

**UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS**
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



NIVEL DE FORMULACIÓN DE UN PLAN DE
CUIDADOS EN CASO SIMULADO DE
EMERGENCIA POR INTERNOS DE ENFERMERÍA,
HOSPITALES DE AMAZONAS Y CAJAMARCA,
2015.

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Autor : Bach. ISAC RAMOS GUELAC
Asesora : Dra. SONIA TEJADA MUÑOZ

CHACHAPOYAS - PERÚ
2016

**UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**NIVEL DE FORMULACIÓN DE UN PLAN DE
CUIDADOS EN CASO SIMULADO DE
EMERGENCIA POR INTERNOS DE ENFERMERÍA,
HOSPITALES DE AMAZONAS Y CAJAMARCA,
2015.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Autor : Bach. ISAC RAMOS GUELAC

Asesora : Dra. SONIA TEJADA MUÑOZ

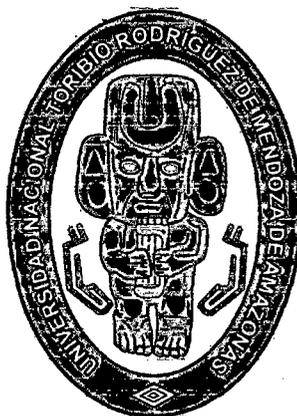
CHACHAPOYAS – PERÚ

2016

UNIVERSIDAD NACIONAL

TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**NIVEL DE FORMULACIÓN DE UN PLAN DE
CUIDADOS EN CASO SIMULADO DE
EMERGENCIA POR INTERNOS DE ENFERMERÍA.
HOSPITALES DE AMAZONAS Y CAJAMARCA,**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Autor : Bach. ISAC RAMOS GUELAC

Asesor : Dra. SONIA TEJADA MUÑOZ

CHACHAPOYAS – PERÚ

2016

DEDICATORIA

A Dios todo poderoso, por todo lo que soy y he logrado ser, porque está presente en cualquier lugar, en cualquier momento, circunstancia y hasta donde permitas que sea yo. Por derramar sus bendiciones cada día de mi vida; que ilumina mi camino, me ha dado la sabiduría, la fuerza y la protección que necesito para salir adelante a pesar de las adversidades.

A mis padres Rosendo Ramos Gómez, Luci Maribel Guelac Velayarse y a mis hermanos por su apoyo constante por seguir creyendo en mí, como hijo y hermano.

AGRADECIMIENTO

A los docentes de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, que me han acompañado durante este largo camino, brindándome siempre su orientación con profesionalismo ético en la adquisición de conocimientos y afianzando mi formación como estudiante universitario.

Expreso mi agradecimiento sincero a la Dra. Sonia Tejada Muñoz, por sus aportes y conocimientos que permitieron afirmar la presente investigación.

A los estudiantes de Enfermería del X ciclo de la Escuela profesional de enfermería de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas que con su colaboración han permitido realizar el trabajo de investigación.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS NACIONAL TOROBIO RODRIGUEZ DE
MENDOZA AMAZONAS

Ph.D. Jorge Luís Maicelo Quintana
Rector

Dr. Oscar Andrés Gamarra Torres
Vicerrector Académico

Dra. María Nelly Lujan Espinoza
Vicerrectora de Investigación

Dr. Policarpio Chauca Valqui
Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

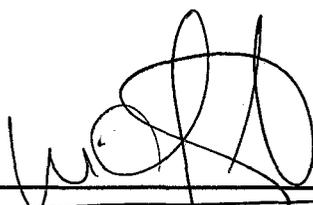
M.Cs. Wilfredo Amaro Cáceres
Director de la Escuela Profesional de Enfermería

JURADO EVALUADOR
(RESOLUCIÓN DE DECANATO N° 013-2016-UNTRM-VRAC/F. C.S)



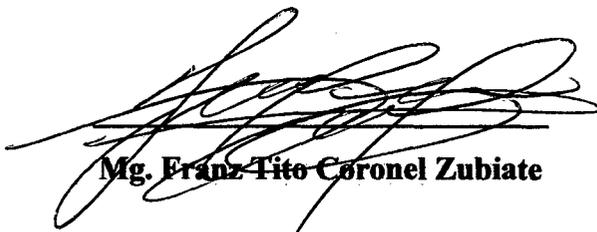
Dr. Policarpio Chauca Valqui

Presidente



M.Cs. Wilfredo Amaro Cáceres

Secretario



Mg. Franz Tito Coronel Zubiato

Vocal



Mg. Oscar Pizarro Salazar

Accesitario

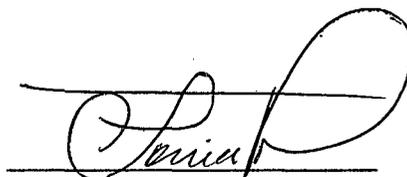
VISTO BUENO DEL ASESOR

Yo, Sonia Tejada Muñoz, identificada con DNI N° 33409092, docente asociado a tiempo completo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud – Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, declaro dar el VISTO BUENO a la Tesis Titulada: “NIVEL DE FORMULACIÓN DE UN PLAN DE CUIDADOS EN CASO SIMULADO DE EMERGENCIA POR INTERNOS DE ENFERMERÍA, HOSPITALES DE AMAZONAS Y CAJAMARCA 2015.” del Bachiller en enfermería Isac Ramos Guelac.

POR LO TANTO:

Firmo la presente para mayor constancia

Chachapoyas 12 de enero del 2016



Dra. Sonia Tejada Muñoz

DNI N° 33409092

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
AUTORIDADES	v
VISTO BUENO DEL ASESOR	vi
JURADO DE TESIS	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	viii
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE FIGURAS	x
ÍNDICE DE ANEXOS	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
I. INTRODUCCIÓN	15
II. OBJETIVO	18
III. MARCO TEÓRICO	19
IV. MATERIAL Y MÉTODOS	49
4.1. Diseño de la contrastación de la hipótesis	49
4.2. Población y muestra	49
4.3. Métodos, técnicas e instrumento de relación de datos	50
4.4. Análisis de datos	53
V. RESULTADOS	54
VI. DISCUSION	58
VII. CONCLUSIONES	69
VIII. RECOMENDACIONES	70
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
X. ANEXOS	73

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 01: Nivel de Formulación de un plan de cuidados en caso simulado de emergencia por internos de enfermería, en hospitales de Amazonas y Cajamarca 2015.	57
Tabla 02: Nivel de formulación de un plan de cuidados según dimensión diagnóstico en caso simulado de emergencia por internos de enfermería, en hospitales de Amazonas y Cajamarca 2015	58
Tabla 03: Nivel de formulación de un plan de cuidados según dimensión objetivos en caso simulado de emergencia por internos de enfermería, en hospitales de Amazonas y Cajamarca 2015.	59
Tabla 04: Nivel de formulación de un plan de cuidados según dimensión acciones de enfermería en caso simulado de emergencia por internos de enfermería, en hospitales de la región Amazonas y Cajamarca 2015	60

ÍNDICE DE GRAFICOS

	Pág.
Grafico 01: Nivel de Formulación de un plan de cuidados en caso simulado de emergencia por internos de enfermería, en hospitales de Amazonas y Cajamarca 2015.	57
Grafico 02: Nivel de formulación de un plan de cuidados según dimensión diagnóstico en caso simulado de emergencia por internos de enfermería, en hospitales de Amazonas y Cajamarca 2015	58
Grafico 03: Nivel de formulación de un plan de cuidados según dimensión objetivos en caso simulado de emergencia por internos de enfermería, en hospitales de Amazonas y Cajamarca 2015.	59
Grafico 04: Nivel de formulación de un plan de cuidados según dimensión acciones de enfermería en caso simulado de emergencia por internos de enfermería, en hospitales de la región Amazonas y Cajamarca 2015	61

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 01: Matriz de consistencia	78
Anexo 02: Operacionalización de variable	80
Anexo 03: Instrumento de situación simulado de caso clínico	82
Anexo 04: Confiabilidad del instrumento	86

RESUMEN

La presente investigación se realizó con el objetivo de determinar el nivel de formulación de plan de cuidados en un caso simulado de emergencia por internos de enfermería, en hospitales de Amazonas y Cajamarca 2015. El diseño de investigación fue de tipo cuantitativo; nivel descriptivo, observacional, prospectivo, transversal con una muestra de 15 estudiantes. El método fue la encuesta, la técnica el cuestionario y el instrumento fue una situación simulada de un caso clínico, de Cerquen 2005, obteniéndose una validez adecuada ($VC = 6.52$) y una alta confiabilidad (0.98). Los resultados fueron: del 100% (15) de los internos de enfermería el 13% (2) presentaron un nivel óptimo de formulación de plan de cuidados en un caso simulado de emergencia, el 60% (9) nivel regular y el 27 % (4) nivel deficiente. En cuanto a la dimensión formulación de diagnóstico; el 27 % (4) presentan un nivel óptimo, el 53 % (8) nivel regular y el 20 % (3) nivel deficiente; respecto a la dimensión formulación de objetivos el 27 % (4) presentaron un nivel óptimo, el 33 % (5) nivel regular y el 40 % (6) deficiente y en relación a la dimensión intervenciones de enfermería; el 33 % (5) presentan un nivel óptimo de formulación, el 53 % (8) nivel regular y el 14 % (2) nivel deficiente; concluyéndose que el nivel de formulación de plan de cuidados en un caso simulado de emergencia por internos de enfermería predominantemente es regular.

Palabras claves: plan de enfermería, formulación de cuidados, internos de enfermería.

ABSTRACT

The research was conducted to determine the level of preparation of plan of care in a simulated case internal emergency nursing in hospitals in Amazonas and Cajamarca 2015. the research design was quantitative; descriptive, observational, prospective, transversal level with a sample of 15 students. The method was the survey, the questionnaire technique and the instrument was a simulated situation of a clinical case of encircle 2005, obtaining adequate validity (VC = 6.52) and high reliability (0.98). The results were: 100% (15) of internal nursing 13% (2) presented an optimal level of preparation of plan of care in a simulated case of emergency, 60% (9) regular level and 27% (4) poor level. As for the formulation of diagnostic dimension; 27% (4) have an optimum level, 53% (8) regular level and 20% (3) poor level; regarding the formulation of objective dimension 27% (4) had an optimal level, 33% (5) regular level and 40% (6) deficient and in relation to nursing interventions dimension; 33% (5) have an optimum level of formulation, 53% (8) regular level and 14% (2) deficient level; It concluded that the level of preparation of plan of care in a simulated case of emergency nursing is predominantly internal regularly.

Keywords: plan nursing care formulation, internal nursing.

I. INTRODUCCIÓN

La profesión de enfermería tiene la responsabilidad de proporcionar de forma individual, y coordinada dentro de un equipo de salud, los cuidados propios de enfermería, al individuo, familia y comunidad, de modo directo, continuo, integral e individualizado mediante una formación y una práctica basada en principios de equidad, accesibilidad, cobertura y sostenibilidad de la atención. Los cuidados de enfermería comprenden la ayuda prestada por el interno y el profesional a las personas enfermas o sanas y a comunidades, en la ejecución de diversas actividades que contribuyan al mantenimiento, promoción y restablecimiento de la salud, prevención de las enfermedades y accidentes, así como asistencia, rehabilitación y reinserción social en dichos supuestos y/o ayuda a una muerte digna (Aguilar, 2010, p. 32).

Privilegiándose de participar en todos los eventos importantes del ciclo vital del ser humano al poner en relación la atención y comunicación humana, el campo específico sobre el cual debe actuar, defender y constituirlo en su principal instrumento, cuya misión más importante es garantizar la integridad de la atención que el paciente recibe, al tratar y valorar holísticamente (Montoya, 2010, p.13).

Siendo así que la profesión de enfermería, congruente con las demandas de la sociedad moderna, evolucionó su actuar al incorporar el proceso de atención de enfermería (PAE) como método de prestación de servicios (Galindo, 2011, p. 24).

El uso del proceso de enfermería en la práctica clínica adquirió más legitimidad en 1973, cuando la American Nurses Association (ANA) publicó los Standards of Nursing Practice, que describen las cinco fases del proceso de enfermería: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación. Hay que tener en cuenta que para llevar a cabo cada una de las etapas del proceso los profesionales de enfermería deben tener una serie de capacidades como: capacidad técnica, capacidad intelectual y capacidad de relación; éstas deben ser cumplidas de manera satisfactoria en donde el sujeto de cuidado sea visto en forma holística; actualmente el proceso se ha incorporado en los planes de estudios universitarios de la carrera profesional de enfermería en varios países, como instrumento o método para la aplicación de la base teórica de la ciencia enfermera (Prado, 2013, p. 28).

El Proceso de Atención de Enfermería es el mecanismo por medio del cual el interno de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas a los problemas reales, potenciales de salud, así mismo permite que la acción de enfermería tenga un sustento teórico; es el mecanismo que permite aplicar la base teórica de la práctica del profesional de enfermería y se define como “la esencia de la profesión, se basa en un método para solución de problemas cuya finalidad es satisfacer las necesidades asistenciales generales y de enfermería de los usuarios; posee cinco etapas que son las siguientes: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación”. El plan de cuidados de enfermería se ha convertido en una herramienta muy útil para el interno y profesional de enfermería, pues éste contribuye a que el paciente se recupere en un tiempo menor, sin embargo, no todos hacen uso de él al proporcionar atención directa (Aguilar, 2010, p .46).

El (PAE) es útil en la práctica profesional porque promueve el desarrollo del pensamiento autónomo y flexible, tiene un enfoque humanista y aumenta la satisfacción a los profesionales de enfermería. Estas bondades redundan en beneficios para las instituciones en la medida en que se reducen la incidencia de reingresos hospitalarios y los costos; además, se mejoran los procesos de registro y documentación; a su vez, para los pacientes, las prerrogativas están determinadas por la agilidad en el diagnóstico de problemas de salud reales y potenciales, el diseño y ejecución de planes de cuidados eficaces y eficientes, la adaptación de las intervenciones a cada individuo y la participación de los pacientes y sus familias (Guillermo, 2007, p. 37).

En el contexto internacional han sido pocas la investigaciones que han abordados el tema de formulación de plan de cuidados de enfermería; así en investigaciones realizadas en profesionales de enfermería para determinar factores relacionados sobre aplicación del proceso de atención de enfermería, los resultados evidencian que los profesionales prestan dificultad en la formulación y priorización de los diagnósticos, planean intervenciones de enfermería en base a los datos de la valoración y el diagnóstico médico. Las acciones propias de enfermería como la interacción con los pacientes o sus familias y la educación no ocupan un lugar importante dentro del plan de cuidados de enfermería (Guillermo, 2007, p. 39).

El planeamiento de cuidados de enfermería es una de las fases más importantes del proceso de atención de enfermería, donde el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas a los problemas reales, potenciales de salud, así mismo permite que la acción de enfermería tenga un sustento teórico; es el mecanismo que permite aplicar la base teórica de la práctica del profesional de enfermería y se define como “La esencia de la profesión, se basa en un método para solución de problemas, cuya finalidad es satisfacer las necesidades asistenciales generales y de enfermería de los usuarios (Aguilar, 2010, p. 47).

El plan de cuidados de enfermería forma parte de la metodología profesional como una forma de aproximación a los problemas que puedan presentar los pacientes enfermos con el propósito de orientar y organizar las acciones de cuidado en un marco lógico de pensamiento que promueva la autonomía profesional, la actuación de acuerdo a las prioridades, la interpretación precisa de los problemas del paciente y su familia y la articulación de los elementos de la gestión, con el objeto de proveer cuidados científicos, humanos, éticos, eficientes y eficaces, además El plan de cuidados de enfermería es, el instrumento que dirige, en forma ordenada y continua las actividades de enfermería hacia metas u objetivos establecidos específicamente para realizar con un individuo (Rojas, 2007, p. 18).

