



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

TESIS

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA (PAE) Y SU INCLUSION EN LAS NOTAS DE
ENFERMERÍA EN LA CLÍNICA GERIÁTRICA DEL EJÉRCITO
2015”**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
ENFERMERIA**

PRESENTADO POR

CARRIL RODIL ESTRELLA EMPERATRIZ

ASESORA

MG. MARIA ESTHER HERMOZA CALERO

LIMA - PERU, 2018

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA (PAE) Y SU INCLUSION EN LAS NOTAS DE
ENFERMERÍA EN LA CLÍNICA GERIÁTRICA DEL EJÉRCITO
2015”**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento que tienen las enfermeras sobre el Proceso de Atención de Enfermería y su inclusión en las notas de Enfermería en la Clínica Geriátrica del Ejército, marzo-julio 2015. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 27 enfermeras, para el recojo de la información se utilizó un cuestionario tipo Likert , la validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de 0,86; la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de 0,91, la prueba de hipótesis se comprobó estadísticamente mediante la R de Pearson con un valor de 0,913 y con un nivel de significancia de valor $p < 0,05$.

CONCLUSIONES:

Encontrándose entre sus resultados que existe una relación significativa entre el conocimiento del PAE y las anotaciones de enfermería, encontrándose además que esta relación es directa, por cuanto a mayores niveles de conocimiento mejores serán las anotaciones, considerando la importancia de realizar las notas de enfermería de todo el PAE, porque permitirá observar, diagnosticar y tratar en base a esos registros.

PALABRAS CLAVES: *Conocimiento, Proceso de Atención de Enfermería, notas de Enfermería.*

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the level of knowledge that nurses have about the Nursing Care Process and its inclusion in the Nursing Notes at the Army Geriatric Clinic, March-July 2015. It is a cross-sectional descriptive investigation, worked with a sample of 27 nurses, for the collection of the information a Likert-type questionnaire was used, the validity of the instrument was performed by means of the test of concordance of the judgment of experts obtaining a value of 0.86; the reliability was carried out using the Cronbach's alpha with a value of 0.91, the hypothesis test was statistically verified by the Pearson's R with a value of 0.913 and with a level of significance of p value <0.05.

CONCLUSIONS:

Finding among its results that there is a significant relationship between the knowledge of the PAE and the nursing annotations, also finding that this relationship is direct, as higher levels of knowledge will be the annotations, considering the importance of making the nursing notes of all the PAE, because it will allow to observe, diagnose and treat based on those records.

KEY WORDS: *Knowledge, Process of Nursing Care, Nursing notes.*

INDICE

| | Pág. |
|---|------|
| DEDICATORIA | |
| AGRADECIMIENTO | |
| RESUMEN | i |
| ABSTRAC | ii |
| ÍNDICE | iii |
| INTRODUCCIÓN | v |
| | |
| CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN | |
| 1.1. Planteamiento del problema | 1 |
| 1.2. Formulación del problema | 2 |
| 1.2.1. Problema General | 2 |
| 1.3. Objetivos de la investigación | 3 |
| 1.3.1. Objetivo general | 3 |
| 1.3.2. Objetivos específicos | 3 |
| 1.4. Justificación del estudio | 3 |
| | |
| CAPITULO II: MARCO TEÓRICO | |
| 2.1. Antecedentes del estudio | 5 |
| 2.2. Base teórica | 11 |
| 2.3. Definición de términos | 28 |
| 2.4. Hipótesis | 29 |
| 2.5. Variables | 30 |
| 2.5.1. Definición conceptual de la variable | 30 |
| 2.5.2. Definición operacional de la variable | 30 |
| 2.5.3. Operacionalización de la variable | 31 |

| | |
|---|----|
| CAPITULO III: METODOLOGIA | |
| 3.1. Tipo y nivel de investigación | 33 |
| 3.2. Descripción del ámbito de la investigación | 33 |
| 3.3. Población y muestra | 33 |
| 3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos | 34 |
| 3.5. Plan de recolección y procesamiento de datos | 35 |
| | |
| CAPÍTULO IV: RESULTADOS | 36 |
| | |
| CAPÍTULO V: DISCUSION | 40 |
| | |
| CONCLUSIONES | 42 |
| | |
| RECOMENDACIONES | 43 |
| | |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 44 |
| | |
| ANEXOS | |
| Matriz | |
| Instrumento | |

INTRODUCCION

El actuar de enfermería está reflejado en un marco teórico práctico: aplicación del proceso de Atención de Enfermería (PAE) considerado como uno de los principales motores de cambio de la profesión, necesitando documentarlo para hacerlo eficaz, sin evidencias no se puede integrar demostrar su aplicación por tanto no puede ser reconocido como herramienta de trabajo (1)

En el Perú la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería es considerada como instrumento de evaluación de la eficiencia, eficacia y efectividad del trabajo de enfermería. La obligatoriedad de su aplicación, responde en Ultimas tiempos a exigencias de carácter legal establecida en la “ley del trabajo de la enfermera” Ley N^o 27669, la exigencia institucional responde a los indicadores publicados en el manual de indicadores hospitalarios PERU /MINSAL/01/004&2001 MINSAL (Ministerio de Salud) y a obligatoriedad profesional lo sustenta por el hecho de que el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) se enseña en toda la formación profesional de enfermería convirtiéndose en eje transversal e integrador del plan curricular.(2)

Bajo este contexto es necesario e imprescindible que las enfermeras tengan un elevado nivel de conocimiento y competencia científica sobre el Proceso de Atención de Enfermería y este a su vez sea evidenciado en las anotaciones de enfermería.

El presente estudio de investigación está estructurado en tres capítulos:

Capítulo I: planteamiento del problema de investigación, determinación del problema, formulación del problema, delimitación de los objetivos, objetivo general, objetivos específicos, justificación importancia y alcances de la investigación.

Capítulo II: El Marco teórico, antecedentes del estudio, en ámbito nacional como internacional, bases teóricas, definición de términos utilizados, sistema de hipótesis, variable, dimensiones e indicadores.

El Capítulo III: tipo de investigación, población e instrumento de recolección de datos. Finalmente la referencia bibliográfica y los anexos

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 . PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Hoy en día la sociedad de competencia y desarrollo por aspectos estructurales basados en la modalidad de producción, exige profesionales con mayores capacidades, sabré todo en el campo de la salud. Entre los profesionales de la salud, la profesión de enfermería es la única cuyo objetivo, es el cuidado de la persona en su totalidad, la cual interactúa como sujeto de atención. (3)

La profesión de enfermería utiliza el método científico, a través del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), herramienta que le permite desarrollar conocimientos actualizados, habilidad y destrezas en la atención integral del paciente en sus áreas biopsicosocial y espiritual, en el marco del proceso, salud-enfermedad, la cual brinda un juicio independiente, competencia, habilidad para la toma de decisiones, a través de un diagnóstico que se realiza al interpretar las respuestas humanas, en donde se identifican problemas reales y potenciales permitiendo el desarrollo de los cuidados de enfermería con juicio crítico. (4)

En ese sentido el rol que ejerce el profesional de enfermería en el equipo de salud es importante por la calidad de cuidados que brinda; la

enfermería es una profesión reconocida internacionalmente, definida por diversos autores (Nightingale 1860, Henderson 1960, Leininger 1978; entre otros), así como diferentes Organismos Internacionales (Organización Mundial de la Salud 1966, Organización Internacional del Trabajo 1976). Cabe resaltar que las teorías y modelos existentes tienen en cuenta cuatro aspectos que son la persona, el entorno, el cuidado, la salud. (3)

Enfermería es un profesional que a lo largo de su formación adquiere competencias tanto científicas como técnicas para brindar cuidado y ayuda al individuo, familia y/o comunidad, siendo la esencia de su trabajo el cuidado, la protección de la vida, la reflexión y el objeto del conocimiento (el saber y hacer de enfermería), por lo que el ejercicio de esta profesión es dinámico debiendo responder a las necesidades cambiantes de los individuos quienes demandan cuidados de acuerdo a sus necesidades tomándolo como un ser único y con necesidades individuales propias del proceso salud-enfermedad. (5)

Sin embargo, en la experiencia laboral en la Clínica Geriátrica del Ejército, se observa que el profesional de enfermería, no registra la aplicación del PAE, a pesar de contar con una taxonomía de diagnósticos para la prestación de los cuidados en el quehacer profesional, basado en el método científico.

En la situación actual cuando hablamos de cuidados nos preguntamos, ¿la aportación y el producto escrito de enfermería es realizado correctamente? ¿Utiliza en la redacción el método científico? ¿La redacción y la estructura de las notas de enfermería evidencian la inclusión del Proceso de Atención de Enfermería en su cuidado?

1.2.- FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

¿Cuál es el nivel de Conocimiento de las enfermeras, sobre el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y su inclusión en las notas de enfermería en la Clínica Geriátrica del Ejército en el año 2015?

