar pruebas, etc. más que en ofrecer unos cuidados de calidad tomando al paciente como un ser integral y basados en la evidencia científica. En su gran mayoría ven al Proceso de Enfermería no como un paso adelante en dicha profesión, si no como una carga de trabajo más.(12)

La aplicación del proceso de Enfermería está limitada principalmente, porque el personal de enfermería enmarca su trabajo en dar cumplimiento a las indicaciones médicas con pobre actuación independiente, y no ocupa en el equipo de salud el lugar que le corresponde. (6)

Por todo ello, la elaboración de un Proceso de Enfermería sigue siendo un reto para el Gremio de Enfermería, por lo que este trabajo investigativo procura contribuir al cambio en el modo de trabajar, utilizando como base una teoría de Enfermería, por lo que el eje central será el paciente y una metodología con un lenguaje normalizado y común.

Este estudio se realizará en el Hospital España de Chinandega, el interés de realizar dicha investigación es porque en la actualidad existen pocos estudios sobre conocimientos que tiene el personal de enfermería relacionado al proceso de Enfermería y la aplicación del mismo en el ámbito laboral, además de que es un problema real; por lo tanto esperamos que sea de gran aporte para mejorar la calidad de atención brindada por el personal de Enfermería y que sus resultados se encuentren accesibles a futuros investigadores y sirva de referencia bibliográfica.



## ANTECEDENTES

A través de la historia podemos ver que el trabajo de Enfermería ha sido imprescindible para el proceso de atención al paciente, Florence Nightingale, postuló que las Enfermeras debemos ser independientes, ya que el Médico describe la energía vital y la enfermera la suple.

El proceso de enfermería ha sufrido diferentes cambios desde sus inicios, modificaciones que han beneficiado a la enfermera(o), al lograr la vinculación de su paciente como agente participativo de su cuidado en los niveles de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, para que el individuo adquiera su equilibrio entre mente y cuerpo. En los últimos años ha experimentado un enorme desarrollo, CARPENITO, citada por Díaz y Nieto (2008), señala que la eficiencia de la actuación de enfermería depende de la utilización exacta de los planes de cuidado. (8)

Un estudio de la universidad Nacional de Colombia (2010), realizado en seis instituciones prestadoras de servicio en Bogotá que concluye que el proceso no es bien definido por los profesionales de Enfermería y que su uso es escaso en la mayoría de dichas instituciones a causa de la época en que se desarrolla el proceso de enseñanza del proceso de Enfermería, a la poca actualización de los egresados y a que en ocasiones no se tiene la claridad de las metas de cuidados en la práctica profesional, como también lo confirma un estudio realizado en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua sobre los factores que inciden en la aplicación del proceso de Enfermería de las enfermeras profesionales del HEODRA León (1994), en el cual se evidencia la poca aplicación del mismo en dicha institución prestadora de salud, por la falta de tiempo, la dedicación a la administración de medicamentos, el tiempo de ejercicio profesional, el conocimiento deficiente sobre proceso y la sobrecarga de trabajo. (6)



En Nicaragua en el año 2000, la Dirección de Enfermería del Ministerio de Salud elaboró y capacitó sobre las herramientas del Cuidado de Enfermería para su aplicabilidad en los servicios de salud; así mismo las Escuelas formadoras de Recursos Humanos de Enfermería bajo la Rectoría de la Universidad Nacional Autónoma (UNAN), Managua, incluyeron en los planes de estudios los Modelos, Teorías y el Proceso de Atención de Enfermería con el objetivo de potenciar el conocimiento científico incursionando a los estudiantes de enfermería en este proceso de cambio y actualización curricular. (9)

En el año 2006, el Ministerio de salud de Nicaragua y la Agencia de Cooperación Internacional del Japón, (JICA) firmó un convenio, para desarrollar el proyecto de Fortalecimiento de la Educación Básica y Permanente de Enfermería que conforman cuatro componentes: Desarrollo Curricular, Integración Docencia Servicio, Proceso de Atención de Enfermería Hospitalaria y Comunitaria. (9)

Actualmente, el Ministerio de salud ha formulado un manual que refleja la aplicación del proceso de atención de enfermería, con el objetivo de mejorar el cuidado del profesional de salud al paciente, garantizando con ello que se aplique el proceso en el ámbito profesional.

Se observa con ello que el proceso de enfermería, ha sido una metodología alternativa para la realización de actividades profesionales. Sin embargo la carencia de su institucionalización en los hospitales y clínicas que prestan servicios de salud ha contribuido a que el personal opte por trabajar de acuerdo a las exigencias o mecanismos establecidos por cada una de ellas, se continúa con la idea de que el proceso es útil, pero aun así, no se aplica.



## JUSTIFICACIÓN

El proceso de Enfermería es un método para la solución de problemas que al cumplir los pasos y la realización de los planes de cuidados persiguen la finalidad de satisfacer las necesidades de salud específica e individualizada para cada paciente. Dicho proceso es la estructura conceptual organizada que él o la Enfermera utilizará a lo largo de su carrera profesional. (1)

Actualmente se ha observado la no aplicación de los conocimientos científicos-técnicos adquiridos durante la etapa de estudios, por lo cual la Enfermera(o) realiza acciones que dependen del médico; esta problemática ha surgido desde las últimas décadas. Por tal razón surge el interés de realizar este trabajo investigativo, porque se encontró dificultad por parte del personal de enfermería del Hospital España de Chinandega en la realización y aplicación del proceso de Enfermería.

El propósito de este estudio, es de motivar al personal de enfermería, a fin de que afiancen sus conocimientos adquiridos para que estos sean aplicados en su diario quehacer profesional y contribuya a mejorar la calidad de atención al paciente.

Los resultados de este estudio están dirigidos a las gerentes de docencia de Enfermería, para que en conjunto con el departamento de Enfermería del Hospital España de Chinandega en el que se realizó el estudio, elaboren estrategias de educación permanente al personal que labora en los diferentes servicios y el monitoreo para evaluar el conocimiento y la práctica del personal de Enfermería a fin de que poco a poco se logre implementar en la práctica el proceso de Enfermería con carácter técnico científico, elevando la calidad de atención en el paciente.



## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Se observa que el proceso de enfermería ha sido una metodología alternativa para la realización de actividades profesionales. Sin embargo la carencia de su institucionalización en los hospitales y clínicas que prestan servicios de salud ha contribuido a que el personal opte por trabajar de acuerdo a las exigencias o mecanismos establecidos por cada una de ellas, se continúa con la idea de que el proceso es útil, pero aun así no se aplica.

Por todo ello, la elaboración de un Proceso de Enfermería sigue siendo un reto para el Gremio de Enfermería, por lo que este trabajo investigativo procura contribuir al cambio en el modo de trabajar, utilizando como base una teoría de Enfermería, por lo que el eje central será el paciente y una metodología con un lenguaje normalizado y común.

## **PROBLEMA**

¿Cuál es el conocimiento y la práctica que tiene el personal de Enfermería, relacionado al proceso de Enfermería según Normativa del MINSA aplicado a los pacientes ingresados en el hospital España, Chinandega I trimestre 2015?



## OBJETIVO GENERAL

Determinar el conocimiento y la práctica que tiene el personal de enfermería, relacionado al proceso de enfermería según Normativa del MINSA aplicado a los pacientes ingresados en hospital España, Chinandega I trimestre 2015.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar demográficamente a la población en estudio.
2. Identificar el conocimiento que tiene el personal de enfermería relacionado al proceso de Enfermería.
3. Describir la práctica que tiene el personal de enfermería relacionado al proceso de Enfermería.



## MARCO TEÓRICO

### CONCEPTOS BÁSICOS

**ENFERMERÍA:** Profesión considerada como una ciencia porque posee un cúmulo de Conocimientos científicos, cuya razón es el cuidado de la salud del ser humano en todas las etapas del ciclo de vida tomando en consideración los aspectos biológicos, Psicológico, social y espiritual a través del proceso de Atención de Enfermería como Método de trabajo científico. Además centra su actividad científica en la investigación y la docencia. (14)

**CONOCIMIENTOS:** Es la conciencia o percepción de la realidad, que se adquiere por medio del aprendizaje o de la investigación.

**PRACTICA:** La práctica es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos. Una persona práctica, por otra parte, es aquella que piensa y actúa de acuerdo a la realidad y que persigue un fin útil.

**PROCESO DE ENFERMERIA:** Es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de Enfermería. Se utiliza para identificar los problemas del paciente, para planear y efectuar en forma sistemática los cuidados de Enfermería y para evaluar los resultados obtenidos con estos cuidados.

**TEORÍA EN ENFERMERIA:** Consiste en un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que nos permiten una visión sistemática de los fenómenos, estableciendo para ello las relaciones específicas entre los conceptos a fin de escribir, explicar, predecir y/o controlar dichos fenómenos. La utilidad de la teoría para la enfermería radica en que le permite aumentar los conocimientos sobre su propia disciplina, al utilizar de manera sistemática un método de trabajo.