En el Perú han sido pocas las investigaciones que han abordado el tema de formulación sobre el plan de cuidados de enfermería en los escenarios clínicos y comunitarios; pero sí de la aplicación de proceso de atención de enfermería por internos de enfermería; los resultados evidencian que el mayor porcentaje de internos de enfermería obtuvieron un nivel regular en la aplicación del proceso de atención de enfermería, en relación a la formulación de diagnóstico obtuvieron un nivel óptimo, en la formulación de objetivos un gran porcentaje obtuvieron un nivel regular, y en relación a la formulación de acciones la mayoría obtuvieron un nivel regular. Durante los años en que se desarrollan las asignaturas se realizan la enseñanza del proceso de atención de enfermería; el cual se considera como el eje fundamental que direcciona la atención del profesional de enfermería dirigida a las personas sanas o enfermas; el cual debe ser aplicado tanto en el área hospitalaria como en la comunitaria siguiendo las etapas que está involucrada (Cerquin, 2005, p. 16).

Aunque en muchos casos, la aplicación del proceso de atención de enfermería según estudiantes de enfermería señalan que el proceso de atención de enfermería, es tedioso, complicado, sobre todo en los primeros años de estudio y en cada caso clínico que se les presentaba, no interiorizaban la verdadera función del personal de enfermería, a pesar que el aprendizaje del estudiante era bueno pues en la parte teórica las respuestas eran optimas y adecuadas a los diferentes casos que se les presentaban; sin embargo en la parte práctica expresaban que la aplicación del proceso de atención de enfermería era parcial o poca en la atención al paciente. Esta situación generaba en el estudiante muchas interrogantes pues lo que se aprendía en la parte teórica se realizaba parcial o mínimamente en la práctica; principalmente en la elaboración de las fases del proceso de atención de enfermería; pues señalan que las dos etapas más difíciles eran el diagnóstico y el planeamiento de enfermería, principalmente en formulación de objetivos lo cual debe relacionarse con el diagnóstico así como con las acciones, las cuales tenían que ser priorizadas según la necesidad del paciente e iniciarse en un verbo, entre otras características (Cerquin, 2005, p. 16).

En otras investigaciones los resultados evidenciaron que la formulación y aplicación de las fases del proceso de atención de enfermería está limitada principalmente porque el personal de enfermería enmarca su trabajo en dar cumplimiento a las indicaciones médicas con pobre actuación independiente, y no ocupa en el equipo de salud el lugar que le corresponde. Es decir que el enfermero no evidencia el planeamiento de los cuidados propios de enfermería a sus pacientes, perdiéndose la información de la identificación de los diagnósticos, objetivos, y acciones al no plasmarlos en un documento institucional. Situación que afecta la formación de estudiantes de enfermería si se toma en cuenta que comparten las tareas en los servicios, más si estos estudiantes son los internos, aquellos que permanecen casi a diario en los servicios hospitalarios durante aproximadamente seis meses y además porque es durante la formación profesional donde se adquieren los conocimientos teóricos – prácticos del proceso de atención de enfermería para garantizar su futura aplicación (Prado, 2013, p. 24).

La formación de profesionales de enfermería se ha centrado, tradicionalmente, en la adquisición de conocimientos y habilidades técnicas; sin embargo, para conseguir un resultado óptimo y seguro de la atención a los pacientes se requieren la utilización de la metodología de casos simulados en la praxis durante la formación del estudiante, y otras

habilidades denominadas “no técnicas”, basadas en el trabajo en equipo, comunicación, priorización de tareas, coordinación y utilización de recursos. La simulación clínica como innovación en el área formativa, puede traducirse en un salto cualitativo importante ya que permite a los estudiantes reflexionar y aprender de su propia experiencia, proporcionando un nuevo modelo de aprendizaje y entrenamiento en el que se entrelazan conocimientos, habilidades y actitudes. Esta metodología mejora el proceso de toma de decisiones, la comunicación entre el equipo, la optimización de recursos y, posibilita el error, que en casos reales tendría graves consecuencias (UCA, 2011, p. 11).

La simulación está concebida como un novedoso método que integra conocimiento científico y factores humanos. La experiencia con estos sistemas es hasta ahora limitada durante la formación del estudiante de enfermería, pero está siendo ampliamente aceptada y desarrollada en la formación, ya que acelera la adquisición de habilidades y conocimientos en un ambiente seguro, es decir, sin riesgo para el paciente (UCA, 2011, p. 11).

El aprendizaje por simulación es un puente entre el aprendizaje en clase y la experiencia clínica real. Los ejercicios de simulación pueden ir desde lo más simple a situaciones más complejas. Ofrece valiosas experiencias programadas de aprendizaje, que son difíciles de obtener en la vida real. Los estudiantes tienen una dirección práctica y desarrollan las habilidades de pensamiento, incluyendo el conocimiento en acción, procedimientos, toma de decisiones y comunicación efectiva frente a los casos que se les presenta. La formación abarca desde la atención inmediata ante casos reales y potenciales de emergencia en pacientes con diferentes problemas (UCA, 2011, p. 12).

Debido a que cualquier situación clínica puede ser interpretada desde múltiples puntos de vista, donde al estudiante le permite la consolidación e integración de conocimientos dentro del contexto clínico. Los casos simulados clínicos son fundamentales, les permite resolver múltiples situaciones que los internos de enfermería se pueden encontrar en su actividad laboral diaria. Reproducir lo más fielmente posible tanto la fisiología como determinadas situaciones patológicas del paciente en distintos escenarios clínicos (UCA, 2011, p. 12).

Esta metodología permite el refuerzo de los conocimientos previos y la integración de los mismos con habilidades técnicas y no técnicas. Permite una formación estandarizada, repetible, sin riesgo, que posibilita la capacitación de acuerdo al progreso individual, así como la formación para el trabajo en equipo y el desarrollo de estrategias para la resolución de problemas de diferente y progresivo nivel de complejidad. El desarrollo de métodos de simulación permite abordajes clínico-reflexivos que mejoran la autoconfianza de los estudiantes en las posteriores situaciones clínicas con el paciente y tienen un impacto directo en la seguridad clínica (UCA, 2011, p. 13).

Según la opinión del estudiante de enfermería dentro de su formación profesional señalan que las dos fases más difíciles del proceso de atención de enfermería, diagnóstico y el planteamiento de enfermería, pues el primero tiene que cumplir ciertos requisitos en su formulación y el segundo contiene los objetivos, que en muchos casos tiene que iniciarse con un verbo que no denote acción y que se relacione con el diagnóstico, así como con las acciones, las cuales tienen que ser priorizadas según la necesidad del paciente según escala de Maslow o Kalish.

Las limitaciones de los estudiantes, tiempo del curso, pobres actitudes, pobre progreso académico. Según observaciones y evaluaciones por varios profesionales de la salud, la capacidad de pensamiento crítico y clínico, tomar decisiones correctas y realizar procedimientos, es limitado; esta situación está dificultando el aprendizaje del estudiante por lo que la presente investigación pretende determinar el nivel de formulación del plan de cuidados de enfermería en un caso simulado de emergencia donde el interno debe actuar rápidamente aplicando sus conocimientos con fundamento científico y técnico fortaleciendo sus intervenciones de manera independiente.

El presente trabajo de investigación surge a razón de que el interno de enfermería tiene cierta dificultad en el desarrollo de casos reales en el servicio de emergencia principalmente en la etapa de planeación de enfermería, en la realidad de la parte práctica se evidencia la aplicación en forma parcial o mínima. Este estudio tiene una legítima relevancia científica porque ayudará a identificar el nivel de formulación del plan de cuidados de enfermería, ya que el servicio de emergencia es de vital importancia donde el interno debe actuar aplicando sus capacidades, destrezas, habilidades

tomando decisiones de manera oportuna en la resolución de los problemas de las personas que se encuentran en riesgo vital.

A partir de los resultados del estudio se pueden generar estrategias que fortalezcan las capacidades del interno de enfermería en esta línea y en el proceso de formación profesional es decir que el conocimiento impartido en el aula sea realmente vinculado a la práctica, demostrando el interno de enfermería la formulación del plan de cuidados de enfermería en casos real de emergencia, en un marco lógico de pensamiento que promueva la autonomía en su desempeño, fortalezcan su ser profesional, generan conocimientos a partir de la práctica y se sienten satisfechos por brindar cuidado de calidad; a su vez, los pacientes se beneficie de un mejor cuidado de enfermería en el cual participan activamente durante el planeamiento de enfermería, de manera ordenada, completa, oportuna, objetiva, científica, y tomen una decisiones con un enfoque humanista centrados en logros (resultados esperados) priorizando los objetivos a corto, largo plazo y acciones de enfermería.

Frente a esta situación se formuló como interrogante de investigación ¿Cuál es el nivel de formulación de plan de cuidados en caso simulado de emergencia por internos de enfermería, en hospitales de Amazonas y Cajamarca 2015?

II. OBJETIVOS

❖ Objetivo general

- ✓ Determinar el nivel de formulación de un plan de cuidados en caso simulado de emergencia por internos de enfermería, en hospitales de Amazonas y Cajamarca, 2015.

❖ Objetivo específico

- ✓ Identificar el nivel de formulación de un plan de cuidados según dimensión diagnóstico en caso simulado de emergencia por internos de enfermería, en hospitales de Amazonas y Cajamarca, 2015.
- ✓ Identificar el nivel de formulación de un plan de cuidados según dimensión objetivos en caso simulado de emergencia por internos de enfermería, en hospitales de Amazonas y Cajamarca, 2015
- ✓ Identificar el nivel de formulación de un plan de cuidados según dimensión acciones en caso simulado de emergencia por internos de enfermería, en hospitales de Amazonas y Cajamarca, 2015

III. MARCO TEÓRICO

3.1. Antecedentes del problema.

Después de haber revisado la búsqueda de antecedentes respecto al tema se evidenció que existen pocas investigaciones.

A nivel internacional:

Guillermo, J. (2009). Medellín. En su trabajo de investigación titulado: “Factores relacionados con la Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería y las taxonomías en 12 unidades de cuidado intensivo de Medellín 2007”. Cuyo objetivo fue Identificar los factores que se relacionan con la aplicación de la metodología del Proceso de Atención de Enfermería y las taxonomías de enfermería NANDA en el cuidado brindado por los profesionales de enfermería que laboran en las Unidades de Cuidado Intensivo del Municipio de Medellín. Se utilizó la investigación cuantitativa de tipo descriptivo y corte transversal. La población del estudio estuvo conformada por el total de profesionales de enfermería (N= 127).

Los resultados fueron: La aplicación del PAE como metodología para el cuidado de los pacientes en la UCI se estimó a partir de la determinación de la frecuencia de ejecución de actividades propias de la valoración, la formulación de diagnósticos de enfermería, la planeación del cuidado, la realización de intervenciones y la evaluación. El 92,3% de los profesionales encuestados señalan que casi siempre o siempre hacen la exploración física de los pacientes, el 98.5% se apoyan en datos derivados de los reportes para clínicos y el 98.5% interpretan los datos del monitoreo continuo; sin embargo, sólo el 53,9% siempre toma en cuenta a la familia como fuente de información durante esta etapa del proceso. El 61.5% de los profesionales de enfermería encuestados valora a los pacientes y formula diagnósticos de enfermería, en contraste, el 4.6% no realiza ni una ni otra actividad en el cuidado de los pacientes. Cuya conclusión fue: El desarrollo de la enfermería como profesión ha sido determinado por el modelo médico, igualmente por la influencia femenina y los legados de los valores religiosos, militares y étnicos (60).

A nivel nacional

Quispe, C. (2013). Perú. En su investigación titulado “Nivel de Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería y la Calidad de las notas de Enfermería en los Centros de Salud Microred Metropolitana Tacna 2012”, cuyo objetivo fue determinar si existe relación entre el Nivel de aplicación del Proceso de Atención de Enfermería y la calidad de las Notas de Enfermería. El tipo de estudio fue cuantitativo, de nivel Relacional, tipo cuasi experimental, retrospectivo, transversal y Analítico. La muestra estuvo compuesta por 42 profesionales de enfermería, utilizando como técnica la observación y el análisis de casos; como instrumentos una encuesta sobre estudio de casos y una lista de chequeo.

Resultados: el 16,7% aplica óptimamente el Proceso de Atención de Enfermería frente a un 31% que presenta Notas de Enfermería de buena calidad, un 47,6% aplica regularmente el Proceso de Atención de Enfermería frente a un 47,6% que presenta Notas de Enfermería de regular calidad y un 35,7% aplica de manera deficiente el Proceso de Atención de Enfermería frente a un 21,4% que presenta Notas de Enfermería de mala calidad. Conclusiones: tras hallar el nivel de significancia se concluye que existe relación significativa entre el Nivel de Aplicación del Proceso de Atención de enfermería y la Calidad de las Notas de Enfermería en los Centros de Salud de la Microred Metropolitana Tacna 2012.

Cerquín, C. (2005). Lima. En su investigación titulada “Nivel de aplicación del Proceso de Atención de Enfermería por los Internos de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos” cuyo objetivo fue identificar el nivel de aplicación del proceso de atención de enfermería por los internos de enfermería en una situación simulada. El tipo de investigación fue cuantitativa, método descriptivo simple; se desarrolló en los diferentes establecimientos de salud. La población estuvo conformada por 86 internos. La muestra fue obtenida por el método aleatorio simple, constituyendo de 42 internos. Los resultados fueron: que 15 (36%) tuvieron un nivel de aplicación óptimo, 18 (43%) un nivel regular y 9 (21%) un nivel deficiente, éstos en relación a la aplicación del PAE.

En relación al nivel de formulación de diagnósticos, 18 (43%) tuvieron un nivel óptimo; 16 (38%) regular y 8 (19%) deficiente. En la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería = Plan de Intervención =Objetivos, 13 (31%) tuvieron un nivel óptimo; 17 (40%) regular y 12 (29%) deficiente. En relación a la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería = Plan de Intervención = Acciones, 15 (36%) tuvieron un nivel óptimo, 18 (43%) regular, 9 (21%) deficiente. Las conclusiones fueron; que los internos de enfermería obtuvieron un nivel regular en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería; referidos a la formulación de objetivos y acciones; en la formulación de Diagnósticos obtuvieron un nivel óptimo; en la formulación del plan de intervención de enfermería = objetivos un nivel regular, referidos a la formulación de tres objetivos con sus respectivas características; y en el plan de acciones de Enfermería un nivel regular, referidos a la formulación de cuatro acciones prioritizadas y necesarias.

3.2. Base teórica

3.2.1. Proceso de atención de enfermería.

a) Definición

Es un método sistemático de resolución de problemas que proporciona a los pacientes el personal de enfermería, a través de los cuidados personalizados en cualquier estado de salud. Es la base esencial para la atención del individuo sano u enfermo, el cual quiere de cuidados y estos solo se basan en una atención adecuada que puede brindar el profesional de enfermería realizando en cada una de las intervenciones una atención con fundamento científico y no empíricamente (Cerquin, 2005, p. 21).

El proceso de enfermería proporciona atención directa a los usuarios afectados física y emocionalmente de acuerdo al diagnóstico de enfermería para satisfacer sus necesidades reales y potenciales y así proporcionar una buena atención en el tratamiento y rehabilitación del usuario; sin embargo es conveniente emitir una definición del proceso de atención de enfermería para tener un concepto más formal del mismo, para ello se define como: “Un conjunto de pautas organizadas de actuación, dirigido a cumplir el objetivo de la enfermera, mantener el bienestar del usuario a nivel óptimo” (Aguilar, 2010, p. 16).

Aguilar, define enfermería como “profesión dinámica y social abierta al cambio, que tiene como objetivo primordial contribuir a la satisfacción de necesidades y solución de problemas de salud del individuo, familia y comunidad; mediante las intervenciones de acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación, realizadas independientemente y/o en equipo con otras disciplinas, sectores y con la participación activa de los miembros de la comunidad. Ejecuta sus acciones básicas y especializadas en las áreas funcionales de: asistencia, docencia, administración e investigación, ejercidas por enfermeras y auxiliares de enfermería de acuerdo a su grado de complejidad” (Aguilar, 2010, p. 17).

Por esta razón se puede afirmar que enfermería constituye el recurso máspreciado para la agilización del Proceso de Atención de Enfermería. Dicho proceso es el que facilitará poner de manifiesto las etapas que van interrelacionadas, guiando a la atención de objetivos que han fijado a través de: Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación (Aguilar, 2010, p. 18).