1.3. DELIMITACION DE LOS OBJETIVOS:

1.3.1. OBJETIVO GENERAL.

Determinar el nivel de conocimiento que tienen las enfermeras sobre el Proceso de Atención de Enfermería y su inclusión en las notas de Enfermería en la Clínica Geriátrica del Ejército, marzo-julio 2015

1.3.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar el grado de conocimiento de las enfermeras sobre el proceso de Atención de Enfermería y su inclusión en las notas de Enfermería en la Clínica Geriátrica del Ejército, marzo-julio 2015.

Determinar si el Proceso de Atención de Enfermería se registra un las anotaciones de enfermería y su inclusión en las notas de Enfermería en la Clínica Geriátrica del Ejército, marzo-julio 2015.

1.4. JUSTIFICACIÓN, IMPORTANCIA Y ALCANCES DE LA INVESTIGACIÓN.

El presente estudio se realiza, para evidenciar el criterio científico, elevar el nivel profesional, el reconocimiento social y fundamentalmente para evidenciar la calidad de atención que la enfermera profesional brinda al paciente, familia y comunidad, motivo por el cual es necesario la inclusión del PAE en las notas de enfermería, por que permitirá el reconocimiento del trabajo autónomo de la enfermera, en medida que mejora la atención global y un posicionamiento dentro del equipo de salud.

La exigencia institucional responde a los indicadores publicados en el manual de indicadores hospitalarios Perú/MINSA/OGE/01/004&2001 MINSA (Ministerio de Salud), en el que se considera el porcentaje de diagnosticas de enfermería registrada y a la calidad de registros de enfermería como indicadores del cuidado enfermero. (2)

La exigencia profesional se sustenta pero el hecho de que el PAE se enseña en todas la formación profesional de las enfermeras convirtiéndose en un eje transversal e integrador del plan curricular, se deben que en cada etapa del proceso educativo de las enfermeras se enfatiza, se profundiza el PAE para lograr su comprensión, entendimiento, análisis y aplicación. (5).

Entre otros beneficios como de Investigación, Docencia, estadísticas, parámetros de calidad, etc. Par lo tanto se asume que es importante enfatizar que el actuar de enfermería no puede mejorar sino hasta que la responsabilidad científica se convierta en parte de su actuar diario, plasmado en una documentación adecuada y eficaz.

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL.

Lic. Elina Edith García Diplomada en Educación Médica

“Conocimiento y Aplicación del Proceso Enfermero en Cursantes de Licenciatura en Enfermería de la Escuela Superior de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires. Olavarría /2011”

La consolidación paulatina de la Enfermería como disciplina científica y los desarrollos conceptuales que la sustentan, son fruto de la investigación y su articulación dinámica con las prácticas de cuidado en diversos escenarios a lo largo del ciclo vital de las personas.

La disciplina Enfermería posee un cuerpo de conocimientos propios y una identidad profesional en desarrollo. Si bien la trayectoria investigativa es joven aún, avanza en aspectos relacionados con la educación y el desarrollo de estrategias y metodologías propias de la profesión.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es la metodología científica del quehacer profesional, es un proceso intelectual y deliberado, estructurado de acuerdo a una serie de etapas,

ordenadas lógicamente, que se utilizan para planificar cuidados personalizados, dirigidos a procurar el mayor bienestar de la persona atendida.

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

En los últimos años la enseñanza y aplicación del PAE se considera un instrumento que fomenta la innovación y creatividad en la solución de problemas, beneficiando no sólo el estado de salud del usuario del sistema (individuo, familia, grupo, comunidad) sino al propio enfermero, pues le permite incrementar la profesionalización.

La utilización de un método científico de trabajo en enfermería exige aplicar la base teórica como fundamento de las decisiones que se toman al momento de brindar cuidado y ayuda; guía el ejercicio de la práctica clínica; permite organizar pensamientos, observaciones e interpretaciones y asegura la calidad de la prestación. Asimismo, permite evaluar el resultado de las intervenciones realizadas. Por último, exige del profesional, el desarrollo de capacidades intelectuales, técnicas e interpersonales, para satisfacer las necesidades de las personas(6).

Jesús González Sánchez. Aplicación del proceso de atención de enfermería a la salud laboral Med. Secur.

Trab. vol.57 no.222 Madrid ene./mar. 2011 Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. MC-Prevención. Salamanca. España.

La salud laboral, es uno de los campos en los que tiene su actuación el Proceso de Atención de Enfermería, pues nos hallamos en un ámbito profesional de prestación de cuidados y atención a los pacientes, en este caso a los trabajadores. Su aplicación va a suponer la utilización del método científico por parte del Enfermero del Trabajo a su praxis diaria, abarcando para ello cinco áreas de actuación: preventiva, asistencial, docente e investigadora, administrativa y gestora. El objetivo fundamental de la aplicación de esta herramienta enfermera de trabajo, será el de constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del trabajador que acude a un servicio de prevención, mejorando la eficiencia y la eficacia del trabajo y favoreciendo una curación más fácil y rápida. Esta aplicación es ciertamente novedosa, pues tratamos un esquema tradicional y consensuado de Enfermería, sobre una nueva especialidad en la salud laboral.

Palabras clave: proceso de atención enfermera, salud laboral, enfermería del trabajo, diagnóstico de enfermería, plan de cuidados, prevención.

Conclusiones

El Proceso de Atención de Enfermería, tiene aplicación en todas y cada una de sus etapas en el ámbito de la salud laboral, favoreciendo:

- El Enfermero del Trabajo, como especialista del ámbito de la salud, viene obligado a realizar sus funciones enfermeras, acorde al grado de diligencia exigible a una mayor cualificación profesional.
- Continuidad de la atención al trabajador, puesto que la característica dinámica de este Proceso de Atención de Enfermería, obliga a trabajar sobre las situaciones nuevas que

puedan afectar al trabajador, así como conocer los progresos o recaídas de forma inmediata, evitando sorpresas desagradables tanto para la Enfermero del Trabajo como para el trabajador.(7

2.1.2. EN EL ÁMBITO NACIONAL

Al revisar la literatura se ha encontrado algunos estudios relacionados:

Cecilia Dolores Cerquin Saldarriaga” Nivel de aplicación del proceso de enfermería por los internos de enfermería UNMSM Lima- Perú 2005”

El presente trabajo de investigación, tuvo como objetivo general identificar el nivel de aplicación del Proceso de Atención de Enfermería por los Internos de Enfermería en una situación simulada; y como objetivos específicos: determinar el nivel de aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en la formulación de diagnósticos de enfermería; determinar el nivel de aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en la formulación de los objetivos, y determinar el nivel de aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en la formulación de las acciones; en una situación simulada.

El tipo de investigación fue cuantitativa, método descriptivo simple; se desarrolló en los diferentes establecimientos de salud. La población estuvo conformada por 86 internos. La muestra fue obtenida por el método aleatorio simple, constituyendo de 42 internos. El instrumento fue un caso clínico; que comprendió en la primera parte los datos generales y en la segunda parte la situación simulada con la primera fase del Proceso de Atención de Enfermería, la valoración; en la segunda fase, el diagnóstico de enfermería, donde los internos escribieron los diagnósticos, y el planeamiento de enfermería (objetivos y acciones). La técnica fue de simulación. Se determinó tres niveles: óptimo, regular y

deficiente, según la Escala de Stanones. Los resultados fueron: que 15 (36%) tuvieron un nivel de aplicación óptimo, 18 (43%) un nivel regular y 9 (21%) un nivel deficiente, éstos en relación a la aplicación del Proceso de

Atención de Enfermería. En referencia a la formulación de los objetivos y acciones, en cuanto a los ítems de regular y deficiente aplicación está referido a la formulación de los objetivos y acciones. En relación al nivel de formulación de diagnósticos, 18 (43%) tuvieron un nivel óptimo; 16 (38%) regular y 8 (19%) deficiente, referido a la formulación de tres o menos diagnósticos, los cuales no eran claros, ni reunían adecuadamente la agrupación de los datos presentados. En la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería – Plan de Intervención –

Objetivos, 13 (31%) tuvieron un nivel óptimo; 17 (40%) regular y 12 (29%) deficiente, referido a la formulación de tres o menos objetivos y sin sujeto, y ni criterio de evaluación. En relación a la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería – Plan de Intervención – Acciones, 15 (36%) tuvieron un nivel óptimo, 18 (43%) regular, 9 (21%) deficiente, referidas a la formulación de cuatro a menos acciones priorizadas y necesarias frente a las necesidades del paciente. Las conclusiones fueron; que los internos de enfermería obtuvieron un nivel regular en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería; referidos a la formulación de objetivos y; en la formulación de Diagnósticos obtuvieron un nivel óptimo; en la formulación del plan de intervención de enfermería – objetivos un nivel regular, referidos a la formulación de tres objetivos con sus respectivas características; y en el plan de acciones de Enfermería un nivel regular, referidos a la formulación de cuatro acciones priorizadas y necesarias.

Palabras claves: Proceso de enfermería, nivel, aplicación, internos.

