



SECRETARIA DE SALUD  
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO  
ESCUELA DE ENFERMERIA  
Con estudios incorporados a la UNAM.



**TESIS:**

**Nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre el  
Método Enfermero en Oncología y Ortopedia del Hospital Juárez  
de México.**

PRESENTA:

EDITH SANTOS TENQUEDO.

ASESORES:

LEO. Gledy Olmos Rivera

NOVIEMBRE DE 2011



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



SECRETARIA DE SALUD  
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO  
ESCUELA DE ENFERMERIA



Con estudios incorporados a la UNAM.

**TESIS:**

**Nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre el Método Enfermero en Oncología y Ortopedia del Hospital Juárez de México.**

## AGRADECIMIENTO

Este último año de formación aprendimos que nada es suficiente, cuando se quiere aprender que el tiempo y las actualizaciones profesionales van de la mano, que sin duda alguna la práctica hace al maestro, como el conocimiento al profesional por tal motivo, agradecemos al Hospital Juárez de México el tener las puertas abiertas para la formación de profesionales de enfermería las facilidades que se brindaron para dicha investigación así mismo extendemos un agradecimiento a todo el personal que apoyo durante este año de servicio social en especial a la Lic. Angélica Alcántara Méndez al Lic. Sergio Velázquez Cortes, como a nuestros asesores de tesis que siempre respondieron nuestras dudas y guiaron para la conclusión de esta investigación Asesora de Institución educativa; LEO Gledy Olmos Rivera, Asesor Institucional Lic. Enf. Juan Gabriel Guevara. A todos y cada uno de ustedes gracias por formar parte de este logro.

## DEDICATORIA

A quien ha guiado para llegar a esta meta, gracias **Dios** por llenarnos de paciencia y fortalecer nuestra espiritualidad y con ello afrontar experiencias positivas y negativas en la vida, por permitirnos llevar paz y alivio a los pacientes y sobre todo por que nunca nos abandonaste.

**A nuestros padres** que han heredado el tesoro tan maravilloso a quienes la ilusión de su vida ha sido vernos convertidos en profesionales gracias por su esfuerzo y dedicación de estos años, los días de espera han concluido, para ustedes con amor, respeto y admiración.

Con la mayor gratitud por todo el tiempo incondicional a nuestro lado y los esfuerzos realizados gracias.

“Este ultimo año aprendimos que lo mas importante es nunca abandonar la meta y continuar por que algún día llegaras”

## INDICE

INTRODUCCIÓN.....	8
JUSTIFICACIÓN.....	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
OBJETIVOS.....	15
➤ Objetivo General.	
➤ Objetivos Específicos.	
HIPOTESIS.....	16
MARCO TEORICO.....	17
➤ Antecedentes Históricos de Enfermería.	
➤ Generalidades del servicio de Oncología.	
➤ Generalidades del servicio de Ortopedia.	
➤ Marjory Gordon.	
➤ Método Enfermero.	
➤ Antecedentes de la NANDA.	
➤ Definición de diagnósticos de enfermería.	
➤ Tipos de Diagnósticos de Enfermería.	
➤ Antecedentes del NIC.	
➤ Antecedentes del NOC.	

1. METODOLOGÍA.....	63
➤ Tipo de Investigación	
➤ Sede.	
➤ Universo.	
➤ Muestra.	
➤ Método de elección de prueba.	
➤ Criterios de inclusión.	
➤ Criterios de Exclusión.	
➤ Criterios de Eliminación.	
➤ Variables en estudio.	
➤ Operalización de las variables.	
Análisis de resultados.....	75
➤ Graficas.	
Conclusiones.....	105
➤ Sugerencias	
10. anexos.....	108
11. Bibliografía.....	116

## INTRODUCCION

En un principio, el ejercicio de la enfermería abarcaba numerosos papeles. La enfermera se centraba en las medidas de consuelo y en el mantenimiento de un entorno higiénico. Además, los papeles del farmacéutico, dietista, fisioterapeuta y asistente social formaban parte de la práctica de la enfermería. El profesional de enfermería como prestador de servicios cubría todas las necesidades del paciente. Desde entonces, han aparecido varios factores que han alterado las dimensiones de la práctica de la enfermería durante el proceso evolutivo, el hilo central que se ha mantenido es el enfoque del profesional de enfermería en las necesidades totales del paciente. Al pasar la enfermera de prestadora de servicios secundarios a coordinadora le ha permitido concentrarse en el conjunto de conocimientos exclusivos de la enfermería. El método mediante el cual se consigue esto es el proceso de enfermería.

El Proceso de Enfermería es el método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas, y está clasificado como una teoría deductiva en sí misma. <sup>1</sup>



Por tal motivo cabe señalar que la práctica de la enfermería se ve continuamente enfrentada a la identificación de problemas, cuyo objetivo no es solo combatir la enfermedad, sino satisfacer las necesidades humanas cuya valoración y diagnóstico forma parte de la práctica actual de la enfermería. A veces, la enfermera advierte ante los problemas del paciente que deben ser tratados por otros profesionales e ignora o deja de detectar problemas que ella misma puede tratar de forma independiente.

De tal manera que se sabe que la enfermera (o) tiene conocimientos científicos y que el cuidado que se brinda es con fundamentación y se puede dar personal a población ó grupo vulnerable de personas.

Ya que encontramos que la enfermería es el cuidado de la salud del ser humano. También recibe ese nombre la profesión que, fundamentada en dicha ciencia, se dedica básicamente al diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales o potenciales. El singular enfoque enfermero se centra en el estudio de la respuesta del individuo o del grupo a un problema de salud real o potencial, y, desde otra perspectiva, como complemento o suplencia de la necesidad de todo ser humano de cuidarse a sí mismo desde los puntos de vista biopsicosocial y holístico. El pensamiento crítico enfermero tiene como base la fundamentación de preguntas y retos ante una situación compleja y el cómo actuar ante dicha situación. (Enfermería Test, vol.1 Editorial CEP, ISBN 978846).

A continuación en el punto número dos encontrara la justificación en el cual señalaremos los motivos fundamentos, motivaciones y razones, que nos llevaron a realizar este trabajo. Ya que nos permitió evaluar la posibilidad de llevar a cabo el trabajo, en el cual nos ayudo a valorar sus limitaciones, alcances, disponibilidad, conocimientos, etc.

El Planteamiento del Problema se encuentra en el punto numero tres el cual consiste en expresar claramente la relación entre el objetivos, justificación, viabilidad de la investigación y consecuencias de la misma en la cual establecimos que pretendemos en la investigación como señala Ackoff (1953) “Un problema perfectamente planteado esta parcial- mente resuelto, a mayor exactitud correspondiente más posibilidades de obtener una solución satisfactoria”.

En el punto número cuatro encontrara los objetivos el general y el especifico los cuales están dirigidos a conocer las características del un problema, explicar las posibles relaciones entre variables y anticipar fenómenos en los que éstas intervienen.

El punto número cinco se encuentra la Hipótesis que es el elemento fundamental en el proceso de investigación. Después de formular un problema, planteamos la hipótesis, que orienta el proceso y nos permitió llegar a conclusiones concretas del proyecto. “Una hipótesis puede usarse como una propuesta provisional que no se pretende demostrar estrictamente, o puede ser una predicción que debe ser verificada por el método científico”. (La crisis de la ciencia en Lógica empírica; Schmelkes, Corina (2007): "Supuestos o hipótesis", en Manual para la presentación de anteproyectos e informes de investigación, ed. Oxford, 2ª ed., pp. 37-40.)

Punto número seis lo conforma el Marco Teórico que contiene el conjunto de proposiciones referidas al problema de investigación tomadas de una o más teorías existentes sobre el campo donde éste se ubica, también contienen elementos propios del marco conceptual por que contiene los antecedentes que se tienen sobre el problema, las proposiciones y las definiciones de las variables utilizadas en esta investigación.

Para Guillermo Briones: “Todo problema de investigación se da dentro de un conjunto de proposiciones más o menos relacionadas entre sí, que definen término, establecen referencia con otros sucesos, recogen conocimientos obtenidos por otras investigaciones, proponen hipótesis, etc. Estos conjuntos de conceptualizaciones reciben el nombre de marcos de referencia del problema de investigación; en el hecho, son inseparables, de su formulación, o mejor dicho de su elaboración o planteamiento”.

La Metodología de la investigación se encuentra en el punto número siete ya que esta nos permite observar un problema de una forma total, sistemática, disciplinada y con cierta disciplina basada en el universo tipo de muestra, los criterios de inclusión exclusión, las variables que nos permitió la obtención de información a partir de la cuantificación de los datos sobre variables.

Los resultados obtenidos así como el análisis de estos e encuentran en el punto ocho En esta etapa determinamos como analizar los datos y que herramientas de análisis estadístico eran las más adecuadas para éste propósito. “Analizar significa establecer categorías, ordenar, manipular y resumir los datos,” (Kerlinger, 1982, p. 96). En esta etapa del proceso de investigación se procede a racionalizar los datos colectados a fin de explicar e interpretar las posibles relaciones que expresan las variables estudiadas.

Punto número nueve se encuentran las conclusiones son las determinaciones hechas mediante el estudio de los resultados del trabajo precedente práctica y es la ciencia que estudia las reglas y procedimientos es el capítulo final, de reducidas dimensiones, donde tratamos de sintetizar todo lo hasta allí expuesto de modo tal que resulten destacados los aspectos más importantes del desarrollo anterior.

Por último encontrara la bibliografía que fue necesaria para la investigación la cual hacemos mención de esta por su importancia para esta investigación.

## JUSTIFICACION

Diversos autores (Carpenito1972, Morales Asensio 1984, Benito del Pino Casado 1965) coinciden en que el proceso de enfermería permite enlazar el conocimiento científico de la teoría con su aplicación en la práctica y la persona recibe un mejor cuidado integral, por lo que debe concebirse como un modelo de trabajo para el desempeño profesional. El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico respecto a las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud o a procesos vitales reales o potenciales y proporciona la base para la selección de las intervenciones de enfermería, con el fin de alcanzar los resultados que son responsabilidad de la enfermera.

La esencia de la enfermería consiste en el cuidado de las personas para la satisfacción de sus necesidades de vida, ya que a través de la promoción de la salud, en la prevención ó en la recuperación es preciso dominar ciertas prácticas, habilidades, conocimientos y actitudes sabiendo hacer uso de estas de forma efectiva y enfocándolas en la mejor dirección hacia el individuo, familia y comunidad.

Por tal motivo es necesario la metodología de investigación para que con ello se lleven a cabo ciertas investigaciones para fundamentar el por qué de las acciones que ejecuta, “Es la investigación sistemática de la práctica de la Enfermería y del efecto de su práctica en el cuidado del paciente, de la familia o la comunidad” (Notler y Hott 1978). Y para llevar a cabo dichas investigaciones científicas es necesario.

La innovación educativa que esta busca transformarse para perfeccionar como resultado de la investigación, pero también para ver y hacer del cuidado enfermero una práctica diferente, la mayoría debe ser evaluada posteriormente a aplicar los resultados de la investigación educativa en el quehacer diario de las aulas.

Esto publico la Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social 2010, Nos podemos dar cuenta como el enfoque de materia educativa es importante desde la formación de los nuevos profesionales de enfermería para cuando se llegue al mercado laborar estén capacitados para llevara acabo un método enfermero exitoso.

Como lo mencionan algunas de las investigaciones realizadas en donde se puede obtener resultados en los que Enfermería no tiene una materia de investigación el cual nos va limitando como lo menciona El estudio Evaluación de la educación en enfermería en México, realizado en 1995 por la Federación Nacional de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería, A. C. (FENAFEE), menciona que la investigación en las escuelas de enfermería es punto crítico para el desarrollo de la profesión, pues 64 % de las escuelas no ha definido líneas de investigación en enfermería y 30 % realiza investigación pero no del área disciplinar; eso quiere decir que en ese gran porcentaje de escuelas no se realiza investigación ni se crea ciencia.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existen pocas investigaciones que demuestran si en los hospitales del país las enfermeras (o) utilizan el proceso enfermero por lo que es de gran interés indagar sobre el conocimiento que tiene el gremio de enfermería del Hospital Juárez De México, acerca de este método de enfermería y determinar qué relación tiene con la aplicación en la práctica hospitalaria, así como conocer las principales barreras y diferencias que existen para su aplicación, en opinión de las enfermeras en servicio del Hospital Juárez De México .

Lo anterior permite plantear la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial en los servicios de oncología y ortopedia del Hospital Juárez de México?



## **OBJETIVOS.**

### **GENERAL.**

- Identificar el nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial en los servicios de oncología y ortopedia del Hospital Juárez de México.

### **ESPECIFICOS.**

- Corroborar el nivel de eficiencia de la aplicación del método enfermero en el ámbito hospitalario y su efecto sobre la salud del paciente.
- Comprobar la importancia que tiene que el personal de estar capacitado para brindar una atención adecuada al paciente y su conocimiento y manejo del método enfermero.

## HIPOTESIS

El nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre el método enfermero y su aplicación dentro del área laborar de atención al paciente del Hospital Juárez de México no es el adecuado para su aplicación y la obtención de resultados exitosos.

- A mayor grado de estudios mejor será la aplicación y el conocimiento sobre el método enfermero del personal de enfermería del Hospital Juárez de México.

## HIPOTESIS NULA

- A menor nivel de conocimientos sobre el método enfermero será con mas ineficiente la aplicación y conocimientos del personal de enfermería del Hospital Juárez de México y con ello una deficiencia para mejor el estado de salud del paciente.

## MARCO TEORICO

Antecedentes Históricos de Enfermería.

Colliere (1996) menciona “el origen de las prácticas de cuidados está ligado a las intervenciones maternas que aseguraban la continuidad de la vida y de la especie. La alimentación, como necesidad básica que implica suplencia y ayuda (por parte de la madre o sustituta) en los primeros estadios evolutivos del hombre es considerada como la práctica de cuidados más antigua.

El cristianismo y su organización tuvo vínculos históricos importantes con las prácticas de cuidados de enfermería desde los monasterios a través de las Órdenes Religiosas, así como desde la conquista de Tierra Santa con las cruzadas. Como consecuencia del pensamiento medieval relacionado con la Reconquista de Santos Lugares, surgió un movimiento organizado, que cristalizó con el fenómeno histórico de las cruzadas, las cuales dieron lugar a la aparición de tres tipos de figuras: el guerrero, el religioso y el enfermero.

Hasta el año 1500, la escasa atención en cuanto a la reglamentación de los cuidados de enfermería, practicados en ámbitos domésticos, propició una variedad de grupos que ejercían estas actividades fuera de los ámbitos institucionales: Nodrizas. Parteras o comadronas, grupos dedicados al cuidado a domicilio y grupos dedicados a otras prácticas sanadoras.

Entre los años 1500 y 1860, la enfermería tuvo su peor momento, debido a que la idea predominante era que la enfermería constituía más una ocupación religiosa que intelectual, por lo que su progreso científico se consideraba innecesario. Además, tras la Reforma Protestante se produjo una desmotivación religiosa para dedicarse al cuidado de enfermos entre las personas laicas y una relegación a antiguas pacientes, presas y otras personas de los estratos más bajos de la sociedad de la actividad de aplicar cuidados. Donahue (1985) denominó a este período la "Época oscura de la Enfermería".

Menciona Robinson; el libro Notas sobre la enfermería (Notes on Nursing), publicado por Florence Nightingale en 1859 tras sus experiencias en la guerra de Crimea, supuso «un texto de crucial influencia sobre la enfermería moderna».

En 1860 se inauguró la Nightingale Training School for Nurses ("Escuela Nightingale de Formación para Enfermeras"), la cual constituyó una institución educativa independiente financiada por la Fundación Nightingale. La originalidad del proyecto fue considerar que debían ser las propias enfermeras las que formasen a las estudiantes de enfermería mediante programas específicos de formación y haciendo hincapié tanto en las intervenciones de enfermería hospitalarias como extra hospitalarias, para el mantenimiento y prevención de la salud tanto del individuo como de las familias. En España la enfermería está por delante de los médicos.<sup>2</sup>

## DIFERENTES TEORICAS Y MODELOS

- Florence Nightingale, considerada la madre de la Enfermería moderna. Orientó los cuidados de Enfermería al control del ambiente para facilitar la recuperación de los enfermos.
- Virginia Henderson, autora del modelo conceptual basado en las 14 necesidades básicas de la persona.
- Dorothea Orem, autora de la teoría general del déficit de autocuidado.
- Jean Watson, autora de The Theory of Human Caring ("Teoría del cuidado humano"), y de los factores curativos filosóficos, en 1975.
- Hildegard Peplau, autora del modelo de las relaciones interpersonales (incluido en su libro Interpersonal relations in nursing, 1952).
- Callista Roy, enfermera autora del modelo de adaptación (Introduction to Nursing: An Adaptation Model, 1976).
- Madeleine Leininger, autora de la teoría de la diversidad y la universalidad.
- Elvira Dávila Ortiz, pionera en la profesión de enfermería y de la transfusión de sangre en Iberoamérica.
- Sor María Suárez Vázquez (1945-2010), Directora de Enfermería en el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" (México).

## **GENERALIDADES DEL SERVICIO DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO**

Mediante la aplicación del Proceso de Enfermería y acciones propias de la área de enfermería oncológica se pretende identificar las necesidades insatisfechas de la persona con el propósito de planear intervenciones o cuidados que permitan mejorar el estado de salud, pero estas intervenciones no solo incluyen los cuidados inmediatos para abatir los problemas reales, sino también tratar de incidir en la conducta de la persona para reducir los problemas potenciales, es decir disminuir la probabilidad de la presencia de factores de riesgo, tales como; malos hábitos alimenticios, exposición a agentes físicos o químicos perjudiciales a la salud, falta de actividad física, desapego al tratamiento médico en situaciones de enfermedad.

Es importante resaltar que la atención no es de calidad ya que es un servicio con alta demanda de pacientes por tal motivo la enfermera(o) no cuenta con el tiempo razonable que se le debe de brindar a un paciente que requiere de los servicios ya que el tiempo por cada paciente es de escasos de 15min. A 20min. Por pacientes el indicador de enfermera paciente es de 4 pacientes por enfermeras estamos hablando que menos de cuatro pacientes nadie se queda y el máximo es 8 pacientes por enfermera (o).

La dinámica del servicio se divide el trabajo desde que se entra al servicio una pareja toma signos vitales de todos los paciente mientras que otros se basan a las indicaciones de ese día para tener una lista de los medicamentos que se necesitaran en el turno mientras otros 3 van preparándolos en el área de preparación de medicamentos y posterior a esto se dejan en la mesa de medicamentos acomodados y cada quien respecto a sus pacientes que les tocaron ese día se los llevan preparados y membretados, es un servicio donde trabajan en equipo.

## **GENERALIDADES DEL SERVICIO DE ORTOPEDIA DEL HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO.**

La ortopedia es una especialidad médica dedicada al arte de corregir o de evitar las deformidades o traumas del sistema musculoesquelético del cuerpo humano, por medio de cirugía, aparatos (llamado órtesis u ortesis) o ejercicios corporales.

Cabe mencionar que la planilla está compuesta por enfermeras

Otra cosa que es importante es saber que el servicio también hay especialidades de:

- Ortopedia.
- Otorrinolaringología.
- Cirugía plástica.

En donde los cuidados son específicos por área médica aunque no se tienen todos los de ortopedia en un lado y los demás en otro si no que todos están revueltos.

El servicio cuenta con 4 aislados donde a criterio medico y de la jefe de enfermería se tiene a los pacientes infectados ó con cuidados más específicos.

También cabe mencionar que cuentan con camas en total de 250 a la 296 haciendo un total de 46 camas sensables en total.



Como en los demás pisos se cuentan con dos controles de enfermería uno del lado derecho y otro del lado izquierdo en donde en cada uno hay medicamentos I.V Ó I.M y material de consumo así como soluciones parenterales y papelería de enfermería en el control que está a la entrada (derecha) por donde entra el personal ahí se encuentran los electrolitos y los narcóticos así como los medicamentos vía oral.

Las diferentes libretas en donde te puedes fijar si tienes ingreso a un lado de este control esta un estante pequeño en donde se tiene más materia como punzós, agujas, equipos de venoclisi y sondas por lo regular en esta zona está el carro con la ropa de cama, en los extremos del servicio hay dos sépticos y un baño de enfermería se cuenta con dos carros rojos y también se me hace importante resaltar que hay una sala de pacientes pediátricos de las tres especialidades de ahí.

Las teóricas juegan un papel importante en todo el método enfermero ya que con ellas y en cuanto a sus modelos nos basamos para sacar Dx principal del paciente al que estamos valorando, la siguiente teórica es la que se utiliza como modelo en la institución que será utilizado para la aplicación de la tesis, sin duda alguna Marjory Gordon es una de la teóricas que tiene una gran aportación a enfermería a continuación les presentamos su modelo.

## MARJORY GORDON

El sistema de valoración diseñado por Marjory Gordon en los años 70 cumple todos los requisitos necesarios para la realización de una valoración enfermera eficaz, por lo que constituye una herramienta útil para la valoración con cualquier modelo disciplinar enfermero.

Define 11 patrones patrones de actuación relevantes para la salud de las personas, las familias y las comunidades. Se trata de configuraciones de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano.

### PATRÓN 1: PERCEPCIÓN DE LA SALUD

- Pretende conocer la propia percepción de la persona sobre su situación salud y bienestar.
- Incluye:
  - Estilos de vida, prácticas de promoción de salud y de prevención de riesgos.
  - Prescripciones médicas y de enfermería.

## PATRÓN 2: NUTRICIONAL - METABÓLICO

- Pretende conocer el consumo de alimentos y líquidos de la persona en relación con sus necesidades metabólicas.
- Incluye:
  - Patrón individual de consumo de alimentos y líquidos (hábitos alimenticios).
  - Medidas antropométricas.
  - Aspectos psicológicos de la alimentación.
  - Patrón de alimentación del lactante.
  - Lesiones cutáneas. Estado de la piel, membranas mucosas y dientes

## PATRÓN 3: ELIMINACIÓN

- Pretende conocer los patrones de la función excretora de la persona.
- Incluye:
  - Patrón de eliminación intestinal.
  - Patrón de eliminación vesical.
  - Patrón de eliminación a través de la piel.

#### PATRÓN 4: ACTIVIDAD - EJERCICIO

- Describe los patrones de actividad, ejercicio, ocio y entretenimiento.
- Incluye:
  - Actividades de la vida diaria.
  - Cantidad y tipo de ejercicio y deporte.
  - Actividades recreativas.
  - Factores que interfieren en la realización de las actividades deseadas.

#### PATRÓN 5: SUEÑO - DESCANSO

- Describe los patrones de sueño, reposo y relajación.
- Incluye:
  - Cantidad y calidad percibida de sueño y reposo.
  - Ayudas para el sueño y el descanso.