## I. CONOCIMIENTOS

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 racionados. El proceso de enfermería le da a la profesión la categoría de ciencia, es un método para la solución de problemas cuya finalidad es satisfacer las necesidades de salud generales y de enfermería de los pacientes. (1)

La AMERICAN NURSES ASSOCIATION (ANA) establece la división del proceso de enfermería en cinco componentes o etapas diferentes, lo cual permite destacar las actividades esenciales que deben emprenderse para resolver el diagnóstico de enfermería del paciente y proporcionar tratamiento a problemas en colaboración o complicaciones. Sin embargo, debe recordarse que la división del proceso en etapas independientes es artificial y que el proceso funciona como un todo integrado, en el cual las etapas se relacionan entre si y son inter-dependientes. Las etapas tradicionales se definen las siguientes formas:

1. **VALORACIÓN:** La valoración, primer paso del proceso de enfermería, es la recogida deliberada y sistemática de datos, para determinar los estados de salud y funcional, actuales y pasados de un cliente y evaluar sus patrones de afrontamientos actuales y pasados, los datos se obtienen mediante 5 métodos:
  - Entrevista
  - Observación
  - Exploración física
  - Revisión de registro e informes diagnósticos
  - Colaboración con los compañeros.



## CARACTERÍSTICAS DE LA RECOLECCION DE DATOS

**Sistemática:** Existen varios enfoques útiles para valorar en forma sistemática tales como: de la cabeza a los pies (céfalo-caudal), por sistemas corporales, por patrones funcionales y por pautas o tipos de respuesta humana.

**Continua:** Permite confirmar la existencia de problemas previos y conocer el progreso según los resultados esperados.

Para realizar una valoración correcta, la enfermera debe ser capaz de:

- Comunicarse de forma eficaz.
- Observar sistemáticamente.
- Confirmar e interpretar los datos con exactitud.

-Comunicación eficaz: Cualquier interacción enfermera-paciente está basada en la comunicación. El término comunicación terapéutica, describe las técnicas que animan al paciente a compartir puntos de vista y sentimientos de una forma abierta. Estas abarcan técnicas verbales y no verbales.

-Observación sistemática: La capacidad de observar de forma sistemática depende de la base de conocimientos de la enfermera. El saber qué es lo que origina o contribuye a un problema, permite a la enfermera explorar estas áreas con el paciente. Si la enfermera ignora cómo se presenta un problema no será capaz de reconocerlo ni diagnosticarlo.

-Interpretación exacta de los datos: Para interpretarlos con exactitud, la enfermera debe ordenarlos o agrupar los signos en patrones que representan algo. (8)



## LA FALTA DE EXPERIENCIA O DE CONOCIMIENTOS CLÍNICOS

La falta de experiencia o de conocimientos clínicos puede afectar tanto a la recogida de datos como a la interpretación de los mismos. En estos casos queda sin recoger información esencial a los datos significativos, se agrupan e interpretan incorrectamente. La enfermera inexperta puede pasar por alto datos importantes en la valoración, simplemente por falta de conocimientos clínicos. También puede ocurrir que la enfermera se centre tanto en un solo aspecto que ignore el resto de los datos significativos (7).

2. **DIAGNÓSTICO:** Identificación de los dos tipos de problemas que pueden presentar el paciente:

A. Diagnóstico de enfermería: se refieren a problemas de salud reales o potenciales que reciben tratamientos a través de medidas independientes de enfermería.

B. Problemas en colaboración: denotan ciertas complicaciones fisiológicas que la enfermera vigila para detectar cambios en el estado de salud.

Las enfermeras tratan estos problemas a través de medidas de prescripción médica y de enfermería para minimizar las complicaciones. Durante esta etapa la Enfermera, ordena, reúne y analiza los datos. Durante la valoración, la enfermera obtiene datos acerca de la historia médica y el tratamiento. Con esta información puede detectar las complicaciones fisiológicas presentes o predecir las complicaciones potenciales del cliente, las cuales debe monitorizar.

Como es la segunda fase del proceso de enfermería; en esta fase la enfermera analiza los datos recogidos durante la valoración y evalúa el estado de salud. Algunas de las



conclusiones extraídas del análisis de los datos conducirán a diagnósticos de enfermería, pero otras no. (8)

El sistema de conferencias Nacionales se originó a partir de la primera conferencia Nacional, celebrada en 1973, cambiando de nombre en 1982 a la actual North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). (9)

Para el proceso de diagnósticos de Enfermería se utiliza el listado de la NANDA.

**Diagnóstico Real:** Describe la respuesta humana a procesos vitales y estado de salud del individuo, familia y comunidad. Ejemplo:

“Dolor agudo R/C procedimiento quirúrgico, secundario a apendicetomía, E/P expresión facial y verbal de dolor”

**Diagnóstico de Riesgo:** Describe repuestas humanas a estados de salud y procesos vitales que pueden desarrollarse en una persona, familia o comunidad vulnerable, tiene únicamente factores de riesgo. Ejemplo: “Riesgo de caídas secundario a prótesis en extremidades inferiores”.

**Diagnóstico de Promoción de la Salud:** pensamiento sobre la motivación y deseo de una persona, familia, grupo o comunidad de aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud que se manifiesta en su disposición a mejorar conductas de salud específicas. Ejemplo: “Déficit de actividades recreativas R/C entorno desprovisto de actividades recreativas secundario a hospitalización prolongada, E/P expresa sentirse aburrido, desea tener algo que hacer”.

**Diagnóstico de salud:** Describe respuestas humanas a niveles de salud de una persona, familia o comunidad, que están en disposición de mejorar. Ejemplo: “Disposición para mejorar los procesos familiares evidenciado por desempeño en las tareas familiares”. (9)



## ELEMENTOS DE LOS ENUNCIADOS DIAGNOSTICOS SEGÚN LA NANDA

**Problema:** es la denominación diagnóstica, ya sea real o potencial.

**Etiología:** son los factores que contribuyen al problema (relacionado con...).

**Síntomas:** signos y síntomas identificados durante la fase de valoración (manifestado por...).

Como con cualquier otra técnica, la formulación de enunciados diagnósticos requiere conocimiento y prácticas. Se debe evitar varios errores comunes. Los diagnósticos de enfermería no deben estar relacionados con términos nuevos para diagnósticos médicos, patología médica, tratamiento o equipos, efectos secundarios de la medicación, pruebas diagnósticas, situaciones, signos objetivos, necesidades del cliente. Para elaborar los diagnósticos de Enfermería, la NANDA recomienda que se utilice el formato elaborado por Gordon, en 1982, al que se le denomina formato PES.

(1)

- 3. PLANEACIÓN:** Determina lo que debe hacer Enfermería para atender los problemas de salud del paciente y se considera:

### **Fijación de prioridades:**

**Prioridad Alta:** Problema de riesgo importante, donde se ve amenazada la vida del paciente, familia, comunidad.

**Prioridad Media:** Problemas que amenazan la salud del paciente.

**Prioridad Baja:** Problema que dificultan el funcionamiento normal. (9)



## **PLAN DE CUIDADOS**

La planeación de cuidados se ha convertido en parte integrante de la práctica profesional de las enfermeras, es un método para organizar el proceso de enfermería en una forma escrita y que sea funcional. (11)

De acuerdo con Watson y Mayer, un plan de cuidados es una guía escrita que sirve para la atención de Enfermería al paciente organizado de tal manera que “cualquiera pueda visualizar rápidamente que tipo de cuidados se requieren y porqué”. El plan facilita lograr las metas del paciente, ya que expresa de forma clara la naturaleza de sus problemas y explica en forma específica la clase de intervenciones médicas y de enfermería que se utilizarán. (15)

### **CARACTERÍSTICAS**

- Están escritos por una enfermera titulada.
- Comienza a hacerse tras el primer contacto con el paciente.
- Se encuentra a disposición del resto del personal.
- Están actualizados. (3,8)

### **Definición de los objetivos**

Después de definir las prioridades de los diagnósticos, se identifican los objetivos inmediatos, mediatos y de largo plazo, así como las acciones apropiadas para alcanzarlos. El paciente y sus familiares deben participar en la definición de los objetivos de las acciones de enfermería. Los objetivos inmediatos son los que pueden alcanzarse en un periodo breve. Los mediatos y de largo plazo precisan más tiempo y suelen abarcar prevención de complicaciones y problemas ulteriores de salud, educación para la salud y rehabilitación. (4)



### **Determinación de las acciones de Enfermería**

Al planear acciones de enfermería apropiadas para alcanzar los objetivos y resultados que se desean, la enfermera, en colaboración con el paciente y sus seres queridos, identifica las intervenciones individualizadas que afectaran cada resultado de acuerdo con las circunstancias y preferencias del individuo. Las intervenciones deben identificar las actividades necesarias y quien la realizará. (8)

La enfermera identifica y planea tanto la enseñanza del paciente como sus demostraciones de comprensión, para ayudarlo a que aprenda las actividades de cuidado personal que debe realizar. Las intervenciones planeadas deben ser éticas y adecuadas a la cultura, edad y género del enfermo. Pueden utilizarse intervenciones estandarizadas como las que se encuentran en los planes de cuidados de instituciones. (5,9)

### **Definición de los resultados esperados**

Se establece en términos de conductas del paciente y lapsos de tiempos en que deben alcanzarse, así como de cualquier circunstancia especial relacionada con el logro de dicho resultado. Estos resultados deben ser realistas y mensurables. Los resultados que definen el comportamiento esperado del paciente se utilizan para determinar hasta qué punto se ha progresado en la solución del problema, también sirven como base para valorar la eficacia de las medidas de enfermería, si se precisa de cuidados adicionales o si el plan requiere adaptaciones. Es importante individualizar las intervenciones estandarizadas para lograr la mayor eficacia para cada individuo. (9)

### **Tipos de planes de cuidados**

- Individualizado: Permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.