Graciela Maura Moreno Chávez, estudio sobre “Características de las Anotaciones de Enfermería e Importancia que le conceden las Enfermeras en la Atención del Paciente en el Hospital General de Lima ex Empleado-IPSS”, en Lima en el año 2004. Con el objetivo de establecer la importancia que conceden las enfermeras de un Hospital General de Lima a las Anotaciones. La población estuvo constituida por 12 enfermeras de tres servicios de medicina, y 100 anotaciones de Enfermería. El método fue el exploratorio y el instrumento fue el cuestionario. Entre las conclusiones más importantes entre otros tenemos:

Las Anotaciones de Enfermera son referidas al estado del paciente, son poco significativas e incompletas.

“Las Enfermeras están consientes de la importancia y utilidad de las Anotaciones de Enfermería para la identificación de problemas del paciente y su mejor tratamiento lo que contradice las conclusiones encontradas”...

Patricia Martnez e Isabel Sarria, realizo un estudio sobre “Labor de la enfermera Asistencial y las Anotaciones de Enfermera en los servicios de Medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza”, en Lima en el año 2004, con el objetivo de identificar el tipo de Anotaciones que realizan las Enfermeras en los Servicios de Medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, la población estuvo constituida por 25 enfermeros y 108 anotaciones de enfermera. El método empleado fue el descriptivo-analítico, el instrumento empleado fue el cuestionario, entre las conclusiones más importantes tenemos:

- Se realizan con menor frecuencia y no expresan los cuidados brindados
- Se caracterizan por ser apreciaciones generales.

Margarita Natividad Jatabe Castañeda; realizó un estudio sobre “Actualización de conocimientos de las Enfermeras acerca del Proceso de Atención de Enfermería e importancia que le conceden como metodología de trabajo”; en Lima, año 2001, El cual tuvo como objetivo, identificar los conocimientos acerca del Proceso de Enfermería y determinar si las enfermeras actualizan sus conocimientos acerca del Proceso de Atención de Enfermería. El método que utilizó fue el descriptivo - exploratorio. La población estuvo conformada por las enfermeras generales de los servicios de medicina, cirugía y especialidades. La muestra fue obtenida mediante el azar simple representada por 39 enfermeras. El instrumento fue el cuestionario y lista de chequeo, y la técnica fue la encuesta y la observación. Las conclusiones a las que llegó entre otras fueron que el mayor porcentaje de las enfermeras tienen nociones acerca del Proceso de Enfermería, pero no lo están aplicando en la atención al paciente, según las observaciones de las anotaciones, el kardex y el reporte de enfermería; las enfermeras actualizan sus conocimientos acerca del Proceso de Enfermería utilizando diferentes medios, el cual es reforzado por su trabajo diario.

2.2. BASES TEORICAS

2.2.1. EL CONOCIMIENTO.- “El conocimiento es la suma de hechos y principios que se adquieren y retiene a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizajes del sujeto. El aprendizaje se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y continua hasta la muerte, originando cambios en el proceso de pensamientos, acciones o actividades”. (8)

Estos cambios son observables en la conducta del individuo y las actitudes frente a problemas de la vida diaria, estas conductas irán cambiando conforme aumenten los conocimientos sumado

con la importancia que se le de a lo aprendido y se lleve a cabo a través de dos formas:

La Informal: Mediante las actividades ordinarias de la vida, es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud-enfermedad complementándose con otros medios de información.

La formal: Es aquella que se imparte mediante los conocimientos científicos en las escuelas donde se organizan mediante un plan curricular. (7)

En la formación del conocimiento la persona forma ideas y desarrolla pensamientos sobre la realidad y, en esa medida, va formando un conocimiento de dicha realidad. Al respecto el psicólogo Kolb quien asume como eje las experiencias, las cuales pueden ser preceptuales o sensoriales (cuando se originan en los objetos concretos que rodean al hombre), vivenciales (si son producto de la percepción subjetiva del sujeto con respecto a una situación vivida) o racionales (si es producto del razonamiento del sujeto). (8)

Con la finalidad de tener un sustento científico para el presente tema a investigar, a continuación se presenta la base teórica:

El Conocimiento es considerado como la información o secuencia de señales combinadas según unas determinadas reglas y cuya transmisión de un emisor a un receptor modifica el estado de este último. En el proceso del conocimiento, el hombre adquiere saber, conceptos acerca de los fenómenos reales, toma conciencia del mundo circundante. (9)

Estos reconocimientos se utilizan en la actividad práctica para transformar el mundo, para subordinar la naturaleza y a las necesidades de las personas. El conocimiento y la transformación práctica de la naturaleza y de la sociedad, son dos pautas de un

mismo proceso histórico que se condicionan y se compenetran recíprocamente. (8)

2.2.2. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:

Es un método sistemático de resolución de problemas que proporciona el personal de enfermería a los pacientes, a través de los cuidados personalizados en cualquier estado de salud. (10)

2.2.3. SEGÚN LAS TEORIAS DE ENFERMERIA

Según Florencia Nightingale en 1859, la define como:

“... aquello que se encarga de la salud personal de alguien... y lo que la enfermería tiene que hacer... es poner al paciente en la mejor condición para que la naturaleza actúe sobre el.” (11)

Virginia Henderson, en 1961 lo define como:

“...ayuda al individuo sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a morir en paz) que el individuo realizaría por si mismo en caso de tener las fuerzas, los deseos o los conocimientos necesarios”. (12)

Rogers en 1970 describe:

“...la enfermería como un arte y una ciencia, identifica la existencia de una única base de conocimientos que surge de la investigación científica y del análisis lógico, y que es capaz de trasladarse a la práctica de enfermería”. (13)

Según Teodosia Contreras señala:

“... el Proceso de Enfermería es la aplicación de la resolución científica de problemas en el quehacer de enfermería.... en el cual se hace uso de capacidades cognoscitivas y técnicas interpersonales, a través del cual se identifican los problemas del

usuario, se planifican y ejecutan las acciones que son evaluadas en forma sistemática y continua a fin de que ellas sean adecuadas y eficaces....” (14)

Es así que, a pesar de existir muchas definiciones del Proceso de Enfermería por diferentes autores, todas coinciden en señalar que el Proceso de Enfermería es la base esencial para la atención del individuo sano u enfermo, el cual requiere de cuidados y éstos sólo se basan en una atención adecuada que puede brindar el profesional de Enfermería realizando en cada una de sus intervenciones una atención con fundamento científico y no empíricamente; pues la característica esencial de Enfermería es aplicar sus conocimiento buscando la mejora del individuo. (10)

2.2.4.- ORIGENES DEL PAE.

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

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. (15)

2.2.5.- OBJETIVO PRINCIPAL DEL PAE.

El objetivo principal del proceso de atención de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

También:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, la familia y la comunidad.

- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.(10)

2.2.6. VENTAJAS DEL PAE: La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, al cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, al proceso enfermero define al campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; al cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermo se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad. (10)

2.2.7. CARACTERÍSTICAS DEL PAE.

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar a área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyan ciencias y humanidades.(16)

2.2.8. ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:

Valoración:

Es la primera fase se proceso de atención de enfermería, consiste en un recojo de datos de manera sistemática para determinar el estado de salud actual de un paciente, los patrones de adaptación, las respuestas a las alteraciones actuales, las respuestas al tratamiento de enfermería y médica.

La valoración puede ser:

- Directa: con una comunicación eficaz hacia el paciente.
- Indirecta: por otros medios se consigue información del estado de salud del paciente, entre ellos tenemos a la familia, equipo de salud y las historias clínicas

Los instrumentos usados en la valoración son:

- Observación; es la percepción de objetos, sucesos y procesos dirigidos y controlada metódicamente; la observación es el método fundamental de obtención de datos.
- Entrevista, consiste en el primer contacto con el individuo teniendo presente que en toda entrevista existe una introducción, cuerpo y cierre.
- Examen Físico, consiste en la inspección (ver), auscultación (oír con el estetoscopio los ruidos cardiacos, respiratorios e intestinales), palpación (tocar), percusión (palpar).
- Registros de Enfermería, se indica la fecha de ingreso, como ingresa el paciente, enfermedades sufridas, antecedentes personales, alergias, aspecto físico, hidratación, alimentación, eliminación, higiene, estado de conciencia entre otros.

Validación de datos: Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Esto es la debemos

aseguramos de que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones.

Organización de los datos: En esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo ms habitual de organiza los datos es por necesidades humanas (Maslow, 1972), o por patrones funciones (Gordon, 1987), etc. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información.(10)

Documentación y registro de la valoración: Las normas que Iyer (19089), establece para la correcta anotación de registró en la documentación son:

- Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información sujeta que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
- Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos normal, regular, etc.
- Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma tamaño, etc.
- La anotación debe ser clara y concisa.
- Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.
- Las anotaciones serán correteas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común.(10)

Diagnóstico de Enfermería:

Es un juicio clínico de las respuestas del individuo, familia y comunidad a los procesos vitales o problemas reales, para realizar la intervención y conseguir resultados finales que son de responsabilidad de enfermería.