El proceso de enfermería es el método por el que se aplica esta base teórica al ejercicio de la enfermería. Es un planteamiento para resolver problemas, basado en una reflexión que exige unas capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales, cuyo fin es cubrir las necesidades del paciente y su familia. Con dicho proceso de atención de enfermería se incorpora una nueva dimensión a la actividad del cuidar. En base a estos aportes, para la investigadora el proceso de atención de enfermería es un método sistemático y organizado con base en la solución de problemas, para administrar cuidados de enfermería derivados de la identificación de respuestas reales y potenciales del individuo, familia y comunidad (Pardo, 2013, p. 42).

Sin embargo, es necesario e importante mencionar que la tendencia actual es la de denominar a esta metodología de trabajo de la enfermera como proceso de cuidado de enfermería y ya no como proceso de atención de enfermería (Pardo, 2013, p. 42).

El proceso de enfermería es método racional y sistemático de planificación y provisión de cuidados de enfermería. Su objetivo es identificar el estado de salud de un cliente y los problemas relativos al cuidado de salud reales o potenciales, para establecer planes que satisfagan las necesidades identificadas y para proporcionar intervenciones de enfermería específicas para resolver esas necesidades. El proceso de enfermería es cíclico; esto es, sus componentes siguen una secuencia lógica, pero más de un componente puede estar involucrado en cualquier momento. Al final del ciclo, los cuidados pueden finalizar si se han logrado los objetivos, o el ciclo puede comenzar de nuevo con una nueva valoración (Bárbara, 2000, p. 14).

b) Etapas del proceso de enfermería.

El proceso de enfermería consta de una serie de cinco pasos para la resolución del problema:

1) Valoración:

Es el proceso de recogida, verificación y organización de los datos (información) referentes al estado de salud de un cliente. Los enfermeros (as) y clientes establecen la base de datos a partir de la cual derivan los planes de cuidados individualizados del cliente. Durante esta fase de proceso de enfermería, estratégicamente, recopila de diversas fuentes los datos necesarios para el cuidado del cliente (recoger datos, validar datos, clasificar (organizar) los datos).

Para Ledesma (2009), la valoración es una etapa que va dirigida al registro de datos que permitan conocer y analizar lo que realmente sucede al individuo, familia o comunidad en relación con su salud, lo que permite a la enfermera prever y planear sus acciones acordes con una realidad. Esta etapa supone entonces, recoger la mayor cantidad de datos haciendo uso de la entrevista, la observación, el examen físico, las técnicas de exploración, las pruebas diagnósticas y la información aportada por el paciente, la familia y otros integrantes del equipo de salud. La valoración es un proceso continuo que se realiza en todas las fases del proceso de enfermería. Por ejemplo, en la fase de evaluación, la valoración se hace para determinar los resultados de las estrategias de enfermería y evaluar el logro del objetivo. Esta etapa resulta fundamental puesto que todas las fases del proceso de enfermería dependen de una recogida precisa y completa de los datos. El proceso de valoración implica cuatro actividades estrechamente relacionadas: obtención de los datos, organización de los datos, validación de los datos y registro de los datos (Pardo C. 2013, p. 43).

Es la primera fase de proceso de atención de enfermería, consiste en un recojo de datos de manera sistemática para determinar el estado de salud actual del paciente, los patrones de adaptación, las respuestas a las alteraciones actuales, las respuestas al tratamiento de enfermería y médica (Cerquin, 2005, p. 18).

❖ **La valoración puede ser:**

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

❖ **Los instrumentos más usados (Cerquin, 2005, p. 17).**

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

2) Diagnóstico: Es el proceso que da como resultado un enunciado diagnóstico o un diagnóstico de enfermería que proporciona la base para la selección de las intervenciones de enfermería a para el cliente. Es un proceso de análisis y síntesis. Las habilidades cognitivas requeridas para el análisis y la síntesis son: objetividad, pensamiento crítico, toma de decisiones y razonamiento inductivo y deductivo (Bárbara, 2000, p. 19).

Flora Kron, Kozier y Du Gas definen el diagnóstico de enfermería, como “identificación de los problemas del paciente...” Mary Durand y Rose Mary Prince consideran que “es la conclusión sobre las condiciones del

paciente mediante la investigación...” y Sally Spell Monken dice que el diagnóstico de enfermería “es el juicio o conclusión que se obtiene como resultado de la valoración de enfermería”. Las tres autoras coinciden en señalar que el diagnóstico es la conclusión que se hace sobre la situación de las condiciones del paciente, mediante la investigación, valoración e identificación de los problemas y necesidades del paciente (Pardo, 2013, p. 44).

Por otro lado, la NANDA =North American Nursing Diagnosis Association-en 1990, define el diagnóstico de enfermería como un juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad a los problemas de salud real o potenciales y a los procesos vitales.

Esta fase proporciona los fundamentos para la selección de las intervenciones de enfermería necesarias para la consecución de los resultados que son responsabilidad de las enfermeras. Para elaborar el diagnóstico de enfermería, es indispensable el desarrollo del pensamiento crítico, al analizar la información obtenida durante la valoración y derivar de ella, los problemas reales o potenciales de las personas, y la movilización de recursos necesarios para el desarrollo de planes de cuidado ajustados a la realidad particular y general de los escenarios vitales de los actores del cuidado. La aptitud clínica requerida está fundamentada en los conocimientos adquiridos durante el proceso educativo formal, la experiencia práctica y el pensamiento crítico, combinados con la actitud profesional (Pardo, 2013, p.44).

Los componentes de las categorías aceptadas por NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 en la novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes (Cerquin, 2005, p. 18).

❖ **Etiqueta descriptiva o título:** ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.

- ✓ Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y diferencia de todos los demás.
- ✓ Las categorías que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en un 80 – 100 % de los casos. Otros signos y síntomas que, se han calificado como secundarias presentes en el 50 – 79 %de los casos pero no se consideran evidencias necesarias del problema.

❖ **Tipos de diagnósticos:**

Existen cuatro tipos, que son: reales, potenciales, bienestar posibles.

- ✓ **Real:** representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición, características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo el cual consta de tres partes: Problema (P) + Etiología / factores relacionados (E) + signos y síntomas (S)
- ✓ **Alto riesgo o potencial:** es un juicio clínico de que un individuo, familia y comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. La descripción del estado de salud alterado de la persona va precedido por el termino alto riesgo consta de dos partes:
Problema (P) + Etiología / factores relacionados (E)
- ✓ **Posibles:** son enunciados que describen un problema probable para el que necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos partes:
Problema (P) + Etiología / Factores contribuyentes (E)
- ✓ **De bienestar:** juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición.
No contiene factores relacionados. La enfermera puede interferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la educación para la salud.

❖ **A la hora de escribir un diagnostico hay que tener en cuenta una serie de directrices (Cerquin, 2005, p. 19).**

- ✓ Unir el problema con la etiología o factores causales o relacionados utilizando relacionado; con mejor que, debido a, o causado por. No necesariamente hay una relación causa efecto.
- ✓ La primera parte del diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de enfermería.
- ✓ Redacta en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal. (Claro y conciso).
- ✓ Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valor, si no basarse en datos objetivos y subjetivos que hayan recogido y validado con el paciente.
- ✓ Evitar invertir el orden de las partes del diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- ✓ No mencionar signos y síntomas en la primera parte del diagnóstico.
- ✓ No indique el diagnóstico de enfermería como si fuera un diagnóstico médico.
- ✓ No escribir un diagnóstico de enfermería que repita una orden médica.
- ✓ No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.
- ✓ Debe ser la agrupación del análisis de datos, la identificación del problema y la formulación de enunciados de acuerdo al tipo de diagnóstico y el problema.
- ✓ Utilizar enunciados que orienten a las intervenciones de enfermería.
- ✓ Utilizar términos comprensibles en general por otros profesionales

3) Planificación: es un proceso en el que el enfermero (a) y el cliente establecen prioridades, redactan objetivos o resultados esperados, y establecen un plan de cuidados escrito, diseñados para resolver o minimizar los problemas identificados en el cliente. En colaboración con el cliente, el enfermero (a) desarrolla las intervenciones específicas necesarias para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas de salud del cliente identificados y validados durante la fase de diagnóstico.

Utilizando el plan de cuidados, el enfermero (a) puede individualizar los cuidados del cliente y, al mismo tiempo, asegurar que estos sean coherentes (Bárbara, 2000, p. 17).

Es la tercera etapa del proceso enfermero que inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, y que consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente enfermo (Alvares, 2014, p. 18).

Los pasos para realizar la planeación son:

- ❖ Establecer prioridades
 - ❖ Elaborar objetivos
 - ❖ Determinar acciones de enfermería
 - ❖ Documentar el plan de cuidados
-
- ❖ Las prioridades se establecen posteriores a la valoración y etapa de diagnóstico se concluye con un número determinado de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, lo que hace indispensable la identificación de los problemas de salud en los cuales se debe centrar la atención, y realizar acciones inmediatas, porque representan una amenaza para la vida del usuario. La priorización, siguiendo la jerarquía de las necesidades según la escala de Maslow y Kalish, resulta fácil cuando la enfermera (o) sigue el orden señalado.
 - ❖ Los objetivos son una parte indispensable dentro de la etapa de planeación, ya que con ellos se mide el éxito de un plan de cuidados determinado al valorar el logro de los resultados. También permite dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados, y son factores de motivación al generar numerosas acciones en las enfermeras (os). Los objetivos para un plan de cuidados deben reunir las siguientes características:
 - ✓ Surgir del diagnóstico enfermero o problema interdependiente.
 - ✓ Estar dirigidos al usuario, familia y comunidad; también pueden referirse a una parte del organismo o una función, como es el caso

de algunos diagnósticos enfermeros y cuando tratan enfermedades interdependientes.

- ✓ Incluir verbos que se puedan observar y evaluar par tener certeza de que se ha logrado el objetivo.
 - ✓ Ser claros y precisos, con los siguientes elementos en su redacción: sujeto (persona), verbo (conducta), condición (circunstancias en que se debe realizarse la conducta y criterios de realización (tiempo y grado de tolerancia o dificultad para realizar la acción)
 - ✓ Haber involucrado al usuario y su familia, par perseguí el mismo fin y tener mayores posibilidades de éxito. En el caso de los objetivos para problemas interdependientes es conveniente la coparticipación de todos los integrantes del equipo de salud, además de usuarios y familia.
 - ✓ Utilizar un solo verbo (conducta) por cada objetivo.
 - ✓ Ser realista, es decir que consideren las capacidades física psicológica y personal del usuario para que se pueda alcanzar.
 - ✓ Considerar en los objetivos conductas de los dominios: cognitivo, afectivo y sicomotriz de acuerdo a las características del problema de salud.
- ❖ La denominación de acciones de enfermería son las intervenciones de enfermería, estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos, y están encaminadas a tratar los factores relacionados o de riesgo del problema de salud señalado en el diagnostico enfermero o problema interdependiente. En la determinación de dichas estrategias se emplea el pensamiento crítico, para analizar la situación problema mediante cuestionamientos que conducen a la selección de acciones de enfermería específicas (Alvares, 2014, p. 19).

Ledesma refiere que la planeación significa decidir con anterioridad lo que se va hacer. Usar el pensamiento reflexivo antes de actuar. Kozier define la planificación como una fase deliberada y sistemática del proceso de enfermería que implica la toma de decisiones y la solución de problemas.

Es el proceso de enfermería, implica lo que puede hacer la enfermera para ayudar al paciente y elegir las intervenciones adecuadas para lograrlo. La atención de enfermería se basa en principios, más que en la aplicación de técnicas sistemáticas o estándar, los conocimientos científicos en que se fundamentan aumentan las técnicas y procedimientos de atención. Se realiza la priorización de los diagnósticos, la elaboración de objetivos y la intervención de enfermería para finalmente realizar los registros del plan (Cerquin, 2005, p. 20).

❖ **Se sigue las siguientes etapas:**

- ✓ **Establecimiento de prioridades:** de acuerdo al riesgo de vida y sus necesidades.
- ✓ **Formulación de objetivos:** que van a orientar las acciones de enfermería. El objetivo está compuesto del sujeto (paciente), verbo (conducta observable), condición (circunstancias en las cuales se producirá el cambio de conducta), criterios de resultado (estándar el cual se evaluará la conducta) los objetivos pueden ser:
 - ✓ **General:** que es un enunciado amplio y señala la conducta general de lo que desea alcanzar.
 - ✓ **Específico:** se centran en el segundo componente del diagnóstico de enfermería y que puede ser a corto o largo tiempo.
 - ✓ **Intervención de enfermería:** son acciones autónomas basadas en fundamentos específicos. Las actuaciones de enfermería son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaboran acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema. Se inician con un verbo en acción. Luego el contenido y el tiempo (Cerquin, 2005, p. 21)

En la elaboración de las actuaciones de enfermería, se determinan actividades, acciones específicas en el plan de cuidados, el cual

corresponde a las tareas concretas que la enfermera (o) y /o familia deben de realizar para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes que las enfermeras han de llevar a la práctica y donde toda persona tiene responsabilidad en el cuidado del paciente.

Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: que hay que hacer, cuando hay que hacerlo, como hay que hacerlo, donde hay que hacerlo y quien de hacerlo (Cerquin, 2005, p. 21).

En la elaboración de actividades han de tenerse presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento; también hay que tener en cuenta, los recursos humanos, en la cantidad y calificación de los distintos estamentos que van a intervenir y también influyen los recursos financieros. Registro de intervención: permite orientar el la priorización de los problemas del paciente, facilita, garantiza la continuidad en la atención y demuestra el complejo rol de enfermería como personal profesional (Cerquin, 2005, p. 21).

Es la tercera etapa y se conceptualiza como la determinación de lo que debe hacerse para prevenir, reducir o eliminar los problemas; el planteamiento del cuidado se hace en base a los diagnósticos identificados; esta etapa tiene el objetivo de identificar los problemas del usuario; determinar las prioridades de asistencia; diseñar las estrategias de enfermería y para alcanzar los objetivos de la asistencia; en esta etapa se identifican cuatro fases (Aguilar, 2010, p. 22).

❖ Fases de la etapa de planeación

Implica que se dé un orden de importancia a los asuntos de interés y a los que son más urgentes; en la toma de decisiones para priorizar se considera útil:

- ✓ El concepto de triage (urgencias)
- ✓ La jerarquización de necesidades de la teoría de Maslow.
- ✓ Las percepciones del cliente.
- ✓ Los planes de tratamiento médico.

✓ Los recursos de enfermería.

❖ **Determinación de los resultados esperados (objetivos o metas)**

Definir comportamiento específicos que demuestran que se ha corregido el problema, se ha minimizado o se ha prevenido; la definición de los resultados esperados es parte importante, porque dirige las acciones para evaluar el cuidado, dado que al plantearse deben ser claros y precisos, dirigidos al cliente, observable, y tener un límite de tiempo, a corto, mediano o largo plazo.

❖ **Preparación de las intervenciones de enfermería y registro del plan de cuidado.**

Es uno de los aspectos más importantes del planeamiento del cuidado, la formulación de las intervenciones de enfermería por sí sola no constituye el plan porque están estrechamente relacionado con diagnósticos de enfermería y los resultados esperados; por lo tanto las intervenciones se generan a partir de los factores relacionados o etiológicos señalados en el diagnóstico de enfermería y deben basarse en las necesidades individuales de los usuarios; el registro del plan de cuidados es la forma de presentar el plan, se recomienda una estructura sencilla; en la literatura consultada se colocan en cuatro columnas, en la primera los diagnósticos, en la segunda los resultados esperados, en la tercera una columna para indicar la fecha límite de logro en la cuarta las intervenciones de enfermería, ya sea para valorar plan diagnóstico, plan terapéutico o plan de enseñanza, los planes de atención pueden ser individualizados o estandarizados. Los primeros se hacen con base en una valoración y diagnóstico para cada individuo, ajustándose al diagnóstico y a la situación especial de cada individuo, la segunda ha surgido como una alternativa de trabajo y facilita la aplicación de este paso del proceso de atención de enfermería; puede ser elaborado para un grupo de usuarios (Aguilar S. 2010, p. 23).

✓ Los recursos y la ejecución misma.