- Estandarizado: Según Mayers, “es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad”.
- Estandarizado con modificaciones: Permite la individualización al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Computarizado: Requieren la captura previa en un sistema informático de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto. (7)

4. **EJECUCIÓN:** La fase de ejecución del proceso de enfermería implica la aplicación del plan de cuidados de enfermería. Dicha ejecución comienza después de haber elaborado un plan de cuidados y se centra en poner en marcha aquellas actuaciones de enfermería que ayuda al paciente a alcanzar los resultados esperados.

La enfermera se responsabiliza de la ejecución pero incluye al paciente, sus familiares y otros miembros del personal de enfermería y de salud, según resulte apropiado. La Enfermera coordina las actividades de todas las personas que participan en esta fase, así como el programa de actividades que ayuden a la recuperación del paciente.

El plan de atención de enfermería sirve de base para la fase de ejecución:

- Los objetivos inmediatos, mediatos y de largo plazo, se emplean para medir la ejecución de las medidas de enfermería especificadas.
- En la ejecución de dicha asistencia, la enfermera valora de manera constante a sus pacientes y sus respuestas.



- Se hacen cambios al plan de salud conformese modifiquen el estado, los problemas y las respuestas del paciente, y en la medida que sea necesario volver a establecer las prioridades. (8)

La fase de ejecución incluye la realización directa o indirecta de las intervenciones planeadas, se aboca a resolver los diagnósticos de enfermería y problemas en colaboración y a lograr los resultados esperados, con lo que se satisfacen las necesidades de salud del paciente. La fase de ejecución del proceso de enfermería termina cuando cesan las intervenciones. (1)

5. **EVALUACIÓN**: Establecer las respuestas del paciente a las medidas de enfermería y el grado que se han logrado las metas.

La evaluación de resultados es la fase final del proceso, tiene como objetivo identificar la respuesta del individuo a las medidas de enfermería y el grado en que se han logrado los objetivos. El plan de cuidados de enfermería sirve como base para tal evaluación, en tanto que los diagnósticos, problemas en colaboración, objetivos, intervenciones y resultados esperados, permiten disponer de pautas específicas que determinan el enfoque de la evaluación. (13)



## II. PRACTICA DEL PROCESO DE ENFERMERIA

El Ministerio de Salud como ente rector del Sector Salud impulsa la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud, mediante la implementación de normativas que constituyen procesos encaminados al fortalecimiento de la calidad del cuidado de enfermería, elaboró un manual sobre cómo se debe poner en práctica el proceso de enfermería, por considerarse como el Método científico para el cuidado de enfermería al brindar los cuidados a la persona.(9)

Dicho manual está dirigido al personal de enfermería que labora en los establecimientos de salud con el propósito de poner en práctica los conocimientos propios de la profesión, además, ofrece directrices para potenciar los cuidados a la persona, familia y comunidad mediante la aplicación del pensamiento crítico de la enfermera/o.

En este documento se destaca:

1. La teoría de Enfermería Dorotea Orem Enfermera americana que aporta al desarrollo de la práctica de Enfermería. La teoría Orem etiqueta su teoría del déficit del autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías: Teoría del autocuidado, Teoría del déficit del autocuidado y la Teoría de sistemas de enfermeros que describe las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero.
2. La teoría de Marjory Gordon profesora estadounidense, considerada como la «Leyenda Viviente» que creó una teoría de valoración de enfermería conocida como patrones funcionales de salud de Gordon. Es líder internacional en esta área de conocimiento en enfermería. Fue la primera presidenta de la NANDA.(10,15)



## **Aspectos Organizativos para la Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería**

Para su aplicación se hace necesario el manejo de cada uno de los formatos establecidos según los pasos de aplicación en cada etapa del proceso que a continuación se describen:

### **I. Etapa Valoración**

Fuentes de datos

- Primaria o directa: Persona, familia y la comunidad fuente principal de datos.
- Secundaria o indirecta: Personal de salud, familia, organizaciones comunales, registros escritos.

Métodos de recolección de datos

### **PASOS A SEGUIR PARA REALIZACION DE LA ETAPA DE VALORACION**

1. Entrevista aplicando guía de Valoración de los 11 patrones funcionales de salud
2. Organización de datos.
3. Análisis e interpretación de datos.
4. Síntesis de datos. (9)

### **1. DATOS BÁSICOS DE ENFERMERIA, SEGÚN LOS ONCE PATRONES FUNCIONALES**

**Patrón percepción de la salud.** Debe especificar Diagnóstico, antecedentes médico, familiares, farmacológicos, automedicación, motivo de consulta, historia de la presente enfermedad, resultado de los procedimientos médicos (exámenes especiales y de laboratorio), tratamiento médico, sensibilidad a los sabores, describir la dimensión y distribución de la vivienda, uso o no de dren de aseo, tipo de agua, existencia de letrina, aguas negras, existencia de zonas (afluentes fábricas, ríos, vertederos)



Condición de trabajo: especificar la realización de las tareas familiares de casa y quien las efectúa.

**Patrón Nutricional–Metabólico** Describe el patrón de consumo de alimentos y líquidos relativo a las necesidades metabólicas e indicadores de aporte de nutrientes. Estos se anotan en la columna de datos objetivos para confirmar datos subjetivos.

**Patrón Eliminación** Describe los patrones de la función excretora (intestinal, vesical y piel).

**Patrón Actividad-Ejercicio** Describe el ejercicio, actividad, tiempo libre, recreación, la existencia de limitación para la movilidad en algunos de los miembros, actividades habituales diarias, día típico del paciente.

**Patrón Sueño-Reposo** Describe los patrones de sueño, descanso y relajación durante las 24 horas del día. Se debe anotar lo que refiere el paciente, alteraciones y método utilizado para conciliarlo. Describir conducta durante la entrevista (somnolencia o estado de alerta).

**Patrón cognoscitivo-perceptivo** Percepción sensorial: indicar el aspecto comprometido, registrando las palabras referidas por el paciente, registrar lo encontrado en el examen físico que refleje orientación o desorientación y las capacidades cognitivas y sensoriales.

**Patrón auto percepción-auto concepto** Registre lo que el paciente expresa como preocupación, conocimientos de su enfermedad, medicamentos recibidos, cambios ocurridos en su cuerpo desde el inicio de su enfermedad y si han afectado sus actividades diarias, percepción del presente y el futuro, actitudes y comportamiento que reflejen el estado emocional.

**Patrón Roll-Relaciones** Incluye la percepción del paciente referidas a los principales roles y responsabilidades en su situación actual, satisfacción o alteraciones en la familia, relaciones sociales. Se detalla el Familiograma (Ficha Familiar).



**Patrón Sexualidad-Reproducción** Se utiliza las técnicas de palpación e Inspección así mismo valorar el sistema urinario.

**Patrón de afrontamiento y tolerancia al estrés.** Se describe la adaptación, efectividad y tolerancia al estrés, capacidad de resistir amenazas de la integridad en la persona, formas de manejar el estrés, medios de apoyo familiar y otras.

**Patrón valores-creencias** Describe los modelos de valores morales, creencias espirituales y sobre la medicina natural que guían las elecciones y decisiones, incluye lo visto como importante en la vida. (10)

## 2. ORGANIZACIÓN DE DATOS

Es necesario examinar la información a la luz de un esquema o modelo conceptual de enfermería. La enfermera obtiene los datos en forma sistemática por medio de la guía de valoración de los once patrones funcionales, en ella indaga la información proporcionada por el paciente, familia, examen físico y expediente clínico. La organización se lleva a cabo agrupando datos objetivos y subjetivos plasmados en la nota de enfermería. Estos datos se organizan por patrones, únicamente los alterados. (9)

## 3. ORGANIZACIÓN ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

- Ordenar los datos escribiendo el número y nombre de cada patrón, luego los datos subjetivos y al final los objetivos.
- Escribir la interpretación que realiza la enfermera, utilizando parámetros y estándares existentes para relacionar lo normal de lo anormal, mediante el análisis. A si como los Requisito de auto cuidado del modelo de OREM
- Realizar y registrar el análisis de los datos subjetivos basados en lo que dice el paciente.
- En caso de interpretar datos similares, aclarar la relación entre uno y otro, anotando el número de los cuales se hace referencia.