Según Margarita Jatabe:

“El diagnóstico de Enfermería es una interpretación basada en los conocimientos científicos de la enfermera”.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

1. Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
2. Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
3. Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.
4. Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.(17)

Tipos de diagnósticos:

Existen cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

- Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición, características que lo definen y factores relacionados.
- Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. La descripción del estado de salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes:
 - Posible: son enunciados que describen un problema probable para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes:
 - De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición. No contiene factores relacionados. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la educación para la salud.

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

- Unir el Problema con la etiología o factores causales o relacionados utilizando " relacionado con", " mejor que", "debido a" o "causado por". No necesariamente hay una relación causa-efecto directa.
- La primera parte del diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal. (claro y conciso).

- Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el paciente.
- Evitar invertir el orden de las partes del diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del diagnóstico.
- No indique el diagnóstico de Enfermería como si fuera un diagnóstico médico.
- No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.
- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.
- Debe ser la agrupación del análisis de datos, la identificación del problema y la formulación de enunciados de acuerdo al tipo de diagnóstico y problema.
- Utilizar enunciados que orienten a las intervenciones de enfermería.
- Utilizar términos comprensibles en general por otros profesionales.

Para establecer correctamente el diagnóstico de enfermería hay que evitar hacer juicios de valor y tener presente que el ser humano es un ente integral, de manera que la insatisfacción de una necesidad repercute a menudo en otras. (18)

Planificación de los cuidados de enfermería

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones, potenciales y los diagnósticos de Enfermería, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero.

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o

eliminar los problemas detectados.

La atención de enfermería se basa en principios, más que en la aplicación de técnicas sistemáticas o estándar, los conocimientos científicos en que se fundamenta aumentan las técnicas y procedimientos de atención.

La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989).(19)

Etapas en el plan de cuidados.

- 1) Establece prioridades en los cuidados Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad rara vez pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, de materiales y recursos humanos.
- 2) Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.
- 3) Elaboración de las actuaciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos.
- 4) Documentación y registro es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, que problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario su uso nos facilitará aun más la relación terapéutica.(19)

Ejecución:

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en practican el plan de cuidados elaborado.

Consiste en la resolución de los problemas ejecutados a través de las actuaciones de enfermería. Se resume en realizar, delegar, registrar las acciones de enfermería.

Para realizar la ejecución se requiere de tener una preparación cuidadosa de las intervenciones a realizar y la facultad de poder ejecutarlas, para ello es necesario una asistencia a las actividades diarias (asesoramientos, educación, prevención, interpersonales, técnicos), con nivel asistencial (cuidados totales, de ayuda).

La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería
- Dar los informes verbales de enfermería.
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

Intervención de enfermería: son acciones autónomas basadas en fundamentos específicos. Las actuaciones de enfermería son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problemas, inician con un verbo en acción, luego el contenido y el tiempo.

Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo

hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

En la elaboración de actividades han de tenerse presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento; también hay que tener en cuenta, los recursos humanos, en la cantidad y la calificación de los distintos estamentos que van a intervenir y también influyen los recursos financieros.

Registro de la intervención: permite orientar en la priorización de los problemas del paciente, facilita, garantiza la continuidad en la atención y demuestra el complejo rol de enfermería como personal profesional. (20)

Evaluación:

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios que valora la enfermería son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).(21)

El proceso de evaluación consta de dos partes:

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnostico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado).

Determina si el paciente mejora, se deteriora o permanece estable, se realiza comparando los resultados observados con los resultados esperados.

Para un efectivo proceso de evaluación se requiere:

- Identificación de objetivos, resultados esperados y datos basales.
- Obtención de respuestas, mediante la inspección, palpación, medición e interpretar la información del paciente.
- Enjuiciamiento de la consecución de objetivos, se realiza por ser objetivos alcanzados, parcialmente alcanzados u objetivo no alcanzado.
- Extracción de conclusiones, si se han logrado los objetivos se llega a concluir que el problema real o potencial u actual ha sido solucionado, pero si no se han alcanzado los objetivos pueden ser que el plan de cuidados requiere de una revisión o darle más tiempo al paciente para lograr los objetivos.
- Revisión y modificación del plan de cuidados, se realiza en base a las conclusiones sobre el estado del paciente empleando el juicio crítico.

De forma resumida y siguiendo a M. Caballero (1989) la evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación a los objetivos marcados
- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como “igual, “poco apetito”, etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica.(22)

2.2.9. ACCIONES DE ENFERMERIA

Las acciones de enfermería son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema (Iyer 1989).(23)

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermas encaminadas al logro de los objetivos. Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares, como se explico anteriormente.(24)

En la elaboración de actividades han de tenerse presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento; también hay que tener en cuenta, los recursos humanos, en la cantidad y la cualificación de los distintos estamentos que van a intervenir con nosotros; también influyen los recursos financieros.

Vamos a ver ahora el tipo de actividades de enfermería, Iyer (1989).

- Dependientes: son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manea en que se ha de llevar a cabo una actuación médica.
- Interdependientes: son aquellas actividades que la enferma lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud.
- Independientes: son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica.(25)

El segundo paso de este método consiste en desarrollar todas las soluciones o alternativas posibles. El éxito de las actuaciones de

enfermería dependerá de la capacidad del profesional para elegir actividades y posteriormente desarrollar las más adecuadas para obtener resultados esperados solución del problema / diagnóstico posible.

Las directrices específicas para los cuidados de enfermería se denominan órdenes de enfermería y se componen de los siguientes elementos, según Iyer (1989):

- La fecha
- El verbo, con los calificativos que indiquen la actuación
- Especificación de quien (sujeto)
- Descripción de que, donde, cuando, como y cuanto
- Las modificaciones a un tratamiento estándar
- La firma

2.2.10. LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA:

Constituyen uno de estos registros ya que aquí se plasman la planeación, ejecución y evaluación de los cuidados que brinda el personal de enfermería, por tanto, en estos registros se evidencian las competencias de la enfermera y la calidad de atención que se brinda en la institución. (26)

Así Perry Potter señala que:

“El registro que realiza el personal de enfermería sobre el paciente constituye un medio de comunicación”... “La documentación de enfermería continua evolucionando viéndose incrementada su importancia, además de ser documentos permanentes, de carácter legal y escrito que comunican información relevante para el tratamiento y rehabilitación del paciente.” (27)

La eliminación de los registros repetitivos y narrativos puede reducir el tiempo total invertido en registros y producir una representación más exacta y útil de la práctica profesional y respuesta del paciente. Un sistema de registro coordinado que integre el proceso de enfermería desde el ingreso hasta el alta, da también a la enfermera una óptima defensa en casos de retos legales o problemas éticos legales.

MARCO LEGAL.

La exigencia de carácter legal esta establecida en la Ley de trabajo de la enfermera (o) en el Art. 7mo dice: corresponde a la enferma el ejercicio de las siguientes funciones:

Brindar cuidado integral de enfermería basada en el proceso de Atención de Enfermería (PAE), asimismo “El Reglamento de la Ley de la Enfermera (o) Decreto Supremo N° 004-2002 S.A. en el Artículo 4to del ámbito de la profesión de enfermería define:

“Cuidado integral de enfermería es el servicio que la enfermera (o) brinda a la persona en todas las etapas de la vida desde la concepción hasta la muerte, incluyendo los procesos de salud, enfermedad, implementando el método científico a través del Proceso de Atención de enfermería (PAE) que garantiza la calidad del cuidado profesional” LEY DEL ENFERMERO N° 27669

Artículo 10°.- Ejercicio de Derechos colectivos.

Las enfermeras(os) pueden ejercer los derechos colectivos reconocidos por el artículo 28° de la Constitución Política y regulados por la Ley de Relaciones Colectivas de Trabajo.

Artículo 11°.- Obligaciones.

La enfermera (o) está obligada(o) a:

- Cumplir los preceptos establecidos en el Código de Ética y Deontología del Colegio de Enfermeras (os) del Perú.
- Conocer y aplicar la legislación de salud vigente y las políticas del

Sector.

- Cumplir con las obligaciones y prohibiciones que establece el Decreto Legislativo N° 276; si labora en el Sector Público y con las normas de la Legislación laboral común, si labora en el sector privado.

Artículo 15°.- Capacitación Complementaria de la Enfermera(o)

La enfermera(o) deberá ser capacitada (o) por su centro laboral con el acreditare académico por año, necesario para su certificación y re certificación, según lo que señale el Reglamento de la presente Ley. Las horas dispuestas para su capacitación a cargo del empleador podrán ser contabilizadas dentro de la jornada laboral, de acuerdo a lo que disponga el Reglamento.

Artículo 16°.- Estudios de Especialización.

La Enfermera(o) tendrá la opción de continuar estudios de especialización en las diferentes áreas de enfermería aprobados por el colegio de Enfermeras(os) del Perú.