❖ **Los registros de las acciones cumplidas y sus efectos.**

El registro de ejecución del plan son las acciones cumplidas y sus resultados, las acciones de enfermería se comunican tanto oral como escritas a la enfermera o la jefe del siguiente turno; los registros se contemplan de la siguiente manera: Sistema narrativo, el más conocido por las enfermeras, es una especie de diario para registrar, la ejecución del cuidado del usuario que ocurran durante un turno se describen estado, intervenciones, tratamiento, también se menciona los registros orientados a problemas y el sistema de registro con un área de interés específico que comprende los datos, acciones y respuestas para cada problema.

❖ **La enfermera jefe de Unidad, además es responsable de que se lleven a cabo las siguientes actividades:**

- ✓ **Validación del plan:** para asegurar la congruencia de las acciones de enfermería y la atención de otras disciplinas es indispensable buscar fuentes apropiadas para validar el plan y consultar a otros miembros del equipo de salud y colegas con experiencia tomando en cuenta al sujeto de atención.
- ✓ **Difusión del plan:** hacer del conocimiento a todo el equipo de salud el plan de atención con el fin de asegurar la continuidad de los cuidados y el logro de objetivos propuestos.
- ✓ **Coordinación y realización de actividades:** la enfermera es responsable de la ejecución de las actividades así como de incluir a paciente familia y equipo de salud para la pronta recuperación del paciente.
- ✓ **Anotación de las intervenciones:** se debe realizar una anotación completa y exacta de los hechos ocurridos así como de las respuestas del paciente a las intervenciones y poder evaluar así el logro de los objetivos propuestos (Aguilar S. 2010, p. 24).

5) Evaluación: es determinar la respuesta del cliente a las intervenciones de enfermería y, a continuación comparar la respuesta con estándares predeterminados. Estos estándares se conocen a menudo como criterio de resultados (Bárbara K.2000, p. 19).

Griffith y Christense señalan que la evaluación ideal es una parte integral de cada uno de los componentes del proceso y no solamente una de las etapas del mismo.

Cabe señalar que existe una evaluación del plan de atención así como una evaluación del proceso de atención de enfermería. Lo primero, se refiere al momento en que el profesional de enfermería usa el juicio, mediante una comparación entre los resultados esperados con los resultados alcanzados en las fechas límites, para determinar si el plan de atención fue eficaz para resolver, reducir o evitar los problemas (Pardo C. 2013, p. 44).

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

❖ Para un efectivo proceso de evaluación se requiere:

- ✓ Identificación de objetivos, resultados esperados y datos basales.
- ✓ Obtención de respuestas, mediante la inspección, palpación, medición e interpretar la información del paciente.
- ✓ Enjuiciamiento de la consecución de objetivos, se realiza por ser objetivos alcanzados, parcialmente alcanzados u objetivo no alcanzado.
- ✓ Extracción de conclusiones, si se han logrado los objetivos se llega a concluir que el problema real o potencial u actual ha sido solucionado, pero si no se han alcanzado los objetivos pueden ser que el plan de cuidados requiere de una revisión o darle más tiempo al paciente para lograr los objetivos (Cerquin C. 2005, p. 22).

4) Ejecución: se llevan a cabo las intervenciones de enfermería planificados para ayudar al cliente a lograr los objetivos. En esta fase, el enfermero (a) sigue recogiendo datos, cumple las actividades de enfermería prescritas o delega el cuidado en una persona adecuada, y valida el plan de cuidados de enfermería. Una recogida continua de datos es esencial no solo para mantener la trayectoria de los cambios en el estado del cliente sino también para obtener datos para la evaluación del logro de objetivos (Bárbara K.2000, p. 19).

Consiste en la resolución de los problemas ejecutados a través de las actuaciones de enfermería. Se resume en realizar, delegar, registrar las acciones de enfermería. Para realizar la ejecución se requiere de tener una preparación cuidadosa de las intervenciones a realizar y la facultad de poder ejecutarlas, para ello es necesaria una asistencia a las actividades diarias (asesoramiento, educación, prevención interpersonal, técnicos), con nivel asistencial (cuidados totales, de ayuda). (Cerquin C. 2005, p. 22)

Constituye la cuarta etapa, se fundamenta en las tres etapas que la proceden, en esencia, la ejecución del plan; son las intervenciones que la enfermera desarrolla, con y para el usuario. El plan puede ser ejecutado por la enfermera y el usuario, los auxiliares de enfermería, el usuario y por personas encargadas del cuidado; su objetivo es llevar a cabo las actuaciones de enfermería necesarias para cumplir el plan; la etapa de ejecución se organiza (Aguilar S. 2010, p. 23).

❖ **Preparación para la ejecución que comprende:**

- ✓ Revisar y actualizar los datos
- ✓ Determinar si hay necesidad de ayuda.
- ✓ Revisar y readaptar el plan a la circunstancia.

❖ **Ejecución misma que implica la consideración de:**

- ✓ El ambiente en el cual se ejecutan las acciones.
- ✓ Los conocimientos que se requieren para ejecutar las acciones.

Es la quinta y última parte del proceso de enfermería, se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del usuario y los resultados esperados; cuyo objetivo es: Determinar en qué grado se han conseguido los resultados esperados (Aguilar S. 2010, p. 24).

❖ **Evaluación en las diferentes etapas del proceso.**

✓ **Evaluación en la etapa de valoración**

Comprende la ponderación de los datos respecto de su significado, para formular hipótesis diagnóstica.

✓ **Evaluación en la etapa diagnóstica**

En esta etapa se utilizan un grupo de signos y síntomas que nos sirven para establecer la corrección del diagnóstico utilizado, para dirigir las etapas siguientes del proceso de atención.

✓ **Evaluación en la etapa de planeamiento**

✓ Esta etapa es cuando se está formulando el plan y luego se está ejecutando para medir los resultados, en el sentido de:

✓ Si son adecuados para el usuario.

✓ Si se ajustan a normas preestablecidas.

❖ Esta etapa de planeamiento juzga si los planes propuestos son comprobables a los estandarizados y además si tales planes se ajustan a la condición particular del usuario.

✓ **Evaluación en la etapa de Intervención o Ejecución del plan.**

Se centra tanto en las acciones como en el proceso y los resultados en el comportamiento del usuario.

✓ **Evaluación de los resultados del Proceso de Atención de Enfermería**

❖ **Conceptualización de la evaluación:** Sirve para que la enfermera pueda apreciar la efectividad de las acciones y se conceptualiza como: Según Arnold Huckabag, la evaluación tiene dos funciones principales:

✓ Determinar la naturaleza y magnitud de los efectos del tratamiento.

✓ Decidir si los efectos observados cumplen criterios de calidad.

❖ **Objeto de la Evaluación**

Objeto de la evaluación investigativa es comparar los efectos de un programa con las metas que se propuso alcanzar, a fin de contribuir a la toma de decisiones subsiguientes acerca del mismo y para mejorar así la programación futura, entonces la evaluación mide hasta qué punto un programa alcanza ciertos objetivos.

❖ Tipos de Evaluación

No todas las evaluaciones son iguales pueden establecerse diferencias entre ellas según los siguientes criterios:

- ✓ Tiempo de su realización.
- ✓ Objetivos de su realización.
- ✓ La naturaleza que posee la escala que asumen.
- ✓ Los niveles de toma de decisiones a los que van dirigidos.

El proceso de atención de enfermería no es más que un conjunto de pautas de actuación a seguir para mantener el bienestar del usuario en el nivel óptimo. Sus necesidades para buscar mejorar la actitud, conocimientos, habilidades y destrezas del personal de enfermería (Aguilar S. 2010, p. 24).

c) Planeación o Plan de cuidados de enfermería

En esta etapa se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

El plan ayuda a tomar decisiones, resolver problemas, programar los tiempos necesarios a fin de alcanzar el resultado esperado y medir el éxito o fracaso del cuidado, La planeación del cuidado de enfermería también se conoce como plan (Cortez y Castillo, 2008, P. 34).

En la práctica existen dos formas de planificación del cuidado de enfermería:

- ✓ El Plan funcional (utilizado por licenciadas).
 - ✓ el Plan Didáctico (Utilizado por estudiantes, fundamenta acciones)
- (Cortez y Castillo, 2008, P. 34).

En el proceso de enfermería, el plan de cuidados se refiere a todas aquellas actividades indispensables para la supervivencia, y constituye una función

primordial para promover el desarrollo de las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales de las personas, familia o comunidad, que en continua interacción con su entorno, viven experiencias de salud o enfermedad (Falcón, J. 2013, p, 10).

En términos legales, el plan de cuidados documenta la asistencia al paciente con fines legales, de responsabilidad y de mejora de la calidad. También ofrece un mecanismo para asegurar la continuidad de los cuidados cuando el paciente abandona un centro asistencial mientras aun precisa apoyo. La tendencia universal en la atención de enfermería es realizarla a través de los planes de cuidados de enfermería, con el objeto de unificar los criterios de atención y procurar el máximo de la calidad de la misma (Alvares, E. 2014, p, 11).

El plan de cuidados de enfermería es, el instrumento que dirige, en forma ordenada y continua las actividades de enfermería hacia metas u objetivos establecidos específicamente para realizar con un individuo. El personal no profesional de enfermería puede contribuir en la aplicación del plan, pero es la enfermera (o) quien lo elabora, lo interpreta, coordina y delega actividades y lo evalúa (Alvares, E. 2014, p, 11).

Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, de los resultados que se espera, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello (Falcón, J. 2013, p, 10).

❖ Partes de la plan de cuidados de enfermería

- ✓ **Establecer diagnósticos de enfermería:** por prioridad para ello tener en cuenta las 3 prioridades: alta (con riesgo vital), media (cuando deriva en retraso) y baja (cuando surge necesidades normales o requiere apoyo). Estas prioridades no son fijas van cambiando.
- ✓ **Establecer objetivos del cliente:** un objetivo es la evolución del paciente o una modificación de su comportamiento deseado. Para

formular los objetivos se debe tener en cuenta los diagnósticos de enfermería ya que los objetivos se redactan considerando la respuesta observable del paciente su redacción se formula en infinito. Estos pueden considerarse como objetivos a largo plazo (criterio de resultado) u objetivos de corto plazo.

- ✓ **Elección de las intervenciones de enfermería:** NIC se conocen como actividades estrategias, acciones o cuidados de enfermería. Las acciones deben eliminar el diagnóstico real, o reducir el diagnóstico potencial así como la causa.
- ✓ **Evaluación o resultado esperado:** NOC mide el éxito de la intervención teniendo en cuenta los objetivos.

❖ **Tipos de planes de cuidados, entre ellos destacan los siguientes.**

- a. **Individualizado:** permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se toma más tiempo en elaborar.
- b. **Estandarizado:** es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad.
- c. **Estandarizado con modificaciones:** permite la individualización al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- d. **Computarizado:** requieren la captura previa en un sistema informático de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.
- e. **Plan de cuidados Biofocal:** en 1993, Carpenito presento un modelo un modelo para la práctica que describe la perspectiva clínica de las enfermeras. El modelo biofocal de enfermería de práctica clínica identifica las situaciones clínicas en las que intervienen las enfermeras: como asistente primario y en colaboración con otras disciplinas. Está compuesto por un diagnóstico de enfermería y un problema interdependiente, que en forma conjunta abordan un mismo

problema que está resuelto con intervenciones independientes e interdependientes (Alvares, E. 2014, P, 10).

d) Plan de cuidado de enfermería en emergencia

Los profesionales que proporcionarán cuidados enfermeros a personas con problemas de salud en situación crítica, de alto riesgo o en fase terminal, a nivel individual o colectivo, dentro del ámbito hospitalario (emergencia), agilizando la toma de decisiones mediante una metodología fundamentada en los avances producidos en el campo de los cuidados de la salud, la ética y la evidencia científica lograda a través de una actividad investigadora directamente relacionada con la práctica (Oliver, 2009, p: 34).

El profesional enfermero pone en práctica sus conocimientos y habilidades específicas para el cuidado de pacientes en situación de emergencia. En cuanto a sus actitudes, son profesionales con un especial entrenamiento ante situaciones de estrés, por lo que han de contar con un alto autocontrol, así como con habilidades de relación interpersonal para interactuar no sólo con el paciente, sino también con su entorno. Por su propio perfil, la enfermera desarrolla su actuación profesional desde su visión integral del paciente, siendo su responsabilidad prestar los cuidados necesarios y colaborar con las técnicas y procedimientos definidos para cada situación de emergencia aplicando el proceso de atención de enfermería con sus intervenciones o acciones priorizadas para cada problema (Oliver, 2009, p, 34).

3.2.2. Caso simulado (caso clínico)

a) Definición

La simulación clínica constituye una metodología que ofrece al estudiante la posibilidad de realizar de manera segura y controlada, una práctica análoga a la que realizará en la práctica profesional. A través de la simulación clínica el estudiante interactúa, en un entorno que simula la realidad, con una serie de elementos, a través de los cuales resolverá una situación o caso clínico.

La Simulación en cuidados de salud combina una serie de actividades que comparten un propósito general: mejorar la seguridad, eficacia y eficiencia de los servicios de salud (UCA, 2011, p. 12).

Ofrece valiosas experiencias programadas de aprendizaje, que son difíciles de obtener en la vida real. Los estudiantes tienen una dirección práctica y desarrollan las habilidades de pensamiento, incluyendo el conocimiento en acción, procedimientos, toma de decisiones y comunicación efectiva frente a los casos que se les presenta. La formación abarca desde la atención inmediata ante casos reales y potenciales de emergencia en pacientes con diferentes problemas (UCA, 2011, p. 12).

Debido a que cualquier situación clínica puede ser interpretada desde múltiples puntos de vista, donde al estudiante le permite la consolidación e integración de conocimientos dentro del contexto clínico.

Los casos simulados clínicos son fundamentales, les permite resolver múltiples situaciones que los internos de enfermería se pueden encontrar en su actividad laboral diaria. Reproducir lo más fielmente posible tanto la fisiología como determinadas situaciones patológicas del paciente en distintos escenarios clínicos (UCA, 2011, p. 12).

La simulación está concebida como un novedoso método que integra conocimiento científico y factores humanos. La experiencia con estos sistemas es hasta ahora limitada, pero está siendo ampliamente aceptada y desarrollada, ya que acelera la adquisición de habilidades y conocimientos en un ambiente seguro, es decir, sin riesgo para el paciente. Los casos simulados clínicos son fundamentales, les permite resolver múltiples situaciones que los internos de enfermería se pueden encontrar en su actividad laboral diaria. Reproducir lo más fielmente posible tanto la fisiología como determinadas situaciones patológicas del paciente en distintos escenarios clínicos (UCA, 2011, p. 16).

Según Saunders y Powell (1998), la simulación es definida como una representación parcial de la realidad, seleccionando características cruciales y replicándolas dentro de un ambiente o escenario libre de riesgos, al tiempo que permite los estudiantes a desarrollar sus estrategias y sus estilos para hacer frente a un desafío particular.

La simulación es una actuación que colabora en realizar un acercamiento sobre la experiencia y, de este modo, permite que los estudiantes actúen, asuman tareas, cumplan un rol que implica la toma de decisiones. De este modo, someten a prueba sus conocimientos, adquieren experiencia, destreza en el desempeño de la tarea, comprenden la complejidad del escenario y generan relaciones entre la teoría y la práctica (Amaya, citado por, Onrique y Felippa, 2013. P, 115)

b) Tipos de simulación en el campo de la enseñanza de la enfermería.

1. Simulaciones realizadas con el apoyo de aparatología: cardiopulmonar, multipropósitos, obstétricos, etc. Generalmente incluyen simuladores de modelos anatómicos, (maniqués o simuladores de baja fidelidad). El objetivo de su empleo es minimizar el sufrimiento innecesario al paciente y errores en la realización de las técnicas.

Su potencialidad radica en el desarrollo de habilidades y destrezas, relacionadas con la aplicación de procedimientos y técnicas, la exploración física, etc.

2. Simulaciones centradas en el desarrollo de destrezas audiovisuales: se hace una presentación de audio y videos (de forma aislada o integrados en simuladores de alta fidelidad). El objetivo es mejorar la capacidad de interpretación de datos en el paciente, posibilitando la correcta identificación del problema. Su potencialidad radica en el desarrollo de la capacidad de observación y de habilidades auditivas.