#### PATRÓN 6: COGNITIVO - PERCEPTIVO

- Describe los patrones sensitivos, perceptuales y cognitivos de la persona.
- Incluye:
  - Situación de los sentidos sensoriales.
  - Utilización de sistemas de compensación o prótesis.

## PATRÓN 7: AUTOPERCEPCION - AUTOCONCEPTO

- Describe los patrones de autoconcepto y percepción del estado de ánimo.
- Incluye:
  - Actitud de la persona hacia sí misma y hacia su valía.
  - Imagen corporal y patrón emocional..
  - Patrón de comunicación no verbal: postura y movimiento corporal, contacto ocular.
  - Patrón de comunicación verbal: voz y patrón del habla.

## PATRÓN 8: ROL - RELACIONES

- Describe los patrones de compromiso con el rol y las relaciones.
- Incluye:
  - Percepción de las responsabilidades de su rol.
  - Satisfacción con la familia, el trabajo y las relaciones sociales.

## PATRÓN 9: SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN

- Describe los patrones sexuales y reproductivos de la persona.
- Incluye:
  - Satisfacción con la sexualidad.
  - Trastornos de la sexualidad.
  - Problemas en etapa reproductiva de la mujer.
  - Problemas en la menopausia.

## PATRÓN 10: TOLERANCIA AL ESTRES

- Describe el patrón de adaptación y afrontamiento de la persona a los procesos vitales, y su efectividad, manifestada en términos de tolerancia al estrés.
- Incluye:
  - Capacidad de resistencia de la persona a los ataques de la integridad.
  - Manejo del estrés.
  - Sistemas de soporte y ayuda.
  - Capacidad percibida de manejar situaciones estresantes.

## PATRÓN 11: VALORES - CREENCIAS

- Describe el patrón de los valores y las creencias espirituales y/o religiosas que influyen en la adopción de decisiones.
- Incluye:
  - Cosas percibidas como importantes en la vida.
  - La percepción de la calidad de vida.
  - Conflicto con los valores o creencias importantes.
  - Las expectativas relacionadas con la salud.

El estudio Evaluación de la educación en enfermería en México, realizado en 1995 por la Federación Nacional de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería, A. C. (FENAFEE), menciona que la investigación en las escuelas de enfermería, es punto crítico para el desarrollo de la profesión, pues 64 % de las escuelas no ha definido líneas de investigación en enfermería del método enfermero ó las etapas y 30 % realiza investigación pero no del área disciplinar; eso quiere decir que en ese gran porcentaje de escuelas no se realiza investigación ni se crea ciencia.

Por ello la necesidad de la necesidad de investigar la importancia de tener conocimiento sobre el método enfermero para brindar un buen cuidado e intervenciones al paciente ó comunidad el Método Enfermero se conoce por las etapas que a continuación se desglosan.

## **METODO ENFERMERO**

La aplicación del método científico en la práctica asistencial de la enfermera, es el método conocido como proceso de enfermería. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de los objetivos. Es organizado y sistemático porque consta de cinco pasos secuenciales e interrelacionados: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, en los cuales se realizan acciones intencionadas tendientes al logro de los resultados esperados.

El proceso de enfermería se basa en la idea de que el éxito de los cuidados se mide por el grado de eficiencia y el grado de satisfacción.

El proceso de enfermería se origina cuando, por primera vez fue considerado como un proceso, esto ocurrió con May (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), quienes consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967) establecieron cuatro etapas (valoración, planificación, ejecución y evaluación); y Bloch en 1.974, Roy (1975) y otros añadieron la fase diagnóstica al proceso convirtiéndolo en un proceso con cinco etapas (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación).



- Valoración: Es la primera fase del proceso de enfermería que consiste en la recolección y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.
- Diagnóstico de Enfermería: Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería.
- Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los 9 problemas, así como para promocionar la salud.
- Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados. Evaluación. Comparar las respuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

## ➤ OBJETIVOS DEL PROCESO DE ENFERMERIA

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

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas.
- Evaluar los resultados de los cuidados de enfermería.

## ➤ VENTAJAS

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones en la profesión, el paciente y la enfermera; profesionalmente, el proceso de enfermería define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el paciente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para la enfermera se produce un aumento de la satisfacción, así como un fortalecimiento del ejercicio profesional.

Para el paciente son:

- Participa en su propio cuidado. El paciente proporciona datos para la valoración, valida el diagnóstico de enfermería, confirma los resultados y las actuaciones, ayuda en su ejecución y proporciona antecedentes para la evaluación. Además el plan de cuidados escrito:
- Favorece la continuidad de los cuidados, lo que da lugar a un ambiente seguro y terapéutico.
- Mejora la calidad de los cuidados.
- Favorece la atención individualizada

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Aumenta la satisfacción por el trabajo y potencia el desarrollo profesional.
- El desarrollo de relaciones significativas entre el profesional de enfermería y el paciente se ve facilitado por el Proceso de enfermería. Las recompensas obtenidas por la práctica de la enfermería suelen derivar de la capacidad del profesional de enfermería para ayudar al cliente a cubrir las necesidades identificadas.
- La satisfacción profesional se puede ver aumentada también por el uso del plan de cuidados desarrollado a partir del Proceso de Enfermería.

## CARACTERÍSTICAS

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, la familia y otros profesionales de la salud.
- Es Flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una Base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

## EL RAZONAMIENTO CRÍTICO Y EL PROCESO DE ENFERMERIA

En la práctica profesional, la enfermera toma decisiones intencionadas y dirigidas a un objetivo. El razonamiento crítico consiste en la puesta en duda de suposiciones, la determinación de conclusiones y la identificación de justificaciones que las apoyen.

La Enfermera necesita poseer una capacidad de razonamiento crítico como individuo y como profesional; debe ser capaz de tomar decisiones personales informadas, y también todas las que sean necesarias para prestar una atención de enfermería segura, competente y calificada. Se debe poseer capacidad de razonamiento crítico que lo utilizará para tomar decisiones profesionales. Debe reunir datos, definir con precisión problemas reales y potenciales, realizar la mejor elección entre varias alternativas, ejecutar con seguridad un plan de cuidados y evaluar la eficacia de las actuaciones de enfermería. Por ello, el proceso de enfermería se convierte en el sistema dentro del cual puede aplicar su capacidad de razonamiento crítico. Este enfoque se basa en el método científico y reduce las limitaciones impuestas cuando las opiniones, valores o sentimientos influyen en su proceso de razonamiento.

El uso constante de la capacidad de razonamiento crítico perfectamente desarrollado aumenta las posibilidades de éxito en la práctica de la enfermería y los resultados positivos para los pacientes.

Preguntas que las enfermeras que utilizan el razonamiento crítico se deben hacer durante las diversas etapas del proceso de enfermería

## VALORACIÓN

¿Estoy centrando mi atención en lo que el paciente/familia identifican como problemas, y en cómo se ve la situación? ¿Estamos seguros de que comprendemos las cosas correctamente? ¿Es correcta la información? ¿Conocemos todos los hechos necesarios? ¿Hay alguna información que debo comunicar inmediatamente?

### ➤ DIAGNÓSTICO

¿Estoy cualificada para determinar cuál es el problema o necesito ayuda? ¿Tengo alguna predisposición que pueda afectar el modo en que veo estos problemas? ¿Estoy dando la mayor prioridad al abordaje de los problemas identificados por el paciente y la familia así como aquellos que me parecen importantes? ¿Qué otros problemas podría sugerir esta información? ¿Qué evidencia tengo que apoye que estos son los problemas?. Considerando la situación en su conjunto, ¿Cuáles son es este momento los tres problemas más importantes?

➤ PLANIFICACIÓN

¿Estoy cualificada para trazar un plan de acción o necesito ayuda? ¿Cuáles son los objetivos más importantes que necesitamos alcanzar? ¿Me he asegurado que el paciente y la familia estén de acuerdo con los objetivos propuestos? ¿El plan de acción es práctico? ¿Qué piensa el paciente sobre el plan?

➤ EJECUCIÓN

¿Hay cambios en el estado actual que requieren un cambio inmediato en el plan de acción? ¿Estoy pasando por alto alguna cosa nueva? ¿Recuerdo preguntar al paciente y a la familia cómo creen ellos que van las cosas? ¿He valorado las cosas desde la perspectiva del paciente así como de la mía propia?

➤ EVALUACIÓN

¿Estoy pasando por alto alguna cosa? ¿Hay problemas nuevos? ¿Cómo se siente el paciente hoy? ¿Cómo describe él la situación de los problemas identificados en el plan? ¿Cómo ha funcionado el plan? ¿Los datos de la valoración indican que hemos logrado nuestros objetivos? ¿Estoy segura de que los problemas están realmente resueltos? ¿Aún se necesitan cuidados de enfermería? 5

Las diferentes perspectivas de investigación en enfermería, de acuerdo con autores que han escrito sobre el tema de los diagnósticos coinciden en que la NANDA (Aspinall 1976 Gordon, 1982 Carpenito 1982) entre otros porque es un proceso de averiguación y experimentación científica que incluye el propósito sistemático y riguroso de recopilar información a partir de una realidad problematizada, analizarla e interpretarla con objeto de obtener nuevos conocimientos, o bien, teorizar los que ya se tienen con el fin de crear un conjunto organizado de conocimientos fiables y válidos sobre la realidad y encontrar respuestas a preguntas, hallar soluciones a problemas, descubrir e interpretar nuevos hechos, someter a pruebas o leyes, revisar las ya existentes y aceptarlas a la luz de nuevas condiciones o hechos o formular nuevas teorías por ello la importancia que tiene el conocimiento y el aporte de los Dx de Enfermería Universales que a continuación se presentan.



## **ANTECEDENTES DE LA NANDA.**

### **DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA**

Fue en 1950 cuando R. Louise Mcnaus: uso por primera vez el término de D.E. al discutir de las funciones profesionales refiriéndose a la identificación de problemas. En 1.953 Vera Fry indica la posibilidad de formular un diagnóstico enfermero tras la observación de cinco áreas del paciente:

1. Tratamiento y medicación.
2. Higiene personal.
3. Necesidades ambientales.
4. Guía y enseñanza
5. Necesidades humanas y personales.

En 1955 Lesnick y Anderson definen que el área de responsabilidad de la enfermera puede llamarse Diagnósticos de Enfermería.

En 1960 Faye Abdellah propuso un sistema de ordenación para identificar problemas clínicos, éste sistema se aplicó en algunas escuelas para facilitar a los alumnos la identificación de los problemas de los pacientes. Numerosos fueron los profesionales que durante los años 60 trabajaron e investigaron acerca de la utilización del D.E. siendo en los años 70 cuando se consolida la utilización de los diagnósticos.

Un poco antes de la fundación NANDA, en 1973 Kristine Gebbie y Mary Ann Lavin fueron las pioneras en realizar la clasificación de la nomenclatura y los diagnósticos de enfermería a nivel oficial. Por ello, planean reunirse con los miembros de la organización cada dos años para explorar en lo que cada miembro aporte en St. Louis, MO.

En ese mismo año el Dr. Marjory Gordon sirve como presidente del Grupo de Trabajo de la Conferencia del Grupo Nacional de la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería. Además se crea el Centro de Diagnósticos de Enfermería en Saint Louis University. Servido como un depósito de materiales de diagnóstico y de enfermería Conferencia Nacional encargado de la clasificación de los Diagnósticos de Enfermería.

La cámara de compensación publicó un boletín de noticias, mantiene una oficina de oradores, planes coordinados de las conferencias nacionales y material de bibliografías en cada categoría de diagnóstico desarrollados. Un año más tarde se publican la Primera Conferencia de Actas editado por Gebbie y Lavin. Editores incluidos Derry Moritz, Mi Ja Kim, Gertrude McFarland, McLane y Rosemary Carroll Audrey Johnson. En 1982, Sor Callista Roy y otros teóricos prominentes (por ejemplo, Dorotea Orem y los Dres. Imogene King, Margaret Newman, Martha Rogers y Roy Calista) presentó un marco de organización para los diagnósticos de enfermería llamado Patterns of Unitary Man(Humans), de la NANDA y un Comité de Taxonomía. Fue en este año donde comenzó la organización como tal.<sup>8</sup>

## DEFINICIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Son muchas las definiciones que podemos encontrar en los diferentes textos, intentando dar una respuesta concreta sobre que es un diagnóstico enfermero, pero todas ellas están basadas en la identificación de las respuestas humanas a los problemas de salud, que las enfermeras en el ejercicio de su profesión, basada en sus conocimientos, experiencia y responsabilidad legal están capacitadas para tratar independientemente.

La A.N.A. en su propia definición de la profesión destaca la importancia de los Diagnosticos de Enfermería la enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales.

### DEFINICIONES:

El Diagnostico de Enfermería, es la expresión del problema de un paciente a la cual se llega haciendo deducciones sobre los datos recogidos. Este problema puede ser recogido por la propia enfermera.

**(Mundinger y Jauron, 1975)**

El Diagnóstico de Enfermería es un proceso de deducción clínica a través de la observación de los cambios físicos o psicológicos que se producen en el paciente: si se hace correcta e inteligentemente, conducirá a la identificación de las posibles causas de la sintomatología.

**(Aspinall, 1976)**

El Diagnóstico de Enfermería, es un juicio clínico acerca de un individuo, familia o grupo, que deriva de un proceso sistemático y deliberado de recogida y análisis de datos.

**(Shoemaker, 1984)**

El Diagnóstico de Enfermería, es un enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud y los problemas del paciente que pueden ser modificados por la intervención de la enfermera.

**(P. Baker 1973)**

El Diagnostico de Enfermería, es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería.

**(Gebbie, 1974)**

El Diagnostico de Enfermería es una función independiente de la enfermería; una evaluación de las respuestas personales del cliente a sus experiencias humanas a lo largo del ciclo vital, ya sean crisis evolutivas o accidentales, enfermedad, dificultades u otras tensiones.

**(Bircher, 1975)**

El Diagnostico de Enfermería describe los problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia están capacitadas y autorizadas a tratar.

**(Gordon, 1982)**

El Diagnostico de Enfermería es la manifestación del estado de alteración, potencial o real, de la salud de un usuario o usuarios, que se deriva de una valoración de enfermería y que requiere la actuación por parte del profesional de enfermería.

**(J. H. Carlson 1979 )**

El Diagnostico de Enfermería es una explicación que describe un estado de salud o una alteración real o potencial en los procesos vitales de una persona (fisiológico, psicológico, sociológico, de desarrollo y espiritual). La enfermera utiliza el proceso de enfermería para identificar y sintetizar los datos clínicos y para disponer intervenciones de enfermería que reduzcan, eliminen o prevengan (promoción de la salud) las alteraciones de la salud que pertenezcan al dominio legal y educativo de la enfermería.

**(Carpenito 1982)**

## **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CAPACIDAD PARA DIAGNOSTICAR**

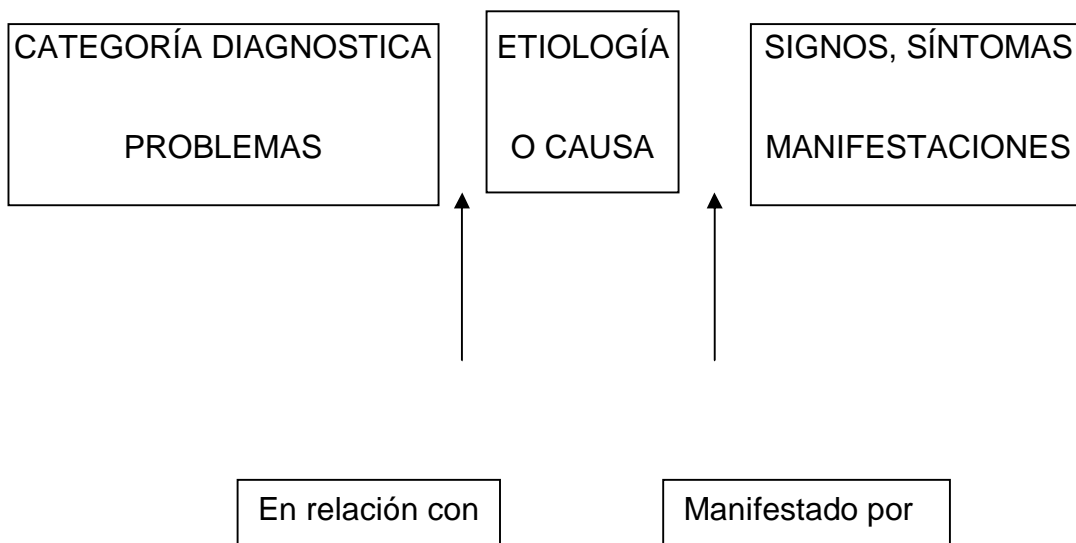
La Enfermería como cualquier otra profesión deberá combinar ciertos factores para poder hacer diagnósticos. Partiendo de la intuición (juicio intuitivo) tendrá que combinar los conocimientos teóricos con una cierta habilidad para poder llegar a materializar los enunciados diagnósticos. Pero no sólo entran en juego estos factores, aunque de ellos dependa en gran parte toda la elaboración de un diagnóstico; también tendremos que saber conjugar una buena aptitud para reunir datos y una capacidad intelectual adecuada. Todos estos factores junto con nuestra filosofía personal, el marco conceptual de la profesión y una experiencia cada vez mayor definirán nuestra capacidad para la elaboración de diagnósticos.

## ENUNCIADO DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

El enunciado de un Diagnóstico de Enfermería lo podemos realizar en dos y tres partes según nos enfrentemos a formular un diagnóstico consecuencia de un problema potencial o posible (enunciado en dos partes) o por el contrario sean a consecuencia de un problema real (enunciado en tres partes).

Gordon planteó el formato P.E.S. para anunciar y confirmar diagnósticos y de aquí deriva

### DIAGNOSTICO REAL

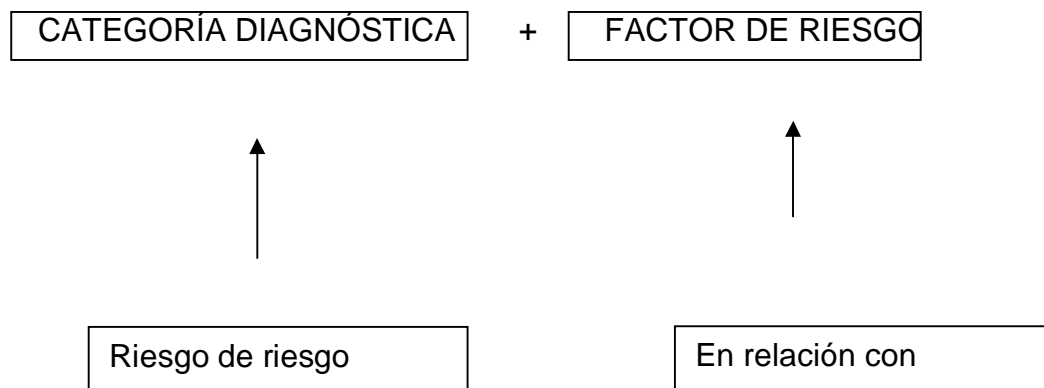




➤ DIAGNOSTICO REAL:

Déficit nutricional en relación con la anorexia, nauseas y vómitos. Manifestado por fatigas y desequilibrio electrolítico.

DIAGNOSTICO DE RIESGO



➤ DIAGNOSTICOS DE RIESGO:

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

➤ DIAGNOSTICOS DE PROMOCION A LA SALUD:

Un diagnostico de promoción a la salud es un juicio clínico sobre la motivación y el deseo de una persona, familia o comunidad para aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud, expresado por su disposición para mejorar conductas específicas de salud tales como la nutrición o el ejercicio. Estos diagnósticos pueden usarse en cualquier situación de salud y no requieren un nivel determinado de bienestar. Esta disposición se apoya en las características definitorias. Las intervenciones se seleccionan de acuerdo con la persona, la comunidad o familia para asegurar al máximo su capacidad para alcanzar los resultados deseados.

➤ DIAGNOSTICOS DE BIENESTAR:

Un diagnostico de bienestar describe respuestas humanas a niveles de bienestar en una persona, familia o comunidad que están en disposición de mejorar. Esta disposición se apoya en las características definitorias. Al igual que con los restantes diagnósticos, se identifican resultados sensibles a las intervenciones enfermeras y se seleccionan las intervenciones que proporcionan un alta probabilidad de alcanzar los resultados.

La investigación en enfermería, sostiene Fawcett, “genera los conocimientos empleados en la práctica, mientras que la práctica genera ideas para la investigación”; proceso que constituye la base en la formación del personal de enfermería.<sup>12</sup>

Examinar críticamente dichas causas, señalando pros, contras y las principales lagunas e insuficiencias no es tarea fácil, sin embargo el NIC nos permite evaluar y obtener una serie de procedimientos para realizar al paciente de acuerdo a sus necesidades es flexible ya que obtienes los que más son de importancia para el paciente con ello el personal de enfermería cuenta con un gran apoyo ya que esta lista la proveerá de acciones específicas y en que tiempo se realizan estas el NIC es importante para llevar a cabo un plan integral y profesional de cuidados.