- Cuando se desarrolla habilidad para la interpretación de datos se podrá hacer por escrito solo con los datos prioritarios, también se puede hacer una combinación de ellos en una sola interpretación.

### **1. SINTESIS O LISTA DE PROBLEMAS DE SALUD**

Indicaciones para el llenado:

- Anotar el número que corresponda al orden priorizado del problema, es decir en orden ascendente, el numero 1 será el de mayor importancia o prioridad alta, hasta llegar al número que representa la prioridad baja indicando que la atención para este diagnóstico puede esperar, sin que el paciente se complique.
- Escribir las complicaciones potenciales, reales y a continuación los que no están presentes.

## **II. Etapa Diagnostica**

Para el proceso de diagnósticos de Enfermería se utiliza el listado de la NANDA

Se debe redactar el diagnóstico de enfermería de acuerdo al formato (PES) si es real, de promoción de la salud, de bienestar o de riesgo.

## **III. ETAPA DE PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN:**

Esta etapa se realiza mediante la realización de plan de cuidados.

### **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:**

El plan de cuidados debe ser aplicado y de cumplimiento obligatorio a todos los pacientes que acuden a los establecimientos de salud con el fin de fortalecer la calidad del cuidado en todos los escenarios que se desarrolla enfermería.

Componentes:

**Diagnóstico de enfermería:** Describe el diagnóstico de enfermería según el patrón de salud afectado, para intervenir, basado en el listado de la NANDA.



**Objetivos:** debe tomarse en cuenta los de dominio cognoscitivo, afectivo y psicomotor.

**Resultados Esperados:** deben ser realistas (alcanzables), coherentes y evaluarse constantemente según la evolución del problema, también describen las respuestas específicas planificadas. (9)

#### **IV. ETAPA DE EJECUCION**

**Intervenciones de la enfermera/o, paciente y la familia Ejecución:** La enfermera/o, paciente y familia ejecutan intervenciones de enfermería planificadas. (4)

#### **V. ETAPA DE EVALUACION.**

La enfermera/o evaluará la efectividad de las intervenciones de enfermería aplicadas al paciente según el plan de cuidados, tomando en cuenta el logro de objetivos y los resultados esperados, interviniendo en el mantenimiento, modificación o finalización del mismo. (9)

#### **METODOLOGÍA PARA EVALUAR LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA.**

Para evaluar la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería la responsable de enfermería en coordinación con miembros de los comités locales de cada institución realizarán monitoreo de las actividades realizadas por el personal de enfermería capacitado, los criterios a evaluar serán:

- Aplicación de Procesos de Atención de Enfermería.
- Estructuración del Proceso de Atención de Enfermería.
- Aplicación de planes de cuidado.
- Evaluación de planes de cuidado.
- Cumplimiento del plan de educación permanente. (9)



## DISEÑO METODOLÓGICO

**Tipo de estudio:** Es de tipo cuantitativo descriptivo y de corte transversal.

**Área de estudio:** Hospital España, contiguo al SILAIS de Chinandega, Carretera Los Millonarios.

**Unidad de Análisis:** Personal de enfermería del hospital España.

**Universo:** 256 Enfermeras.

**Muestra:** 75 Enfermeras

**Muestreo:** Por conveniencia, ya que se tomaron en el estudio las enfermeras presentes el día de la entrevista.

### **Fuente de información:**

Primaria: A través de entrevista directa al personal de enfermería.

Secundaria: Libros, estadísticas, monografías, tesis, internet.

### **Criterios de inclusión:**

1. Personal de Enfermería del Hospital España de Chinandega.
2. Que estén presentes el día de la entrevista.
3. Que sean Enfermeras licenciadas, profesionales y auxiliares.
4. Que esté dispuesta a colaborar en la investigación.

### **Variables de estudio:**

Independientes: Conocimiento y práctica del personal de Enfermería.

Dependiente: Proceso de Enfermería.

**Técnicas e instrumento de recolección de datos:** A través de la entrevista directa con el personal, por medio de un formulario con preguntas cerradas previamente elaborado, en donde se reflejó la información brindada.



**Procesamiento de la información:** La información se introdujo a través del programa spss, donde se analizó cada variable según objetivos de estudio.

**Análisis de lo informado:** Se realizó a través de tablas y gráficos brindados por el programa spss.

**Aspectos Éticos:**

**Consentimiento Informado:** Se realizó con previo consentimiento informado, en el cual se solicitó la autorización de los directores y las jefas de Enfermería del hospital, al igual que el consentimiento informado de las enfermeras en estudio.

**Anonimato:** Por medio de este le explicamos a todas las participantes que toda información requerida de cada una de ellas será de uso exclusivo para el proceso de nuestro trabajo investigativo por lo que toda respuesta será de conocimiento único a las autoridades correspondientes a nuestra evaluación en dicha investigación y de igual manera no se exigirá ni el nombre ni la firma de las participantes para asegurarnos que la información quede de manera confidencial.

**Autonomía:** se le explicó a los recursos involucrados que su participación es voluntaria.

**Confidencialidad:** se le explicó que el manejo de la información que nos brinde serán para fines del estudio investigativo y que no serán divulgados.



## RESULTADOS

En cuanto a los datos socio demográficos encontramos que las edades del personal de enfermería en estudio oscilan entre los 18 a 59 años. Un total de 20 (27%) están entre las edades de 18 a 29 años. 16 (21%) tienen entre 30 a 39 años, 29 (39%) oscilan entre 40 a 49 años, y de 10(13%) tienen entre 50 a 59 años. Ver tabla N°1.

Del personal en estudio, se encontró que 42 (56%) son licenciadas(os) en enfermería, 23 (31%) son enfermeras(os) profesionales y 10 (13%) son auxiliares de enfermería. ver tabla N°1.

El personal de enfermería en estudio, un 29 (39%) son egresadas de la UNAN León, 18 (24%) egreso de la UNAN Managua, 10 (13%) egresadas de la UPOLI, 2 (3%) egresaron de la UCAN, 12 (16%) egreso del Teodoro Kint, y 4 (5%) egresadas de la UDO. Ver tabla N°1.

Con respecto al año en que egresaron, 2 (3%) egresaron entre 1970-1979, 16 (21%) son egresadas entre 1980-1989, 18 (24%) egresaron durante 1990-1999, 14 (19%) egresadas de la universidad durante 2000-2009 y 25 (33%) egresadas durante el año 2010-2015. Ver tabla N°1.

El servicio en que labora el personal de enfermería en estudio son: 12 (16%) en sala de Emergencia, 12 (16%) en Pediatría, 4 (5%) en Ginecología, 6 (8%) en UCI, 5 (7%) están en Labor y parto, 6(8%) se encuentran en Medicina, 8 (11%) laboran en cirugía, 12 (16%) laboran en Ortopedia, y 10 (13%) están en Maternidad. Ver tabla N°2.

Del personal en estudio 28(37%) tienen de 1-10 años de laborar en el Hospital, 20 (27%) tienen de 11-20 años de labor, 19 (25%) tienen de 21-30 años de trabajo, 6 (8%) tienen de 31-40 años y 2 (3%) tienen más de 40 años de labor. Ver tabla N°2.

Del personal en estudio 12 (16%) son procedentes del área urbana y 63 (84%) proceden del área rural. Ver tabla N°2. El personal de enfermería en estudio 58 (77%) son de religión católica, 8 (11%) son de religión evangélica, 5 (7%) son de otra religión y 4 (5%) no profesa ninguna religión. Ver tabla N°2.



En relación a la variable conocimiento, respecto a la definición del proceso de enfermería, 57(76%) respondieron que el proceso de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial, 16 (21%) contestó que es la elaboración del diagnóstico de enfermería y 2 (3%) manifestó que es la elaboración de planes de actividades. Ver tabla N°3.

Respecto a las etapas del proceso, 25 (33%) respondió que las etapas son valoración, planificación, ejecución y evaluación, seguida de 16 (21%) manifestó que las etapas son diagnósticos, ejecución y evaluación, y 34 (45%) respondió que las etapas del proceso son valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. Ver tabla N°4.

Al preguntarles al personal de enfermería sobre cuál es la importancia del proceso de enfermería, 4(5%) manifestó que tienen una importancia solo diagnóstica, el 58 (77%) respondió que proporcionan tratamiento farmacológico al paciente, y 13 (17%) contestó que le da a la carrera de categoría de ciencia. Ver tabla N°5.

Acerca de la etapa en la que se recogen y analizan los datos, 24 (32%) contestaron que es la etapa de planificación, 31 (41%) respondió que es en la etapa de valoración, y 20 (27%) manifestó que es en la etapa de evaluación. Ver tabla N°6.