3. Simulaciones basadas en el manejo de problemas de pacientes: descripción de la actuación profesional ante una situación clínica: El objetivo es que los alumnos puedan tomar decisiones con responsabilidad y justificación, reproduciendo las decisiones que un profesional debe adoptar y la conducta a seguir con un paciente. Este tipo de simulación potencia el desarrollo de la capacidad de análisis y el proceso de toma de decisiones.

4. Simulación de escenarios clínicos: ejecución de la actuación profesional en una situación clínica. El estudiante interactúa, en un entorno que simula la realidad, con una serie de elementos, a través de los cuales resolverá un caso clínico. El objetivo es que el alumno pueda

poner en práctica competencias integrales en una situación lo más parecida posible a la real (Onrique y Felippa, 2013. P, 115).

3.2.3. Nivel de formulación del plan de cuidados de enfermería.

a) Definición

Es el grado con el cual se puede realizar de manera sistemática la formulación de la plan de cuidados orientado a la resolución de problemas que requiere de intervención de enfermería basado en continuas adaptaciones, considerándose principalmente la tercera fase del P.A.E, es decir el diagnostico, el objetivo y las acciones de enfermería; basado en una situación simulada, como es el caso clínico (Cerquin, 2005, p. 24).

Para la presente investigación se considera al nivel de competencias de la aplicación del planeamiento de enfermería en los internos del X ciclo de enfermería de la carrera profesional de enfermería como se detalla a continuación

- **Nivel óptimo:** Es el grado con el cual el interno puede realizar de manera sistemática la aplicación el plan de cuidados orientado a la resolución de problemas que requiere de intervención de enfermería basado en continuas adaptaciones.
- **Nivel de regular:** Es el grado con el cual el interno puede realizar de forma regular la aplicación de manera sistemática el plan de cuidados orientado a la resolución de problemas que requiere de intervención de enfermería basado en continuas adaptaciones.
- **Nivel deficiente:** Es el grado con el cual el interno no realiza la aplicación de manera sistemática el plan de cuidados, orientado a la resolución de problemas que requiere de intervención de enfermería basado en continuas adaptaciones.

3.2.4. Modelos y/o Teorías

❖ Teoría de Virginia Henderson (definición de la enfermería clínica)

La definición de enfermería de Henderson, refiriéndose a la práctica de la profesión, indica que la enfermera (o) cuya función principal consiste en ser el cuidador (a) directa del paciente, se verá recompensando a medida que el paciente ve recuperándose. El enfermero puede ayudar al paciente a avanzar hacia la independencia valorando, planificando, implantando y evaluando cada uno de los 14 elementos del cuidado enfermero básico.

El planteamiento que Henderson hacía del cuidado del paciente era reflexivo e implicaba tomar una decisión (Marriner, 2005, p, 32).

❖ Teoría de Ida Jean Orlando (pelletier): (teoría del proceso de enfermería).

La teoría enfermera de Orland hace especial hincapié en la relación recíproca entre el paciente y la enfermera. Fue una de las primeras líderes enfermeras que identificó y recalco los elementos del proceso de enfermería y la especial importancia de la participación del paciente en ese proceso. Orland afirmó que la función de enfermería consiste en descubrir necesidad inmediata del paciente y satisfacerla. Además menciona que enfermería es una profesión diferenciada que funciona con autonomía. Aunque la enfermería se sitúa al lado de la medicina y mantiene una relación muy estrecha con ésta, la enfermería y la práctica de medicina son claramente dos profesiones independientes. La responsabilidad de la enfermera es comprobar que la necesidad de ayuda del paciente se satisfacen, ya sea directamente por la acción de la enfermera o indirectamente pidiendo ayuda a terceros. Esta perspectiva se amplía más en el planteamiento de Orlando para la disciplina del proceso enfermero, que se divide en los siguientes elementos básicos: la conducta del paciente, la reacción de la enfermera, las acciones enfermeras, que están diseñados para beneficiar al paciente. La interacción de estos elementos conforma el proceso enfermero (Mrriner, 2005, p, 26).

3.2.5. Definición de términos básicos

- **Nivel de formulación plan de cuidados de enfermería :** Es el grado con el cual se puede realizar de manera sistemática la aplicación de la plan de cuidados orientado a la resolución de problemas que requiere de intervención de enfermería basado en continuas adaptaciones, considerándose principalmente la tercera fase del P.A.E, es decir el diagnóstico, el objetivo y las acciones de enfermería; basado en una situación simulada, como es el caso clínico
- **Interno de enfermería:** los estudiantes que ingresaron a la carrera profesional de enfermería, de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, que se encuentran realizando sus prácticas en área hospitalaria o clínico.

3.3. Variable de estudio

3.3.1. Mono variable:

- ✓ Nivel de formulación de un plan de cuidados de enfermería.

3.3.2. Operacionalización de la Variable (ver anexo 02)

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Diseño de contrastación de la hipótesis

El presente estudio de investigación fue de enfoque cuantitativo porque explica la realidad social vista desde una perspectiva externa y objetiva, busca además la exactitud de mediciones o indicadores sociales con el fin de generalizar sus resultados a poblaciones o situaciones amplias; de nivel descriptivo ya que describe fenómenos sociales en una circunstancia temporal y geográfica determinada; de tipo: según la intervención, fue observacional ya que no existió intervención del investigador; los datos reflejaban la evolución natural de los eventos; según la planificación de la toma de datos, fue prospectivo ya que los datos necesarios para el estudio fueron recogidos a propósito de la investigación (primarios) y se logró controlar el sesgo de medición; según el número de ocasiones en que se midió la variable de estudio, fue transversal ya que la información se recolectó en un momento determinado de tiempo; según el número de variables de interés fue descriptivo ya que el análisis estadístico, fue univariado porque sólo describió parámetros de estudio a partir de una muestra (Supo, 2012, p, 42).

Cuyo esquema es el siguiente:



➤ **Dónde:**

M: Muestra: estudiantes del X ciclo de la escuela profesional de enfermería de la universidad nacional Toribio Rodríguez de Mendoza.

O: nivel de formulación del plan de cuidado de enfermería.

4.2 **Universo Muestral**

Estuvo conformada por 15 estudiantes del X ciclo de enfermería de la escuela profesional de la UNTRM, que estuvieron realizando el internado clínico en los hospitales de Amazonas y Cajamarca (Jaén), 2015.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Internos de la escuela profesional de enfermería de la UNTRM, que estuvieron realizando el internado clínico del plan curricular I.

- Internos de la escuela profesional de enfermería de la UNTRM, que estuvieron realizando el internado clínico en los hospitales de Amazonas y Cajamarca (Jaén).

Criterios de exclusión.

- Internos de la escuela profesional de enfermería de la UNTRM, que estuvieron realizando el internado clínico y que no pertenecen al plan curricular II de enfermera.

- Internos de la escuela profesional de enfermería de la UNTRM que estuvieron realizando el internado clínico en los hospitales de Amazonas y Cajamarca (Jaén) que no deseen participar en el estudio investigación.

4.3 Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

4.3.1 Método: encuesta (Canales, 2005, p, 24)

4.3.2 Técnica: cuestionario (Canales, 2005, p, 24)

4.3.3 Instrumento: Para la variable: el instrumento fue la situación simulada, de un caso clínico, elaborado por Cerquin, (2005); el instrumento comprendió la situación problemática, el diagnóstico de enfermería tuvo que ser llenado por el interno de enfermería, así como los objetivos y las acciones de enfermería, a realizar en base a los problemas identificados. Cuyo propósito es determinar el nivel de aplicación del plan de cuidado de enfermería.

Para la medición de la variable se tuvo que asignar puntajes para cada una de las respuestas que escribieron los internos; siendo así los siguiente puntajes máximos.

- ❖ Nivel de formulación del plan de cuidados de enfermería = 35 puntos
- ❖ Nivel de formulación de diagnóstico = 10 puntos
- ❖ Nivel formulación de objetivos = 5 puntos
- ❖ Nivel de formulación de acciones de enfermería = 20 puntos

Donde para una mejor comprensión se colocaron los siguientes códigos:

- ✓ Nivel óptimo: 2
- ✓ Nivel regular: 1
- ✓ Nivel deficiente: 0

Para el nivel de formulación del plan de cuidado de enfermería el puntaje fue

- ✓ nivel óptimo = 27 – 35 puntos
- ✓ nivel regular = 18 – 26 puntos
- ✓ nivel deficiente = 0 – 17 puntos

Siendo su intervalo de clase:

- ✓ 8 – 12 puntos = 2
- ✓ 4 – 7 puntos = 1
- ✓ 0 – 3 puntos = 0

Dimensiones de formulación plan de cuidados de enfermería

➤ **Según dimensión formulación de diagnósticos de enfermería el puntaje fue:**

- ✓ 10 puntos = 4 diagnósticos con sus respectivas características.
- ✓ 7 puntos = 3 diagnósticos
- ✓ 5 puntos = 2 o menos diagnósticos

Siendo su intervalo de clase:

- ✓ 9 – 10 puntos = 2
- ✓ 7 – 8 puntos = 1
- ✓ 0 – 6 puntos = 0

➤ **Según dimensión formulación de objetivos de enfermería :**

- ✓ 5 puntos = 4 objetivos respectivas características
- ✓ 3.5 puntos = 3 objetivos con sus respectivas características
- ✓ 2.5 puntos = 2 o menos objetivos con sus respectivas características

Siendo su intervalo de clase:

- ✓ 4.1 – 5 puntos = 2
- ✓ 3 - 4.0 puntos = 1
- ✓ 0 – 2.9 puntos = 0

➤ **Según dimensión formulación de acciones de enfermería**

- ✓ 5 puntos = todas las acciones de enfermería indispensables frente a la necesidad del paciente (mínimo de 5)
- ✓ 3.5 puntos = 4 acciones indispensables frente a la necesidad del paciente
- ✓ 2.5 = puntos 2 o menos acciones indispensables frente a la necesidad del paciente

Siendo su intervalo de clase:

- ✓ 13 – 20 puntos = 2
- ✓ 9 – 12 puntos = 1
- ✓ 0 – 8 puntos = 0

Para la validez del contenido del instrumento éste fue sometido a juicios de expertos, la cual participaron 6 docentes de enfermería especialistas en el área: se aplicó la prueba binomial para la aceptación total del instrumento (N= 50), al 5 % de margen de error, la concordancia es significativa $p < 0.05$, con un resultado de 6.52. Y la confiabilidad fue dada por la prueba piloto realizada en 5 estudiantes que reunían las características de la muestra pero que no pertenecían a la universidad; ellos fueron internos de enfermería de la universidad del Callao.

Para la confiabilidad utilizo el alfa de cronbach obteniendo un resultado de: 0.98

En cuanto al procedimiento de recolección de datos se tendrá en cuenta las siguientes etapas:

Se envió un oficio a la directora de escuela académica de la escuela profesional de enfermería, solicitando la autorización para la aplicación del instrumento en los internos enfermería.

Se aplicó el caso simulado a los internos de enfermería. Cuyo proceso inicio el 03/05/15 y tendrá la duración de 4 meses. Se procesara estadísticamente los datos recolectados.

4.4 Análisis de los resultados

Los datos fueron procesados a través de la hoja de cálculo Excel 2010, se utilizó con técnica estadística la distribución de frecuencias simples, para la descripción de la variable de estudio. Así mismo los resultados se presentan en tablas y gráficos.

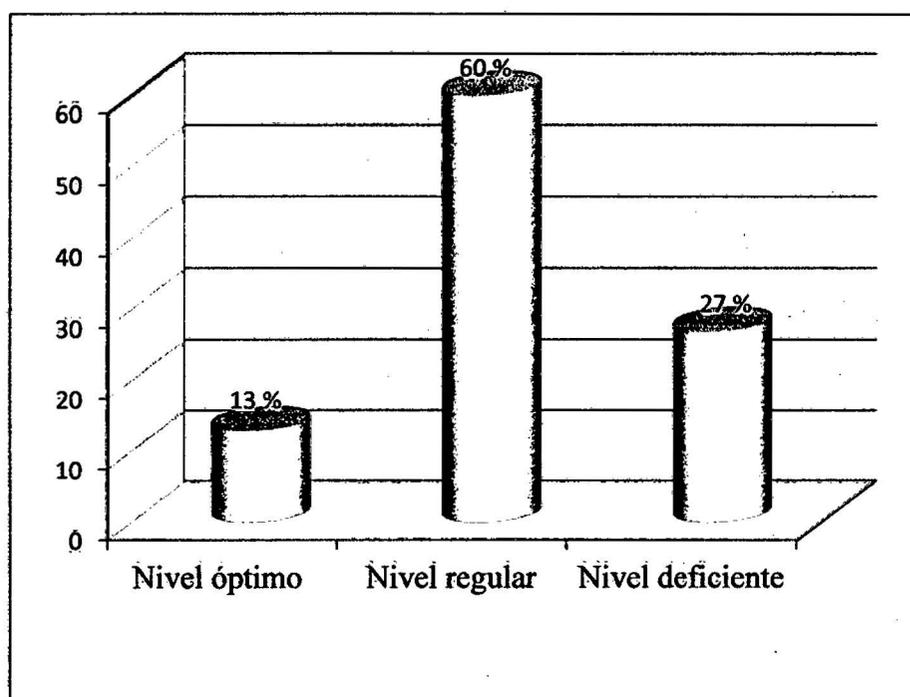
V. RESULTADOS

Tabla 01: Nivel de formulación de plan de cuidados en caso simulado de emergencia por internos de enfermería en Hospitales de Amazonas y Cajamarca, 2015.

Nivel de formulación	fi	%
Óptimo	2	13
Regular	9	60
Deficiente	4	27
Total	15	100

Fuente: Instrumentó situación simulado de un caso clínico aplicado, 2015.

Gráfico 01: Nivel de formulación de plan de cuidados en caso simulado de emergencia por internos de enfermería en Hospitales de Amazonas y Cajamarca, 2015.



Fuente: tabla 01

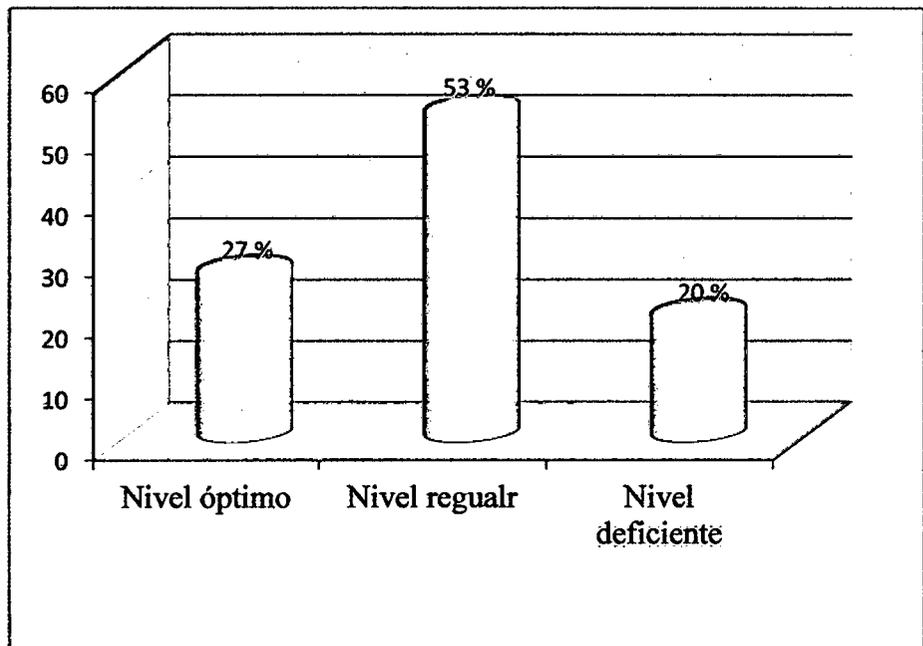
Descripción: En la tabla/gráfico N° 01 se observa que del 100% (15) de los internos de enfermería, el 13% (2) presentaron un nivel óptimo de aplicación de plan de cuidados en un caso simulado de emergencia, el 60% (9) nivel regular y el 27% (4) nivel deficiente.