## **ANTECEDENTES DEL INTERVENCIONES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA. (NIC)**

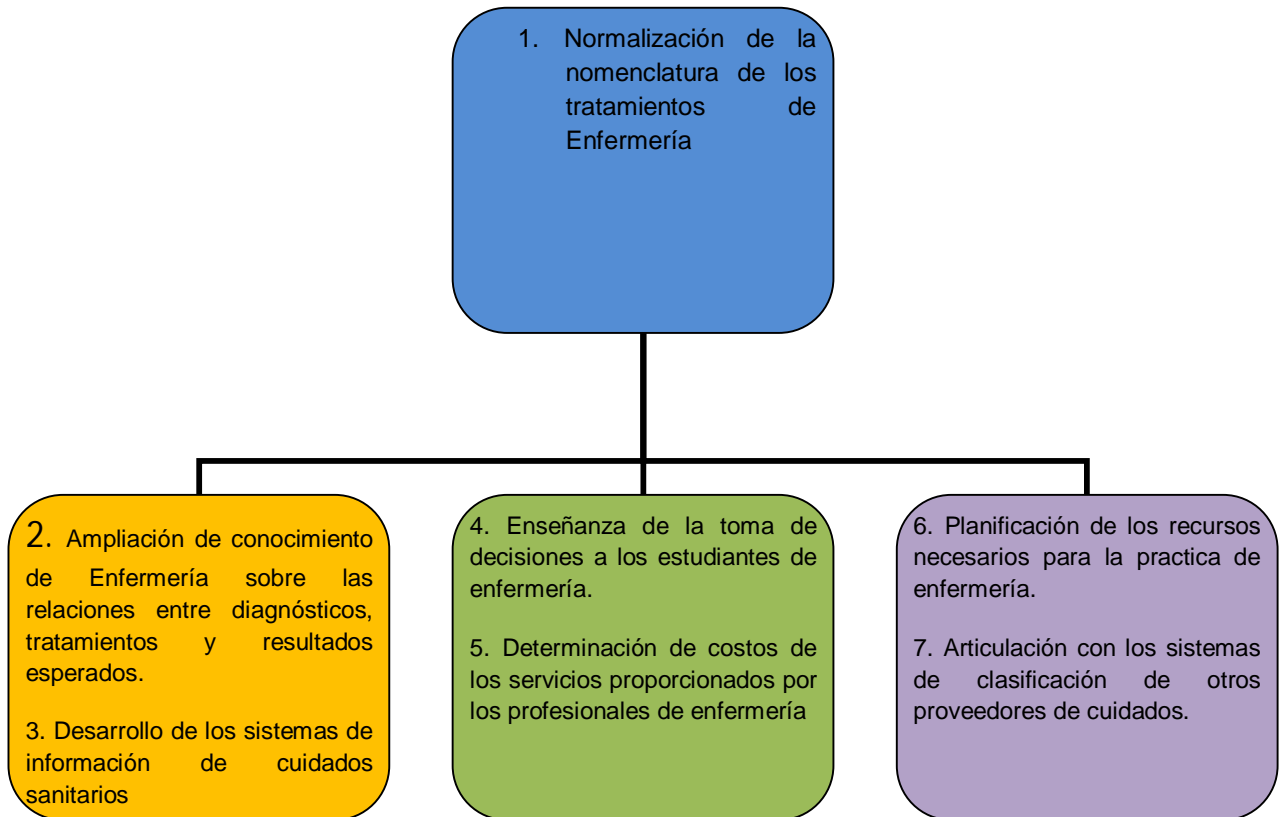
En 1987 McCloskey y Bulechey: Crearon un equipo de investigación para desarrollar una clasificación de intervenciones de enfermería paralela a la clasificación de diagnósticos de enfermería NANDA después de asistir ala conferencia de la NANDA de 1986 se dieron cuenta que la profesión necesitaban una clasificación de intervenciones, para ello se contaban con conocimientos la motivación y el interés 2

Se empezó invitando a ocho personas (todas ellas compañeras de univetcity of College of Nursing) a una sesión de 2 horas para discutir una serie de clasificación de intervenciones, cada una de las ocho personas fue elegidas por su experiencia especifica, algunas eran expertas en pediatría otras en gerontología, unas tenían conocimientos clínicos, algunas administrativos y otras investigadoras cualitativas y otras cuantitativas al final de este primer encuentro no se llego a un acuerdo final, posterior a esto se les pidió que asistieran tres reuniones mas durante los siguientes meses siguientes, al final de estos meses se les pidió que asistieran durante un año como miembros de un equipo de investigación. Durante este año cuando estábamos clasificando los aspectos conceptuales, surgió la idea de trabajar sobre las extensas fuentes de datos de documentación y planificación de cuidados de enfermería.

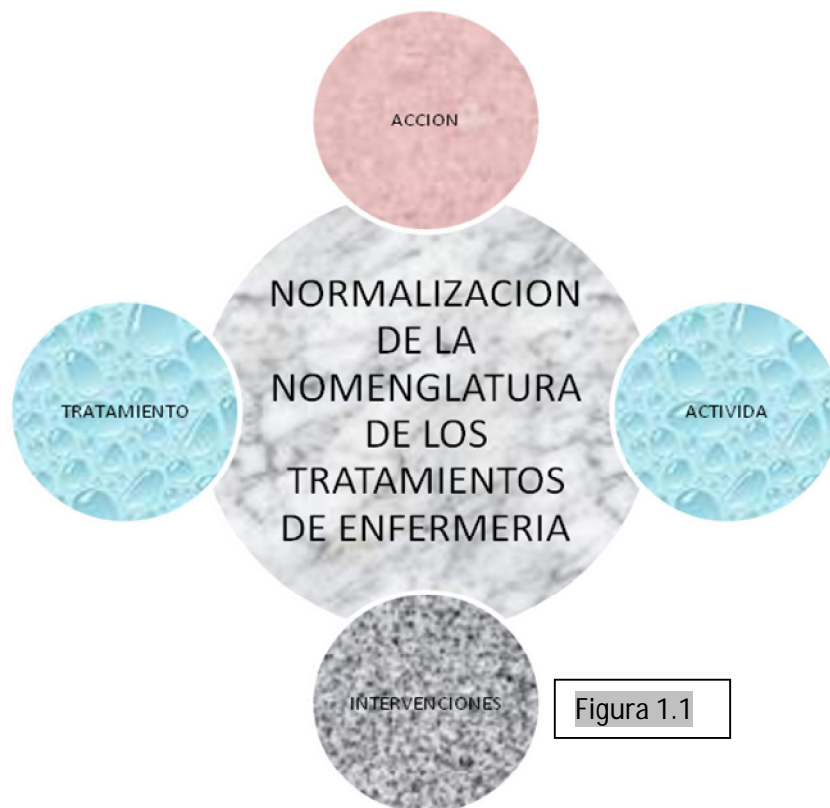
En el 2002 siendo el trabajo continuo principalmente el mantenimiento de las clasificaciones, la implantación y la investigación de la efectividad basada en el uso de la practica los equipos de investigación de NIC y NOC fueron nombrados colaboradores para 3 años e el center for Nursing Classification and clínica.

Razones para realizar el NIC; Las clasificaciones ponen en orden nuestro ambiente y ayudan a comunicarnos unos a nosotros, las clasificaciones ayudan a hacer avanzar la base del conocimiento de un campo mediante la organización del conocimiento y los principios que rigen lo conocido. También identifican las lagunas de los conocimientos que luego pueden ser tratadas por la investigación.

La NIC fue creada por varias razones que son;



Primera Razón.



1.1 Había poca conceptualización sobre la manera en que las acciones encajaban unas con otras para construir intervenciones y tratamientos, por lo contrario las denominaciones de las intervenciones de NIC son conceptos implementados por un grupo de actividades (acciones) de enfermería dirigidas a la resolución de problemas sanitarios reales o potenciales del paciente.

En el extremo opuesto de las acciones individualizadas también hubo un comienzo de esquemas de clasificación de las intervenciones de enfermería; por ejemplo los componentes de los cuidados básicos de Henderson, la taxonomía de los cuidados ambulatorios de Verran, los ocho campos de cuidados de Benner, el esquema de las clasificaciones etc.

En resumen antes de la NIC las intervenciones e enfermería se consideraban como extensas listas de acciones individualizadas o como grandes categorías. Lo que era necesario era un lenguaje clínicamente útil entre estos dos extremos.<sup>2</sup>



Segunda Razón.

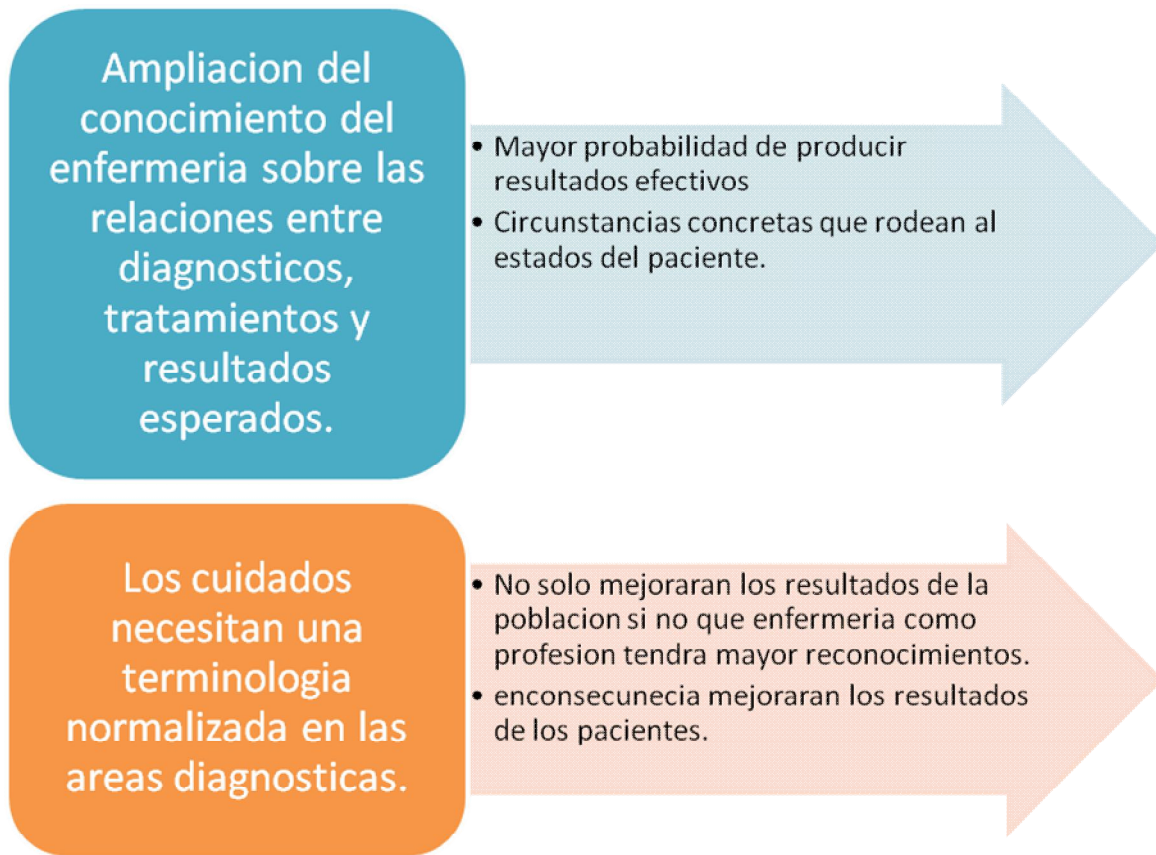


Figura 1.2

1.2 El extendido uso lenguaje de diagnósticos de enfermería de la NANDA ha aumentado la conciencia sobre las necesidades de clasificaciones normalizadas en las áreas de las intervenciones y los resultados esperados.2

Tercera Razón.



Figura 1.3

1.3 La documentación de los cuidados esta cada vez mas informatizada, sin embargo hasta que se desarrollo la NIC no había ningún sistema normalizado para la descripción de los tratamientos realizados por los profesionales de enfermería.

Cuarta Razón.



Figura 1.4

1.4 Definir y clasificar las intervenciones de enfermería será de ayuda en el importante proceso de enseñar al personal de enfermería noveles a determinar las necesidades del paciente y así responder de la manera correspondiente, además de facilitar las intervenciones requieren de un mayor grado de conocimientos y técnica que se enseñara en un grado de graduados.2

Quinta Razón.

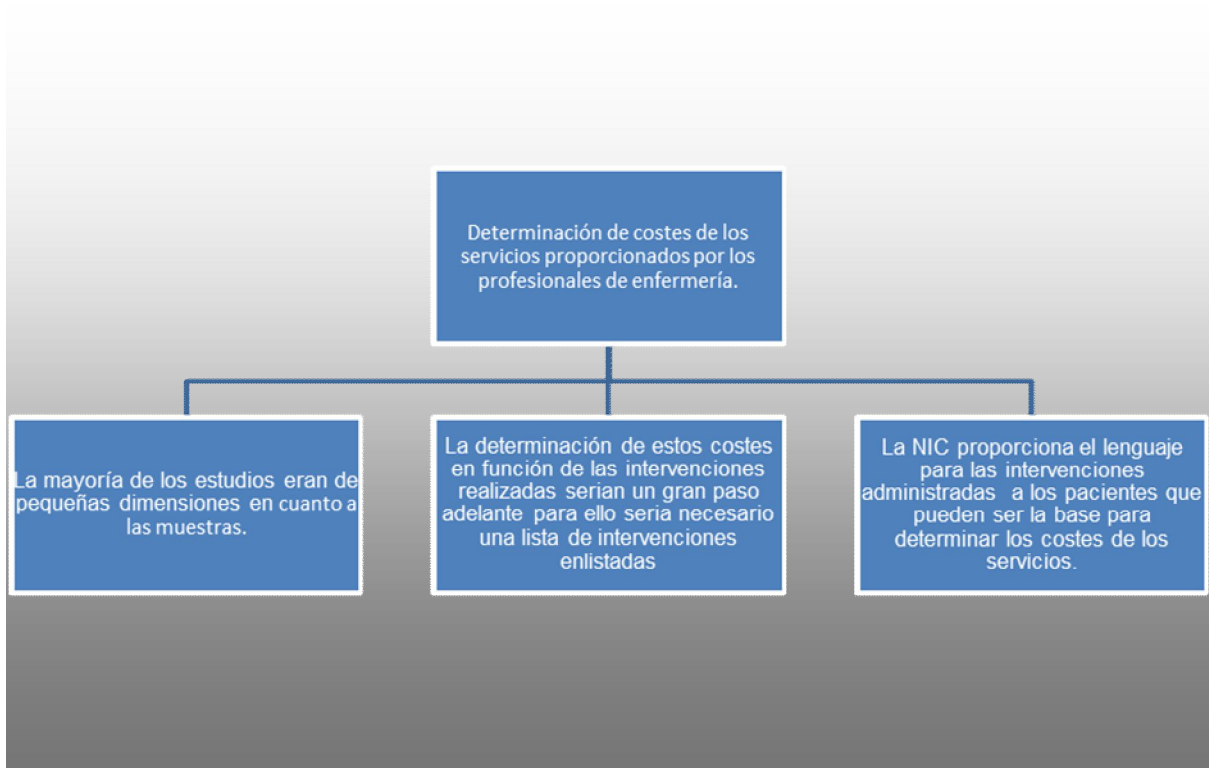
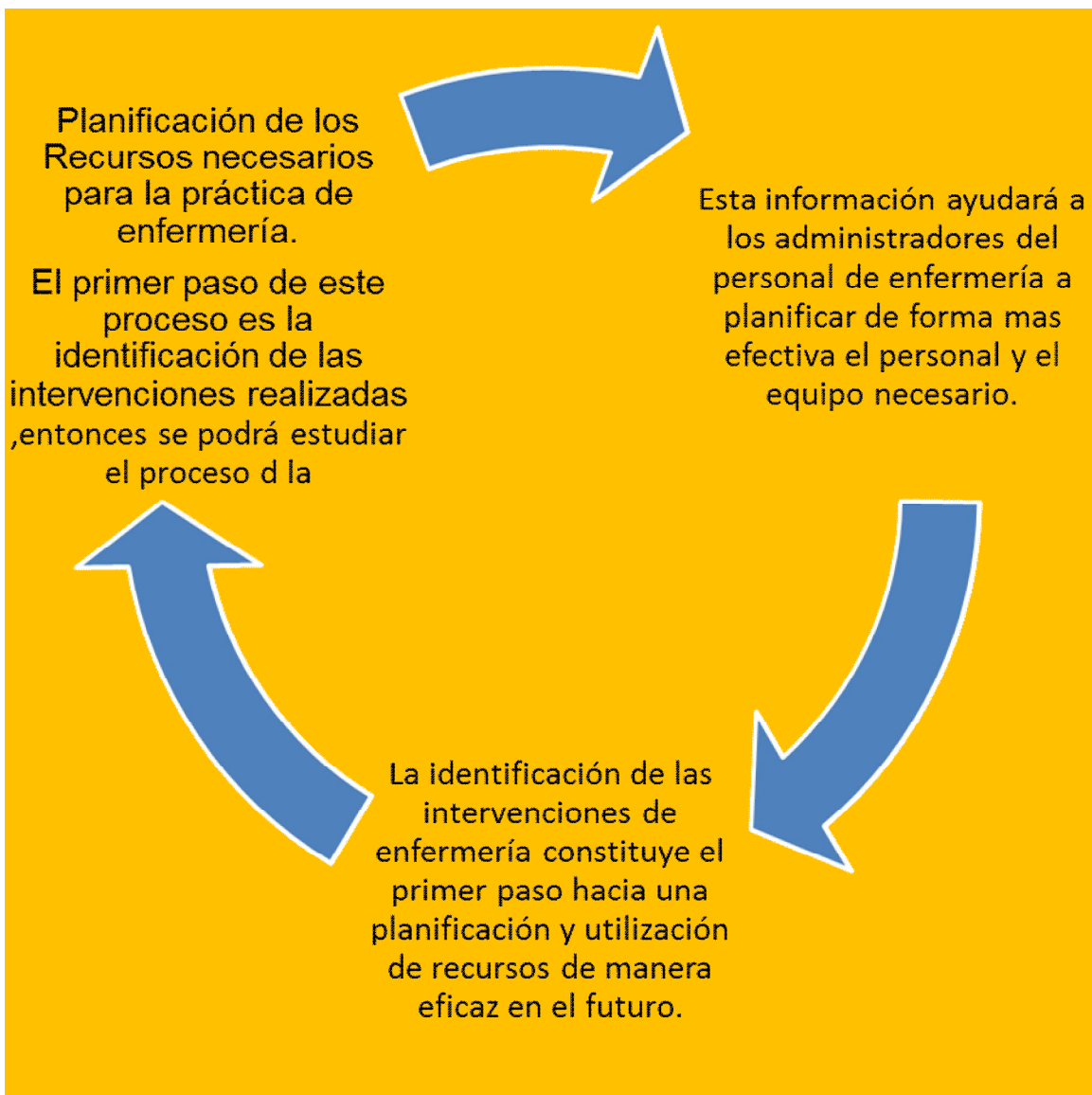


Figura 1.5

1.5 Durante la década de 1980 se han hecho muchos esfuerzos de acuerdo con la literatura disponible para determinar el coste de los servicios de enfermería, la amplia variedad de los sistemas de clasificación de pacientes no normalizados es de hecho la razón clave de dificultad en obtener grandes grupos de datos para comparara los costes de los profesionales de enfermería.<sup>2</sup>

Sexta Razón.



Séptima Razón.



Durante estas razones surgieron etapas que fueron mencionadas por su importancia para el desarrollo del NIC.2

#### Etapa 2: GENERACION DE UNA LISTA INICIAL DE INTERVENCIONES.

Las actividades de enfermería ó el papel que los profesionales de enfermería desempeñan como el paso de implantación del proceso de enfermería aparecieron rápidamente a los libros de texto de enfermería, las guías de planificación de cuidados de enfermería y los sistemas de información. En todas estas fuentes antes del NIC una intervención era vista como una acción individualizada ó una los de actividades individualizadas con poca conceptualización sobre su mutua interpretación.

Los investigadores diseñaron un formulario de calificación de fuentes de datos y lo utilizaron para analizar y calificar las fuentes de datos de varias áreas de especialidades, los criterios utilizados para seleccionar las fuentes eran; 1: presentar acciones de cuidados claras, individualizadas 2: Incluir una lista completa de acciones 3: Representar la practica actual.

Se analizaron 45 fuentes de diversas áreas de especialidad. Se hicieron todos los intentos posibles para que la selección de la fuente fuera completa; la idea era (arrancar) para general una lista inicial de intervenciones. El análisis de los libros de planificación de cuidados incluía los publicados en los 5 años anteriores (1983-

1988); el análisis del sistema se limitó a tres en el estado de Iowa para los que se disponía el acceso y un cuarto cuyo libro estaba publicado y disponible.

El análisis del contenido se utilizó para categorizar las actividades enfermeras seleccionadas. Cada ejercicio se realizó de la manera siguiente:

1. Se seleccionaron aleatoriamente unas 250 actividades concretas de enfermería de dos fuentes relacionadas y se introdujeron en un fichero informático.
2. Se imprimió cada actividad en una tira de papel separado, y las tiras fueron distribuidas a todos los miembros del equipo de investigación.
3. Cada uno de los miembros del equipo categorizó de forma independiente las actividades y le dio a cada categoría una denominación de intervenciones.



### Etapa 3: PERFESIONAMIENTO DE LA LISTA DE INTERVENCIONES Y DE LAS ATIVIDADES.

La tarea era perfeccionar las denominaciones y las actividades para progresar hacia la validez de la forma y el contenido se utilizaron dos métodos de perfeccionamiento: Ensayo de expertos y grupos focales.

Se adaptó el modelo Fehring de validación de contenido de los diagnósticos de enfermería para su uso con las intervenciones y se permitió a las puntuaciones de validez de contenido de intervenciones (ICV) disponer de actividades críticas y de apoyo.

El método de Fehring adaptado para las denominaciones e intervenciones incluía los siguientes pasos:

1. Expertos de enfermería calificaron las actividades de cada intervención en una escala de tipo Likert de 1 (La actividad no es característica en absoluto de la intervención a 5 ( la actividad es muy característica) también se les solicitó que sugirieran actividades que faltaran y que comentaran la definición.
2. Se utilizó la técnica de Delphi para elevar el consenso entre los expertos. Se utilizaron cuestionarios de dos vueltas. La segunda vuelta representaba un perfeccionamiento de la primera lista de actividades e intervenciones basado en las respuestas de los profesionales de enfermería en la primera vuelta.

3. Se calcularon índices de peso para cada actividad.
4. Las actividades con índices iguales o superior a 0.80 se denominan actividades críticas las actividades con índices inferiores a 0.50 fueron descartadas.
5. Se obtuvo la puntuación ICV total para cada intervención sumando las calificaciones de actividades individuales y promediando los resultados.

En resumen el resultado del trabajo de la fase 1 fueron 336 intervenciones cada una con una denominación una definición y un grupo de actividades relacionados que describían las acciones del profesional de enfermería que implementa la intervención y una bibliografía de apoyo 22

## **ANTECEDENTES DE LA CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)**

La clasificación de los resultados de enfermería (NOC) presenta terminología y las medidas estandarizadas para los resultados obtenidos de los pacientes que resultan de las intervenciones que se han aplicado. Convertido en un equipo de investigación en la universidad de Iowa, la clasificación se puede utilizar por los clínicos, los estudiantes, los educadores, los investigadores, y los administradores en una variedad de lugares clínicos, educativos, y de la investigación.

La comprensión de los resultados, y la inclusión de los indicadores específicos que se pueden utilizar para evaluar y para clasificar al paciente en lo referente al logro del resultado.

La NOC es una sigla definida como "estado del cliente después de una intervención de enfermería." (Johnson y Maas, 2000). Los resultados estandarizados fueron desarrollados para medir los efectos de las intervenciones de cuidados se utilizan en todos los ajustes y con todas las poblaciones del cliente. Por lo que pueden medir estado del cliente con varios acontecimientos de la salud extendidos demasiado los períodos del cuidado. Hay siete dominios del NOC, que describen la respuesta deseada del cliente: La salud funcional, la salud sicológica, salud sicosocial, conocimiento de la salud y comportamiento, percepción de salud, salud de la familia, y salud de la comunidad.