Cuando la especialización este solventada por el propio profesional, el empleador podrá otorgar la licencia con o sin goce de haber por el tiempo que duren los estudios de especialización.(28)(29)

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Cuestionario:** Formato que contiene una serie de preguntas que función de la información que se desea obtener y que se responde por escrito.
- **Encuesta:** Método o técnica que consiste en obtener información acerca de un grupo de individuos; esta pues ser oral o escrita.
- **Entrevista:** Técnica caracterizada por la obtención de información mediante una conversación entre el entrevistador y el entrevistado.
- **Muestra:** Es un subconjunto de la población que presenta características semejantes.

- **Población:** Es un subconjunto del universo conformado en atención a un determinado número de variables que se van a estudiar.
- **Análisis:** Descomposición de un todo en sus partes para su estudio.
- **Valoración:** Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como del proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente.
- **Diagnostico** Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo.
- **Ejecución:** La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia.
- **Evaluación:** La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.
- **Empatía:** Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, Cibanal (1991).
- **Calidez:** Es la proximidad efectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal.
- **Respeto:** Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos.
- **Concreción:** Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuo y compartidos de la entrevista. (30)(31).

2.4. HIPÓTESIS.

Si la enfermera tiene un alto nivel de conocimiento sobre del Proceso de Atención de Enfermería, entonces incluirá el Proceso de Atención de Enfermería en las anotaciones de Enfermería en la Clínica Geriátrica del

Ejército Lima - Perú 2015.

2.5. VARIABLES

2.5.1. Definición Conceptual

Conocimiento del Profesional de enfermería sobre Proceso de Atención de enfermería en las etapas de valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación

2.5.2. Definición Operacional

Inclusión de las etapas del proceso de Atención de enfermería en las notas de Enfermería

2.5.3. OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DIMENSION | INDICADOR |
|--|--|---|---|
| Conocimientos del Proceso de Atención de Enfermería. | Conocimiento del Profesional de enfermería sobre Proceso de Atención de enfermería en las etapas de valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación | Valoración Diagnóstico Planificación Ejecución Evaluación | Conoce No conoce Conoce total No Conoce Conoce total No conoce Conoce total No conoce Conoce total No conoce |

| VARIABLE | DEFINICION OPERACIONAL | DIMENSION | INDICADOR |
|--|--|--|---|
| 1. Inclusión del Proceso de Atención de enfermería en las Notas de Enfermería. | Inclusión de las etapas del proceso de Atención de enfermería en las notas de Enfermería | <p>Valoración</p> <p>Diagnostico</p> <p>Planificación</p> <p>Ejecución</p> <p>Evaluación</p> | <p>Incluye No Incluye</p> <p>Incluye No Incluye</p> <p>Incluye No Incluye</p> <p>Incluye No Incluye</p> <p>Incluye No Incluye</p> |

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION.

Su nivel es descriptivo correlacional, puesto que las variables serán descritas y relacionadas, es decir, se darán las características del nivel de conocimientos de las enfermeras sobre el proceso de atención de Enfermería con y su inclusión en las anotaciones de enfermería.

Así mismo es transversal y prospectivo, ya que dicho estudio se realizara en un determinado momento y con datos actualizados, es decir del presente año.

3.2. DESCRIPCION DEL AMBITO DE ESTUDIO

La Clínica Geriátrica Del Ejercito tiene una clasificación de Centros de Atención Geriátrica de Tipo Con Internamiento con dirección en la Av Escuela Militar S/N en el Departamento Lima Provincia Lima Distrito Chorrillos

3.3. POBLACION Y MUESTRA

La población del presente proyecto de investigación, comprende a las 27 enfermeras de la Clínica Geriátrica del Ejército. Al tener una población de estudio reducida no fue necesario seleccionar una muestra, se trabajará

con el 100% de la población; previamente seleccionada según criterios de inclusión y exclusión respectivamente.

Criterio de inclusión:

- Enfermeras que realizan labor asistencial
- Enfermeras contratadas y nombradas
- Enfermeras que Aceptan de participar en el estudio y a través del consentimiento informado.

Criterio de Exclusión

- Enfermeras que realicen labor administrativa
- Enfermeras con licencia
- Enfermeras con descanso medico
- Enfermeras de vacaciones

3.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Considerando la naturaleza del problema y sus objetivos para la recolección de datos, se optó por utilizar el cuestionario y la lista de chequeo, para obtener información necesaria, que permitió tener mayor objetividad de las respuestas y agruparlas en categorías para su análisis.

Cuestionario: La técnica para obtener la información fue la encuesta, con el objetivo de conocer cuál es el nivel de conocimiento sobre el proceso de atención de enfermería del profesional de enfermería y su inclusión en las notas de enfermería. El cuestionario está diseñado con preguntas cerradas y abiertas, con alternativas de múltiple opción. Este instrumento consta de las siguientes partes: Introducción que incluye presentación, objetivos del instrumento, y el contenido propiamente dicho en relación a la variable e indicadores del estudio.

3.5. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

A. Permiso y Coordinación

Para la ejecución del estudio se realizaron los trámites administrativos ante las autoridades correspondientes, mediante un oficio dirigido al encargado del establecimiento de salud. Las entrevistas se realizaron individual. Luego de la aplicación se revisaron cada una de las respuestas correctas e incorrectas.

CAPITULO IV: RESULTADOS

TABLA 1

CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS ENFERMERAS SOBRE EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU INCLUSIÓN EN LAS NOTAS DE ENFERMERÍA EN LA CLÍNICA GERIÁTRICA DEL EJÉRCITO, MARZO- JULIO 2015

| NOTAS DE ENFERMERÍA | CONOCIMIENTO PAE | | | | | | TOTAL | |
|---------------------|------------------|-----|-------|-----|------|-----|-------|------|
| | ALTO | | MEDIO | | BAJO | | | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| Adecuado | 6 | 22% | 2 | 8% | 1 | 6% | 9 | 36% |
| En Proceso | 2 | 8% | 11 | 42% | 2 | 6% | 15 | 56% |
| Inadecuado | 1 | 2% | 1 | 2% | 1 | 4% | 3 | 8% |
| Total | 9 | 32% | 14 | 52% | 4 | 16% | 27 | 100% |

FUENTE: *Elaboración propia*

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 1:

Las enfermeras de la Clínica Geriátrica del Ejército que tienen un nivel de conocimiento Alto del PAE, tienen a su vez un nivel Adecuado en las notas de enfermería en un 22%, las enfermeras que tienen un nivel Medio de conocimiento del PAE, tienen a su vez un nivel En Proceso de las notas de enfermería en un 42% y las enfermeras con un nivel Bajo de conocimiento del PAE tienen a su vez un nivel Inadecuado de las notas de enfermería en un 4%. Encontrándose una relación entre ambas variables.

TABLA 2
CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL PROCESO DE
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA CLÍNICA GERIÁTRICA DEL
EJÉRCITO, MARZO-JULIO 2015.

| CONOCIMIENTO PAE | N° | Porcentaje |
|-------------------------|-----------|-------------------|
| Alto | 9 | 32% |
| Medio | 14 | 52% |
| Bajo | 4 | 16% |
| Total | 27 | 100% |

FUENTE: *Elaboración propia*

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 2:

Las enfermeras de la Clínica Geriátrica del Ejercito, tienen un nivel de conocimiento Alto del PAE, en un 32%, nivel Medio en un 52% y nivel Bajo en un 16%.

TABLA 3
NOTAS DE ENFERMERÍA EN LA CLÍNICA GERIÁTRICA DEL EJÉRCITO,
MARZO-JULIO 2015.

| NOTAS DE ENFERMERIA | N° | Porcentaje |
|----------------------------|-----------|-------------------|
| Adecuado | 9 | 36% |
| En Proceso | 15 | 56% |
| Inadecuado | 3 | 8% |
| Total | 27 | 100% |

FUENTE: *Elaboración propia*

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 3:

Las notas de enfermería que se realizan en la Clínica Geriátrica del Ejército, en un nivel Adecuado 36%, en el nivel En Proceso 56% y nivel Inadecuado en un 8%.

PRUEBA DE HIPOTESIS

Prueba de la Hipótesis General:

Ho: No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre el Proceso de Atención de Enfermería y la inclusión en las anotaciones de Enfermería en la Clínica Geriátrica del Ejército Lima - Perú 2015.

H1: Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre el Proceso de Atención de Enfermería y la inclusión en las anotaciones de Enfermería en la Clínica Geriátrica del Ejército Lima - Perú 2015.

Ho ≠ H1

$\alpha=0,05$ (5%)

Tabla 4: Prueba de Hipótesis General mediante la R de Pearson

| | | Conocimiento PAE | Anotaciones |
|------------------|------------------------|------------------|-------------|
| Conocimiento PAE | Correlación de Pearson | 1 | ,913** |
| | Sig. (bilateral) | | ,000 |
| | N | 27 | 27 |
| Anotaciones | Correlación de Pearson | ,913** | 1 |
| | Sig. (bilateral) | ,000 | |
| | N | 27 | 27 |

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 4:

Aplicando la técnica del programa estadístico SPSS v.21, el valor de la R de Pearson obtenido fue de 0,927, lo cual nos indica que existe una relación significativa con un valor $p<0,05$.