Tabla 02: Nivel de formulación de plan de cuidados según dimensión diagnóstica en caso simulado de emergencia por internos de enfermería en hospitales de Amazonas y Cajamarca 2015.

Nivel de formulación	fi	%
Nivel óptimo	4	27
Nivel regular	8	53
Nivel deficiente	3	20
Total	15	100

Fuente: Instrumentó situación simulado de un caso clínico aplicado, 2015.

Grafico 02: Nivel de formulación de plan de cuidados según dimensión diagnóstica en caso simulado de emergencia por internos de enfermería en hospitales de Amazonas y Cajamarca 2015.



Fuente: Tabla 02

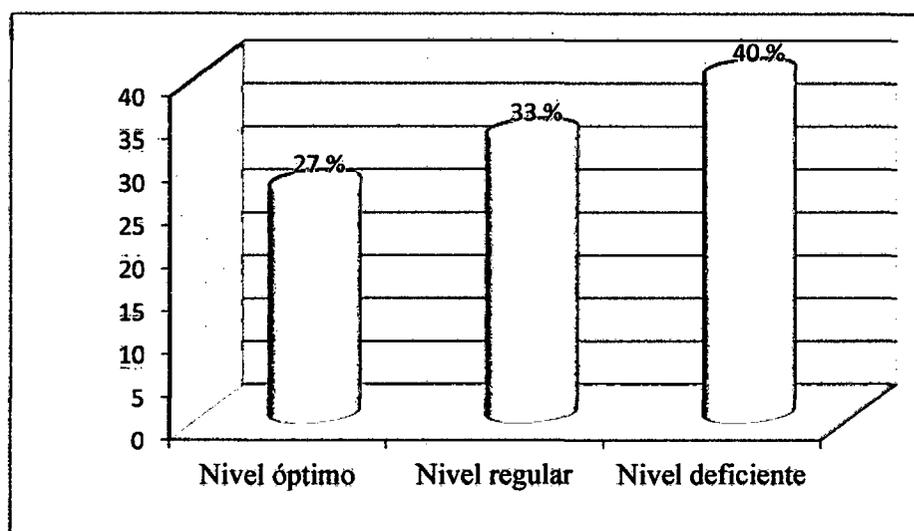
Descripción: En la tabla/gráfico N° 02 se observa que del 100% (15) de los internos de enfermería, el 27 % (4) presentan un nivel óptimo de formulación de diagnóstico en el plan de cuidados en un caso simulado de emergencia, el 53 % (8) nivel regular y el 20 % (3) nivel deficiente.

Tabla 03: Nivel de formulación del plan de cuidados según dimensión objetivos en caso simulado de emergencia por los internos de enfermería, en hospitales de la Amazonas y Cajamarca 2015.

Nivel de formulación	fi	%
Nivel óptimo	4	27
Nivel regular	5	33
Nivel deficiente	6	40
Total	15	100

Fuente: Instrumentó situación simulado de un caso clínico aplicado, 2015.

Grafico 03: Nivel de formulación del plan de cuidados según dimensión objetivos en caso simulado de emergencia por los internos de enfermería, en hospitales de Amazonas y Cajamarca 2015.



Fuente: Tabla 03.

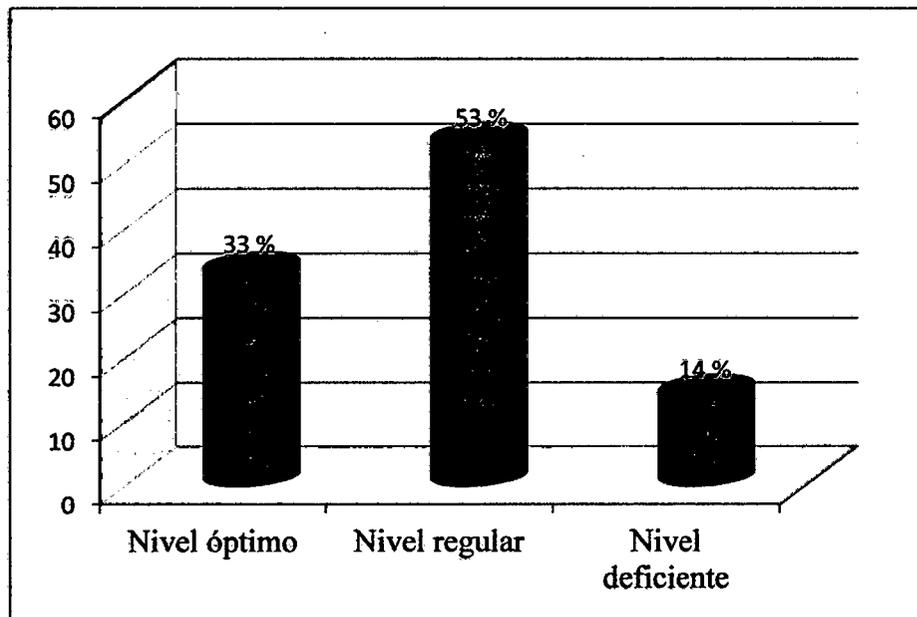
Descripción: En la tabla/grafico N° 03 se observa que del 100% (15) de los internos de enfermería, el 27 % (4) presentaron un nivel óptimo de formulación de objetivos en el plan cuidados en caso simulado de emergencia, el 33 % (5) nivel regular y el 40 % (6) nivel deficiente.

Tabla 04: Nivel de formulación de plan de cuidado según dimensión acciones de enfermería en caso simulado de emergencia por internos de enfermería, en hospitales de Amazonas y Cajamarca 2015.

Nivel de formulación	Fi	%
Nivel optimo	5	33
Nivel regular	8	53
Nivel deficiente	2	14
Total	15	100

Fuente: Instrumentó situación simulado de un caso clínico aplicado, 2015.

Grafico 04: Nivel de formulación del plan de cuidados según dimensión de acciones de enfermería en caso simulado de emergencia por internos de enfermería, en hospitales de Amazonas y Cajamarca 2015.



Fuente: Tabla 04

Descripción: En la tabla/grafico N° 04 se observa que del 100% (15) de los internos de enfermería el 33 % (5) presentaron un nivel óptimo de formulación de acciones de enfermería en el plan de cuidados en un caso simulado de emergencia, el 53 % (8) nivel regular y el 14 % (2) nivel deficiente.

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En la tabla y gráfico N° 01 se observa del 100 % (15) de los internos de enfermería el 60% (9) presentaron un nivel regular de formulación de plan de cuidados en un caso simulado de emergencia. Esto evidencia que el interno de enfermería está en camino de lograr una aproximación a los problemas que presentan los pacientes, lo cual dificulta la autonomía profesional; está siendo limitada porque no están realizando una actuación de acuerdo a las prioridades. De esta manera están formulando un plan de cuidados no centrados en el abordaje de los problemas reales o potenciales de los pacientes y no están utilizando la metodología de enseñanza de casos clínicos simulados, los cual es una herramienta fundamental del interno de enfermería durante su formación profesional; lo cual frente al problema real tiene cierta dificultad en la toma de decisiones para la resolución del caso que se le presenta durante la parte clínica. Ya que los casos simulados son fundamentales porque conllevan a resolver múltiples casos se pueden encontrar en su actividad laboral diaria; además recrea un escenario, lo más fiel a la realidad y prepara al interno de enfermería de forma idónea para la resolución de un caso clínico y para el contacto directo con el paciente.

No se encuentra antecedentes de estudios específicos sobre nivel de formulación del plan de cuidados por internos de enfermería; sin embargo según Falcón, (2013) el plan de cuidados se refiere a todas aquellas actividades indispensables para la supervivencia, y constituye una función primordial para promover el desarrollo de las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales de las personas, familia o comunidad, que en continua interacción con su entorno, viven experiencias de salud o enfermedad. Es el instrumento que dirige, en forma ordenada y continua las actividades de enfermería hacia metas u objetivos establecidos específicamente para realizar con un individuo.

Po su parte Pardo (2013) menciona que el plan de cuidados es el fundamento en el que se basa el ejercicio de la enfermería sin embargo pese a los esfuerzos utilizados para incorporarlo en el sistema de salud como parte de trabajo de la profesión, se ha observado que presenta dificultades al llevarlo a la práctica y no están utilizando la metodología de enseñanza de casos clínicos simulados, lo cual es una herramienta fundamental para los estudiantes de enfermería durante su formación profesional, lo

cual frente al problema real el interno enfermería tiene cierta dificultad en la toma de decisiones para la resolución del caso que se le presenta durante la parte clínica.

Mientras Aguilar (2010), menciona el plan de cuidados de enfermería es una de las fases más importante del proceso de atención de enfermería, donde el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas a los problemas reales, potenciales de salud, así mismo permite que la acción de enfermería tenga un sustento teórico; es el mecanismo que permite aplicar la base teórica de la práctica del profesional de enfermería y se define como “la esencia de la profesión, se basa en un método para solución de problemas, cuya finalidad es satisfacer las necesidades asistenciales generales y de enfermería de los usuarios.

A pesar de existir varias definiciones de plan de cuidados, por diferentes autores todas coinciden con sus definiciones, ya que es un conjunto de conocimientos prácticos, que reflejan el desarrollo de determinadas habilidades, desarrollando además estrategias que le permitan utilizarlas creativamente frente a las diversas problemas que se les presenta, tomando decisiones con un juicio clínico de manera oportuna con fundamento científico y no empíricamente; buscando la mejoría de la persona de manera integral; es donde en nivel de formulación del plan de cuidados por los internos no está enfocando de acuerdo a las necesidades o priorizaciones básicas de la persona y la calidad de cuidado que están brindando no está siendo de manera integral.

Por su parte Orland en su teoría del proceso de enfermería, hace especial hincapié en la relación recíproca entre el paciente y la enfermera. Fue una de las primeras líderes enfermeras que identificó y recalcó los elementos del proceso de enfermería y la especial importancia de la participación del paciente en ese proceso. Además menciona que la enfermería es una profesión diferenciada que funciona con autonomía, de acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación, se evidencia que los internos de enfermería van aproximando a la formulación de plan de cuidados centrados en el abordaje de los problemas reales y potenciales de los pacientes, pero lo fundamental sería que formulen con un nivel óptimo el plan cuidados ya que es un instrumento que dirige en forma ordenada y continua las actividades de enfermería hacia metas u objetivos establecidos específicamente para realizar con un individuo,

pero en esta investigación no se evidencia, ya que más del 60 % de internos de enfermería presentan un nivel de formulación de plan de cuidados de manera regular.

Mientras que Henderson, refiere que la práctica de la profesión de enfermería indica ser el cuidador (a) directo del paciente y se verá recompensando a medida que el paciente va recuperándose. El enfermero puede ayudar al paciente a avanzar hacia la independencia valorando, planificando, implantando y evaluando cada uno de los 14 elementos del cuidado enfermero básico. El planteamiento que Henderson hacía del cuidado del paciente era reflexivo e implicaba tomar una decisión, el haber obtenido un nivel de formulación de plan de cuidados regular, evidencia que los internos de enfermería están aproximándose a los problemas que pueden presentar los pacientes, pero aún les falta indagar y resolver casos simulados ya que esta metodología permite el refuerzo de los conocimientos previos y la integración los mismos con habilidades técnicas y no técnicas, también permite el abordaje clínico = reflexivo que mejora la autoconfianza del interno de enfermería; lo cual están dificultando la priorización de las necesidades básicas de la persona en su totalidad, esto está limitando a orientar y organizar acciones de cuidado en un marco lógico de pensamiento reflexivo que promueva la autonomía profesional.

Tanto Orland y Henderson hacen especial hincapié en el plan de cuidados enfermería de manera individualizada, que la persona es el elemento fundamental para su formulación, aplicación y satisfacer sus necesidades de manera holística, que el profesional de enfermería es el cuidador directo y responsable de avanzar hacia su independencia de manera reflexiva; lo cual el nivel de formulación de un plan de cuidados de enfermería de los internos está siendo limitada y el cuidado directo que están brindando es simplificado.

En este estudio el haber obtenido un nivel de formulación del plan de cuidados de enfermería regular, evidencia que los internos de enfermería conocen algunos aspectos teóricos sobre el plan de cuidados y su formulación pero aún les falta indagar y utilizar la metodología de casos simulados, ya que es una herramienta fundamental que direcciona a la formación durante su profesión porque conllevan a resolver múltiples casos se pueden encontrar en su actividad laboral diaria, está siendo limitada porque no están realizando una actuación de enfermería de acuerdo a las

priorizaciones de necesidades básicas de la persona, donde el nivel formulación de un plan de cuidados se ve limitada en los estudiantes que están realizando el internado clínico.

Donde la persona se sitúa como centro del sistema de salud, exigiendo como parte de la responsabilidad profesional, con una formación apropiada para brindar estos cuidados con un nivel de aplicación óptimo enfocados a las priorizaciones de las necesidades de la persona y a la resolución de los problemas, de forma inmediata, oportuna e integral con una autonomía profesional. Este elemento es fundamental para poder entender la importancia de la formación de los futuros profesionales de enfermería y el impacto que esto tiene en el servicio de salud basado en el cuidado biopsicosocial.

Tabla / grafico N° 02 se observa que del 100% (15) de los internos de enfermería, el 27 % (4) presentan un nivel óptimo de un plan de cuidados según dimensión diagnóstico en un caso simulado de emergencia, el 53 % (8) nivel regular y el 20% (3) nivel deficiente, esto indica que una gran proporción de internos de enfermería tuvieron cierta dificultad en la elaboración y priorización del diagnóstico de enfermería, donde el interno de enfermería está teniendo dificultad porque no desarrolla el pensamiento crítico para analizar la información obtenida durante la valoración y la derivación de los problemas reales o potenciales; ya que es fundamental porque direcciona oportunamente el objetivo y acciones de enfermería frente a los problemas del individuo de manera holística.

Contrastado con el estudio realizado de Cerquin, cuyo objetivo fue identificar el nivel de aplicación del proceso de atención de enfermería de los internos de enfermería concluye en cuanto a formulación de diagnóstico un gran porcentaje obtuvo un nivel óptimo: el 43% (18) obtuvo un nivel óptimo y el 38% (16) regular y el 19% (8) deficiente. Llegando a la conclusión que no existen una relación en los resultados encontrados, ya que en los casos simulados resueltos por los internos del X ciclo de Enfermería un mayor porcentaje presentaron un nivel regular en la formulación de diagnóstico de enfermería porque no están priorizando sus necesidades básicas frente a los problemas reales o potenciales que presenta la persona; esta variabilidad que se observa en los resultados y los de Cerquin puede deberse a muchos factores como contexto donde realizan los estudios y la disponibilidad del recurso humano.

Rojas (2010), revela que en la fase del diagnóstico se encuentra la menor proporción de profesionales que lo formulan en un 38.5 % e indica que emplean otras estrategias como la determinación y priorización de problemas de los pacientes a esta fase, las pocas opiniones de los encuestados reflejaron una postura dual, por un lado los diagnósticos de enfermería orientan el cuidado, y por el otro, manifiestan que no son útiles y no formulan ni aplican por falta de tiempo, de interés, de registros, elevado número de pacientes y delegación de otras responsabilidades; asimismo Céspedes y colaboradoras (1991). Señalan que no encontraron un marco de referencia que permitiera un lenguaje común acerca del juicio en enfermería respecto a su quehacer profesional. En sus hallazgos reportaron que indistintamente los profesionales utilizaban las etiquetas diagnósticas de la NANDA o el diagnóstico médico para la formulación del plan de cuidados.

Orozco (1997), señala que la etapa de diagnóstico es la menos comprendida, la más polémica y el eslabón más débil de todo el proceso a causa de dificultades en el conocimiento y aplicación, a pesar de que los diagnósticos ofrecían múltiples ventajas (unificación de criterios, continuidad del cuidado, planificación del trabajo); llegando a la conclusión que existen diferencias en los resultados encontrados en estudios anteriores, ya que los internos de enfermería en un mayor porcentaje elaboran y priorizan el diagnóstico con un nivel regular en el plan de cuidados de enfermería, donde se evidencia que los internos de enfermería tienen dificultad en la priorización de los problemas reales y potenciales que ponen en riesgo la vida del persona.