## IMPORTANCIA CLASIFICACIÓN NOC

- Desarrollo inductivo y deductivo
- Basado en la práctica clínica
- Lenguaje claro y clínicamente útil
- Puede ser utilizado por otras disciplinas
- Permite evaluar la efectividad en cualquier momento y de forma continuada
- Evaluado en hospitales de agudos, crónicos, asistencia domiciliaria, etc.
- Relacionado con NANDA Y NIC

## EVALUACIÓN CALIDAD DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS

- Los resultados son componentes esenciales de cualquier programa de mejora o garantía de la calidad
- Los resultados son cambios favorables o adversos, en el estado de salud real o potencial de personas, grupos o comunidades que pueden atribuirse a los cuidados
- Ayudan a marcar estándar



## RESULTADOS ESPECÍFICOS DE LA DISCIPLINA.

- Reflejan la práctica y las normas
- Son importantes para evaluar la ejecución y la calidad de la práctica
- Proporcionan información para elaborar el conocimiento enfermero
- Cada disciplina debe identificar los resultados de los pacientes influenciados por su práctica para asegurar que se incluyen en la evaluación de la atención sanitaria
- Sirven para medir y documentar
- Identificación de un lenguaje común.

## LENGUAJE COMÚN

Requiere la identificación, comprobación y aplicación de términos y medidas comunes para los diagnósticos enfermeros, intervenciones, estructuras y procesos de administración de cuidados y resultados de los pacientes

CRE. Recoge una lista exhaustiva de conceptos, definiciones y medidas estandarizadas que describen los resultados de los pacientes influenciados por las intervenciones enfermeras

Equipo de investigación CRE (Nursing Outcomes Classification, NOC) se forma en 1991 en la universidad de IOWA. El término paciente como receptor de los cuidados incluye al cuidador familiar y otros miembros de la familia y comunidad, sin tener en cuenta el ámbito de los cuidados. Los resultados se presentan como conceptos neutros que reflejan los estados del paciente, medidos de forma continua en vez de cómo objetivos concretos que se cumplen o no.

Un resultado se define como “un estado, conducta o percepción de un paciente o cuidador familiar sensible a intervenciones de enfermería y conceptualizado a niveles medios de abstracción, cada resultado tiene asociado un grupo de indicadores que se utilizan para determinar el estado del paciente en relación al resultado”<sup>7</sup>

Cada resultado NOC contiene:

- Una etiqueta
- Una definición
- Un destinatario de los cuidados
- Fuente de datos
- Puntuación diana del resultado: Mantener a...Aumentar a...
- Una lista de indicadores
- Una escala de Likert de 5 puntos para medir el estado del paciente
- Referencias bibliográficas

## APLICACIÓN DE LOS INDICADORES DE RESULTADO

Indicador de resultado: estado, conducta o percepción más concreta.

- Su propósito es ayudar a determinar el estado del paciente para un resultado
- Selección de indicadores importantes para el paciente.

Cada escala se construye para que el quinto o último punto refleje la situación más deseada del paciente (13)

- Permiten medir el resultado en cada punto de un continuo desde el más negativo al más positivo.
- Permiten controlar el progreso o no progreso

Ejemplos de escalas:

1= gravemente comprometido a 5= no comprometido

1= muy débil a 5= muy intenso

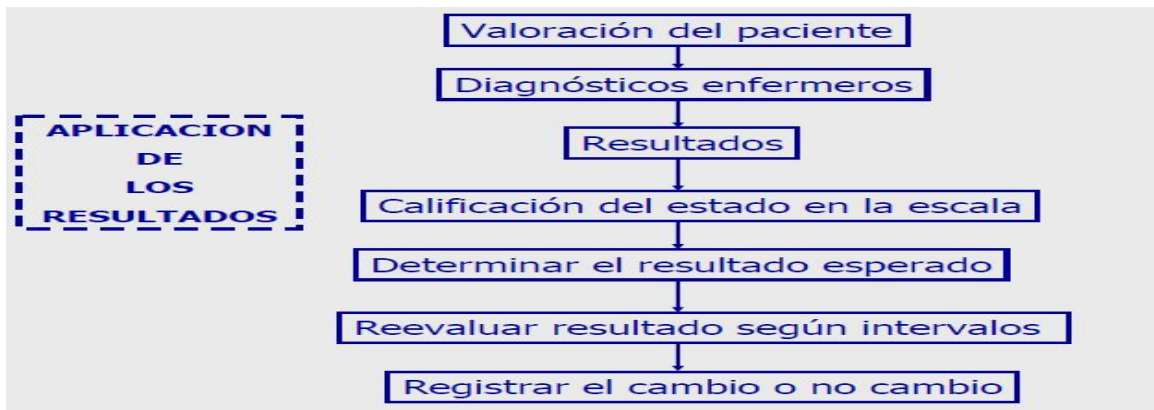
1= inadecuado a 5= completamente adecuado.

- Tras la valoración la enfermera califica al paciente en el resultado seleccionado utilizando la escala e identifica la calificación que desea conseguir tras la intervención
- El paciente puede mejorar en alguno de los indicadores lo que indica un progreso hacia el objetivo a largo plazo.
- No todos los pacientes podrán lograr el resultado más deseable a pesar del nivel de cuidados más alto.

## APLICACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN EN LA PRÁCTICA

- Utilización de un lenguaje estandarizado. 330 resultados.
- Interrelación con otras taxonomías
- La etiqueta del resultado y la definición son los componentes estandarizados, no debe cambiar su terminología.
- Es recomendable no cambiar la escala





## APLICACIÓN DE ESCALAS DE MEDIDA

- El último punto de la escala (5º) es el estado más deseable.
- La escala de medida son comunes a resultados e indicadores.
- Las escalas del indicador ayudan a calificar en la escala del resultado.
- La calificación del indicador supone un juicio enfermero.

## TAXONOMÍA C.R.E

Tiene 5 niveles:

Dominios, clases, resultados, indicadores y medidas

### NIVEL 1. DOMINIOS:

- D. I. SALUD FUNCIONAL
- D. II. SALUD FISIOLÓGICA
- D. III. SALUD PSICOSOCIAL
- D. IV. CONOCIMIENTO Y CONDUCTA EN SALUD
- D. V. SALUD PERCIBIDA
- D. VI. SALUD FAMILIAR
- D. VII. SALUD COMUNITARIA

## LENGUAJE ESTANDARIZADO

- Comunicación entre profesionales
- Recoger y analizar la información sobre la contribución enfermera.
- Evaluar y mejorar los cuidados
- Desarrollar el conocimiento enfermero
- Aplicación a sistemas informáticos
- Facilita la toma de decisiones
- Documentar el pensamiento de forma que pueda ser comprendido e interpretado por otras enfermeras.
- Las estructuras de las taxonomías rara vez son utilizadas en la asistencia.

## LENGUAJE ESTANDARIZADO

- Permite la identificación, comprobación y aplicación de términos y medidas comunes para los diagnósticos enfermeros, intervenciones, estructuras y procesos de administración de cuidados y resultados de los pacientes.
- Es necesario para estructurar e investigar la efectividad de los cuidados a través de bases de datos.

## IMPORTANCIA DE LAS CLASIFICACIONES

- Normalización del lenguaje utilizado por los profesionales.
- Exhaustividad
- Basadas en la Investigación
- Desarrollo inductivo basado en la práctica clínica
- Lenguaje claro y clínicamente útil
- Estructuradas de forma clara
- Revisadas de forma continúa
- Evaluado en distintos campos de actuación
- Interrelación NANDA –NIC-NOC
- Traducidas a varios idiomas.

## INTERRELACIONES NANDA-NIC-NOC

- No sustituyen el juicio clínico de la enfermera
- Ilustran cómo conectar los tres lenguajes
- Dirige una asociación de conceptos

Las interrelaciones NANDA-NOC-NIC asocian el problema o estado actual del paciente y los aspectos que se espera resolver o mejorar mediante una intervención. La entrada a una interrelación se realiza a través del diagnóstico NANDA.

Factores para escoger un resultado:

- Las características definitorias del diagnóstico.
- Los factores relacionados del diagnóstico
- Los factores del paciente que pueden afectar a la consecución del resultado.
- Los resultados generalmente asociados al diagnóstico.
- Las preferencias del paciente.

Factores para escoger una intervención

- El resultado deseado del paciente
- Las características del diagnóstico enfermero
- La base de investigación asociada con la intervención
- La viabilidad de la implantación de la intervención
- La aceptación de la intervención por parte del paciente
- La capacidad de la enfermera

El ejercicio de la autonomía de enfermería demanda no sólo investigación de aspectos pedagógicos o médicos; implica una noción más generosa de los conocimientos, objetivos y métodos. Los resultados de investigación en enfermería deben reflejar una gama no menos variada de actitudes acerca de la conveniencia de este tipo de evolución profesional a continuación se muestra la metodología utilizada en esta investigación. 3

## METODOLOGÍA.

### ➤ Tipo de Investigación.

La presente investigación: Es de tipo descriptiva de corte transversal con abordaje cuantitativo; es descriptivo ya que el principal objetivo es describir los factores de conocimientos del método enfermero del personal de enfermería de Oncología y Ortopedia del Hospital Juárez de México para su buena aplicación, cuantitativo por que se podrán medir los resultados obtenidos, y - transversal porque solo se medirá una sola vez a través de un instrumento de valoración.

### ➤ Población.

Solo personal de enfermería del los servicios de oncología y ortopedia de los tres turnos que laboren en el hospital Juárez de México.

➤ Sede.

El Hospital Juárez de México Es un hospital de 3er nivel de atención de la secretaría de salud, el cual ofrece servicios de consulta externa y de Hospitalización, dentro de los cuales esta Ortopedia y Oncología donde se llevara a cabo la investigación.

➤ Universo.

Personal de Enfermería que laboran en el Hospital Juárez de México en las áreas de Hospitalización de Oncología y Ortopedia.

➤ Muestra.

Son 56 Enfermeras (o) de Oncología de los tres turnos y 30 Enfermeras de Ortopedia de los tres turnos del Hospital Juárez de México.

➤ Unidad de Observación.

Personal operativo del Hospital Juárez de México que conforma la planilla de enfermería de los servicios de Oncología y Ortopedia que labora de los tres turnos.

➤ Unidad de medición.

Conocimientos sobre el Método Enfermero y su aplicación en el ámbito asistencial por parte del personal de Enfermería

➤ Criterios de Inclusión.

Enfermeras de las planillas de los servicios de Oncología y Ortopedia del Hospital Juárez de México del turno matutino vespertino y velada A del año 2011.

➤ Criterios de Exclusión.

Estudiantes de enfermería.

Pasantes de enfermería.

Personal que no sea de la planilla de enfermería ( médicos, enfermería piloto).

➤ Criterios de Eliminación.

Enfermeras que no estén dispuestas (renuentes) a participar en la investigación.

➤ Modo de Recolección de Datos.

Se aplicó una prueba piloto a un grupo de Enfermeras de los servicios de Medicina Interna Sur del turno de matutino, se valoraron los datos obtenidos para realizar ajustes del instrumento de aplicación, posterior a esto se aplicó el cuestionario, e inicio la recolección de datos en los servicios de Oncología y Ortopedia del Hospital Juárez de México para la investigación.



➤ Variables de Estudio.

Genero.

Nivel Académico.

Diagnostico de Enfermería.

Valoración.

Etiqueta Diagnostica.

Diagnostico.

Diagnostico Real.

Diagnostico de Riesgo.

Diagnostico de Bienestar.

Diagnostico de promoción a la salud.

Planificación.

Ejecución.

➤ Procedimiento.

Se aplicó un instrumento el cual nos permitió valorar los conocimientos del personal de enfermería sobre el Método enfermero y su aplicación en el ámbito laboral con un total de 22 reactivos los cuales fueron valorados con una escala de likert para obtener valores sobre el personal.

➤ Análisis Estadístico.

La base de datos fue capturados en SPSS versión 17.0 en Ingles, paquetería de office, (Excel, Word y Power Point).

➤ Implicaciones Éticas

El cuestionario será contestado por el personal de enfermería que colaboré con la investigación de una forma anónima sin divulgación de calificaciones individuales obtenidas en el cuestionario, con respeto y fundamentación daremos a conocer los resultados en general de la investigación.

➤ Recursos Disponibles.

Cede de la investigación, asesorías por parte de los asesores Hospital e Institución educativa, autorización de los servicios en investigación Ortopedia y Oncología en los tres turnos, recursos humanos y recursos materiales.

➤ Recursos Humanos.

- I. Asesor del Hospital LIC. Juan Gabriel Guevara,
- II. Asesora de la Institución Educativa LEO. Gledy Olmos Rivera,
- III. Pasante de la LEO. Edith Santos Tenquedo
- IV. Pasante de la LEO Ignacio Revilla Bautista

➤ Recursos Materiales.

- I. Hojas
- II. Computadora
- III. Internet
- IV. Tinta
- V. Bolígrafos
- VI. Fotocopias
- VII. Impresiones
- VIII. Visitas a bibliotecas
- IX. Laptop
- X. Encuadernación etc.

➤ Recursos Financieros.

Dispuestos para cubrir lo necesario para concluir la investigación de pareja realizada en el año de servicio social.

➤ Recursos Solicitados.

I. Asesorías.

II. Asesor Hospitalario.

III. Asesor de Institución Educativa.

IV. Consentimiento de Jefes de Servicios de Investigación.

## OPERALIZACION DE LAS VARIABLES

CONCEPTO	DIMENSION.	DEFINICION OPERATIVA	INDICADOR.	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIZACION
<p><b>GENERO:</b> En Taxonomía, el género es una categoría taxonómica que se ubica entre la familia y la especie; así, un género es un grupo de organismos que a su vez puede dividirse en varias especies (existen algunos géneros que son específicos, es decir, contienen una sola especie).</p>	<p>Se refiere a la persona que esta hablando sea de genero femenino o masculino.</p>	<p>Se medirá la cantidad exacta de cuantos son hombres y cuantas mujeres.</p>	<p>Genero.</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>Sexo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Masculino.</li> <li>➤ Femenino.</li> </ul>

CONCEPTO	DIMENSION.	DEFINICION OPERATIVA	INDICADOR.	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIZACION
<p>NIVEL ACADEMICO</p> <p>Es una distinción dada por alguna institución educativa, generalmente después de la terminación exitosa de algún programa de estudios. Sin embargo, esta denominación suele utilizarse para denominar más concretamente a las distinciones de rango universitario, que también se denominan titulación superior o titulación universitaria.</p>	<p>Se dirige a todo el personal encuestado para saber el grado académico de cada uno.</p>	<p>Se medirá el personal con nivel académico superior, medio superior y técnico.</p>	<p>Nivel de conocimientos</p>	<p>cualitativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Especialista</li> <li>➤ Lic. en enfermería.</li> <li>➤ Enfermera General.</li> <li>➤ Auxiliar de Enfermería.</li> </ul>

CONCEPTO	DIMENSION.	DEFINICION OPERATIVA	INDICADOR.	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIZACION
ETIQUETA DIAGNOSTIC A: Es la que transmite una combinación de las características definitorias y los factores relacionados.	Valoración de la necesidad afectada.	Permite valorar la necesidad específica afectada.	Salud Necesidad Dependencia independencia	Descriptiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Diagnostico real</li> <li>➤ Diagnostico potencial</li> </ul>

CONCEPTO	DIMENSION.	DEFINICION OPERATIVA	INDICADOR.	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIZACION
NIVEL ACADEMICO: Es una distinción dada por alguna institución educativa, generalmente después de la terminación exitosa de algún programa de estudios. Sin embargo, esta denominación suele utilizarse para denominar más concretamente a las distinciones de rango universitario, que también se denominan titulación superior o titulación universitaria.	Se dirige a todo el personal encuestado para saber el grado académico de cada uno.	Se medirá el personal con nivel académico superior, medio superior y técnico.	Nivel de conocimientos	cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Especialista</li> <li>➤ Lic. en enfermería.</li> <li>➤ Enfermera General.</li> <li>➤ Auxiliar de Enfermería.</li> </ul>



CONCEPTO	DIMENSION.	DEFINICION OPERATIVA	INDICADOR.	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIZACION
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Es la que transmite una combinación de las características definitorias y los factores relacionados	Etiqueta que se basa en la valoración previa, el cual se obtiene de las necesidades del paciente.	Se medirá en el cuestionario los tipos de diagnósticos que pueden ser expuestos ante el estado físico de un paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Enfermería.</li> <li>➤ Estado de salud.</li> <li>➤ Valoración.</li> <li>➤ Anamnesis completa.</li> </ul>	Descriptiva.	Real. <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ De bienestar.</li> <li>➤ De promoción.</li> <li>➤ Riesgo.</li> </ul>

CONCEPTO	DIMENSION.	DEFINICION OPERATIVA	INDICADOR.	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIZACION
DIAGNOSTICO REAL: estado que es validado por la presencia de signos y síntomas o manifestaciones (características definitorias).	Se obtiene de los datos que se recolectaron en la valoración es el estado actual del paciente y su necesidad afectada.	Es importante analizar por medio del cuestionario que tan preparado esta el personal de enfermería en cuanto a la distinción y manejo de los diferentes tipos de diagnósticos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Valoración.</li> <li>➤ Estado de salud.</li> <li>➤ Objetivos.</li> <li>➤ Intervenciones.</li> <li>➤ Sintomatología</li> </ul>	Analíticas	

CONCEPTO	DIMENSION.	DEFINICION OPERATIVA	INDICADOR.	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIZACION
DIAGNOSTIC O DE RIESGO: describe respuestas humanas a estados de salud /procesos vitales que pueden desarrollarse en una persona, familia o comunidad vulnerables.	Estado en el que la necesidad de un paciente se ve severamente comprometida.	Riesgo que tiene un paciente para que sea susceptible a que se afecte una necesidad.	Valoración Intervenciones Prevención	Descriptiva.	➤ Etiqueta diagnóstica

CONCEPTO	DIMENSION.	DEFINICION OPERATIVA	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIZACION
DIAGNOSTIC O DE BIENESTAR: Describe respuestas humanas a nivel de bienestar de una persona, familia ó comunidad que están en disposición para mejor.	Estado de aceptación de mejorar la salud mediante intervenciones de enfermería de acuerdo a las necesidades afectadas.	El cuestionario consta con una serie de preguntas en la cual se incluye el diagnóstico de bienestar que bien es muy poco conocido por el personal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Valoración.</li> <li>➤ Estado de salud.</li> <li>➤ Objetivos.</li> <li>➤ Intervenciones.</li> <li>➤ Sintomatología</li> </ul>	Descriptivo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Real.</li> <li>➤ De bienestar.</li> <li>➤ De promoción.</li> <li>➤ Riesgo.</li> </ul>

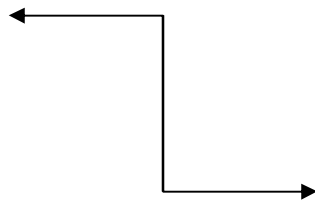
CONCEPTO	DIMENSION.	DEFINICION OPERATIVA	INDICADOR.	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIZACION
<p><b>DIAGNOSTICO DE PROMOCION A LA SALUD:</b> Es un juicio clínico sobre la motivación y el deseo de una persona, familia ó comunidad pueden usarse en cualquier situación de salud y no requiere nivel determinado de bienestar</p>	Elaboración de una etiqueta de acuerdo con el deseo de preservar la salud de un individuo ó comunidad.	La promoción ala salud es parte fundamental del desempeño de enfermería y en área especifica por ello es importante preguntar si lo conocen y saben de que se trata.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Valoración.</li> <li>➤ Estado de salud.</li> <li>➤ Objetivos.</li> <li>➤ Intervenciones.</li> <li>➤ Sintomatología</li> </ul>	Descriptiva.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Real.</li> <li>➤ De bienestar.</li> <li>➤ De promoción.</li> <li>➤ Riesgo</li> </ul>

CONCEPTO	DIMENSION	DEFINICION OPERATIVA	INDICADOR.	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIZACION
<p><b>PLANEACIO:</b> En acuerdo con el cliente, el profesional de enfermería planifica el tratamiento de cada uno de los problemas identificados en la fase de valoración y desarrollados en la de diagnóstico. Para cada problema se establece una meta mensurable.</p>	Conjunto de objetivos relacionados entre si cuyo logro principal es el bienestar del paciente y con ello el éxito del diagnostico.	El tiempo que se labora es corto para el numero de pacientes que atiende una persona de enfermería por ello la planificación es parte fundamental del desempeño de lo que ya se valoro.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Objetivos</li> <li>➤ Estrategias.</li> <li>➤ Enfermería.</li> <li>➤ Planificación.</li> </ul>	Descriptiva.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Funcional.</li> <li>➤ Disfuncional.</li> </ul>

CONCEPTO	DIMENSION	DEFINICION OPERATIVA	INDICADOR.	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIZACION
<p>EJECUCION: En esta fase se ejecuta el plan de enfermería descrito anteriormente, realizando las intervenciones definidas en el proceso de diagnóstico. Los métodos de implementación deben ser registrados en un formato explícito y tangible de una forma que el paciente pueda entender si deseara leerlo.</p>	<p>Realización de lo planeado llevarlo a la práctica y con ello obtener una respuesta positiva de las intervenciones</p>	<p>En el cuestionario se la ejecución como parte de las preguntas ya que es de suma importancia para la obtención de buenos resultados hacia el paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Evaluación.</li> <li>➤ Procesos.</li> <li>➤ Procedimientos.</li> <li>➤ Realizar.</li> <li>➤ Enfermería.</li> <li>➤ Método.</li> </ul>	<p>Descriptiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dependiente</li> <li>➤ Inter- De.</li> </ul>

## ➤ ANALISIS DE RESULTADOS

GRAFICAS



Los Siguietes datos fueron obtenidos del cuestionario que se aplico en el Hospital Juárez de México en los servicios de Oncología y Ortopedia de los tres turnos.