Siendo cierto que: Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre el Proceso de Atención de Enfermería y la inclusión en las anotaciones de Enfermería en la Clínica Geriátrica del Ejército Lima - Perú 2015.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

OBJETIVO GENERAL

En relación al Objetivo General, se buscó determinar la asociación entre el conocimiento del PAE y las notas de enfermería en la Clínica Geriátrica del Ejército, encontrándose que las enfermeras que tienen un nivel de conocimiento Alto del PAE, tienen a su vez un nivel Adecuado en las notas de enfermería en un 22%, las enfermeras que tienen un nivel Medio de conocimiento del PAE, tienen a su vez un nivel En Proceso de las notas de enfermería en un 42% y las enfermeras con un nivel Bajo de conocimiento del PAE tienen a su vez un nivel Inadecuado de las notas de enfermería en un 4%. Encontrándose una relación entre ambas variables. Coincidiendo con García (2011) En los últimos años la enseñanza y aplicación del PAE se considera un instrumento que fomenta la innovación y creatividad en la solución de problemas, beneficiando no sólo el estado de salud del usuario del sistema (individuo, familia, grupo, comunidad) sino al propio enfermero, pues le permite incrementar la profesionalización. La utilización de un método científico de trabajo en enfermería exige aplicar la base teórica como fundamento de las decisiones que se toman al momento de brindar cuidado y ayuda; guía el ejercicio de la práctica clínica; permite organizar pensamientos, observaciones e interpretaciones y asegura la calidad de la prestación. Asimismo, permite evaluar el resultado de las intervenciones realizadas. Por último, exige del profesional, el desarrollo de capacidades intelectuales, técnicas e interpersonales, para satisfacer las necesidades de las personas.

OBJETIVO ESPECIFICO 1

En relación al Objetivo Específico uno, se buscó determinar el nivel de conocimiento del PAE, encontrándose que las enfermeras de la Clínica Geriátrica del Ejército, tienen un nivel de conocimiento Alto del PAE, en un 32%, nivel Medio en un 52% y nivel Bajo en un 16%. Coincidiendo con Cerquin (2005) cuyas conclusiones fueron; que los internos de enfermería obtuvieron un nivel regular en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería; referidos a la formulación de objetivos y; en la formulación de Diagnósticos obtuvieron un nivel óptimo; en la formulación del plan de intervención de enfermería – objetivos un nivel regular, referidos a la formulación de tres objetivos con sus

respectivas características; y en el plan de acciones de Enfermería un nivel regular, referidos a la formulación de cuatro acciones priorizadas y necesarias. Coincidiendo además con Moreno (2004) Entre sus conclusiones más importantes entre otros tenemos: Las Anotaciones de Enfermera son referidas al estado del paciente, son poco significativas e incompletas. “Las Enfermeras están consientes de la importancia y utilidad de las Anotaciones de Enfermería para la identificación de problemas del paciente y su mejor tratamiento lo que contradice las conclusiones encontradas”.

OBJETIVO ESPECIFICO 2

Con respecto al Objetivo Específico dos, se buscó determinar las notas de enfermería, encontrándose que las enfermeras realizan en la Clínica Geriátrica del Ejercito, en un nivel Adecuado 36%, en el nivel En Proceso 56% y nivel Inadecuado en un 8%. Coincidiendo con Martínez y Sarria (2004) entre las conclusiones más importantes tenemos: Se realizan con menor frecuencia y no expresan los cuidados brindados. Se caracterizan por ser apreciaciones generales. Coincidiendo además con Jatabe (2001) cuyas conclusiones a las que llegó entre otras fueron que el mayor porcentaje de las enfermeras tienen nociones acerca del Proceso de Enfermería, pero no lo están aplicando en la atención al paciente, según las observaciones de las anotaciones, el kardex y el reporte de enfermería; las enfermeras actualizan sus conocimientos acerca del Proceso de Enfermería utilizando diferentes medios, el cual es reforzado por su trabajo diario.

CONCLUSIONES

PRIMERO

La presente investigación tiene como título: nivel de conocimiento sobre el Proceso de Atención de Enfermería y la inclusión en las anotaciones de Enfermería en la Clínica Geriátrica del Ejército Lima - Perú 2015. Encontrándose entre sus resultados que existe una relación significativa entre el conocimiento del PAE y las anotaciones de enfermería, encontrándose además que esta relación es directa, por cuanto a mayores niveles de conocimiento mejores serán las anotaciones, considerando la importancia de realizar las notas de enfermería de todo el PAE, porque permitirá observar, diagnosticar y tratar en base a esos registros. Se comprobó estadísticamente mediante la R de Pearson con un valor de 0,913 y con un nivel de significancia de valor $p < 0,05$.

SEGUNDO

El nivel de conocimiento del PAE, encontrándose que las enfermeras de la Clínica Geriátrica del Ejército, tienen un nivel de conocimiento Alto del PAE, en mayor porcentaje, seguido del nivel Medio y en menor porcentaje nivel Bajo.

RECOMENDACIONES

PRIMERO

Promover una intervención educativa, talleres, seminarios, charlas, jornadas de intercambio de experiencias acerca de la aplicación del PAE, en las enfermeras de la Clínica Geriátrica del Ejército, desde los fundamentos epistemológicos de la profesión, para lograr una práctica de enfermería basada en el cuerpo de saberes propio de la profesión y se logrará generar y reforzar el conocimiento para la ciencia de enfermería.

SEGUNDO

Promover la práctica de las anotaciones de enfermería, protocolizando el contenido de estas según la complejidad del estado del paciente e incentiven el interés del personal a través de un programa de reconocimiento a la calidad de las anotaciones de enfermería.

TERCERO

Promover la constitución de equipos de enfermería que formulen guías y formatos sobre las anotaciones de enfermería, que simplifiquen el tipo de registros según el grado de complejidad del cuidado del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Iyer, Patricia y Tappich, Bárbara. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. 2da Edición. España. Edit. McGraw Hill Interamericana. 1993.
- (2) COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERU: Ley de Trabajo del Enfermero N°27669. Lima - Perú. Pineda, De Alvarado, De Canales.
- (3) Metodología de la Investigación. 2da Edición. Washington, DC – E.U.A. Edit. Organización Panamericana de la Salud. 1994.
- (4) IYER, O. Proceso de Enfermería. Interamericana. México. 1990.
- (5) Cecilia Dolores Cerquin Saldarriaga” **Nivel de aplicación del proceso de enfermería por los internos de enfermería UNMSM** Lima- Perú 2005
Marguillas cinco, R/Fierro Barrabes, G/Masip Vasalles, /L Sotes García, L “El proceso de atención de enfermería (PAE)”.
- (6) Lic. Elina Edith García Diplomada en Educación Médica
Conocimiento y Aplicación del Proceso Enfermero en Cursantes de Licenciatura en Enfermería de la Escuela Superior de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires. Olavarría /2011
- (7) **Jesús González Sánchez.** Aplicación del proceso de atención de enfermería a la salud laboral Med. segur. trab. vol.57 no.222 Madrid ene./mar. 2011
- (8) Medina Luís. El conocimiento de Enfermería y la práctica reflexiva. Diciembre. 1993.
- (9) Martina Chávez, Martha; García Cribilleros, Nelly; y otros. Apuntes sobre Bioestadística. Facultad de Medicina. Departamento Académico de Medicina Preventiva y Salud Pública. Lima –Perú. 2002.
- (10) Marguilles Cinco, R/Fierro Barrabes, g/Masip Vasalles, / Sotes García, “El proceso de atención de enfermería (PAE)

- (11) Florence Nightingale (1990): Notas sobre Enfermería. ¿Qué es y qué no es?, Masson – Salvat Enfermería, Barcelona.
- (12) Virginia Henderson en su obra titulado “Definición de enfermería”. Paciente, persona que necesita ayuda para lograr la autosuficiencia, Señaló 14 necesidades humanas básicas. en 1955
- (13) MARTHA ROGERS en su obra titulada “Seres humanos unitarios”. Influenciada por teoría general de los sistemas y teoría de los campos. en 1970
- (14) R. L. Wesley (1997): Teorías y modelos de enfermería. McGraw-Hill Interamericana, México.
- (15) Juana Hernández Conesa (1995): Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería, McGraw-Hill Interamericana, Madrid.
- (16) Antonio Jesús Valenzuela Rodríguez, Sixto Canara Anguita, “La identificación de nuestra profesión”
- (17) Jatabe Castañeda, Margarita Natividad. Actualización de conocimientos de las Enfermeras acerca del Proceso de Atención de Enfermería e importancia que le conceden como metodología de trabajo. En Tesis para optar el grado de Licenciada. Lima – Perú. 1987.
- (18) Iyer, Patricia y Tapptich, Bárbara. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. 2da Edición. España. Edit. McGraw Hill Interamericana. 1993.
- (19) FRETTEL Verónica. Evaluación de las anotaciones de Enfermería durante los años 2000-2002 en el servicio de Neurología del HNGAI.
- (20) Sindicato Base de Enfermeras (os). Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Curso de Actualización. Nuevas Perspectivas en la Atención de Enfermería. Lima –Perú. 2003.
- (21) Griffith y Christensen en su obra titulada “La eficacia y la efectividad de las actuaciones”, en el año 1,982.
- (22) Verónica Behn, Pilar Zapatero, rina Aguayo, Ximena Basso, Patricia Cid, Julia Ramírez, Matilde Torruella, “La clasificación internacional para la práctica de enfermería (CIPE).