Cerquin (2005), menciona que el diagnóstico es un juicio clínico de las respuestas del individuo, familia y comunidad a los procesos vitales o problemas reales para realizar la intervención y conseguir resultados finales que son de responsabilidad de enfermería. Es fundamental para elaborar los objetivos y acciones de enfermería de acuerdo a las priorizaciones, donde se formula un juicio clínico de las respuestas del individuo y la familia mediante la información concisa y precisa de las necesidades y/o problemas que afectan al paciente; lo cual la formulación y priorización del diagnóstico en los planes de cuidado es donde el mayor porcentaje de los internos de enfermería lo realiza de manera regular, ya que es fundamental porque orienta cuidados a los problemas reales y potenciales, enfocados al parte patológica, psicológica y social de la persona.

Flora Kron, Koziar y Du Gas definen el diagnóstico de enfermería, como “identificación de los problemas del paciente...” Mary Durand y Rose Mary Prince consideran que “es la conclusión sobre las condiciones del paciente mediante la investigación...” y Sally Spell Monken dice que el diagnóstico de enfermería “es el juicio o conclusión que se obtiene como resultado de la valoración de enfermería”. Las tres autoras coinciden en señalar que el diagnóstico es la conclusión que se hace sobre la situación de las condiciones del paciente, mediante la investigación, valoración e identificación de los problemas y necesidades del paciente (Pardo C.2013).

Proporciona los fundamentos para la selección de las intervenciones de enfermería necesarias para la consecución de los resultados que son responsabilidad interno de enfermería. Para elaborar el diagnóstico de enfermería, es indispensable el desarrollo del pensamiento crítico, al analizar la información obtenida durante la valoración y derivar de ella, los problemas reales o potenciales de las personas, y la movilización de recursos necesarios para el desarrollo de planes de cuidado ajustados a la realidad particular y general de los escenarios vitales de los actores del cuidado. La aptitud clínica requerida está fundamentada en los conocimientos adquiridos durante el proceso educativo formal, la experiencia práctica y el pensamiento crítico, combinados con la actitud profesional. Para Ledesma, el diagnóstico de enfermería es el eje de todo su proceso de atención, puesto que ayuda a decidir sus objetivos y actuaciones de enfermería donde los internos de enfermería de la presente investigación no están poniendo énfasis en la formulación del diagnóstico con un nivel óptimo, y esto está dificultando su proceso de atención y no están direccionando sus objetivos y acciones de enfermería de acuerdo a los problemas reales y potenciales del individuo de manera integral (Pardo C.2013).

En este estudio se reporta la formulación del diagnóstico en el plan de cuidado de enfermería y se encuentra el mayor porcentaje que formulan de manera regular. Es el proceso que da como resultado un diagnóstico de enfermería que proporciona la base para la selección de las intervenciones de enfermería para el paciente, es un proceso de análisis y síntesis, las habilidades cognitivas requeridas para el análisis y la síntesis son: objetividad, pensamiento crítico, toma de decisiones y razonamiento inductivo y deductivo.

Al contrastar los resultados de la presente investigación de formulación de diagnóstico en el plan de cuidados se pudo determinar que el mayor porcentaje es de manera regular, se evidencia que la mayor debilidad es en la elaboración y priorización de los diagnósticos con sus respectivas características, esto afirma que el nivel en la formulación de diagnóstico es limitada, por lo tanto durante el internado clínico no lo están formulando estructuradamente de acuerdo a lo establecido, y no están orientando intervenciones de cuidado de enfermería aplicando sus conocimientos y destrezas frente a la resolución de problemas de la persona en forma holística.

Tabla / gráfico N° 03 se observa que del 100% (15) de los internos de enfermería, el 27% (4) presentaron un nivel óptimo en un plan cuidados según dimensión en caso simulado de emergencia, el 33 % (5) nivel regular y el 40 % (6) nivel deficiente, el mayor porcentaje de internos de enfermería presentaron un nivel deficiente de aplicación en la formulación de objetivos ya que no lo realizan con sus respectivas características de cada problema real como potencial que presenta la persona; ya que el objetivo direcciona las acciones de enfermería y mide el éxito de la formulación del plan de cuidados de enfermería.

Contrastado con el estudio realizado de Cerquin (2005), cuyo objetivo fue identificar el nivel de aplicación del proceso de atención de enfermería, formulación del plan de intervención - objetivos: donde el 31% (13), tienen un nivel óptimo, 40% (17) regular y el 29 % (12) deficiente. Además menciona es su estudio que una mayoría de internos tienen un nivel regular en la formulación de objetivos, como parte del plan de intervención de enfermería, los cuales tuvieron tres objetivos formulados, con sujeto, verbo y condición en la formulación del mismo. Llegando a la conclusión que no existen una relación en los resultados encontrados, ya que en la presente investigación los internos de enfermería no están elaborando los objetivos con sus respectivas características el mayor porcentaje realiza un nivel de formulación de objetivos de manera deficiente, lo cual está dificultando la formulación del plan de cuidados que están brindando a la persona y no están dando solución a los problemas reales y potenciales que presentan de acuerdo a sus necesidad básicas ya que el objetivo es fundamental porque direcciona las acciones precisas de enfermería a cada problema y mide el éxito del logro de formulación y aplicación del plan de cuidados de enfermería a persona de manera holística.

Quispe (2013), en su estudio de investigación cuyo objetivo fue determinar la relación entre el nivel de aplicación del Proceso de Atención de Enfermería a la calidad de las notas de enfermería, en la dimensión planificación o intervención de enfermería = aplicación de los objetivos, donde el 52,4% (22) aplica deficientemente los objetivos de enfermería, el 26,2% (11) aplica regularmente y un 21,4% (9) aplica óptimamente, hace mención que los profesionales no están poniendo énfasis en la elaboración y aplicación de los objetivos, están enfocados a otras actividades en su quehacer profesional. Llegando a la conclusión que existen una relación en los resultados encontrados, ya que en la presente investigación los internos de enfermería no están elaborando los objetivos con sus respectivas características y no lo realizan de acuerdo a los problemas reales y potenciales, objetivos a corto y largo plazo, esto indica que los internos tienen dificultad para lograr los resultados y dar soluciones a los problemas, ya que un objetivo es la evolución del paciente o una modificación de sus comportamiento deseado.

Según Cerquin (2005) define que los objetivos son aquellos que van a direccionar la atención de enfermería, este se deriva de los problemas del paciente y que pueden ser generales o específicos dependiendo de lo que se desea lograr con el paciente; reuniendo características para su formulación como: tener un sujeto, verbo, condición y criterio de resultado. Por su parte Alvares (2014). Define que los objetivos son una parte indispensable dentro de la etapa de planeación, ya que con ellos se mide el éxito de un plan de cuidados determinado al valorar el logro de los resultados. También permite dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados y son factores de motivación al generar numerosas acciones por los internos de enfermería durante su formación profesional y laboral. Para Quispe (2013), el objetivo es la evolución del paciente o una modificación de su comportamiento deseado. Para formular los objetivos se debe tener en cuenta los diagnósticos de enfermería ya que los objetivos se redactan considerando la respuesta observable del paciente su redacción se formula en infinito. Estos pueden considerarse como objetivos a largo plazo (criterio de resultado) u objetivos de corto plazo.

En la presente investigación se puede determinar que los internos de enfermería el mayor porcentaje tiene un nivel deficiente en la dimensión de formulación de

objetivos, esto indica que están descuidando la parte fundamental que direcciona y miden el éxito del plan de cuidados de enfermería, para la resolución de los diferentes problemas del paciente.

Tabla / grafico N° 04 se observa que del 100% (15) de los internos de enfermería el 33 % (5) presentaron un nivel óptimo en un plan de cuidados según dimensión acciones de enfermería en un caso simulado de emergencia, el 53 % (8) nivel regular y el 14 % (2) nivel deficiente. Se evidencia que el mayor porcentaje en la presente investigación tiene un nivel de formulación regular, esto indica que los internos de enfermería están encaminados a la aproximación de la resolución de los problemas reales y potenciales de la persona con ciertas limitaciones para brindar un cuidado de enfermería de manera integral a la persona ya que los internos de enfermería están realizando acciones o intervenciones de enfermería no enfocados a las necesidades básicas de la persona y esto dificulta medir el resultado del plan de cuidados que están brindando frente a los problemas reales y potenciales.

Cerquín (2005) encontró que la aplicación respecto a la dimensión formulación de acciones de enfermería el 36% (15) tiene un nivel óptimo, 43% (18) regular y el 21% (9) deficiente, además en su investigación mencionó; en cuanto a los niveles regular y deficiente, éstos se encuentran referidos a la formulación de menos de cuatro acciones y que en algunos casos no fueron priorizados, ni relacionadas a los problemas del paciente. Se puede determinar que existe una estrecha relación en sus resultados encontrados, ya que un mayor porcentaje de internos de enfermería presentaron un nivel regular de aplicación en la formulación de acciones de enfermería

Porque formulan menos de cuatro acciones o intervenciones y no priorizan de acuerdo a los problemas reales y potenciales que presentan los pacientes, esto está dificultando la organización de su trabajo profesional y están realizando plan de cuidados de enfermería que no les permite la toma de decisiones concretas frente a los diversos problemas que se les presenta.

Rojas (2010), en su estudio de investigación encontró en fase de planeación, el 75,4% de los profesionales de enfermería indicaron hacer la planeación, mediante actividades como la priorización de actividades, la coordinación y discusión de objetivos terapéuticos con otros profesionales; algunos de los encuestados señalaron no

coordinar ni discutir con los otros miembros del equipo de salud, con el consecuente efecto negativo sobre la calidad del cuidado. Para los profesionales de este estudio, la planeación no siempre parte de la valoración ni del diagnóstico de enfermería, sino del diagnóstico médico o de las rutinas de trabajo establecidas. En sus opiniones le confieren utilidad a la planeación en razón de que les permite priorizar las acciones de cuidado y actividades propias del servicio a pesar de que este proceso de planeación se realiza mentalmente y no se registra. En conclusión no existe relación con los resultados encontrados, esto indica que en la presente investigación los internos de enfermería realizan la formulación menos de cuatro acciones de enfermería y no priorizadas de acuerdo al problema real, potencial y no se basan en diagnóstico médico.

Por su parte Rojas (2007) menciona que las intervenciones o acciones de enfermería y la individualización de un plan de cuidados tienen que responder a la situación específica de la persona. De esta manera, se espera que las intervenciones se planifiquen con el paciente y estén centradas en el abordaje de los problemas reales o potenciales, para movilizar los recursos de los actores del cuidado efectivamente al igual que se hace uso de las posibilidades ofrecidas por el medio en el que interactúan. Es la priorización de las actividades del servicio y de las acciones de cuidado que se lleva a cabo como un ejercicio mental, no consignado por escrito; les permite además, la organización y optimización del tiempo, el establecimiento de metas para orientar las intervenciones y para facilitar la toma de decisiones aplicando los conocimientos y destrezas, además permite al interno de enfermería organizar su trabajo esquematizando prioridades y elaborando acciones concretas que ayuden a prestar un servicio técnico ajustado al paciente, satisfaciendo sus necesidades prioritarias

Mientras que Cerquín (2005). Define que es el proceso de enfermería, implica lo que puede hacer el interno y profesional de enfermería para ayudar al paciente y elegir las intervenciones adecuadas para lograrlo. La atención de enfermería se basa en principios, más que en la aplicación de técnicas sistemáticas o estándar, los conocimientos científicos en que se fundamentan aumentan las técnicas y procedimientos de atención.

Al contrastar los resultados de la presente investigación el nivel de formulación de acciones de enfermería en el plan de cuidados, se pudo determinar que el mayor

porcentaje obtuvo un nivel regular, referido a la realización de cuatro acciones necesarias y no priorizadas la acciones de acuerdo al problema del paciente; el plan de intervención de enfermería, se considera las acciones; esas se basan en las tareas concretas que la enfermera (o) y/o familia deben de realizar para hacer realidad los objetivos teniendo presente los problemas y/o necesidades del paciente siendo las acciones brindadas con fundamento científico buscando las mejores estrategias para conseguir en el paciente mediante las diferentes respuestas humanas que este proporcione.

VII. CONCLUSIONES

- ✓ El nivel de formulación de plan de cuidados en caso simulado de emergencia por internos de enfermería, en hospitales de Amazonas y Cajamarca es predominantemente regular.

- ✓ El nivel de formulación de plan de cuidados según dimensiones; elaboración de diagnóstico y acciones en caso simulado de emergencia por internos de enfermería, es regular y respecto a los objetivos es deficiente.

VIII. RECOMENDACIONES

1) A las Direcciones de los Hospitales de Amazonas y Cajamarca.

- Canalizar presupuesto para la implementación de un sistema de gestión de plan de cuidados de enfermería con el propósito de brindar un servicio de salud de calidad y en base a la vanguardia de un mundo postmoderno.
- Fomentar la investigación con enfoque cualitativo y cuantitativo sobre plan de cuidados de enfermería en las diferentes instituciones del sector público y privado.

2) A la escuela profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza.

- Programar talleres de formación docente en estrategias metodológicas de enseñanza aprendizaje enfocado en el cuidado integral de la persona, familia y comunidad.
- Diseñar instrumentos de valoración de desempeño docente para fomentar aprendizaje significativo en los estudiantes que permitan el logro de las competencias específicas y genéricas plasmadas en el currículo de formación profesional de enfermería.

3) A los estudiantes de la Facultad de Enfermería.

- Revisar constantemente la teoría y actualizar los conocimientos sobre el plan de cuidados de enfermería y aplicar las destrezas, habilidades en los diferentes casos simulados.
- Fomentar un círculo de estudio que promueva talleres de casos simulados de los diferentes problemas que presenta la persona.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

❖ LIBROS

1. Hernández, S. (2004). *Metodología de la investigación*. México. McGraw Hill Interamericana.
2. Canales, F. et al., (2002). *Metodología de la Investigación Científica: Manual para el desarrollo de personal de salud*. México. Editorial Limusa
3. Marriner, T. (2005). *Modelos y Teorías en Enfermería*. España. Elsevier Saunders.
4. Marriner, T. (2008). *Modelos y Teorías en Enfermería*. España: Elsevier Saunders.
5. Watson, J. (2005). *Caring Science as Sacred Science" Philadelphia: F. A. EE.UU: Davis Company.*
6. Kozier, B. (1999). *Fundamentos de enfermería: conceptos, procesos y práctica*. España. McGraw-Hill. Interamericana.
7. Carpenito, L. (1989). *Diagnóstico se enfermería*. España. McGraw Hill Interamericana.

❖ SITIOS WEB

- ❖ Aguilar, S.; Aguirre, K. y Ramírez, D. (2010). *factores institucionales asociados a la aplicación del proceso de atención de enfermería por las enfermeras hospitalaria*. Tesis para optar el grado de licenciatura. Universidad de el Salvador - centro américa, carrera de enfermería. El Salvador. Recuperado: https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjaodvD7u_KAhWMPiYKHS5-DpkQFgguMAI&url=http%3A%2F%2Fri.ues.edu.sv%2F179%2F1%2F101361

75.doc&usg=AFQjCNGp20CpMKP4KnGlGwej4vB9W-Zm5g&bvm=bv.113943164,d.eWE.