En relación a que etapa corresponde el diagnóstico: 6(8%) contestó que es la 3ª etapa del proceso, 27 (36%) dijo que es la 1ª etapa del proceso, 34 (45%) manifestó que es la 2ª etapa del proceso y 8 (11%) respondió que el diagnóstico no corresponde a ninguna etapa del proceso. Ver tabla N° 7.

Al preguntarles sobre los elementos que deben tener un diagnóstico de enfermería, 29 (53%) refieren que solo deben constar de problema etiología síntomas, 2 (3%) contestó que debe constar de problemas y etiología, 40(53%) manifestó que deben de constar de los siguientes elementos: problemas, etiología, síntomas y problemas, etiologías. Por último 4 (5%) dijo que ninguna de los elementos planteados son partes del diagnóstico. Ver tabla N°8

Respecto a cuál es el método que se utiliza para organizar el proceso de enfermería en forma funcional y escrito, 20 (27%) contestaron que es la entrevista directa al paciente,



8 (11%) respondió que es el análisis e interpretación de datos, 15 (20%) manifestó el plan de cuidados y 32 (43%) contestaron que todas las anteriores son correctas. Ver tabla N°9

En relación a cuál es la etapa en la que se determinan los resultados e intervenciones de enfermería, 11 (15%) contestaron que es la etapa de ejecución, 52(69%) respondió que es la etapa de evaluación seguido de 8 (11%) manifestó que es la etapa de planificación y 4 (5%) refiere que ninguna de las etapas planteadas. Ver tabla N°10

Al preguntarles sobre los tipos de planes de cuidados, 30 (40%) respondió que solo conocen el plan de cuidados individualizado, 16 (21%) respondió que solo conocen el estandarizado, 2 (3%) contestó que el computarizado y 27 (36%) contestaron que todas son correctas. Ver tabla N° 11

Respecto a la etapa final del proceso de enfermería, 22 (29%) manifestó que es la ejecución, 6 (8%) dijo que es la planeación y 47 (63%) respondió que la etapa final es la evaluación. Ver tabla N° 12

En relación a la variable practica del proceso de enfermería, respecto a lo primero que realiza el personal de enfermería al valorar al paciente, 10 (13%) respondieron que la revisión de expediente clínico es lo primero, seguido de 17 (23%) refieren como primer paso la entrevista directa al paciente o familiar, 10(13%) realizan la acogida al usuario como primer paso de valoración, 0 (0%) respondieron que ninguna de las anteriores y 38(51%) respondió que como primer paso realizan todas las anteriores. Ver tabla N° 13

Al preguntarles en qué basan la valoración que realizan a su pacientes, 31 (41%), respondió que basan su valoración en las 14 necesidades básicas del paciente, 10 (13%) refieren que lo basan en los 11 patrones funcionales de salud, 30(40%) de los encuestados manifiestan que lo basan en el motivo de consulta, y 4 (5%) dijeron que en ninguno de los ítems planteados basan su valoración. Ver tabla N° 14

Respecto a donde ubican los datos obtenidos del paciente mediante la etapa de valoración, 6 (8%), refieren que ubican los datos en los planes de cuidados, 17 (23%)manifiesta que en la nota de enfermería, 8 (11%) en la hoja de admisión y 44



(59%) refieren que tantos en los planes de cuidados, notas de enfermería y notas de admisión son ubicados los datos del paciente. Ver tabla N° 15

En relación a lo que realizan como último paso de valoración, 59 (78%) manifestó que realizan un plan de cuidados como primer paso, seguido de 2 (3%) que realizan las tomas inmediatas de signos vitales y 14 (19%) refieren que priorizan el problema del paciente. Ver tabla N° 16

Al preguntarles sobre lo que realizan como base para realizar su diagnóstico de enfermería, 4 (5%) realizan su diagnóstico de enfermería basado en el Diagnóstico Médico, 10 (13%) realizan su diagnóstico según diagnóstico propio, 41 (55%) refieren que lo basan en los diagnósticos de la NANDA, seguido de 20 (27%) que manifiestan que lo basan en los diagnóstico médico y diagnóstico propio. Ver tabla N° 17

Respecto al tipo de diagnóstico en el que utilizan el formato PES, 25 (33%) refieren que solo en los diagnósticos reales, 6 (8%) en diagnósticos de promoción de la salud, 14 (19%) relatan que en los diagnósticos de riesgos y 30 (40%) de los encuestados respondieron que tanto en el diagnóstico real, diagnóstico de la promoción de la salud, y diagnóstico de riesgos utilizan el formato PES. Ver tabla N° 18

En relación a los pacientes a los que aplican al plan de cuidados, 45 (60%) relatan que lo aplican únicamente en pacientes en estados críticos, 6 (8%) de los encuestados lo aplican a todos los pacientes y 24 (32%) dijo que solo a pacientes con estancia prolongadas en el hospital. Ver tabla N° 19

Al preguntarles sobre en que basan las intervenciones que realizan a sus pacientes, 16 (21%) lo basan en sus planes de cuidados, 12 (16%) basados en ordenes medicas, 45 (60%) de los encuestados relatan que lo basan en sus planes de cuidados y en ordenes medicas, y 2 (3%) detallan que no lo basan en ninguna de las opciones planteadas. Ver tabla N° 20

En relación a lo que toman en cuenta para evaluar su proceso de enfermería, 6 (8%) de los encuestados contesto que en el plan de cuidados, 12 (16%) contestaron que solo en los objetivos planteados, 10 (13%) dijo que en las intervenciones de enfermería y 47



---

(63%) detallan que toman en cuenta el plan de cuidados y objetivos planteados. Ver tabla N° 21

Respecto al monitoreo continuo del proceso de enfermería por parte del jefe de enfermería de cada sala, 57 (76%) de los encuestados dijo que si y 18 (24%) respondieron que no. Ver tabla N° 22



## **ANÁLISIS DE RESULTADOS**

En cuanto a la variable socio demográfico, se encontró que la mayoría del personal encuestado tienen entre las edades de 40 a 49 años, en cuanto a la profesión en su totalidad son licenciadas en enfermería. La mayoría de los encuestados son egresadas de la UNAN León y una gran parte egresó entre el 2010 y 2015.

En su totalidad, la mayoría del personal encuestado están concentrados en el área de Emergencia, Pediatría y Ortopedia, y la mayor parte tienen de 1 a 10 años de laborar en el hospital. La mayoría son procedentes del área urbana y en su totalidad son de religión católica.

En relación a la variable conocimiento, Según Brunner y Suddart el proceso de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina. En los resultados de la encuesta la mayoría detallaron que es la aplicación del método científico en la práctica. Según los resultados los encuestados tienen conocimiento de la definición del proceso de enfermería ya que la mayoría respondió correctamente, sin embargo existe una minoría que desconoce la definición del proceso de enfermería a lo cual todo profesional debe de conocer ya que se considera como la razón de ser del profesional de enfermería.

Según la American Nurses Association (ANA) establece la división del proceso de enfermería en 5 componentes o etapas diferentes, las cuales son: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución, Evaluación. En el estudio una pequeña parte de los encuestados manifestaron que las etapas del proceso son valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, sin embargo la mayor parte de los encuestados que desconocen las 5 etapas del proceso de enfermería, podemos observar que corresponden a más de la mitad de la población encuestada que tiene un déficit de conocimiento lo cual es determinante para aplicar el proceso de enfermería.

Según Brunner y Suddarth, el proceso de Enfermería es muy importante ya que le da a la profesión, la categoría de ciencia. En el estudio una menor parte de los encuestados consideran importante al proceso de enfermería, porque le da a la profesión la



categoría de ciencia, sin embargo el hay una gran parte de los encuestados desconocen la importancia del proceso de enfermería, por lo tanto se observa que la gran mayoría desconoce la verdadera importancia sobre el proceso, lo que indica que no están empoderados de conocimientos.

Según LyndaJuallCarpenito, la etapa de valoración, primer paso del proceso de enfermería es donde se recogen y analizan los datos. En el estudio una pequeña cantidad detallaron que es durante la etapa de valoración, donde se recogen y analizan los datos, sin embargo la mayoría de los encuestados, desconocen la etapa en la cual se recogen y analizan los datos, por lo tanto representa una debilidad, para brindar cuidados y establecer un buen diagnostico, previendo el riesgo y errores que se pueden cometer.

Según la American Nurses Association (ANA), la etapa diagnostica es la segunda etapa del proceso de enfermería. En el estudio la menor parte de los encuestados, reconoce la etapa diagnostica como la segunda etapa del proceso, pero hay un número significativo de los encuestados que corresponde a la mayor parte, desconocen que la etapa diagnostica es la segunda etapa del proceso, esto nos indica que más de la mitad de los encuestados, no se encuentran actualizados con respecto a sus etapas, lo cual es vital para aplicar de formar adecuada el proceso.