- (23) Bervely Witter DuGaS. Tratado de Enfermería Práctica. 4ta Edición Revisada. México. Edit. Mc Graw Hill Interamericana. 2000.
- (24) Organización Panamericana de Salud. Educación Permanente en Salud. Washington D.C. Edit. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud N^o 38. 1995.
- (25) KOZIER Bárbara. Tratado de Enfermería. Nueva Americana. México. 1995.
- (26) MIYO Patricia. Calificación de las anotaciones de enfermería según características profesionales y laborales. 2003.
- (27) PERRY Potter. Enfermería clínica. España. S.A. MADRID 1999.
- (28) Colegio de Enfermeros de Perú. Consejo Nacional. Reglamento de la Ley N^o 27669 del Trabajo de la Enfermera (o). 2002.
- (29) COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERU: Código de Ética y Deontología. D.L.22315. Lima - Perú.
- (30) Océano. Diccionario Enciclopédico. 2da Edición. Barcelona- España. Edit. EOLIAS. 1987.
- (31) Friedrich Dorsch. Diccionario de Psicología. 5ta Edición. Edit Herder. Barcelona – España. 1985.

ANEXOS

ANEXO 01: INSTRUMENTO PARA EVALUAR EL NIVEL CONOCIMIENTO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA.

PRESENTACIÓN

Estimadas, Sras.Srtas. Enfermeras:

Con el propósito de lograr el mejoramiento continuo y sostenido con respecto a las anotaciones de Enfermería es, que se ha planteado una investigación que tiene como objetivo determinar las relaciones que existen entre conocimiento sobre el proceso de a tensión de enfermería y su inclusión en las anotaciones a fin de identificar los aspectos débiles e implementar estrategias de solución.

INSTRUCCIONES

A continuación se le presenta una seria de preguntas, leales atentamente y marque con una equis (**X**) según lo que usted crea conveniente.

El instrumento consta de dos partes, aspectos generales y específicos, se le solicita evitar la omisión de respuesta alguna. Esperando contar con su valiosa colaboración se le agradece por su gentileza.

I.- ASPECTOS GENERALES

- Edad:
- Estado Civil:

Grado Académico (Post Grado)

- Bachiller:
- Especialidad:
- Magíster:
- Doctorado:

II. ASPECTOS ESPECIFICOS.

VALORACION:

1.- **¿Cuál es el primer paso del proceso de enfermería y se puede describir como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud del usuario?**

- a) Diagnostico
- b) Valoración
- c) Evaluación
- d) Planificación
- e) Ejecución

2.- **La valoración puede ser:**

- a) juicio clínico.
- b) Aplicación de alternativas.
- c) Directa e indirecta.
- d) Comunicación eficaz.
- e) NA.

3.- **El instrumento utilizado en la valoración es: Marque la respuesta correcta.**

- a) Validación de datos.
- b) Organización de datos.
- c) Examen físico.
- d) Planificación de cuidado
- e) NA.

4.- **Dentro de los instrumentos usados en la valoración, se considera como el primer contacto con el individuo a:**

- a) La observación.
- b) La entrevista.
- c) La evaluación
- d) El examen físico
- e) N.A.

DIAGNOSTICO

5.- El diagnostico de enfermería es: Marque la respuesta correcta.

- a) Es un instrumento en la práctica del profesional que puede asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención.
- b) Proporciona la base para el control de los fármacos utilizados en la recuperación del paciente.
- c) Es un juicio clínico de las respuestas del individuo.
- d) Se encarga de asegurar la atención individualizada.
- e) N.A.

6.- Cual de las alternativas considera usted como tipo de diagnostico. Marque la respuesta correcta.

- a) Alto riesgo.
- b) Secundario.
- c) Principal.
- d) Permanente.
- e) N.A.

7.- Dentro de los tipos de diagnósticos de enfermería, ¿cual de los siguientes no contiene factores relacionados?

- a) Diagnósticos reales.
- b) Diagnósticos de alto riesgo.
- c) Diagnósticos de bienestar.
- d) Diagnósticos posibles.
- e) N.A.

8.- ¿Cómo expresa la enfermera un problema de diagnostico cuando lo ha identificado?

- a) Que sea específico.
- b) Que no se centre en el paciente.
- c) Que sea real.
- d) Que sea irreal.
- e) N.A.

PLANIFICACION

9.- La planificación de cuidados de enfermería y diagnóstico de enfermería, están estrechamente relacionados por esta serie de razones (indique la respuesta falsa):

- a) Las intervenciones planificadas deberían estar diseñadas para prevenir o resolver problemas que ha identificado.
- b) Los problemas fijados durante la planificación derivan directamente de los objetivos que ha identificado
- c) En la planificación se debe actuar de forma rápida y desarrollar un plan de acción.
- d) Las capacidades que ha identificado debería Incorporarlas en el plan.
- e) N.A.

10.- Planificación es:

- a) Juicio clínico respuestas de las personas, familia y comunidad frente a problemas reales o potenciales.
- b) Es el análisis de todas las etapas de PAE en donde se valorara los objetivos.
- c) Establecer secuencia de actividades de enfermería programando tiempos a fin de alcanzar el resultado esperado.
- d) Medida o indicador de éxito de la intervención frente al resultado esperado.
- e) N.A

11.- La finalidad de la planificación está dirigida a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

- a) La información.
- b) La valoración individual.
- c) Los cuidados individualizados.
- d) Los cuidados grupales.
- e) N.A.

12.- Las etapas del plan de cuidados son las siguientes, excepto:

- a) Planeamiento de los objetivos.
- b) Planteamiento de los objetivos.
- c) Elaboración de las actuaciones de enfermería.
- d) Documentación y registro.
- e) N.A.

EJECUCION

13.- La etapa de ejecución consiste en: marque Ud. la respuesta correcta.

- a) Interacción con el paciente.
- b) Identificar la problemática del paciente.
- c) Desarrollar un esquema lógico.
- d) Resolución de los problemas ejecutados.
- e) N.A.

14.- La ejecución, implica las siguientes actividades: Marque Ud. La respuesta correcta:

- a) Anotar los cuidados de enfermería.
- b) Calidad del cuidado.
- c) acreditación profesional.
- d) Secuencia de pasos ordenados
- e) N.A.

15.- Con respecto a las intervenciones de enfermería, ¿cual de estas afirmaciones es verdadera? Marque Ud. la respuesta correcta.

- a) Proporciona un Sistema Organizado en beneficio del paciente, familia o comunidad.
- b) Son intervenciones específicas dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados.
- c) Proporciona un sistema dentro del cual se pueden cubrir necesidades individuales del cliente.
- d) Desarrollar juicio crítico a través de un cuidado oportuno al paciente, familia y comunidad.
- e) N.A.

16.- Según el PAE el registro de intervención permite: Marque Ud la respuesta correcta.

- a) Garantizar la respuesta a sus problemas reales y potenciales
- b) Ofrecer atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la priorización de sus problemas.
- c) Orientar en la priorización de los problemas del paciente.
- d) Proporcionar un Sistema Organizado en beneficio del paciente, familia o comunidad.
- e) N.A.

EVALUACION

17.- La evaluación se define como: Marque Ud. la respuesta correcta.

- a) Es la etapa donde se proporciona un sistema donde se pueden cubrir necesidades individuales del paciente.
- b) Es la comparación planificada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. x
- c) Es la etapa donde se inicia con los diagnósticos de Enfermería y concluye cuando se registra las intervenciones del cuidado de Enfermería.
- d) Es la etapa donde la enfermera procesa toda la información que ha recopilado y seleccionado acerca del paciente, familia o comunidad, para llegar a elaborar un diagnóstico.
- e) N.A.

18.- En la etapa de evaluación. ¿Que criterios valora la enfermera?

- a) La eficacia y la efectividad de las actuaciones. x
- b) Garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales
- c) La resolución de problemas y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.
- d) Realiza acciones focalizadas hacia las causas de los problemas
- e) N.A.

19.- El proceso de evaluación consta de dos partes: Marque Ud la respuesta correcta.

- a) Recogida de datos sobre estado del paciente
- b) Determina si el paciente mejora
- c) Comparación con los resultados esperados
- d) A y C son correctas
- e) N.A.