8. Cerquin, C. (2005). *Nivel de aplicación del proceso de enfermería por los internos de enfermería de la UNMSM*. Tesis para optar el grado de licenciatura. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1327/1/cerquin_sc.pdf.
9. Morales, C. (2011). *Calidad de las Notas de Enfermería en la unidad de cuidados intensivos - hospital regional Moquegua*. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna. Recuperado: http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/147/02_2013_Morales_Loayza_SC_FACS_Enfermeria_2012.pdf?sequence=1.
10. Matehus, H. (2009). *Percepción de los Estudiantes del Programa de Enfermería de la Universidad Centroccidental Alvarado, acerca de las prácticas clínicas en enfermería pediátrica*. Tesis de Pregrado. Recuperado: <http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&ved=0CDsQFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.bibliodar.mppeu.gob>.
11. Organización Panamericana de la Salud. (OPS, 2007). *Orientaciones para la Educación Inicial de Enfermería en las Américas: hacia el 2020*. Recuperado: <http://www.eean.ufrj.br/aladefe/orientaciones.pdf>.
12. Rojas, J. (2007). *Factores relacionados con la aplicación del proceso de atención de enfermería y las taxonomías en 12 unidades de cuidado intensivo de Medellín*. Tesis para optar el grado de magister en enfermería. Universidad de Antioquia facultad de enfermería Medellín, España. Recuperado: <http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/787/1/FactoresRelacionadosconlaaplicaci%C3%B3n.PDF>.
13. Pardo, M. (2012). *Factores que limitan a las enfermeras la aplicación del proceso de atención de enfermería según percepción de los internos de la*

escuela académico profesional de enfermería. Tesis para para optar el grado de licenciatura. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima, Perú. Recuperado:http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3508/3/Pard_pm.pdf

14. Falcón, J. y Morales, L. (2013). *Plan de cuidados estandarizados para la atención inicial del paciente poli traumatizado, en el servicio d urgencias de un hospital de segundo nivel*. Tesis para optar el grado de licenciatura. Universidad Autónoma de Querétaro Facultad de Enfermería, México. Recuperado: <http://ri.uaq.mx/bitstream/123456789/1103/1/RI000577.pdf>.
15. Quispe, C. (2013). *Nivel de aplicación del proceso de atención de enfermería y la calidad de las notas de enfermería en centros de salud micro red metropolitana Tacna*. Tesis para optar el grado de licenciatura. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna, Perú. Recuperado: http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/215/100_2013_Quispe_Adivire_C_FACS_Enfermeria_2013.pdf?sequence=1.
16. Universidad Cádiz. (UCA, 2011). *Manual de casos clínicos simulados departamento de enfermería y fisioterapia*. Recuperado: <https://metodoinvestigacion.files.wordpress.com/2014/11/manual-de-casos-clc3adnicos-simulados-u-de-cadiz.pdf>.

❖ ARTÍCULO DE REVISTAS

17. Reina, N. (2010). *El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado de enfermería*. Umbral científico 17 (1). Recuperado: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>.
18. Galindo, M. (2011). *Lineamiento general para la elaboración de planes de cuidados de enfermería*. Rev. Enf.1.
19. Ornique, M. y Silva, F. (2013). *Las practicas simuladas en la formación de enfermeros*. Rev. Enf. Herediana.

ANEXO N° 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA.

Problema de investigación	Objetivos	Diseño metodológico
<p>¿Cuál es el nivel de formulación del plan de cuidados en un caso simulado de emergencia por los internos de enfermería. En Hospitales de Amazonas y Cajamarca.</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar el nivel de formulación de plan de cuidado en caso simulado de emergencia por internos de enfermería, en hospitales de Amazonas y Cajamarca, 2015.</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICO Identificar el nivel de formulación de un plan de cuidados según dimensión diagnóstico en caso simulado de emergencia por internos de enfermería, en hospitales de Amazonas y Cajamarca, 2015.</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACION De acuerdo a la orientación: Básica De acuerdo a la técnica de contrastación: descriptiva simple Área de estudio: hospitales de la región Amazonas y Cajamarca El esquema del diagrama de estudio será cuantitativo descriptivo simple de corte transversal, prospectivo.</p> <p style="text-align: center;">M ←———— O</p> <p>Dónde: M: Estudiantes del X ciclo de la Escuela profesional de enfermería O: Nivel de formulación del plan de cuidados de enfermería Universo muestral: Estuvo conformada por 15 estudiantes del X ciclo de enfermería que están realizando el internado clínico en los diferentes hospitales de la Amazonas y Cajamarca. Cuyo propósito es medir el nivel de aplicación del plan de cuidados de enfermería en</p>

	<p>Identificar el nivel de formulación de un plan de cuidados según dimensión objetivos en caso simulado de emergencia por internos de enfermería, en hospitales de Amazonas y Cajamarca, 2015</p> <p>Identificar el nivel de formulación de un plan de cuidados según dimensión acciones en caso simulado de emergencia por internos de enfermería, en hospitales de Amazonas y Cajamarca, 2015</p>	<p>internos:</p> <p>Se envió un oficio a la directora de la escuela académica de la carrera profesional de enfermería, solicitando la autorización para la aplicación del instrumento en los internos enfermería.</p> <p>Criterios de inclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Internos de la escuela profesional de enfermería de la UNTRM, que estuvieron realizando el internado clínico del plan curricular I. ✓ Internos de la escuela profesional de enfermería de la UNTRM, que estuvieron realizando el internado clínico en los hospitales de Amazonas y Cajamarca (Jaén). <p>criterio de exclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Internos de la escuela profesional de enfermería de la UNTRM, que estuvieron realizando el internado clínico y que no pertenecen al plan curricular II de enfermera. ✓ Internos de la escuela profesional de enfermería de la UNTRM que estuvieron realizando el internado clínico en los hospitales de Amazonas y Cajamarca (Jaén) que no deseen participar en el estudio investigación.
--	--	---

ANEXO N° 02

OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE DESCRIPTIVA SIMPLE

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Categorización		Escala
					Dimensiones	Variable	
Nivel de formulación del plan de cuidados de enfermería.	Es una herramienta fundamental del interno y profesional de enfermería que orienta a la solución de problemas, durante la formulación del plan de cuidados de enfermería.	Es el grado con el cual se puede realizar de manera sistemática la formulación de la plan de cuidados orientado a la resolución de problemas que requiere de intervención de enfermería basado en continuas	Diagnostico	-elabora sus diagnósticos con su respectivas características.	Nivel óptimo: 27-35	Ordinal	
				- realiza la priorización de sus diagnósticos de acuerdo a la necesidad de la persona.	Nivel regular: 1		
			Objetivo	- elabora sus objetivos con sus respectivas características	Nivel óptimo: 0-17		
				- los objetivos son elaborados de acuerdo al problema.	Nivel regular: 1		
					Nivel deficiente: 0		

		<p>adaptaciones, considerándose principalmente la tercera fase del P.A.E (planificación), es: decir el problema, el objetivo y las acciones de enfermería; basado en una situación simulada, como es el caso clínico</p>	<p>Intervenciones</p>	<p>-Las acciones de enfermería ayudan en la necesidad de la persona. -las acciones de enfermería realizan de manera ordenada según el problema.</p>	<p>Nivel óptimo: 2 Nivel regular: 1 Nivel deficiente: 0</p>		
--	--	--	------------------------------	---	---	--	--

ANEXO N° 03



UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRIGUEZ DE MENDOZA DE
AMAZONAS



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

INSTRUMENTO DE SITUACIÓN SIMULADA DE CASO CLÍNICO

(Elaborado por Cecilia Cerquin Saldarriaga (Lima – Perú 2005))

INTRODUCCIÓN

El presente instrumento tiene por objetivo recoger información sobre el nivel de aplicación del plan de cuidados de enfermería en un caso simulado presentado a los internos de enfermería por lo que se le solicita su colaboración llenando y desarrollando el presente instrumento con la mayor veracidad; es de carácter anónimo y permitirá a través de los hallazgos formular propuestas para mejorar el plan de cuidados de enfermería.

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan unos datos para marcar con un aspa (x); responde según los casilleros según se indica.

I. DATOS GENERALES

1. Sexo:

Masculino () Femenino ()

2. Procedencia

Chachapoyas () Bagua () Utcubamba () Mendoza () Luya ()

Especificar.....

3. Edad

() 20 – 22 años.

() 23 – 25 años.

() 25 a más años

CASO CLÍNICO

Situación problemática

I. valoración

En el hospital nacional “Daniel Alcides Carrión – callao”, ingresa al servicio de emergencias una paciente adulta mayor de aproximadamente 75 años de edad, traída en camilla por familiar quien refiere”... fue atropellada por una combi al cruzar la pista...”
Paciente despierta, al interrogatorio da respuestas que no guarda relación con la pregunta, ventilando espontáneamente. Refiere “... me duele mucho el estómago, pierna, brazo...”

C.F.V

T° = 36° C, P/A = 80/50mmhg, F.C = 112 x minuto, F.R = 10 x minuto

Valoración neurológica

Escala de coma de Glasgow: 11 puntos

Respuesta ocular: 3

Respuesta motora: 5

Respuesta verbal: 3

➤ Al examen físico

Presenta contextura delgada, piel pálida y fría; cabeza normo céfalo, hematoma a nivel frontal derecho; pupilas isocóricas y reactivas a la luz; dolor ala palpación en hemitórax derecho, fractura de 5°, 6°, 7°ma costilla; abdomen blando, depresible, ruidos hidroaereos presentes.

A nivel de miembros superiores fractura de humero derecho; en miembros inferiores fractura en tibia y peroné derecho.

II. Planeamiento de la intervención de enfermería

A. Diagnóstico de enfermería

Paciente adulto mayor mujer con:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

B. Objetivos:

- 1.....

- 2.....
- 3.....
- 4.....

C. Acciones de enfermería

● **Problema 1:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

● **Problema 2:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

● **Problema 3:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
.....
.....

- **Problema 4:**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CASO CLÍNICO

Situación problemática

I. valoración

En el hospital nacional “Daniel Alcides Carrión – callao”, ingresa al servicio de emergencias una paciente adulta mayor de aproximadamente 75 años de edad, traída en camilla por familiar quien refiere”... fue atropellada por una combi al cruzar la pista...”
Paciente despierta, al interrogatorio da respuestas que no guarda relación con la pregunta, ventilando espontáneamente. Refiere “... me duele mucho el estómago, pierna, brazo...”

C.F.V

T° = 36° C, P/A = 80/50mmhg, F.C = 112 x minuto, F.R = 10 x minuto

Valoración neurológica

Escala de coma de Glasgow: 11 puntos

Respuesta ocular: 3

Respuesta motora: 5

Respuesta verbal: 3

➤ Al examen físico

Presenta contextura delgada, piel pálida y fría; cabeza normo céfalo, hematoma a nivel frontal derecho; pupilas isocóricas y reactivas a la luz; dolor ala palpación en hemitórax derecho, fractura de 5°, 6°, 7°ma costilla; abdomen blando, depresible, ruidos hidroaereos presentes.

A nivel de miembros superiores fractura de humero derecho; en miembros inferiores fractura en tibia y peroné derecho.

Diagnóstico de enfermería

1. Alteración en aparato respiratorio relacionado a fractura de costilla con riesgo a problema ventilatorio
2. Dolor relacionado a las múltiples fracturas y a las lesiones sufridas en órganos blandos
3. Alteración del estado de conciencia relacionado a traumatismo lo que limita su autocuidado
4. Alteración del gasto cardiaco relacionado a politraumatismo con riesgo a shock hipovolémico
5. Deficiente autocuidado por alteración de la movilidad física relacionado a la fractura en costillas y miembros inferiores
6. Alteración de la dinámica familiar relacionado al desconocimiento de la evolución del paciente.

Planeamiento de intervención de enfermería

Objetivos

1. Detectar signos y síntomas de mayor déficit ventilatorio
2. Disminuir la sensación de dolor por múltiples fracturas
3. Valorar el estado de conciencia del paciente, en busca de mayores complicaciones
4. Identificar precozmente los signos y síntomas del shock hipovolémico
5. Favorecer progresivamente el autocuidado corporal evitando complicaciones propias a la inmovilidad
6. Brindar una adecuada información a la familia relacionada a la evolución de su familiar accidentado.

Acciones de enfermera

Problema 01:

Alteración en aparato respiratorio relacionado a fractura de costilla con riesgo a problema ventilatorio

- ✓ Control de funciones vitales cada 2 a 4 horas especialmente F. respiratoria y saturación de oxígeno según requiera el paciente.
- ✓ Examen físico (evaluar uso de músculos accesorios al esfuerzo respiratorio).
- ✓ Colocación de sistemas de oxigenación según requiera el paciente (alto flujo o bajo flujo).
- ✓ Colocación al paciente en posición semifowler
- ✓ Disminuir la cantidad de ropas y/o frazadas que dificulten en intercambio de oxígeno
- ✓ Efectivizar exámenes complementarios (AGA, hemograma)
- ✓ Administración tratamiento farmacológico según prescripción
- ✓ Realizar anotaciones de enfermería

Problema 02

Dolor relacionado a las múltiples fracturas y a las lesiones sufridas en órganos blandos

- ✓ Interactuar con el paciente
- ✓ Valorar las características del dolor según escala del dolor
- ✓ Colocar al paciente en posición antálgica con precaución
- ✓ Mantener un ambiente tranquilo
- ✓ Educar al paciente acerca de las técnicas de relajación
- ✓ Administrar fármacos prescritos
- ✓ Registrar las anotaciones de enfermería
- ✓ Reconocer los efectos adversos de los fármacos a administrar

Problema 03

Alteración del estado de conciencia relacionado a traumatismo lo que limita su autocuidado

- ✓ Evaluar el estado de conciencia según escala de como Glasgow
- ✓ C.F.V. (P.A) y P.V.C, cada 2 o 4 horas según requiera el paciente
- ✓ Identificar signos y síntomas de alteración de la conciencia
- ✓ Mantener la cabeza elevada de 30 a 45°
- ✓ Realizar sujeción mecánica en caso de agitación psicomotriz
- ✓ Administración de tratamiento farmacológico según prescripción

- ✓ Realizar anotaciones de enfermería

Problema 04

Riesgo a shock hipovolémico por alteración del gasto cardiaco relacionado a politraumatismo

- ✓ Controlar las funciones vitales (F.C Y P.A)
- ✓ Canalizar una vía periférica
- ✓ Administrar CLNa al 9 %, cristales, coloides o derivados sanguíneos EV u otra solución según indicación medica
- ✓ Aplicar los cinco correctos en la administración de fármacos
- ✓ Elevar los miembros inferiores (posición tredelemburg)
- ✓ Registrar las acciones
- ✓ Administración de fármacos según indicación
- ✓ Reconocer los efectos adversos de los medicamentos
- ✓ Administrar oxígeno por cánula vinasal
- ✓ Controlar la diuresis (sonda vesical)

Problema 05

Deficiente autocuidado por alteración de la movilidad física relacionado a la fractura en costillas y miembros inferiores

- ✓ Inspección por un examen físico de las zonas cutáneas de presión.
- ✓ Realizar higiene corporal en la piel favoreciendo a la hidratación
- ✓ Realizar anotaciones de enfermería
- ✓ Realizar el control neurocirculatorio por turnos mediante la palpación, observación del calor, capacidad del paciente para moverse.
- ✓ Colocación de férulas con vendajes en miembros inferiores
- ✓ Ayudar al paciente a toser cada 2 horas
- ✓ Realizar cambios posturales cada 2 horas

Problema 06

Alteración de la dinámica familiar relacionado al desconocimiento de la evolución del paciente.

- ✓ Mantener coordinación con el personal médico para informar a los familiares acerca de la evolución del paciente
- ✓ Coordinar con el personal de turno para el ingreso de un familiar
- ✓ Informar al familiar respecto al estado de salud del paciente con el equipo
- ✓ Orientar a la familia para apoyar emocionalmente a la paciente

- ✓ Animar a la paciente a expresar sus preocupaciones o temores sobre las repercusiones de las fracturas.

ANEXO N 04

❖ Informe de confiabilidad del instrumento de recolección de datos

Análisis de Fiabilidad:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left(\frac{1 - S_i^2}{S^2} \right)$$

Donde:

$K = N^{\circ}$ de items.

$S_i^2 =$ Varianza del item.

$S^2 =$ Varianza del Total.

Reemplazando:

$$\alpha = \frac{28}{27} \left(\frac{1 - 23.6}{1608.5} \right)$$

$$\alpha \cong 1.03 \quad (0.98)$$

$$\alpha = 1.0$$

❖ **criterio de confiabilidad valores:**

No es confiable: -1 a 0

Baja confiabilidad: 0.01 a 0.49

Moderada confiabilidad: 0.5 a 0.75

Fuerte confiabilidad: 0.76 a 0.89

Alta confiabilidad: 0.9 a 1

❖ **análisis del resultado**

Al realizar el análisis de fiabilidad según la prueba Alfa de Cron Bach, el resultado de **1.0**, y al contrastar con los valores de **CRITERIO DE CONFIABILIDAD** se establece que, con estos resultados el instrumento de recolección de datos posee una alta confiabilidad.