Según la NANDA, recomienda que se utilice el formato PES (problema etiología y síntomas), para elaborar diagnósticos reales y en caso de diagnósticos potenciales se utilizan problemas y etiología. En el estudio la mayoría de los encuestados respondió que se debe de utilizar el formato PES y problema y etiología esto nos refleja que la mayoría tienen conocimiento sobre los elementos de los diagnósticos de enfermería, pero hay un pequeño porcentaje que no tiene una adecuada teoría sobre los elementos diagnósticos lo cual es necesario conocer ya que con un adecuado diagnostico se garantiza un adecuado tratamiento al problema del paciente.

Según Peña Ruiz, Ana, el plan de cuidados es un método para organizar el proceso de enfermería de forma funcional y escrita. En el estudio una pequeña cantidad de los encuestados respondió q es el plan de cuidados, sin embargo el mayor porcentaje de



los encuestados no respondieron correctamente, por lo cual la mayoría del personal en estudio no tiene conocimientos con respecto al tema, lo cual es un deber por cada recurso la retro-alimentación continua para brindar atención de calidad al paciente.

Según LyndaJuallCarpenito en la etapa de planeación es la etapa en la que se determinan un tanto los resultados esperados como las intervenciones de enfermería. En el estudio una minoría contestó que es en la etapa de planeación, mientras que en su mayoría no contestaron correctamente, por lo tanto la mayoría desconoce los pasos a seguir durante la etapa de planeación.

Según Mayers y Glovers, existen varios tipos de planes de cuidados entre los cuales agrupan los individualizados, estandarizados y computarizados. En el estudio un menor porcentaje de los encuestados conocen todos los tipos de planes de cuidados sin embargo la mayoría no conocen todos los tipos de planes que existen, por lo que se observa que en su totalidad no tienen conocimientos y no están actualizados respecto a los tipos de planes de cuidados.

Según LyndaJuallCarpenito entre otros autores refieren que la evaluación es la fase final del proceso. En el estudio el 63% de los encuestados contesto correctamente sin embargo un 37% no reconocen la etapa de evaluación como el último paso del proceso, aunque se observa que la mayoría tienen conocimiento a relación al tema hay número significativo que no están actualizados en que esta etapa resulta ser la última del proceso de Enfermería.

Según normativa 128 del Ministerio de Salud (Manual del proceso de atención de enfermería del sector salud), el primer paso de valoración es la entrevista directa al paciente, aplicando guía de valoración de los 11 patrones funcionales de salud. Sin embargo una minoría de los encuestados aplican la entrevista directa al paciente como primer paso de valoración, pero la mayor parte no aplican dicha entrevista, por lo tanto la mayoría no está aplicando correctamente el proceso y no están cumpliendo con las normas y establecimientos en pro de brindar cuidados adecuados con calidad y calidez.



Según normativa 128 del Ministerio de Salud (Manual del proceso de atención de enfermería del sector salud), la valoración debe de estar basada en los 11 patrones funcionales de salud. En el estudio un pequeño porcentaje de los encuestados basan su valoración en los 11 patrones funcionales y el mayor porcentaje no respondió correctamente por lo cual se observa que no están aplicando una adecuada valoración y no cumplen con la normativa siguiendo los 11 patrones funcionales.

Según normativa 128 del Ministerio de Salud (Manual del proceso de atención de enfermería del sector salud) es necesario examinar la información a la luz de un esquema o modelo conceptual de enfermería. La enfermera obtiene los datos en forma sistemática por medio de la guía de valoración de los 11 patrones funcionales, la organización de datos se lleva a cabo agrupando datos objetivos y subjetivos plasmados en las notas de enfermería. En el estudio, un pequeño porcentaje manifestó que ubican los datos obtenidos mediante valoración en las notas de enfermería, mientras que el mayor porcentaje de los encuestados no contesto correctamente, por lo que la mayoría no están claros de cómo aplicar correctamente la valoración al paciente.

Según normativa 128 del Ministerio de Salud (Manual del proceso de atención de enfermería del sector salud) como último paso de valoración se debe priorizar el problema del paciente en orden ascendente de prioridad alta a prioridad más baja. En el estudio una pequeña parte de los encuestados aplican la prioridad del paciente como último paso de valoración, mientras que la mayor parte de los encuestados no establecen un orden de prioridad al finalizar la valoración, por lo tanto no hay una correcta aplicación del proceso, lo que representa una problemática para brindar un adecuado diagnostico en pro de darle salida al problema del paciente.

Según normativa 128 del Ministerio de Salud (Manual del proceso de atención de enfermería del sector salud) en la etapa diagnostica al realizar el diagnostico de enfermería debe de estar basado en el listado de la Nanda. En el estudio la mayor parte de los encuestados aplican su diagnósticos basado en el listado de la Nanda, se pueden observar que corresponde a más de la mitad del personal encuestado, sin embargo existe un número significativo menor que no están aplicando el diagnostico



según la NANDA por lo cual no cumplen con la normativa establecidas y no se está garantizando un adecuado cuidado al paciente.

Según normativa 128 del Ministerio de Salud (Manual del proceso de atención de enfermería del sector salud) se debe redactar el diagnóstico de enfermería de acuerdo al formato PES, ya sea en diagnósticos real, de promoción de la salud, de bienestar o de riesgo. En el estudio un pequeño porcentaje de los encuestados manifestaron que aplican el formato PES, tanto en Diagnósticos reales, de bienestar o de riesgo y de promoción de la salud, sin embargo la mayoría no aplican el formato PES en los diagnósticos mencionados, Por lo tanto se observa que no están aplicando correctamente el diagnóstico, según lo normado, lo cual corresponde a un riesgo para el paciente, al no darle el adecuado diagnóstico para tratar el problema.

Según normativa 128 del Ministerio de Salud (Manual del proceso de atención de enfermería del sector salud) el plan de cuidados debe ser aplicado y de cumplimiento obligatorio a todos los pacientes que acuden a los establecimientos de salud con el fin de fortalecer la calidad del cuidado en todos los escenarios que se desarrolla enfermería. En el estudio la minoría respondieron que lo aplican a todos los pacientes, sin embargo el más alto porcentaje de los encuestados no lo aplican a todos los pacientes, esto nos indica que la mayoría no están realizando planes de cuidados y no le están dando aplicación al proceso y a las normas establecidas por el Ministerio de salud.

Según normativa 128 del Ministerio de Salud (Manual del proceso de atención de enfermería del sector salud) las intervenciones de enfermería deben de ser intervenciones planificadas en su plan de cuidados. En el estudio una pequeña parte manifestó que lo basan en sus planes de cuidados, sin embargo en su totalidad que corresponde a la mayoría no están aplicando científicamente sus intervenciones los cuales deben de estar basados en sus planes de cuidados, esto nos indica que no aplican el plan de cuidados y están basando sus intervenciones en acciones que dependen del médico.



Según normativa 128 del Ministerio de Salud (Manual del proceso de atención de enfermería del sector salud) la enfermera evaluara la efectividad de las intervenciones de enfermería, según el plan de cuidados, el logro de objetivos y los resultados esperados. En el estudio la mayor parte de los encuestados contesto que lo evalúan según el plan de cuidados y los objetivos planteados, mientras que un pequeño porcentaje no evalúan el proceso según lo normado, pese a que la mayoría lo está evaluando correctamente, se observa que existe una debilidad por parte del personal de enfermería, esto genera un desbalance al brindar cuidados.

Según normativa 128 del Ministerio de Salud (Manual del proceso de atención de enfermería del sector salud) para evaluar el proceso de atención de enfermería, la responsable de enfermería en coordinación con miembros de comité los cuales de cada institución realizaran monitoreos continuos del proceso de enfermería. En el estudio la mayoría de los encuestados respondieron que sus planes de cuidados son monitoreados por el supervisor, sin embargo hay un número significativo manifiestan que no están siendo supervisados por su jefe lo cual no garantiza la correcta aplicación del proceso, ni su continuidad en la práctica asistencial.



## CONCLUSIÓN

Aspectos socio demográfica la mayoría del personal de enfermería, tienen entre las edades de 40-49 años. Son licenciadas (os) en enfermería y egresados de la UNAN-León. La mayor parte de ellos se encuentran en las áreas de emergencia, pediatría y ortopedia, procedentes del área urbana, profesan la religión católica y tienen de 1 a 10 años de laborar en el hospital.

En cuanto a la variable conocimiento la mayoría conoce la definición del proceso de enfermería, los elementos del formato PES y que la etapa de evaluación es la parte final del proceso, sin embargo es notable que en su totalidad desconocen la importancia del proceso, sus 5 grandes etapas y su secuencia, la importante función del plan de cuidados, que es lo que se determina durante la etapa de planeación y los tipos de planes cuidados que existen.