20.- Para un efectivo proceso de evaluación se requiere: Marque Ud la respuesta correcta

- a) Identificación de los objetivos
- b) Obtención de respuestas
- c) Extracción de conclusiones
- d) Todas las anteriores
- e) N.A.

**SOLUCIONARIO DEL CUESTIONARIO SOBRE NIVEL DE
CONOCIMIENTO DEL PAE, Y SU INCLUSION EN LAS NOTAS DE
ENFERMERIA.**

| | |
|----|---|
| 1 | B |
| 2 | C |
| 3 | C |
| 4 | B |
| 5 | C |
| 6 | A |
| 7 | C |
| 8 | C |
| 9 | D |
| 10 | D |
| 11 | C |
| 12 | A |
| 13 | D |
| 14 | A |
| 15 | B |
| 16 | C |
| 17 | B |
| 18 | A |
| 19 | D |
| 20 | D |

ANEXO 02: LISTA DE CHEQUEO PARA EVALUAR LA INCLUSION DE PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN LAS NOTAS DE ENFERMERIA

OBJETIVO: Obtener información acerca de las acciones realizadas por la enfermera durante un turno de trabajo consignadas en las anotaciones de enfermería, basado en el proceso de atención de enfermería.

INSTRUCCIONES: A continuación se le presenta una serie de enunciados a lado derecho de la hoja, marque con un aspa según corresponda:

- **SI:** Si realiza las acciones del enunciado.
- **NO:** Si No realiza las acciones del enunciado.

| ITEMS | SI | NO | OBS |
|--|-----------|-----------|------------|
| <p>VALORACION</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Efectúa la valoración mediante el examen físico. 2. Considera las cifras de las funciones vitales 3. Considera las características de las Funciones Vitales. 4. Valora los signos y síntomas del paciente. 5. señala datos subjetivos 6. señala datos objetivos | | | |
| <p>DIAGNOSTICO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Registra los Diagnósticos de enfermería según la NANDA. 2. Considera los diagnósticos de enfermería reales, 3. Considera los diagnósticos de enfermería de alto riesgo , 4. Considera los diagnósticos de enfermería de | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>bienestar.</p> <p>5. Considera los diagnósticos posibles.</p> | | | |
| <p>PLANIFICACIÓN</p> <p>1. Realiza el plan de cuidados</p> <p>2. Realiza la evaluación del plan de cuidados</p> | | | |
| <p>EJECUCIÓN</p> <p>1. Registra el tratamiento administrado.</p> <p>2. Registra si presenta reacciones adversas al tto.</p> <p>3. Registra el motivo por el cual no se administra tto.</p> <p>4. Registra los procedimientos especiales realizados al paciente durante el turno.</p> <p>5. Registra el balance hídrico</p> | | | |
| <p>EVALUACIÓN</p> <p>1. señala cuidados relacionados a eliminación vesical e intestinal</p> <p>2. señala cuidados relacionados a nutrición</p> <p>3. señala cuidados relacionados a higiene</p> <p>4. señala cuidados relacionados a movilización.</p> | | | |

ANEXO Nº 3 HOJA DE NIVEL DE CONCORDANCIA DE EXPERTOS

| Expertos | Juicio de expertos |
|----------|--------------------|
| 1 | 75.5 |
| 2 | 75.0 |
| 3 | 80.0 |
| 4 | 72.2 |
| 5 | 75.5 |
| Totales | 382.2 |
| Promedio | 76.64 |
| % | 7.6% |

DATOS

| No PACIENTES | PUNTAJE DE ITEM | | PUNTAJE TOTAL |
|--------------|-----------------|-------|---------------|
| | IMPARES | PARES | |
| 1 | 16 | 12 | 28 |
| 2 | 13 | 11 | 24 |
| 3 | 17 | 17 | 34 |
| 4 | 15 | 13 | 28 |
| 5 | 20 | 16 | 36 |
| 6 | 14 | 14 | 28 |
| 7 | 18 | 19 | 37 |
| 8 | 17 | 15 | 32 |
| 9 | 19 | 18 | 37 |
| 10 | 16 | 10 | 26 |

ANEXO N° 04 MATRIZ DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

| N° de Pacientes | Impares | | Pares | |
|-----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|
| | X | X ² | X | X ² |
| 1 | 16 | 256 | 12 | 144 |
| 2 | 13 | 169 | 16 | 256 |
| 3 | 17 | 289 | 17 | 289 |
| 4 | 15 | 225 | 19 | 361 |
| 5 | 20 | 400 | 11 | 121 |
| 6 | 14 | 196 | 14 | 196 |
| 7 | 18 | 324 | 13 | 169 |
| 8 | 17 | 289 | 15 | 225 |
| 9 | 19 | 361 | 18 | 324 |
| 10 | 16 | 256 | 10 | 100 |
| Totales | 165 | 2765 | 145 | 2185 |
| X | 16.5 | | 14.5 | |

PROMEDIO DE PUNTUACION

IMPARES

PARES

$$\bar{X} \frac{165}{10} = 16.5$$

$$\bar{X} \frac{145}{10} = 14.5$$

DESVIACION ESTANDAR

$$\alpha = \sqrt{\frac{\sum x^2}{N} - \frac{(\sum x)^2}{N}}$$

IMPARES

PARES

$$\alpha = \sqrt{\frac{2765}{10} - \left(\frac{165}{10}\right)^2}$$

$$\alpha = \sqrt{\frac{2185}{10} - \left(\frac{145}{10}\right)^2}$$

$$\alpha = \sqrt{276,5 - 272,25}$$

$$\alpha = \sqrt{218,5 - 210,25}$$

$$\alpha = \sqrt{4,25}$$

$$\alpha = \sqrt{8,25}$$

$$\alpha = 2.06$$

$$\alpha = 2.87$$

| N° de Enfermeras | Impares | Zi | Pares | Zp | Zi Zp |
|-------------------------|----------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
| 1 | 16 | -0.24 | 12 | -0.87 | 0.2 |
| 2 | 13 | -1.69 | 11 | -1.21 | 2.04 |
| 3 | 17 | -0.24 | 17 | 0.87 | 0.2 |
| 4 | 15 | -0.72 | 13 | -0.52 | 0.37 |
| 5 | 20 | 1.69 | 16 | 0.52 | 0.87 |
| 6 | 14 | -1.21 | 14 | -0.17 | 0.2 |
| 7 | 18 | 0.72 | 19 | 1.56 | 1.12 |
| 8 | 17 | 0.24 | 15 | 0.17 | 0.04 |
| 9 | 19 | 1.21 | 18 | 1.21 | 1.46 |
| 10 | 16 | -0.24 | 10 | -1.56 | 0.37 |
| MEDICA | 17.1 | 0.00 | 13.5 | 0.00 | 6.87 |
| DESVIC. TIPICA | 2.06 | | 2.87 | | |

ANEXO Nº 2 : MATRIZ DE CONSISTENCIA

| PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA | OBJETIVOS | VARIABLES | DIMENSIONES | INDICADORES |
|--|---|--|--|---|
| <p style="text-align: center;">FORMULACIÓN DEL PROBLEMA</p> <p>¿Cuál es el nivel de Conocimiento de las enfermeras, sobre el Proceso de Atención de enfermería (PAE) y su inclusión en las notas de enfermería en la Clínica Geriátrica del Ejército , marzo-julio 2015</p> | <p style="text-align: center;">OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar el nivel de conocimiento que tienen las enfermeras sobre el Proceso de Atención de Enfermería y su inclusión en las notas de Enfermería en la Clínica Geriátricas del ejército marzo-julio 2015</p> <p style="text-align: center;">OBJETIVO ESPECIFICO</p> <p>1.- Identificar el nivel de</p> | <p style="text-align: center;">IDENTIFICACION DE LA VARIABLE</p> <p style="text-align: center;">VI.</p> <p>Conocimiento del Proceso de Atención de Enfermería.</p> <p>1. <u>VD.</u></p> <p>Inclusión del Proceso de Atención de enfermería en las Notas de Enfermería</p> | <p>Valoración</p> <p>Diagnostico</p> <p>Planificación</p> <p>Ejecución</p> <p>Evaluación</p> | <p>Conoce No conoce</p> <p>Conoce total</p> <p>Conoce No conoce</p> <p>Conoce total</p> |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | <p>conocimiento de las enfermeras sobre el proceso de Atención de Enfermería. en las notas de Enfermería en la Clínica Geriátrica del Ejército marzo-julio 2015.</p> <p>Determinar si el Proceso de Atención de Enfermería se registra un las anotaciones de enfermería y su inclusión en las notas de Enfermería en la Clínica Geriátrica del Ejército marzo-julio 2015</p> | | | <p>Conoce No conoce Conoce total</p> <p>Incluye No Incluye</p> |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|---------------|--|
| | | | Valoración | |
| | | | Diagnostico | |
| | | | Planificación | |
| | | | Ejecución | |
| | | | Evaluación | |