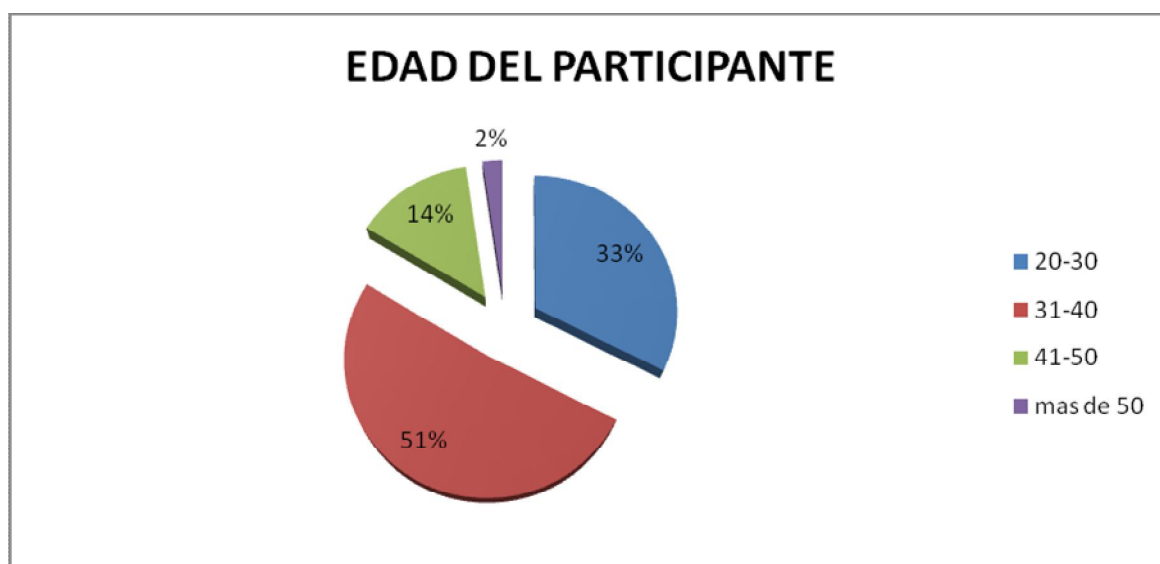
Se presentaran graficas que muestran los resultados de cada una de las preguntas.

**TABLA 1**

<b>EDAD DEL PARTICIPANTE</b>		
<b>VARIABLE</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
20-30	14	32.6
31-40	22	51.2
41-50	6	14.0
mas de 50	1	2.3
Total	43	100.0

FUENTE: Cuestionario “Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el Proceso asistencial” 2011.

**GRAFICA 1**



FUENTE: Cuestionario “Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial” 2011.

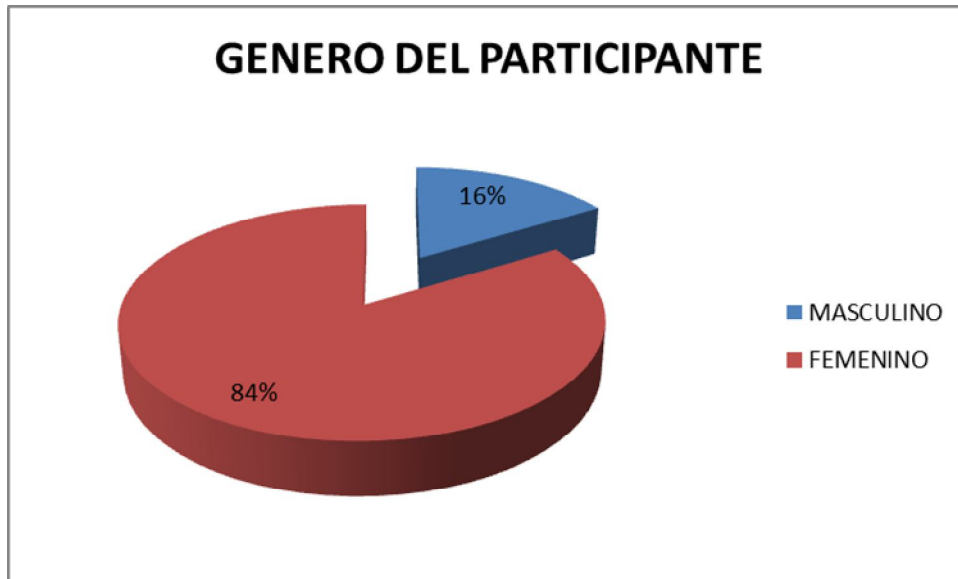
El 51% corresponde al rango de edad 31 a 40 años por lo que podemos observar que existe mucha gente joven, el 33% de 20 a 30 años, el 14% corresponde al rango de 41 a 50 años, mientras que en menor porcentaje de población de 50 años con un total de 2%.

TABLA 2

GENERO DEL PARTICIPANTE		
VARIABLE	FERCUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	7	16.3
FEMENINO	36	83.7
Total	43	100.0

FUENTE: Cuestionario "Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial" 2011

GRAFICA 2



FUENTE: Cuestionario "Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial" 2011.

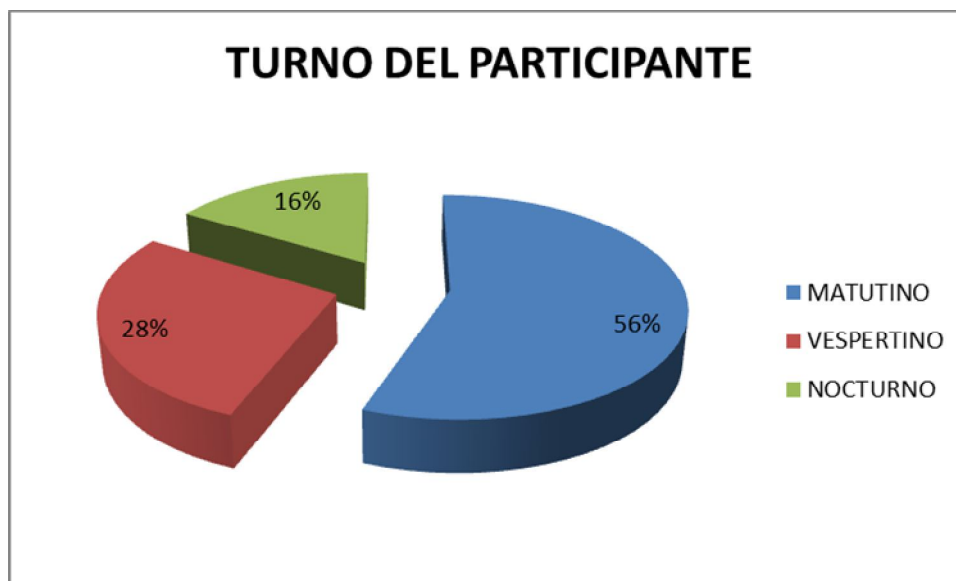
De acuerdo a nuestros hallazgos sigue predominando el genero femenino en esta profesión obteniendo un porcentaje mayor con 84% mientras que el 16% para el genero masculino, sin en embargo cada vez es mas el genero masculino se incorpora a la profesión con éxito.

**TABLA 3**

TURNO DEL PARTICIPANTE		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MATUTINO	24	55.8
VESPERTINO	12	27.9
NOCTURNO	7	16.3
Total	43	100.0

FUENTE: Cuestionario "Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial" 2011.

**GRAFICA 3**



FUENTE: Cuestionario "Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial" 2011.

La grafica muestra la prevalencia que existe en el turno matutino por ser el que mas actividades realiza y en donde los procedimientos son más comunes con un total de 56% del personal del turno matutino mientras que el vespertino con un total de 28% y nocturno de 16%, son minoría.

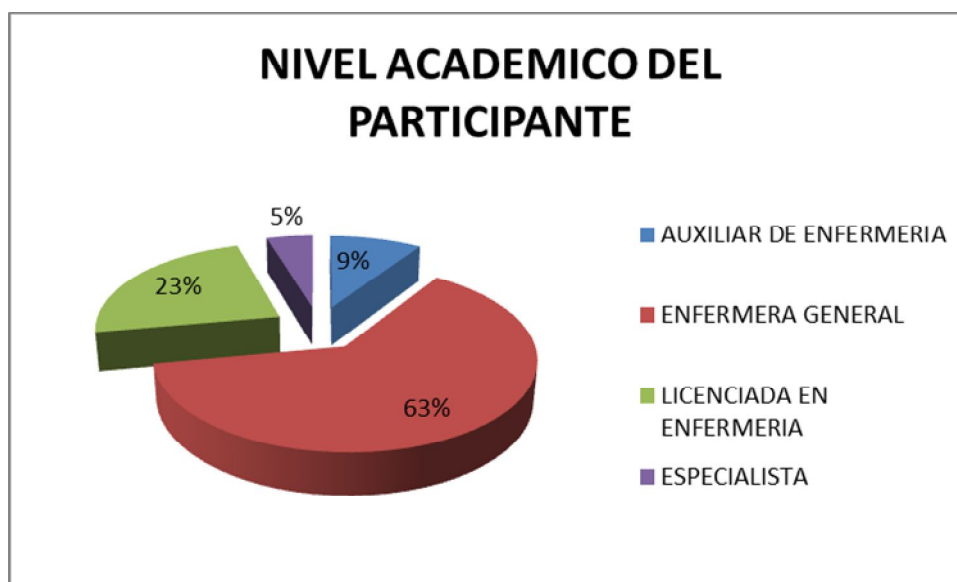


**TABLA 4**

NIVEL ACADEMICO DEL PARTICIPANTE		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AUXILIAR DE ENFERMERIA	4	9.3
ENFERMERA GENERAL	27	62.8
LICENCIADA EN ENFERMERIA	10	23.3
ESPECIALISTA	2	4.7
Total	43	100.0

FUENTE: Encuesta "Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial" 2011.

**TABLA 4**



FUENTE: Cuestionario "Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial" 2011.

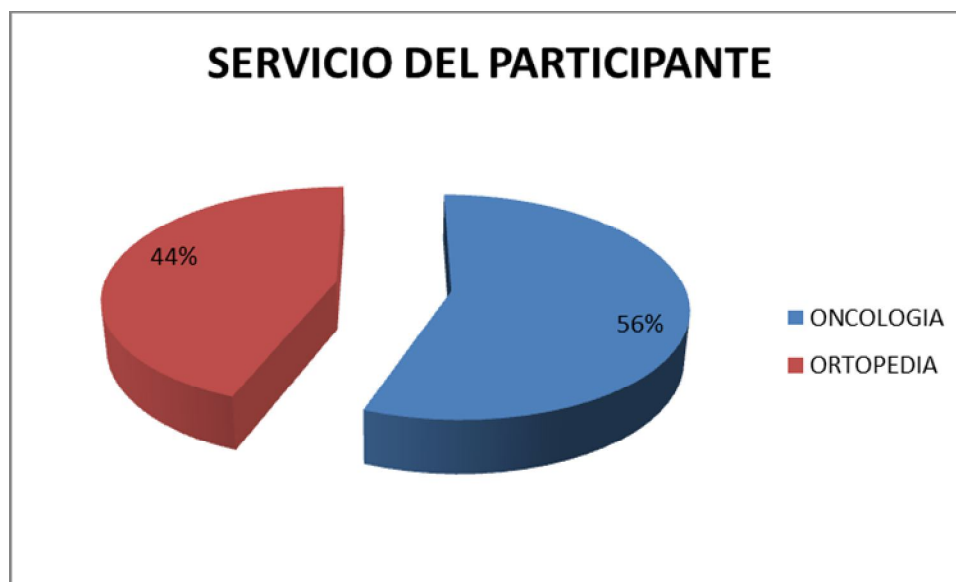
En el estudio se observó que el nivel académico que predominó fue el de enfermera general con un 63%, mientras que el 23% la licenciada en enfermería, el 9% son auxiliares por otra parte solo el 5% son especialistas, dándonos cuenta la importancia de la profesionalización en el ámbito de enfermería.

**TABLA 5**

<b>SERVICIO DEL PARTICIPANTE</b>		
<b>VARIABLE</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
ONCOLOGIA	24	55.8
ORTOPEDIA	19	44.2
Total	43	100.0

FUENTE: Cuestionario "Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial" 2011.

**TABLA 5**



FUENTE: Cuestionario "Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial" 2011.

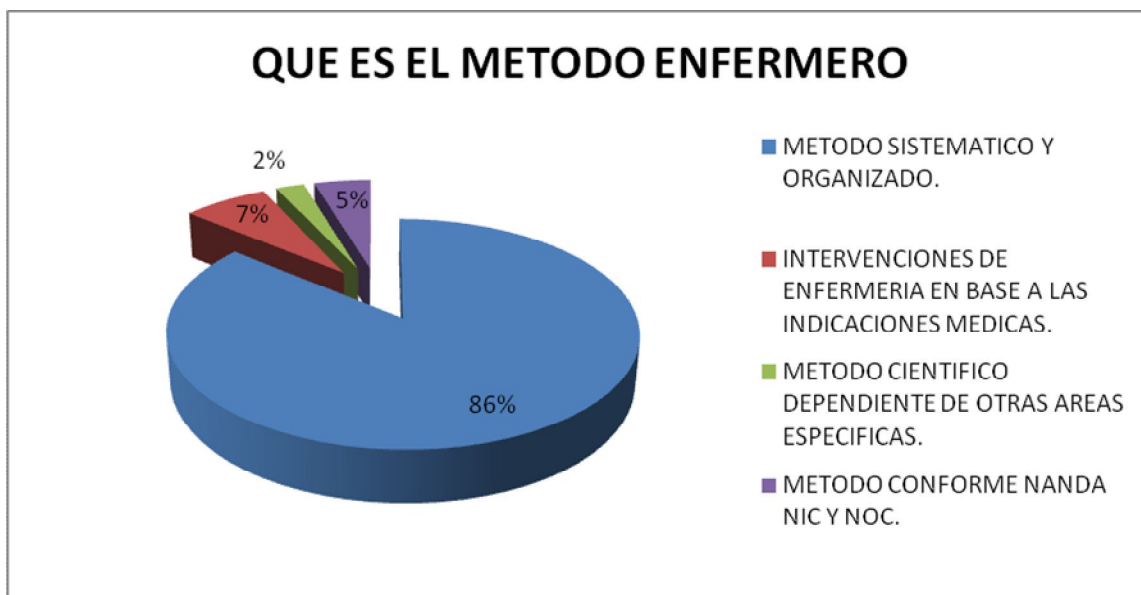
En relación a los servicios evaluados se encontró que el servicio con mayor número de personal de enfermería es el de Oncología con un 56% en donde la relación Enfermera paciente la mayoría de veces es 2:1, mientras que en el servicio de ortopedia es de solo un 44%.

**TABLA 6**

<b>QUE ES EL METODO ENFERMERO</b>			
<b>VARIABLE</b>		<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
	METODO SISTEMATICO Y ORGANIZADO.	37	86.0
	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN BASE A LAS INDICACIONES MEDICAS.	3	7.0
	METODO CIENTIFICO DEPENDIENTE DE OTRAS AREAS ESPECÍFICAS.	1	2.3
	METODO CONFORME NANDA NIC Y NOC.	2	4.7
	Total	43	100.0

FUENTE: Cuestionario “Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial” 2011.

**GRAFICA 6**



FUENTE: Cuestionario “Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial” 2011.

De acuerdo a la grafica podemos observar que el 86% contesto correctamente y saben cual es el objetivo principal del método enfermero, mientras que un 7% que todavía piensan que enfermería no es autónoma y se basa solo en indicaciones medicas.

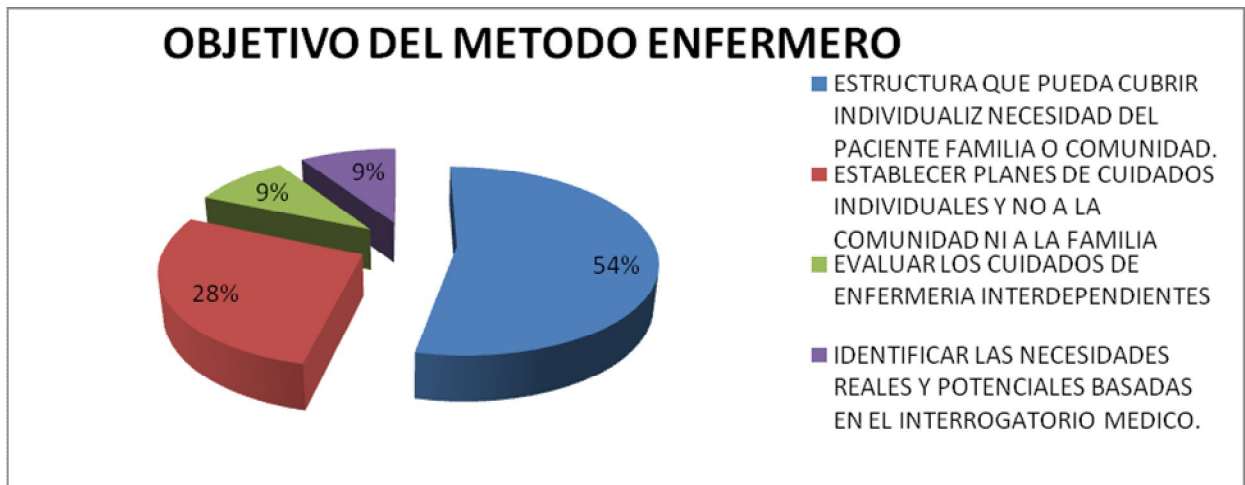
**TABLA 7**

**OBJETIVO DEL METODO ENFERMERO**

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESTRUCTURA QUE PUEDA CUBRIR INDIVIDUALIZ NECESIDAD DEL PACIENTE FAMILIA O COMUNIDAD.	23	53.5
ESTABLECER PLANES DE CUIDADOS INDIVIDUALES Y NO A LA COMUNIDAD NI A LA FAMILIA	12	27.9
EVALUAR LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA INTERDEPENDIENTES	4	9.3
IDENTIFICAR LAS NECESIDADES REALES Y POTENCIALES BASADAS EN EL INTERROGATORIO MEDICO.	4	9.3
Total	43	100.0

FUENTE: Cuestionario "Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial" 2011.

**GRAFICA 7**



FUENTE: Cuestionario "Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial" 2011.

Observamos que un total de 54% contestó de manera correcta, por lo cual nos percatamos que saben hacia donde va enfocado el objetivo del método enfermero y a quienes se les puede aplicar, mientras que con un 28% no sabe que el método enfermero también establece planes para la comunidad y familia, mientras que con un 9% piensa que se basa en el interrogatorio médico.

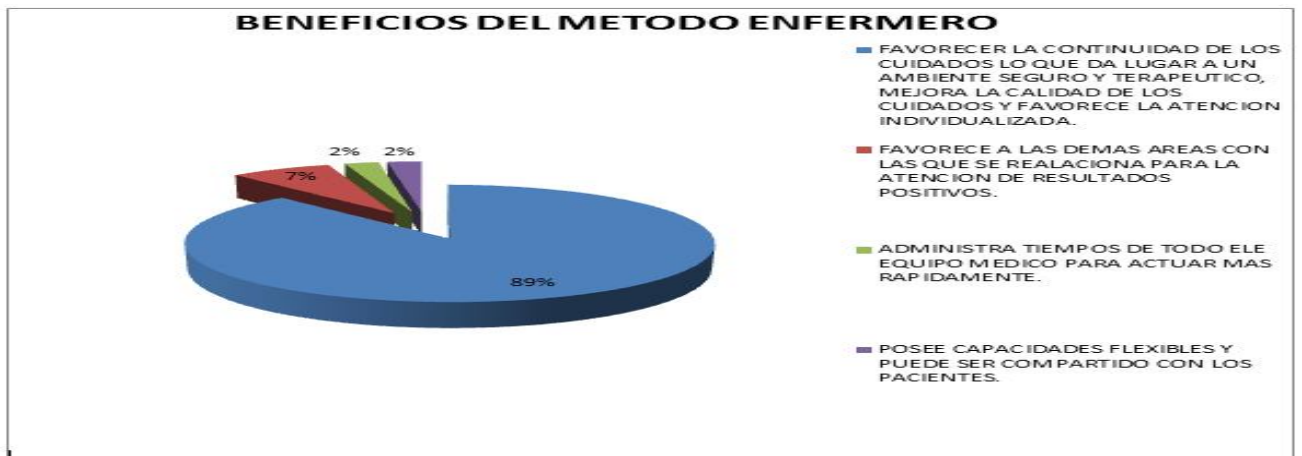
**TABLA 8**

**BENEFICIOS DEL METODO ENFERMERO**

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FAVORECER LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS LO QUE DA LUGAR A UN AMBIENTE SEGURO Y TERAPEUTICO, MEJORA LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS Y FAVORECE LA ATENCION INDIVIDUALIZADA.	38	88.4
FAVORECE A LAS DEMAS AREAS CON LAS QUE SE REALACIONA PARA LA ATENCION DE RESULTADOS POSITIVOS.	3	7.0
ADMINISTRA TIEMPOS DE TODO ELE EQUIPO MEDICO PARA ACTUAR MAS RAPIDAMENTE.	1	2.3
POSEE CAPACIDADES FLEXIBLES Y PUEDE SER COMPARTIDO CON LOS PACIENTES.	1	2.3
Total	43	100.0

FUENTE: Cuestionario “Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial” 2011.

**GRAFICA 8**



FUENTE: Cuestionario “Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial” 2011.

Los beneficios que este método nos brinda es favorecer al cuidado y la pronta recuperación con una mejora de calidad, de la cual se obtuvo que un 89% conoce los beneficios del método enfermero, mientras que un 7% piensan que el método es para favorecer a las demás áreas y con una minoría del 2% valoran eso para evitar perder tiempo de los médicos.

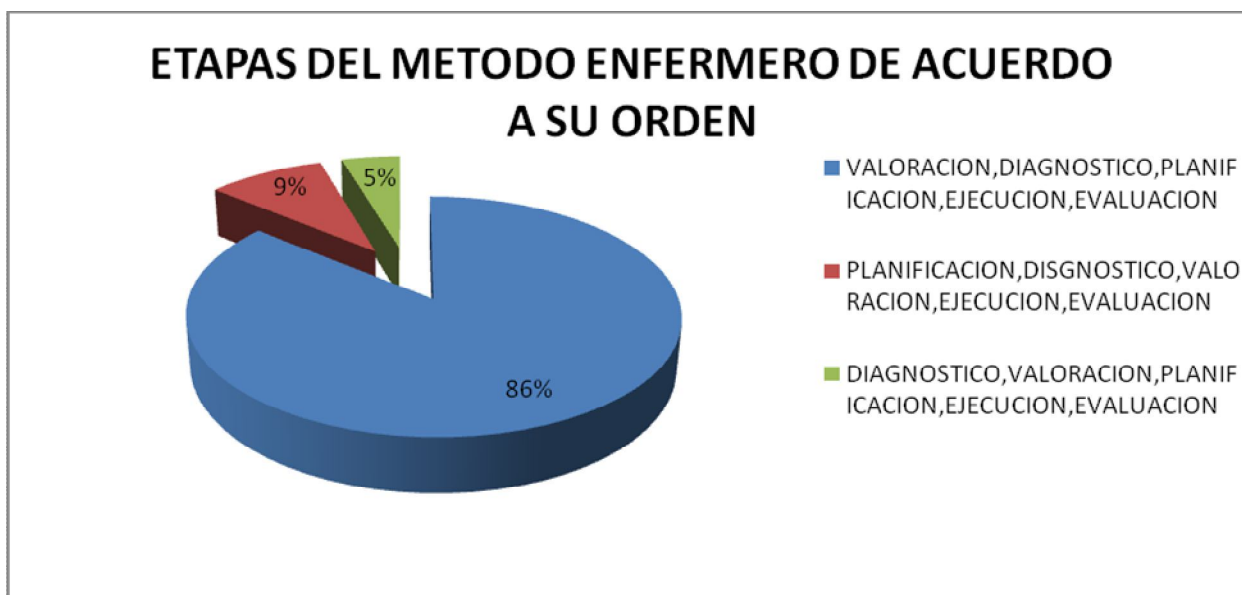
**TABLA 9**

**LAS ETAPAS DEL METODO ENFERMERO DE ACUERDO A SU ORDEN**

VARIABLE		FRECUENCIA	PORCENTAJE
	VALORACION,DIAGNOSTICO,PLANIFICACION,EJECUCION,EVALUACION	37	86.0
	PLANIFICACION,DISGNOSTICO,VALORACION,EJECUCION,EVALUACION	4	9.3
	DIAGNOSTICO,VALORACION,PLANIFICACION,EJECUCION,EVALUACION	2	4.7
	Total	43	100.0

FUENTE: Cuestionario "Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial" 2011.