En la práctica, la mayoría realizan sus diagnósticos basados en la NANDA, refieren que son supervisados por su jefe de sala, pese a esto se determinó que en su totalidad no aplican la entrevista directa al paciente, no basan su valoración según los 11 patrones funcionales que el MINSA establece, no realizan una correcta ubicación de los datos obtenidos del paciente, no establecen un orden de prioridad al finalizar la valoración, no aplican el formato PES para realizar sus diagnósticos lo cual se contradice al referirse que realizan sus diagnósticos basados en la NANDA, no realizan los planes de cuidados a todos los pacientes que acuden al hospital y no están aplicando sus intervenciones según sus planes de cuidados basados en la científicidad de enfermería.



---

## RECOMENDACIONES

A gerentes de docencia de Enfermería del hospital España:

- Ejecutar capacitaciones acerca del proceso de enfermería para el personal de Enfermería que labora en el hospital.
- Brindar educación sistemáticamente al personal de Enfermería, sobre la aplicación correcta del proceso de enfermería.
- Monitorear de manera continua al personal de Enfermería, la aplicación del proceso de enfermería.

Al departamento de Enfermería del hospital España:

- Coordinar que se lleve a cabo la correcta aplicación del proceso por medio del monitoreo y supervisión establecidos en la normas del Ministerio de Salud.



## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1- Bruner y Suddarth, Enfermería Médico Quirúrgica, 10ª. ed. McGraw-Hill companies 2006. Vol. 1
- 2- Barroso Romero, Zoila y Torres Esperon, Julia Maricela, Fuentes teóricas de la enfermería profesional: Su influencia en la atención al hombre como ser biopsicosocial. Rev. Cubana Salud Pública [online]. 2001, vol.27, citado 2012-05-13], pp. 11-18. Disponible en: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid)>
- 3- Destrezas técnicas de la profesión de enfermería; 2009 disponible en internet en: <http://aniorte.eresmas.com>
- 4- GloversMayers, Marlene, Cuidados en enfermería: Control y casos, 1ª. Ed. México, LIMUSA 1983.
- 5- González Cuadra, Yelba y Hernández, Teresa, Factores que inciden n la aplicación del proceso de Enfermería de las enfermeras profesionales del HEODRA; tesis (para optar al título de licenciada en enfermería); León, UNAN, 1994.
- 6- Hernández, Lázaro, Factores que determinan la aplicación del proceso de enfermería en instituciones hospitalarias; tesis (para optar al título de licenciado en enfermería); Villavicencio Colombia. 2010
- 7- Iyers, Patricia. et al, Proceso y Diagnósticos de Enfermería, 3ª. ed. México, Mc Graw Hill Interamericana, 1997



- 8- Lynda Juall CARPENITO, Diagnósticos de Enfermería NANDA: Aplicaciones a la práctica clínica, 9ª. Ed. España, Mc Graw-Hill-Interamericana.
- 9- Ministerio de salud (MINSA), Manual del proceso de atención de enfermería del sector salud, normativa 128, Managua, Nicaragua-2014.
- 10- Raile Alligood, Martha y Tomey, Ann Marriner, Modelos y Teorías en Enfermería, 7ª. ed. España Elsevier 2011.
- 11- Peña Ruiz, Ana, propuesta de implantación de plan de cuidados estandarizados en las amenazas de partos prematuros, Universidad pública NAVARA, 2011 disponible en internet: <http://academica-eunavara.es>
- 12- Proceso de atención de enfermería basado en funciones orgánicas, disponible en internet <http://www.slideshare.net>
- 13- Planes de cuidado. Wikipedia la enciclopedia libre
- 14- Reeder, Sharon y Leonide Martin, Enfermería Materno Infantil, 16ª. Ed. Copyright por HARLA 1992.
- 15- Tomey, Ann Marriner y Raile Alligood, Martha, Modelos y teorías en enfermería: Martha Rogers, servier science 2006.



# ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA UNAN-LEON  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ENFERMERÍA

La presente entrevista se realizará con el propósito de determinar el conocimiento y la práctica que tiene el personal de Enfermería, relacionado a la realización de planes de cuidados. Somos egresadas de la carrera de Licenciatura en Enfermería con énfasis en Materno Infantil. Esta entrevista es de carácter confidencial por lo que no se incluyen nombres. De antemano le agradecemos su colaboración y sinceridad.

**I. Datos socio demográficos**

1. Edad \_\_\_\_\_
2. Perfil profesional  
Licenciada (o) \_\_\_\_\_  
Profesional \_\_\_\_\_  
Auxiliar \_\_\_\_\_
3. Universidad de la cual egresó \_\_\_\_\_
4. Año en el que egresó \_\_\_\_\_
5. Servicio que labora \_\_\_\_\_
6. Años de labor \_\_\_\_\_
7. Procedencia  
Rural \_\_\_\_\_  
Urbana \_\_\_\_\_
8. Religión  
Católica \_\_\_\_\_  
Evangélica \_\_\_\_\_  
Otros \_\_\_\_\_  
Ninguna \_\_\_\_\_



## II. Conocimientos

1. ¿Qué es el proceso de enfermería?
  - A) Es la aplicación del método científico en la práctica asistencial.
  - B) Es la elaboración de diagnósticos de enfermería.
  - C) Es la elaboración de un plan de actividades.
2. ¿Cuáles son las etapas del proceso de enfermería?
  - A) Valoración, planificación, ejecución y evaluación.
  - B) Valoración, diagnóstico, ejecución y evaluación.
  - C) Valoración, diagnóstico, planeación, ejecución, evaluación.
3. ¿Cuál es la importancia del proceso de enfermería?
  - A) Sólo Diagnóstica.
  - B) Proporciona tratamiento farmacológico al paciente.
  - C) Le da a la carrera de Enfermería la categoría de Ciencia.
4. ¿Cuál es la etapa en la que se recogen y analizan los datos?
  - A) Planificación
  - B) Valoración
  - C) Evaluación
5. ¿A qué etapa corresponde el diagnóstico?
  - A) III etapa del proceso
  - B) I etapa del proceso
  - C) II etapa del proceso



D) Ninguna

6. ¿Cuáles son los elementos que debe tener un diagnóstico de enfermería?

A) Problema, Etiología, Síntomas

B) Problema y Etiología

C) Todas son verdaderas

D) Ninguna

7. ¿Cuál es el método que se utiliza para organizar el proceso de enfermería de forma funcional y escrita?

A) Entrevista directa al paciente

B) Análisis e interpretación de datos

C) Plan de cuidados

D) Todas

8. ¿Cuál es la etapa en la que se determinan los resultados esperados e intervenciones de enfermería?

A) Ejecución

B) Evaluación

C) Planificación

D) Ninguna de las anteriores

9. ¿Cuáles son los tipos de planes de cuidados?

A) Individualizado

B) Estandarizado

C) Computarizado



D) Todas

10. ¿Cuál es la fase final del proceso de Enfermería?

A) Ejecución

B) Planeación

C) Evaluación

### III. Práctica.

1. ¿Qué es lo primero que usted realiza al valorar a su paciente?

A) Revisión de expediente clínico.

B) Entrevista directa al paciente y/o familiar.

C) Acogida al usuario.

D) Ninguna de las anteriores.

E) Todas las anteriores.

2. ¿En qué basa la valoración que usted realiza a su paciente?

A) 14 necesidades básicas humanas.

B) 11 patrones funcionales de salud.

C) Motivo de consulta.

D) Ninguna de las anteriores.

3. ¿Dónde ubica los datos obtenidos mediante la valoración al paciente?

A) Plan de cuidados.

B) Notas de enfermería.

C) Hoja de admisión.



D) En todas las mencionadas.

4. ¿Qué es lo que realiza como último paso de valoración al paciente?

A) Realizar un plan de cuidados.

B) Toma inmediata de signos vitales.

C) Prioriza el problema del paciente.

5. ¿Qué es lo que utiliza como base para realizar su diagnóstico de enfermería?

A) Diagnóstico médico.

B) Diagnostico propio.

C) Diagnostico de la NANDA.

E) Solo A y B son verdaderas.

6. ¿En cuál de las siguientes afirmaciones utiliza el formato PES?

A) Diagnostico real.

B) Diagnostico de promoción de la salud.

C) Diagnostico de riesgo.

D) Todas son verdaderas.

7. ¿En qué pacientes aplica usted el plan de cuidados?

A) Pacientes en estado crítico.

B) Todos los pacientes.

C) Pacientes con estancias prolongadas en el hospital.

8. ¿En qué basa usted las intervenciones que realiza a su paciente?

A) Basado en sus planes de cuidados.



B) Basado en órdenes médicas.

C) Solo A y B son verdadera

D) Ninguna de las anteriores.

**9.** ¿Qué es lo que usted toma en cuenta para evaluar su proceso de enfermería?

A) Plan de cuidados.

B) Objetivos planteados.

C) Intervenciones de enfermería.

D) Solo A y B son verdaderas.

**10.** ¿Su proceso de enfermería es monitoreado continuamente por su jefe de sala?

A) Si

B) No



## **FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Somos estudiantes egresadas de la carrera de Enfermería con mención en materno infantil y estamos llevando a cabo la investigación monográfica con el tema “conocimiento y práctica que tiene el personal de Enfermería, relacionado a la aplicación del proceso de enfermería a los pacientes ingresados en el hospital España, Chinandega y por tal razón se les solicita a través de la presente su autorización para realizar la aplicación de una serie de preguntas en las que se medirán las variables en estudio.