**GRAFICA 9**



FUENTE: Cuestionario "Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial" 2011.

La mayoría del personal conoce las etapas del método enfermero con un total de 86%, mientras que el 9% toman a la planificación como primer paso para ejecutar una intervención precisa y oportuna, mientras que el 5% diagnostica y después valora.

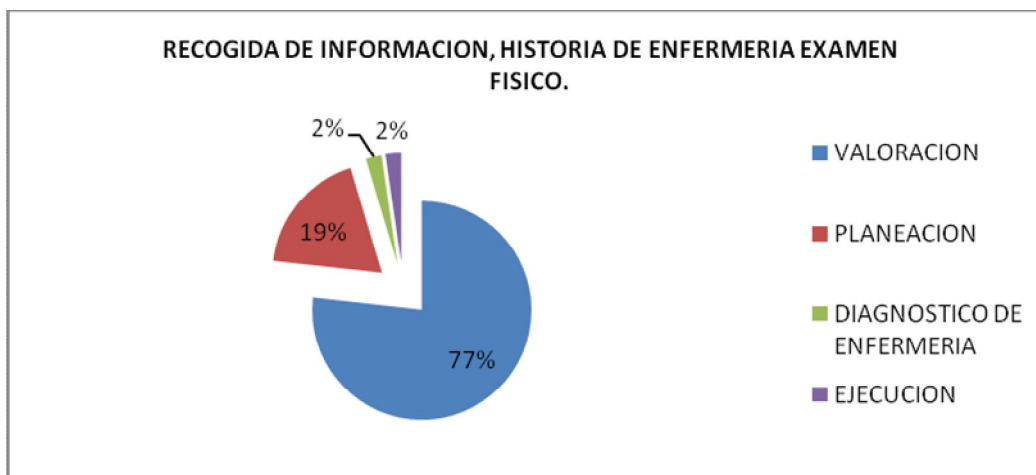
**TABLA 10**

**RECOGIDA DE INFORMACION, HISTORIA DE ENFERMERIA EXAMEN FISICO, ANALISIS DE DATOS SUBJETIVOS, Y OBJETIVOS SON PARTE DEL PROCESO DE**

<b>VARIABLE</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
VALORACION	33	76.7
PLANEACION	8	18.6
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	1	2.3
EJECUCION	1	2.3
Total	43	100.0

FUENTE: Cuestionario "Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial" 2011.

**GRAFICA 10**



FUENTE: Cuestionario "Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial" 2011.

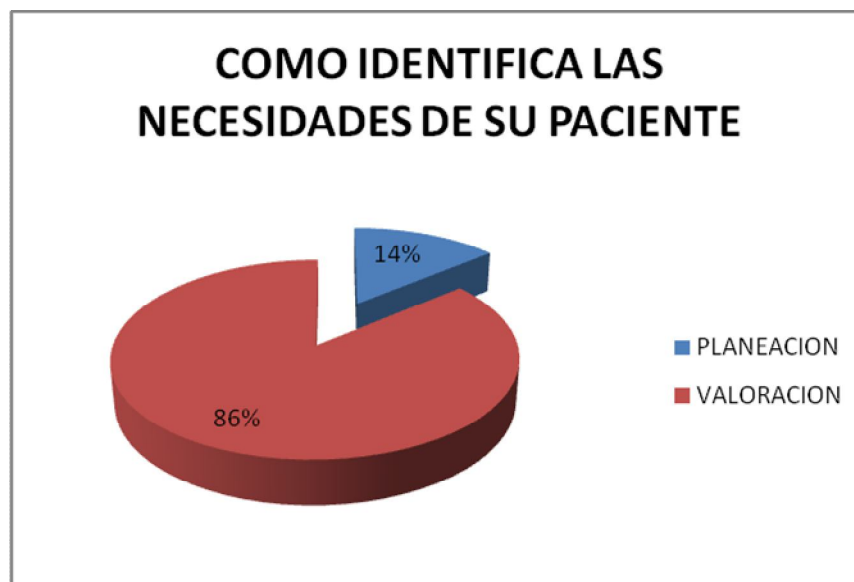
Es importante saber que se valora y se evalúa en cada etapa para así brindar una atención holística y de calidad, siendo la primera etapa la valoración, mientras que el 77% contestó correctamente, mientras que el 19% primero planifica, y el restante 2% diagnostica y ejecutan.

TABLA 11

COMO IDENTIFICA LAS NECESIDADES DE SU PACIENTE		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PLANEACION	6	14.0
VALORACION	37	86.0
Total	43	100.0

FUENTE: Cuestionario "Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial" 2011.

GRAFICA 11



FUENTE: Cuestionario "Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial" 2011.

Identificar las necesidades afectadas del paciente en la valoración, para tener éxito en la aplicación del método enfermero por lo cual el 86% de los participantes obtuvieron la respuesta correcta mientras que el 14% primero planearía y después valoraría siendo esta la respuesta incorrecta.

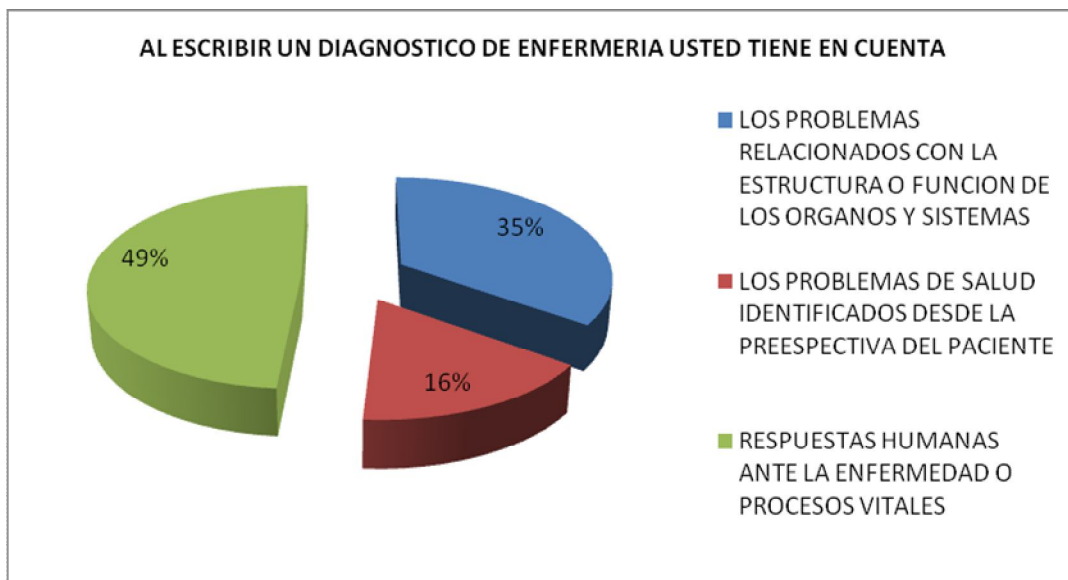


**TABLA 12**

<b>AL ESCRIBIR EL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA USTED TIENE EN CUENTA</b>		
<b>VARIABLE</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ESTRUCTURA O FUNCION DE LOS ORGANOS Y SISTEMAS	15	34.9
LOS PROBLEMAS DE SALUD IDENTIFICADOS DESDE LA PREEPECTIVA DEL PACIENTE	7	16.3
RESPUESTAS HUMANAS ANTE LA ENFERMEDAD O PROCESOS VITALES	21	48.8
Total	43	100.0

FUENTE: Cuestionario "Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial" 2011.

**GRAFICA 12**



FUENTE: Cuestionario "Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial" 2011.

Sin duda alguna los diagnósticos de enfermería toman en cuenta las respuestas humanas ante la enfermedad o procesos vitales menciona la estructura y función de órganos con el 49% lo conocen, por otra parte el 35% toman primero órganos y sistemas mientras que el 16% se basa en lo que dice el paciente.

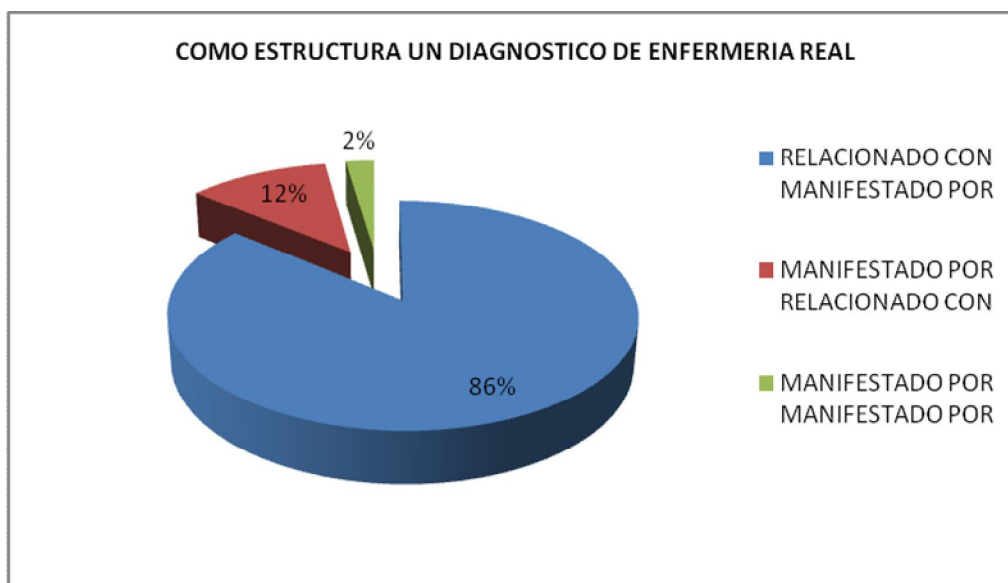
**TABLA 13**

**COMO SE ESTRUCTURA UN DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA REAL**

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RELACIONADO CON MANIFESTADO POR	37	86.0
MANIFESTADO POR RELACIONADO CON	5	11.6
MANIFESTADO POR MANIFESTADO POR	1	2.3
Total	43	100.0

FUENTE: Cuestionario "Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial" 2011.

**GRAFICA 13**



FUENTE: Cuestionario "Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial" 2011.

Dado que se observa un alto porcentaje de 86% el cual sabe la formulación de un diagnóstico real, mientras que el 12% intercambian la estructura escribiendo primero el manifestado con, y la minoría del 2% repite el manifestado.

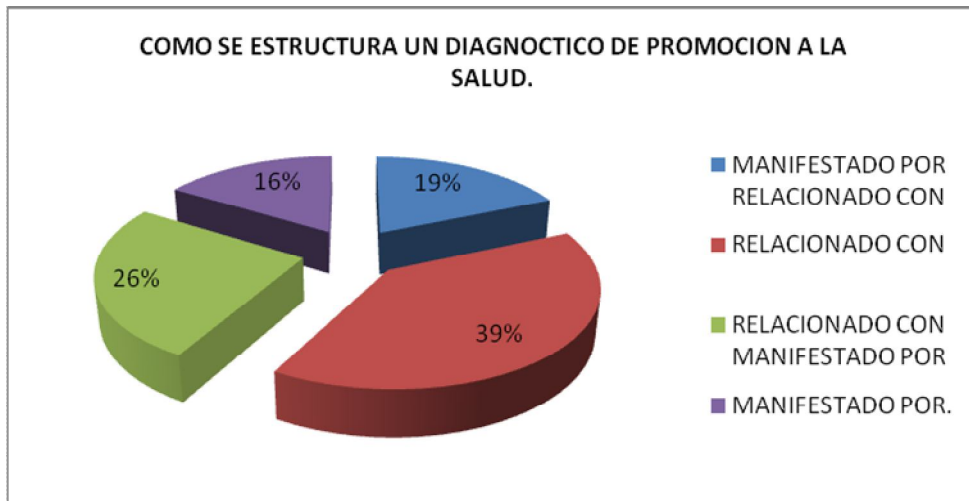
**TABLA 14**

**COMO SE ESTRUCTURA UN DIAGNOSTICO DE PROMOCION A LA SALUD**

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MANIFESTADO POR RELACIONADO CON	8	18.6
RELACIONADO CON	17	39.5
RELACIONADO CON MANIFESTADO POR	11	25.6
MANIFESTADO POR.	7	16.3
Total	43	100.0

FUENTE: Cuestionario “Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial” 2011.

**GRAFICA 14**



FUENTE: Cuestionario “Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial” 2011.

La precisión para evaluar correctamente nos lleva a estructurar un diagnostico acertado por tan motivo el personal de enfermería del 39% no identifica la estructura del diagnostico de promoción a ala salud con el 26%.que lo identifican y saben el valor de este 19 y 16% desconocen la estructura de este diagnostico.

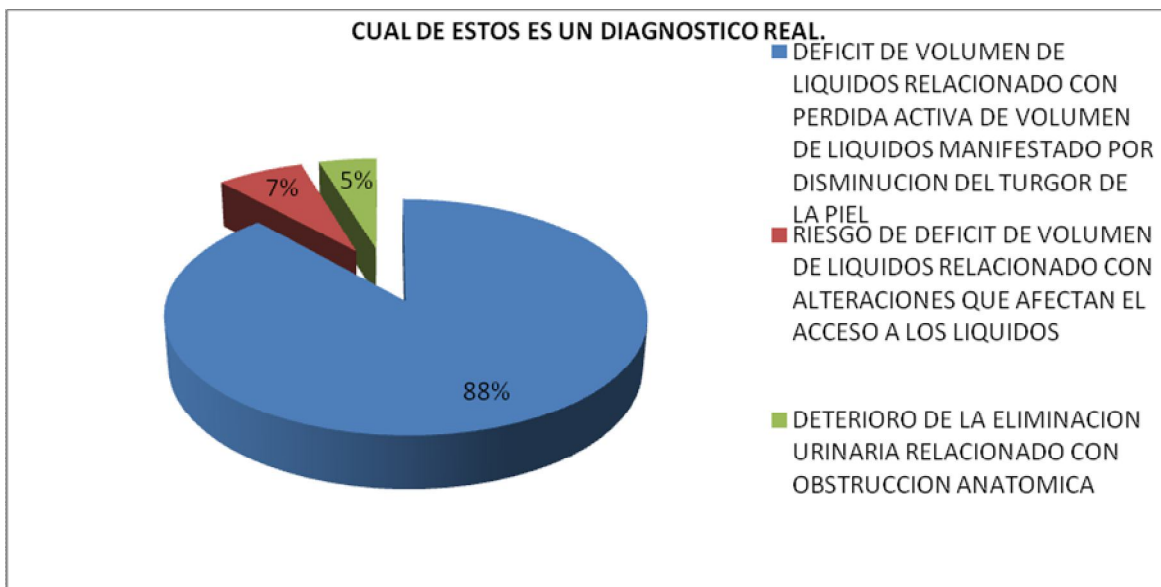
**TABLA 15**

**CUAL DE ESTOS ES UN DIAGNOSTICO REAL**

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DEFICIT DE VOLUMEN DE LIQUIDOS RELACIONADO CON PERDIDA ACTIVA DE VOLUMEN DE LIQUIDOS MANIFESTADO POR DISMINUCION DEL TURGOR DE LA PIEL	38	88.4
RIESGO DE DEFICIT DE VOLUMEN DE LIQUIDOS RELACIONADO CON ALTERACIONES QUE AFECTAN EL ACCESO A LOS LIQUIDOS	3	7.0
DETERIORO DE LA ELIMINACION URINARIA RELACIONADO CON OBSTRUCCION ANATOMICA	2	4.7
Total	43	100.0

FUENTE: Cuestionario "Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial" 2011.

**GRAFICA 15**



FUENTE: Cuestionario "Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial" 2011.

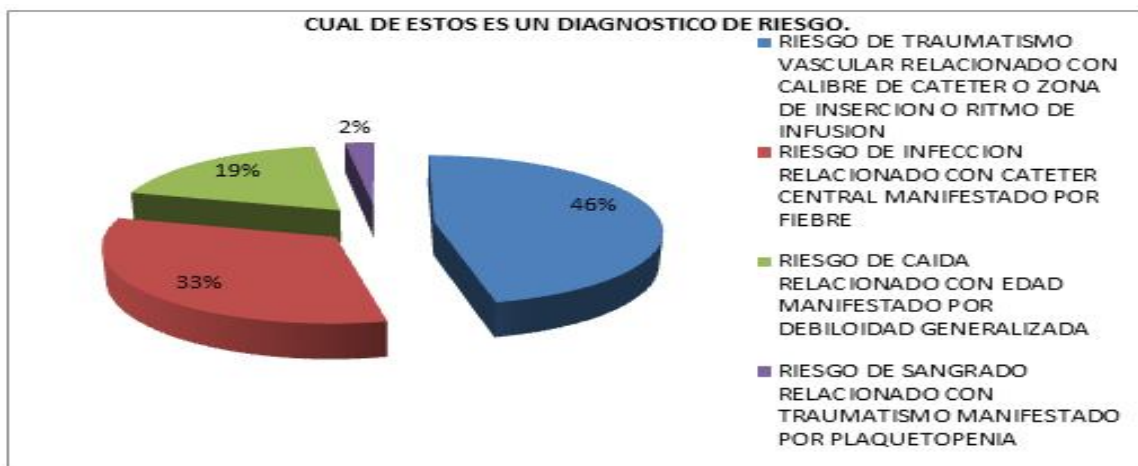
El 88% identifica el diagnostico real y su estructura mientras que el 7% y 5% dieron respuestas incorrectas confundiéndolo con uno de riesgo.

**TABLA 16**

CUAL DE ESTOS ES UN DIAGNOSTICO DE RIESGO		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RIESGO DE TRAUMATISMO VASCULAR RELACIONADO CON CALIBRE DE CATETER O ZONA DE INSERCIÓN O RITMO DE INFUSIÓN	20	46.5
RIESGO DE INFECCIÓN RELACIONADO CON CATETER CENTRAL MANIFESTADO POR FIEBRE	14	32.6
RIESGO DE CAÍDA RELACIONADO CON EDAD MANIFESTADO POR DEBILIDAD GENERALIZADA	8	18.6
RIESGO DE SANGRADO RELACIONADO CON TRAUMATISMO MANIFESTADO POR PLAQUETOPENIA	1	2.3
Total	43	100.0

FUENTE: Cuestionario "Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial" 2011.

**GRAFICA 16**



FUENTE: Cuestionario "Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial" 2011.

Se observa que 46% del personal reconoce la estructura del diagnostico de riesgo el cual es fundamental para evaluar también los riesgos del paciente, mientras que con un 36% se confunden con la estructura del real y el 19% y 2% se confunde en la estructura y su aplicación.

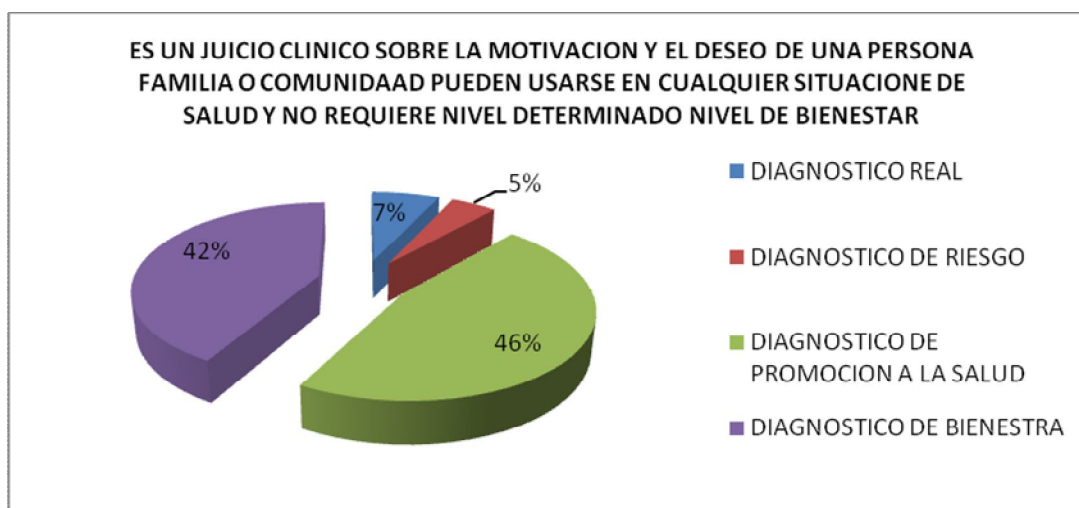
**TABLA 17**

**ES UN JUICIO CLINICO SOBRE LA MOTIVACION Y EL DESEO DE UNA PERSONA FAMILIA O COMUNIDAD PUEDEN USARSE EN CUALQUIER SITUACION DE SALUD Y NO REQUIERE NIVLE DETERMINADO DE BIENESTAR**

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DIAGNOSTICO REAL	3	7.0
DIAGNOSTICO DE RIESGO	2	4.7
DIAGNOSTICO DE PROMOCION A LA SALUD	20	46.5
DIAGNOSTICO DE BIENESTRA	18	41.9
Total	43	100.0

FUENTE: Cuestionario "Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial" 2011.

**GRAFICA 17**



FUENTE: Cuestionario "Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial" 2011.

Este hallazgo es muy importante ya que nos permite ver que conocimiento hay sobre el diagnostico de bienestar ya qua que el 46% lo confunde con diagnostico de promoción a la salud y el 42% acertó con el 7% lo confundieron con diagnostico real mientras que el 5% con diagnostico de riesgo.

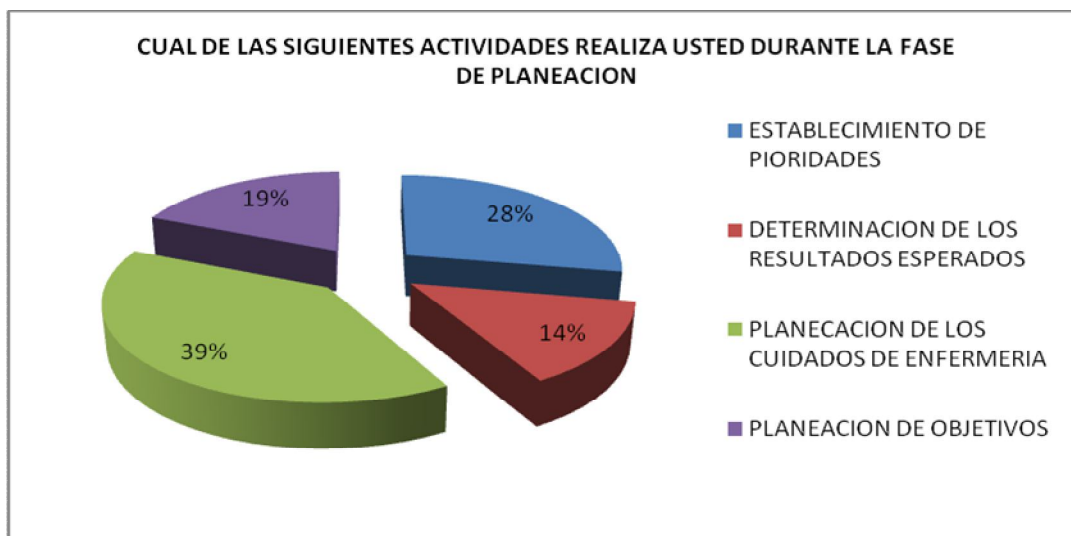
**TABLA 18**

**CUAL DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES REALIZA USTED DURANTE LA FASE DE PLANEACION**

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES	12	27.9
DETERMINACION DE LOS RESULTADOS ESPERADOS	6	14.0
PLANEACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA	17	39.5
PLANEACION DE OBJETIVOS	8	18.6
Total	43	100.0

FUENTE: Cuestionario "Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial" 2011.

**GRAFICA 18**



FUENTE: Cuestionario "Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial" 2011.

En el estudio se observa que la fase de planeación de los cuidados de enfermería obtuvo un 39% siendo la respuesta correcta, mientras que el 28% establece prioridades, no olvidemos que las prioridades se dan en primera estancia, y el 19% olvidaron que el objetivo es primero, mientras que el 14% evalúan antes de ejecutar.

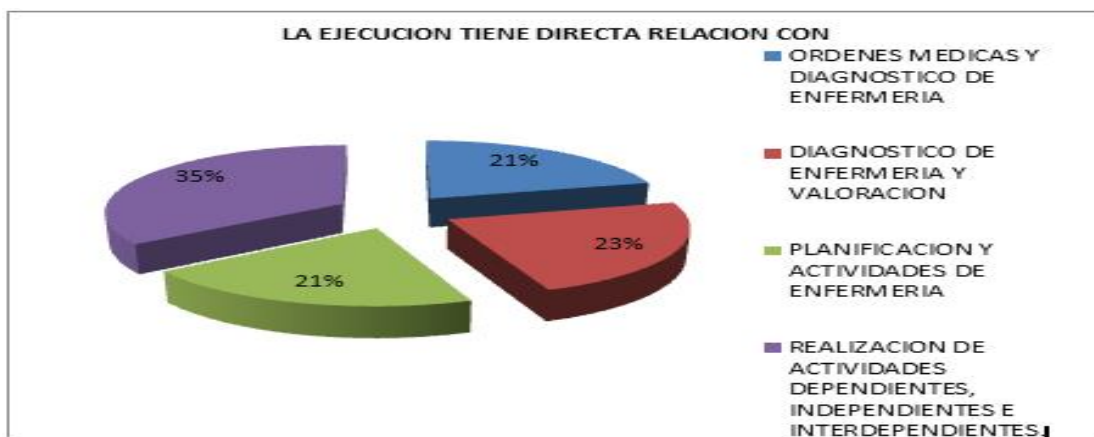
TABLA 19

**LA EJECUCION TIENE DIRECTA RELACION CON**

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ORDENES MEDICAS Y DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	9	20.9
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA Y VALORACION	10	23.3
PLANIFICACION Y ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	9	20.9
REALIZACION DE ACTIVIDADES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES E INTERDEPENDIENTES.	15	34.9
Total	43	100.0

FUENTE: Cuestionario "Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial" 2011.

GRAFICA 19



FUENTE: Cuestionario "Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial" 2011.

La ejecución es dependiente a las otras áreas ya que tiene relación con el diagnóstico de enfermería y la valoración en base a esto se ejecuta con un porcentaje de 23% se observa que el personal de enfermería prioriza actividades dependientes, interdependientes para ejecutar los con el porcentaje mas alto de 35% mientras que el 21% y 21% no tienen identificado lo que se realiza.



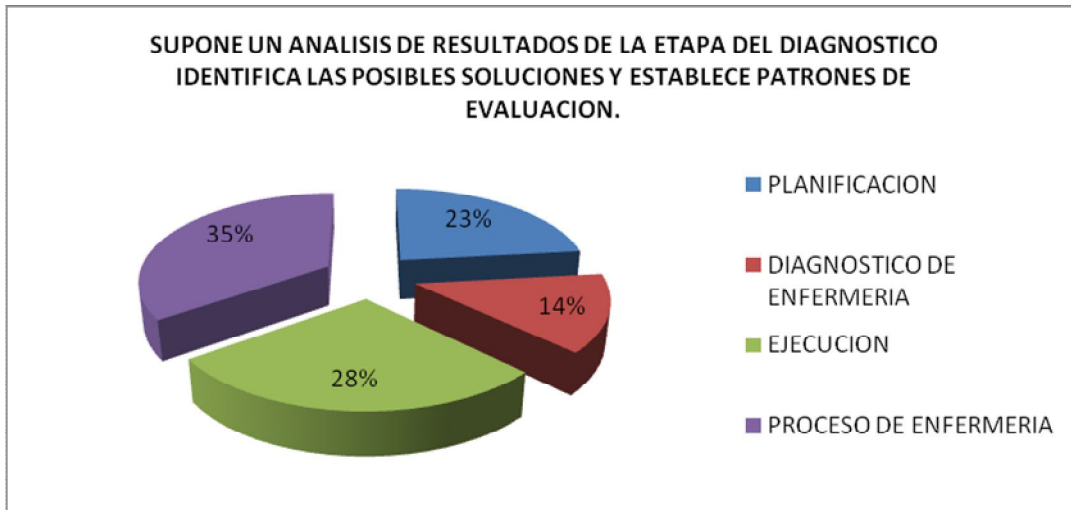
**TABLA 20**

**SUPONE UN ANALISIS DE RESULTADOS DE LA ETAPA DEL DIAGNOSTICO IDENTIFICA LAS POSIBLES SOLUCIONES Y ESTABLECE PATRONES DE EVALUACION**

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PLANIFICACION	10	23.3
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	6	14.0
EJECUCION	12	27.9
PROCESO DE ENFERMERIA	15	34.9
Total	43	100.0

FUENTE: Encuesta “Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial” 2011.

**GRAFICA 20**



FUENTE: Cuestionario “Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial” 2011.

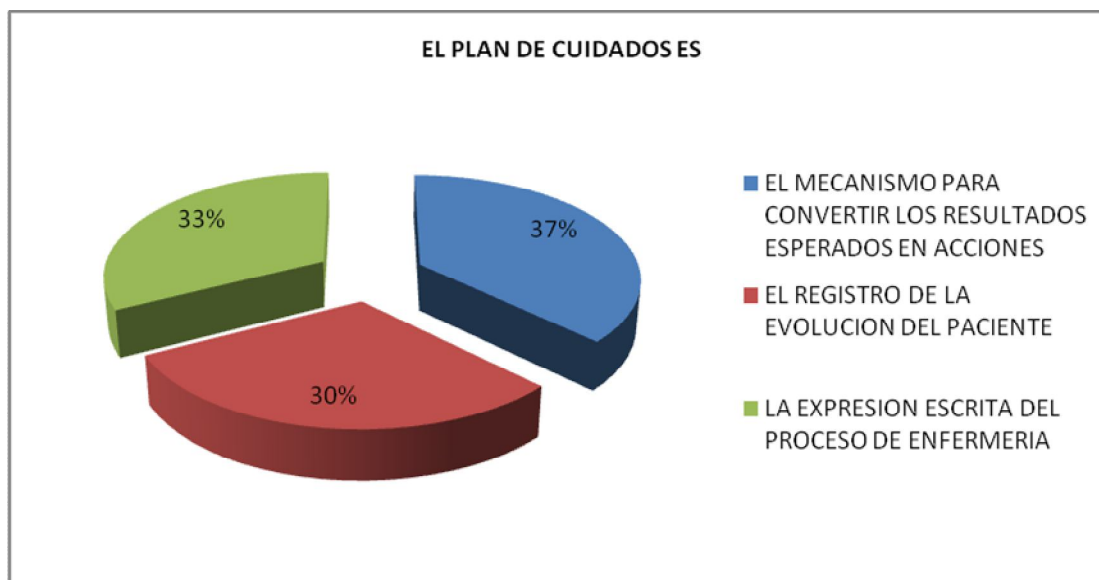
Se obtuvo el 28% siendo esta la respuesta correcta ya que en esta etapa de ejecución suponemos resultados esperados de lo que se está realizando, por otro lado el 35% lo tienen como definición de proceso enfermero, mientras que el 23% en la planificación establece patrones de evaluación, el 14% restante definen así al diagnóstico de enfermería.

**TABLA 21**

EL PLAN DE CUIDADOS ES		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EL MECANISMO PARA CONVERTIR LOS RESULTADOS ESPERADOS EN ACCIONES	16	37.2
EL REGISTRO DE LA EVOLUCION DEL PACIENTE	13	30.2
LA EXPRESION ESCRITA DEL PROCESO DE ENFERMERIA	14	32.6
Total	43	100.0

FUENTE: Cuestionario "Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial" 2011.

**GRAFICA 21**



FUENTE: Cuestionario "Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial" 2011.

El plan de cuidados es la expresión escrita del proceso de enfermería con un 33% de respuestas correctas, el 37% realiza acciones para obtener resultados esperados, y el 30% lo utiliza para registrar la evolución del paciente, no olvidemos que el plan de cuidados es lo primordial del profesional de enfermería.

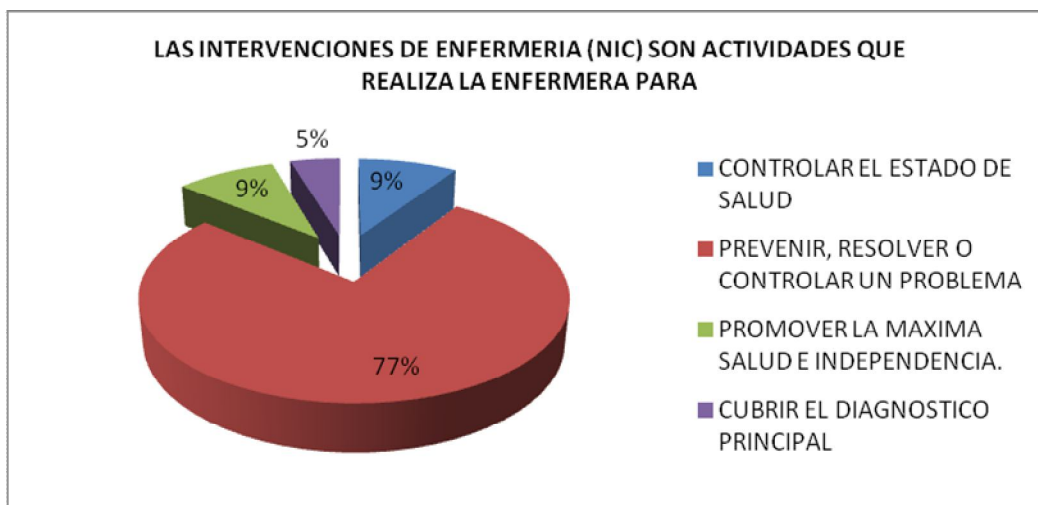
**TABLA 22**

**LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC) SON ACTIVIDADES QUE REALIZA LA ENFERMERA PARA**

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CONTROLAR EL ESTADO DE SALUD	4	9.3
PREVENIR, RESOLVER O CONTROLAR UN PROBLEMA	33	76.7
PROMOVER LA MAXIMA SALUD E INDEPENDENCIA.	4	9.3
CUBRIR EL DIAGNOSTICO PRINCIPAL	2	4.7
Total	43	100.0

FUENTE: Cuestionario "Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial" 2011.

**GRAFICA 22**



FUENTE: Cuestionario "Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial" 2011.

Actualmente las intervenciones de enfermería es un plano de entrada a la profesión de enfermería en donde se unifican actividades por lo tanto van relacionadas con el diagnostico principal encontrando que solo el 5% tiene en mente la relación de ambas, mientras que el 77% utilizan el NIC para prevenir, resolver y controlar un problema, mientras el 9% y 9% restante promueven independencia y controlan la salud.

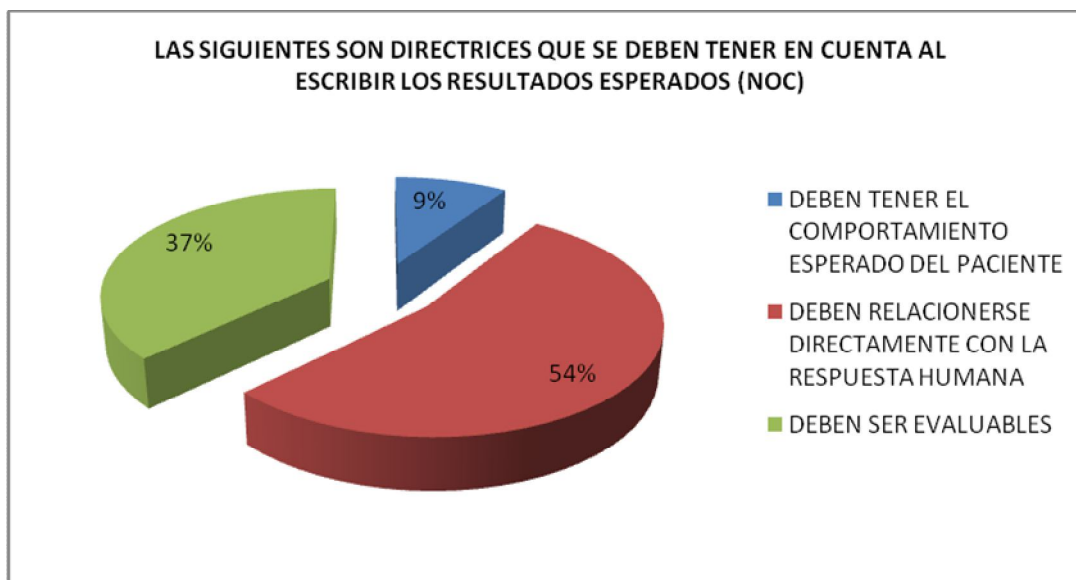
**TABLA 23**

**LAS SIGUIENTES SON DIRECTRICES QUE SE DEBEN TENER EN CUENTA AL ESCRIBIR LOS RESULTADOS ESPERADOS (NOC)**

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DEBEN TENER EL COMPORTAMIENTO ESPERADO DEL PACIENTE	4	9.3
DEBEN RELACIONERSE DIRECTAMENTE CON LA RESPUESTA HUMANA	23	53.5
DEBEN SER EVALUABLES	16	37.2
Total	43	100.0

FUENTE: Cuestionario "Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial" 2011.

**GRAFICA 23**



FUENTE: Cuestionario "Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial" 2011.

Los resultados esperados deben ser evaluables de los cuales el 37% del personal acertó en la respuesta de esta pregunta, podemos observar que el 54% lo relaciona con la respuesta humana y valoramos que se confunden los términos del diagnóstico de enfermería y los resultados esperados, el 9% restante en esta etapa deben de tener el comportamiento esperado.

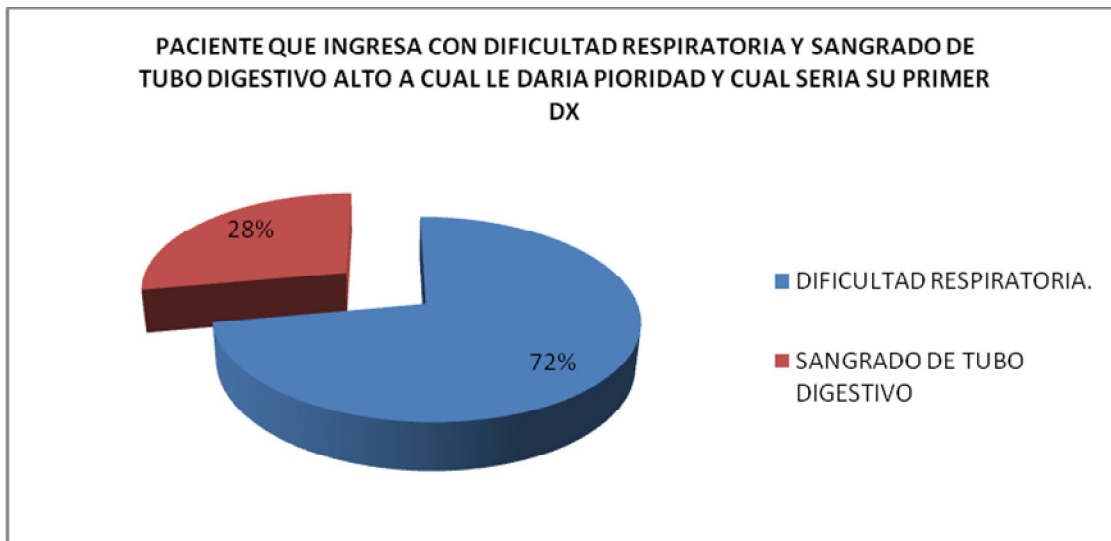
**TABLA 24**

**PACIENTE QUE INGRESA CON DIFICULTAD RESPIRATORIA Y SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO A CUAL LE DARIA PRIORIDAD Y CUAL SERIA SU PRIMER DX**

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DIFICULTAD RESPIRATORIA.	31	72.1
SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO	12	27.9
Total	43	100.0

FUENTE: Cuestionario "Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial" 2011.

**GRAFICA 24**



FUENTE: Cuestionario "Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial" 2011.

Dentro del cuestionario se incluyó un caso clínico para priorizar necesidades y con ello brindar un diagnóstico adecuado del cual con el 72% darían prioridad a la dificultad respiratoria mientras que el 28% primero le daría prioridad al diagnóstico secundario.

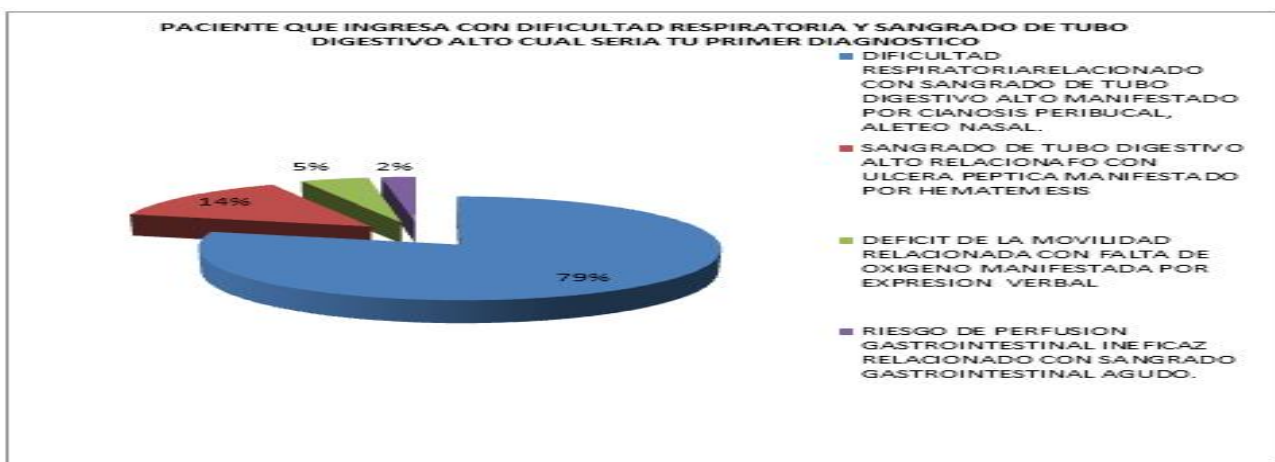
**TABLA 25**

**PACIENTE QUE INGRESA CON DIFICULTAD RESPIRATORIA Y SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO CUAL SERIA TU PRIMER DIAGNOSTICO**

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DIFICULTAD RESPIRATORIA RELACIONADO CON SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO MANIFESTADO POR CIANOSIS PERIBUCAL, ALETEO NASAL.	34	79.1
SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO RELACIONADO CON ULCERA PEPTICA MANIFESTADO POR HEMATEMESIS	6	14.0
DEFICIT DE LA MOVILIDAD RELACIONADA CON FALTA DE OXIGENO MANIFESTADA POR EXPRESION VERBAL	2	4.7
RIESGO DE PERFUSION GASTROINTESTINAL INEFICAZ RELACIONADO CON SANGRADO GASTROINTESTINAL AGUDO.	1	2.3
Total	43	100.0

FUENTE: Cuestionario "Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial" 2011.

**GRAFICA 25**



FUENTE: Cuestionario "Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial" 2011.

En conjunto con la pregunta anterior por prioridad de necesidad el diagnóstico principal sería el de dificultad respiratoria con el 79% acertaron y valoraron perfectamente por necesidades y riesgo de dificultades, el 14% prioriza el sangrado de tubo digestivo que es secundario al diagnóstico principal, el 5% y 2% tiene diagnósticos que no son evaluables para el diagnóstico principal.

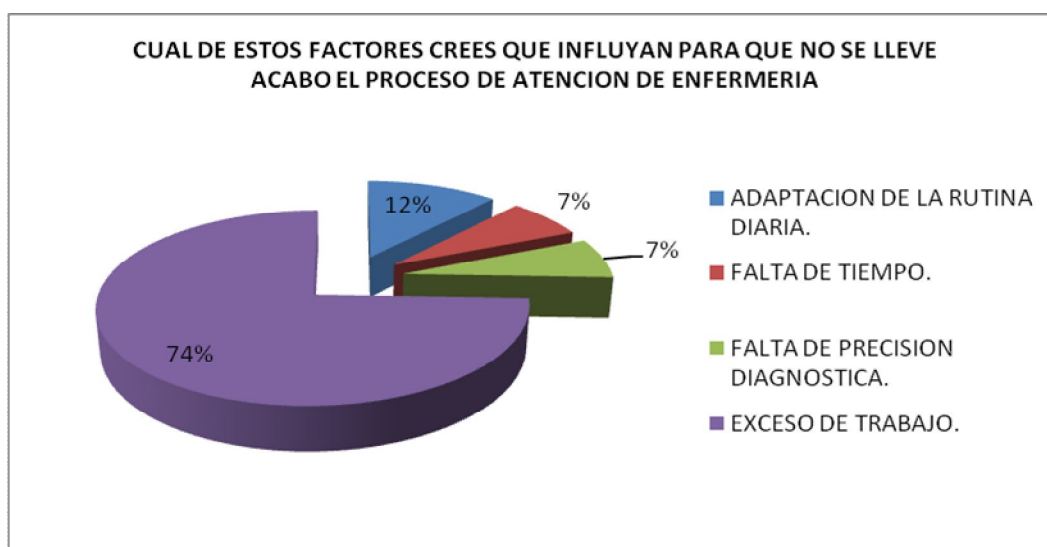
**TABLA 26**

**CUAL DE ESTOS FACTORES CREES QUE INFLUYAN PARA QUE NO SE LLEVE ACABO EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA**

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ADAPTACION DE LA RUTINA DIARIA.	5	11.6
FALTA DE TIEMPO.	3	7.0
FALTA DE PRECISION DIAGNOSTICA.	3	7.0
EXCESO DE TRABAJO.	32	74.4
Total	43	100.0

FUENTE: Cuestionario "Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial" 2011.