### **Objetivos del estudio:**

- Caracterizar demográficamente a la población en estudio.
- Identificar el conocimiento que tiene el personal de enfermería relacionado al proceso de enfermería.
- Describir la práctica del proceso de enfermería, durante la atención que se brinda al paciente.

### **Beneficios:**

Evaluación del nivel de conocimiento y la práctica que tiene el personal de enfermería.

**Riesgos:** Ninguno

### **Derecho de los participantes**

Mediante la firma de este formato, doy mi autorización para que se me aplique una encuesta, que durará un promedio de 10 minutos, entiendo que debo contestar algunas preguntas con sinceridad.

Se me explicó que el objetivo de este estudio es realizar una investigación cuantitativa descriptiva para: Determinar el conocimiento y la práctica que tiene el personal de



enfermería, relacionado al proceso de enfermería aplicado a los pacientes ingresados en el hospital España, Chinandega I trimestre 2015.

Mi participación es totalmente voluntaria y después de haberme indicado el trabajo de investigación, puedo rehusarme a responder a cualquier pregunta o dar por terminada mi participación en cualquier momento, las respuestas que brinde no serán reveladas o contadas a nadie y mi identidad se mantendrá en secreto.

Entiendo que los resultados del estudio serán dados a conocer a las autoridades institucionales de salud, una vez concluido el estudio o durante el transcurso del mismo; las personas encargadas de brindar información son: *Bra. Alicia Marisela Arauz Niño* y *Bra. Katherine Lindsay Blanco Picado*, que se pueden localizar en la escuela de Enfermería UNAN-León.

El presente consentimiento se da en la ciudad de león a los \_\_\_\_\_ días del mes \_\_\_\_\_ del año 2015.



## I Datos Socio demográficos

Tabla N° 1

EDAD	N	%
18 a 29	20	27%
30 a 39	16	21%
40 a 49	29	39%
50 a 59	10	13%
Total	75	100%
PERFIL PROFESIONAL	N	%
Auxiliar	10	13%
Profesional	23	31%
Licenciado	42	56%
Total	75	100%
UNIVERSIDAD DE EGRESO	N	%
UNAN- LEON	29	39%
UNAN- MANAGUA	18	24%
UPOLI	10	13%
UCAN	2	3%
TEODORO KINT	12	16%
UDO	4	5%
Total	75	100%
AÑO DE EGRESO	N	%
1970 – 1979	2	3%
1980 - 1989	16	21%
1990 – 1999	18	24%
2000 – 2009	14	19%
2010 – 2015	25	33%
Total	75	100%



Tabla N° 2

SERVICIO QUE LABORA	N	%
Emergencia	12	16%
Pediatría	12	16%
Ginecología	4	5%
Uci	6	8%
Labor y parto	5	7%
Medicina	6	8%
Cirugía	8	11%
Ortopedia	12	16%
Maternidad	10	13%
Total	75	100%
AÑOS DE LABOR	N	%
1 a 10 años	28	37%
11 a 20 años	20	27%
21 a 30 años	19	25%
31 a 40	6	8%
40 a mas	2	3%
Total	75	100%
PROCEDENCIA	N	%
Rural	12	16%
Urbana	63	84%
Total	75	100%
RELIGION	N	%
Católica	58	77%
Evangélica	8	11%
Otros	5	7%
Ninguna	4	5%
Total	75	100%



## II CONOCIMIENTO

Tabla N° 3 Definición del Proceso de Enfermería

DEFINICION	N	%
Aplicación del método científico en la práctica asistencial	57	76%
Es la elaboración de diagnósticos de enfermería	16	21%
Elaboración de plan de actividades	2	3%
Total	75	100%

Tabla N° 4 Etapas del proceso de Enfermería

ETAPAS	N	%
Valoración, planificación, ejecución, evaluación	25	33%
Valoración, diagnóstico, ejecución, evaluación	16	21%
Valoración, diagnóstico, planeación, ejecución, evaluación	34	45%
Total	75	100%

Tabla N° 5 Importancia del Proceso de Enfermería

IMPORTANCIA	N	%
Sólo diagnóstica	4	5%
Proporciona tratamiento farmacológico al paciente	58	77%
Le da a la carrera la categoría de ciencia.	13	17%
Total	75	100%



Tabla N° 6 Etapa de recolección y análisis de datos

RECOGIDA Y ANALISIS	N	%
Planificación	24	32%
Valoración	31	41%
Evaluación	20	27%
Total	75	100%

Tabla N° 7 Etapa Diagnostica

ETAPA DIAGNOSTICO	N	%
III etapa del proceso	6	8%
I etapa del proceso	27	36%
II etapa del proceso	34	45%
Ninguna	8	11%
Total	75	100%

Tabla N° 8 Elementos del Diagnostico de Enfermería

ELEMENTOS DEL DIAGNOSTICO	N	%
Problema, etiología, síntoma	29	39%
Problema y Etiología	2	3%
Todas son verdaderas	40	53%
Ninguna	4	5%
Total	75	100%



Tabla N° 9 Método para organizar el proceso de enfermería de forma funcional y escrita?

METODO FUNCIONAL Y ESCRITO	N	%
Entrevista directa al paciente	20	27%
Análisis e interpretación de datos	8	11%
Plan de cuidados	15	20%
Todos	32	43%
Total	75	100%

Tabla N° 10 Etapa que determina los resultados e intervenciones de enfermería

RESULTADOS E INTERVENCIONES	N	%
Ejecución	11	15%
Evaluación	52	69%
Planificación	8	11%
Ninguna de las anteriores	4	5%
Total	75	100%

Tabla N° 11 Tipos de Planes de Cuidados

TIPOS PLANES	N	%
Individualizado	30	40%
Estandarizado	16	21%
Computarizado	2	3%
Todas	27	36%
Total	75	100%



Tabla N° 12 Etapa Final del Proceso

ETAPA FINAL	N	%
Ejecución	22	29%
Planeación	6	8%
Evaluación	47	63%
Total	75	100%

### III PRÁCTICA

Tabla N° 13 Primer paso de Valoración

PRIMER PASO VALORACION	N	%
Revisión de expediente clínico	10	13%
Entrevista directa al paciente y/o familiar	17	23%
Acogida al usuario	10	13%
Ninguna de las Anteriores	0	0%
Todas las anteriores	38	51%
Total	75	100%



Tabla N° 14 Base de Valoración al Paciente

BASE VALORACIÓN	N	%
14 necesidades básicas del paciente	31	41%
11 patrones funcionales de salud	10	13%
Motivo de consulta	30	40%
Ninguna de las anteriores	4	5%
Total	75	100%

Tabla N° 15 Ubicación de datos obtenidos del paciente mediante la etapa de valoración

UBICACIÓN DE DATOS	N	%
Plan de cuidados	6	8%
Notas de enfermería	17	23%
Hoja de admisión	8	11%
En todas las mencionadas	44	59%
Total	75	100%

Tabla N° 16 Último paso de Valoración

ULTIMO PASO VALORACION	N	%
Realizar un plan de cuidados	59	78%
Toma inmediata de signos vitales	2	3%
Prioriza el problema del paciente	14	19%
Total	75	100%



Tabla N° 17 Base para realizar diagnostico de enfermería

BASE DIAGNOSTICO	N	%
Diagnostico médico	4	5%
Diagnostico propio	10	13%
Diagnostico de la NANDA	41	55%
Solo A y B son verdaderas	20	27%
Total	75	100%

Tabla N° 18 Diagnostico en el que se utiliza el formato PES

FORMATO PES	N	%
Diagnostico real	25	33%
Diagnostico de promoción de la salud	6	8%
Diagnostico de riesgo	14	19%
Todas son verdaderas	30	40%
Total	75	100%

Tabla N° 19 Pacientes en que se aplica el Plan de Cuidados

PLAN DE CUIDADOS	N	%
Pacientes en estado critico	45	60%
Todos los pacientes	6	8%
Pacientes con estancias prolongadas en el hospital	24	32%
Total	75	100%



Tabla N° 20 Base de Intervenciones realizadas al Paciente

BASE INTERVENCIONES	N	%
Basado en sus planes de cuidados	16	21%
Basado en ordenes medicas	12	16%
Solo A y B son verdadera	45	60%
Ninguna de las anteriores	2	3%
Total	75	100%

Tabla N° 21 Evaluación de Proceso

EVALUACION DE PROCESO	N	%
Plan de cuidados	6	8%
Objetivos planteados	12	16%
Intervenciones de Enfermería	10	13%
Solo A y B son verdaderas	47	63%
Total	75	100%

Tabla N° 22 Monitoreo continuo del Proceso de Enfermería

MONITOREO PROCESO	N	%
Si	57	76%
No	18	24%
Total	75	100%