**GRAFICA 26**



FUENTE: Cuestionario "Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial" 2011.

El perfil del profesional de enfermería debería de ser ejecutar acciones y con ello tener el conocimiento amplio del manejo del método enfermero del cual se basa nuestra profesión, mas sin en cambio con un 74% expresan que el exceso de trabajo es lo que no permite que se lleve acabo con el 12% de adaptación a la rutina expresan el no poder llevarlo acabo y 7% y 7% que es la falta de tiempo y también la falta de precisión diagnostica.

## TABLAS DE CONTIENCIA

### NIVEL ACADEMICO DEL PARTICIPANTE \* QUE ES EL METODO ENFERMERO

		QUE ES EL METODO ENFERMERO				Total
		METODO SISTEMATICO Y ORGANIZADO PARA BRINDAR CUIDADOS EFICACES Y EFICIENTES ORIENTADO AL LOGRO DE LOS OBJETIVOS PARA BRINDAR CUIDADOS DE UNA FORMA RACIONAL LOGICA Y SISTEMATICA	METODO QUE ACTUALIZA LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN BASE A LAS INDICACIONES MEDICAS.	METODO CIENTIFICO DEPENDIENTE DE OTRAS AREAS ESPECÍFICAS PARA BRINDAR CUIDADOS.	METODO CONFORME QUE SE BASA A LAS INTERVENCIONES DEL NANDA NIC Y NOC.	
NIVEL ACADEMICO DEL PARTICIPANTE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	3	0	1	0	4
	ENFERMERA GENERAL	22	3	0	2	27
	LICENCIADA EN ENFERMERIA	10	0	0	0	10
	ESPECIALISTA	2	0	0	0	2
Total		37	3	1	2	43

FUENTE: Cuestionario "Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial" 2011.

En esta tabla de contingencia podemos observar que la hipótesis queda comprobada, ya que a mayor nivel académico mayor es el nivel de conocimientos del personal de enfermería, puesto que de las diez licenciadas en enfermería obtuvieron el mayor porcentaje de respuestas correctas respondieron de manera correcta que es el método enfermero, se observó que las enfermeras generales solo veintidos contestaron correctamente de veintisiete y las auxiliares de enfermería solo respondieron tres correctamente y una contestó de manera incorrecta.



**NIVEL ACADEMICO DEL PARTICIPANTE \* COMO SE ESTRUCTURA UN DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA REAL**

		COMO SE ESTRUCTURA UN DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA REAL		Total
		RELACIONADO CON MANIFESTADO POR	MANIFESTADO POR RELACIONADO CON	
NIVEL ACADEMICO DEL PARTICIPANTE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	3	1	4
	ENFERMERA GENERAL	24	3	27
	LICENCIADA EN ENFERMERIA	10	0	10
	ESPECIALISTA	2	0	2
Total		39	4	43

FUENTE: Cuestionario "Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial" 2011.

En este tablas de contingencia podemos observar que sigue prevaleciendo el nivel académico ya que las licenciadas saben como se estructura un diagnostico de enfermería real mientras que las enfermeras generales solo contestaron 24 de 27 y las auxiliar de enfermería solo tres de cuatro.

**NIVEL ACADEMICO DEL PARTICIPANTE \* LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC) SON ACTIVIDADES SON ACTIVIDADES QUE REALIZA LA ENFERMERA PARA**

		LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC) SON ACTIVIDADES SON ACTIVIDADES QUE REALIZA LA ENFERMERA PARA				Total
		CONTROLAR EL ESTADO DE SALUD	PREVENIR, RESOLVER O CONTROLAR UN PROBLEMA	PROMOVER LA MAXIMA SALUD E INDEPENDENCIA.	CUBRIR EL DIAGNOSTICO PRINCIPAL	
NIVEL ACADEMICO DEL PARTICIPANTE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	0	3	1	0	4
	ENFERMERA GENERAL	4	20	2	1	27
	LICENCIADA EN ENFERMERIA	0	10	0	0	10
	ESPECIALISTA	0	1	0	1	2
Total		4	34	3	2	43

FUENTE: Cuestionario "Nivel de conocimientos sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial" 2011.

En esta tabla de contingencia podemos observar que las 10 licenciadas dieron respuesta correcta ante las intervenciones que se realizan durante el NIC, por tal motivo valoramos la importancia del grado académico ya que solo 20 generales de 27 dieron respuesta correcta mientras que las auxiliares 3 de cuatro dieron respuesta correcta.

## **CONCLUSIONES.**

La Característica principal de la profesión de enfermería, es brindar cuidados específicos al paciente, comunidad ó población en general de tal manera que los resultados obtenidos en esta investigación son comprobables y evaluables los cuales nos dan a conocer la importancia que tiene el desarrollo profesional de enfermería y con ello permite valorar el nivel de conocimientos.

En nuestro estudio se observaron aspectos importantes asociados al nivel de conocimiento del método enfermero y la participación de enfermería en relación directa con el paciente, se obtuvo una muestra de 43 participantes del personal de enfermería de las áreas de Oncología y Ortopedia del Hospital Juárez de México a quienes se les aplico el mismo numero de reactivos formulados en un cuestionario.

Uno de los aspectos que otorgan mayor solidez a la investigación es, el proceso de construcción y validación de los instrumentos con los que se indaga para obtener dicha información y comprobar la hipótesis en lo que se refiere al nivel de conocimientos, dejando de ver los factores externos que en ocasiones no permite que se lleve acabo el proceso de enfermería con las etapas correspondientes para una atención mas precisa y oportuna

El objetivo fundamental al realizar este estudio fue conocer el nivel de conocimientos del personal de enfermería en las áreas de Oncología Y Ortopedia del Hospital Juárez de México, siempre con enfoque de investigación al identificar durante el periodo de pasantía las limitantes de conocimientos como factores extrínsecos que no están al alcance del personal para evaluar al paciente y ejecutar el método enfermero con éxito por lo cual surge la necesidad de resolver la siguiente pregunta ¿Cuál es el nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial en los servicios de oncología y ortopedia del Hospital Juárez de México?

Ya que justamente estos servicios se nos hicieron importantes para la aplicación de esta investigación, luego de valorar al personal de acuerdo a las ejecuciones que tienen sobre el paciente, nunca perdiendo la directriz de la investigación ya que la hipótesis se comprobó que a mayor grado académico mejor será la aplicación del método enfermero, por lo que podemos decir que nuestra hipótesis se comprobó, ya que el principal objetivo fue Identificar el nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre el método enfermero y su aplicación en el proceso asistencial y con esto valorar, comprobar la importancia que el personal debe estar capacitado para brindar una atención adecuada al paciente y su conocimiento sobre manejo del método enfermero de las cuales nos percatamos que en efecto se necesita mas apoyo para brindar talleres ó cursos sobre el método enfermero y su forma de aplicación al paciente hospitalizado, por tal motivo nos percatamos de que la Lic. En Enfermería investiga crea una línea de nuevos conocimientos y se mantiene a la vanguardia con ello se permite investigar, renovar y ejecutar lo planeado, siendo este el nivel que dio un alto numero de respuestas correctas.

Todo esto nos lleva a tener como respuesta que a mayor grado de estudio mayor grado de conocimientos y mejor será su ejecución y su habilidad para intervenir con éxito hacia el paciente.

De acuerdo con lo anterior se observa que el nivel académico sin duda alguna, impacta al profesional de enfermería, para que sus conocimientos se vean enriquecidos.

## SUGERENCIAS

De acuerdo a lo observado durante la investigación podríamos sugerir que se capacitara y actualizar con más frecuencia al personal que labora en los servicios de todos los turnos, así como una evaluación periódica para poder detectar los posibles problemas que fueran surgiendo y así poder resolverlos de la forma mas pertinente.

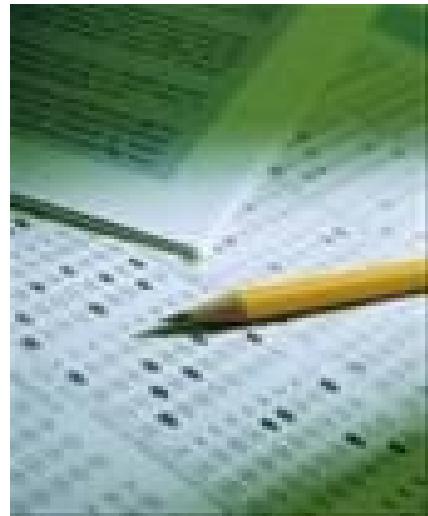
Es de mucha importancia recalcar que el capital humano que labora en esta institución se encuentra insuficiente en algunos turnos, lo cual conlleva a no poder desarrollar de manera eficiente y eficaz su trabajo, como el hecho de llevar acabo el método enfermero en todos los pacientes que requieren del cuidado holístico de enfermería.

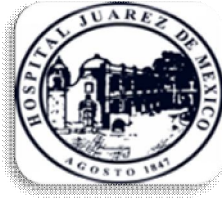
Por otra parte se nos hace importante que exista una forma en la cual se pudiese reconocer al personal que desempeña correctamente su trabajo llevando acabo de manera adecuada el método enfermero, ya que eso dará pauta a un mejor manejo del método enfermero y a una mejor atención integra al paciente hospitalizado, no solo viendo los deficiencias del mismo.

Así mismo invitar a próximas generaciones de pasantes a seguir una línea de investigación sobre el método enfermero y su aplicación, crear talleres de actualizaciones por que ellos llevan conocimientos actuales para permitir que el profesional de enfermería crezca sobre los conocimientos nuevos.

Ya que durante el periodo de rotación observamos dificultades ante casos de renuencia a las actualizaciones sobre la atención con el método enfermero.

# ANEXOS





HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO  
ESCUELA DE ENFERMERIA  
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM.



**“CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA SOBRE METODO  
ENFERMERO”**

Realizo:

PLESS: Edith Santos Tenquedo.

PLESS: Ignacio Revilla Bautista.

**OBJETIVO:** El propósito de este cuestionario es identificar el nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre el método enfermero en el servicio de Oncología y Ortopedia del Hospital Juárez de México.

La información que usted brinde ES CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA. Su uso es para fines de aprendizaje y de difusión científica.

**“GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN”** **Instrucciones:** Lea cuidadosamente cada pregunta y determine la respuesta subrayando la opción que crea usted que es la correcta.

**Datos socio-demográficos**

1. Fecha: /\_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ /

2. Edad:

a) De 20 a 30 años      b) De 31 a 40 años      c) De 41 a 50 años      d) Mas  
de 51 años

3. Género:

a) Femenino                      b. Masculino.

4. Turno:

a. Matutino                      b. Vespertino



5. Servicio:

a) Ortopedia.

b) Oncología.

6) Nivel Profesional de Estudios Máximo Alcanzado:

a) Auxiliar de enfermería

c) Lic. en Enfermería

b) Enfermera General Técnica (o)

d) Especialista.

## CONOCIMIENTOS GENERALES.

1. Qué es el método enfermero:

- a) Método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de los objetivos para prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.
- b) Método que actualiza las intervenciones de enfermería en base a las indicaciones medicas.
- c) Método científico dependiente de otras áreas específicas para brindar cuidados.
- d) Método conforme a las intervenciones del NANDA, NIC y NOC.

2. Objetivo del Método Enfermero:

- a) Es constituir una estructura que pueda cubrir individualizando, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.
- b) Establecer planes de cuidados individuales y no a la comunidad ni a la familia.
- c) Evaluar los resultados de los cuidados de enfermería interdependientes.
- d) identificar las necesidades reales y potenciales basadas en el interrogatorio medico.

3. Beneficios del Método Enfermero:

- a) Favorece la continuidad de los cuidados, lo que da lugar a un ambiente seguro y terapéutico, Mejora la calidad de los cuidados y Favorece la atención individualizada.
- b) Favorece a las demás áreas con las que se relaciona para la obtención de resultados positivos.
- c) Administra tiempos de todo el equipo médico para actuar más rápidamente.
- d) Posee capacidades flexibles y puede ser compartido con los pacientes.

4. Uno de los siguientes NO es beneficio del proceso de enfermería:

- a) Se centra en enseñar cómo se curan las enfermedades y traumatismos.
- b) Previene que las enfermeras pierdan de vista la importancia del factor humano.
- c) Promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente.
- d) Adapta las intervenciones al individuo no a la enfermedad

5. Recogida de información, historia de enfermería Examen físico. Análisis datos subjetivos, objetivos forman parte del proceso de:

- a) Valoración.
- b) Planificación.
- c) Diagnóstico de enfermería.
- d) Ejecución.

6. Como identifica las necesidades de su paciente.

- a) planeación.
- b) valoración.
- c) ejecución.
- d) método.

7. Al escribir el diagnóstico de enfermería usted tiene en cuenta:

- a) Los problemas relacionados con la estructura o función de los órganos o sistemas
- b) Los problemas de salud identificados desde la perspectiva del paciente.
- c) Respuestas humanas ante la enfermedad o procesos vitales.
- d) La patología y sus antecedentes.

8. Cómo se estructura un Diagnóstico de enfermería Real:

- a) Relacionado con, manifestado por
- b) Manifestado por, relacionado con
- c) Relacionado con, relacionado con
- d) Manifestado por, manifestado por

9. Cómo se estructura Diagnóstico de enfermería Potencial:

- a) Manifestado por, relacionado con.
- b) Relacionado con.
- c) Relacionado con, manifestado por.
- d) Manifestado por.

10. Cuál de estos es un Diagnóstico real:

- a) Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa de volumen de líquidos manifestado por disminución del turgor de la piel.
- b) Riesgo de déficit de volumen de líquidos relacionado con alteraciones que afectan el acceso a los líquidos.
- c) Deterioro de la eliminación urinaria relacionada con obstrucción anatómica.
- d) Incontinencia urinaria de urgencia manifestada con salida de uresis sin control.

11. Describe respuestas humanas a nivel de bienestar de una persona, familia ó comunidad que están en disposición para mejor:

- a) Diagnostico Real.
- b) Diagnostico Riesgo.
- c) Diagnostico promoción a la salud.
- d) Diagnostico Bienestar.

12. Es un juicio clínico sobre la motivación y el deseo de una persona, familia ó comunidad pueden usarse en cualquier situación de salud y no requiere nivel determinado de bienestar:

- a) Diagnostico Real.
- b) Diagnostico Riesgo.
- c) Diagnostico promoción a la salud.
- d) Diagnostico Bienestar.

13. Cuál de las siguientes actividades realiza usted durante la fase de planeación:

- a) Establecimiento de prioridades
- b) Determinación de los resultados esperados.
- c) Planeación de los cuidados de enfermería.
- d) Todas las anteriores son correctas.

14. La ejecución tiene directa relación con:

- a) Ordenes médicas y diagnostico de enfermería.
- b) Diagnóstico de enfermería y valoración
- c) Planificación y actividades de enfermería
- d) Realización de actividades dependientes, independientes e interdependientes.

15. Supone un análisis de resultados de la etapa del diagnóstico, identifica las posibles soluciones y establece patrones de evaluación:

- a) Planificación.
- b) Diagnóstico de enfermería.
- c) Ejecución.
- d) Proceso de enfermería.

16. El plan de cuidado es:

- a) El mecanismo para convertir los resultados esperados en acciones.
- b) El registro de la evolución del paciente
- c) La expresión escrita del proceso de enfermería.
- d) El reflejo de las órdenes del médico.

17. Las intervenciones de enfermería son actividades que realiza la enfermera para:

- a) Controlar el estado de salud.
- b) Prevenir, resolver o controlar un problema
- c) Promover la máxima salud e independencia
- d) Todas las anteriores son correctas.

18. Las siguientes son directrices que se deben tener en cuenta al escribir los resultados esperados.

- a) Deben contener el comportamiento esperado del paciente
- b) Deben relacionarse directamente con la respuesta humana.
- c) Deben ser evaluables.
- d) Todas las anteriores son correctas.

19. Paciente que ingresa con dificultad respiratoria y sangrado de tubo digestivo alto a cuál de los dos problemas le darías prioridad y cual sería tu primer Diagnostico:

- a) Dificultad respiratoria relacionada con sangrado de tubo digestivo alto manifestada por cianosis peribucal, aleteo nasal.
- b) Sangrado de tubo digestivo alto relacionado con ulcera péptica manifestado por hematemesis.
- c) Déficit de la movilidad relacionada con falta de oxígeno manifestada por expresión verbal.
- d) Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz relacionado con sangrado gastrointestinal agudo.

20. Cuál de estos factores crees que influyan para que no se aplique el proceso de atención de enfermería:

- a) Adaptación a la rutina diaria.
- b) Falta de tiempo.
- c) Falta de precisión Diagnostica.
- d) No saber el manejo del PAE
- e) Exceso de trabajo.

“Le agradecemos su tiempo y su cooperación para la realización de esta encuesta, que será de ayuda para la información que se requiere para dicha investigación de enfermería”.



**HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO**  
**ESCUELA DE ENFERMERIA**  
**CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM.**



Cronograma de actividades tesis:

**Nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre el Método Enfermero en Oncología y Ortopedia del Hospital Juárez de México.**

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES		OCTUBRE	NOVIEM BRE	DICIEMB RE	ENERO	FEBRER O	ABRI L	MAYO	JUNIO	JULIO
ACTIVIDADES										
1	Desarrollo de la etapa exploratoria	#								
2	Determinación del problema de investigación.	#								
3	Ubicación del problema de investigación en el contexto de su problemática.		#							
4	Elaboración de la INTRODUCCIÓN.		#							
5	Selección de los elementos necesarios al Marco teórico.			#						
6	Elaboración del Marco teórico.			#						
7	Formulación de los objetivos (general y específicos).			#						
8	Elaboración de la hipótesis. Definición conceptual y operacional.				#					
9	Selección del DISPOSITIVO DE PRUEBA: tipo de investigación y diseño, unidades de estudio (Institucional, su <b>CARACTERIZACIÓN</b> , sujetos, criterio de selección de la muestra y muestra definitiva).				#					
10	Definición de la estrategia metodológica.					#				
11	Descripción de cada instrumento de investigación en relación con sus objetivos y unidades de estudio: procedimiento de aplicación, procesamiento e interpretación).					#				
12	Realización de la DEFENSA DEL PERFIL.					#				

1 3	Elaboración de cada instrumento de investigación.																				#											
1 4	Realización del PILOTAJE de prueba de los instrumentos de investigación.																					#										
1 5	Aplicación de los instrumentos (recolección de información)																						#									
1 6	Procesamiento de información.																							#	#	#						
1 7	Elaboración de conclusiones.																										#	#				
1 8	Elaboración de PROPUESTA.																										#					
1 9	Elaboración de recomendaciones.																													#		
2 0	Elaboración de borrador final de la tesis.																												#			
2 1	Realización de la PREDEFENSA de la Tesis.																												#			
2 2	Corrección de señalamientos.																													#		
2 3	Entrega de la versión final de la Tesis (Empastada y en formato PDF en CD).																														#	



## REFERENCIA BIBLIOGRAFIA.

- Diagnostico De Enfermería. 4/ed. Carpenito  
Editorial: McGraw-Hill (Año: 2002, 9ª edición)  
ISBN: 8448604830I
  
- Clasificación De Intervenciones De Enfermería (nic) 4e Mccloskey  
Editorial: Elsevier (Año: 2005) ISBN: 8481747874
  
- Fundamentos de Enfermería. Teoría y método  
Autor: Hernández Conesa ISBN: 9788448605063 AÑO: 2010
  
- Historia de la Enfermería Autor, Donahue, P.M. ISBN: 9788475922393  
AÑO: 1988
  
- NANDA internacional Diagnósticos Enfermeros Definición y clasificación  
2009- 2011

- Evolución histórica del cuidado enfermero Autor: Martínez Martín, M.L. ; Chamorro, Elena ISBN: 9788480867498 AÑO: 2011 / [es.wikipedia.org/wiki/Enfermería](http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermería).
  
- NOC versión en español de la 3era edición de la obra original en ingles, nursing ouutcomes clasificación (noc) sue moodhead, marion johnson y meridian maas, 2005 edicion en español elsevier españa s.a genova 17, 28004 madrid españa
  
- Rodriguez Sanchez, Bertha Alicia “Proceso Enfermero” ed. 2002 editorial cuellar 2006
  
- [www.ome.es/04\\_01\\_desa.cfm?id=391/](http://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=391/)  
[en.wikipedia.org/wiki/Marjory\\_Gordon](http://en.wikipedia.org/wiki/Marjory_Gordon)
  
- [www.nanda.org/](http://www.nanda.org/) [www.eccpn.aibarra.org/temario/.../capitulo22.htm](http://www.eccpn.aibarra.org/temario/.../capitulo22.htm)
  
- [http://www.ee.isics.es/servlet/Satellite?pagename=ExcelenciaEnfermera/Articulo\\_EE/plantilla\\_articulo\\_EE&numRevista=8&idArticulo=1119268219696](http://www.ee.isics.es/servlet/Satellite?pagename=ExcelenciaEnfermera/Articulo_EE/plantilla_articulo_EE&numRevista=8&idArticulo=1119268219696)  
METODOLOGIA DE ENFERMERIA ASENSIO.
  
- <http://usuarios.multimania.es/jellello/Curso%20Metodologia%20Cuidados/NOC.pdf> BIBLIOGRAFIA NOC

- <http://enfermeros.jimdo.com/que-es-la-enfermeria/proceso-de-atencion/PAE>
  
- [http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/AD885C7F-A25C-4B3D-A5B6-B506F59036B1/0/PD\\_3.pdf](http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/AD885C7F-A25C-4B3D-A5B6-B506F59036B1/0/PD_3.pdf) PAE IMSS
  
- [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192005000100013&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192005000100013&script=sci_arttext) Rev Cubana Enfermer v.21 n.1 Ciudad de la Habana ene.-abr. 2005, Marie Françoise Collière