



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CÁTEDRA DE ADMINISTRACIÓN



DIAGNÓSTICOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA UTILIZADAS EN EL CURSO INTERNADO EN UN SERVICIO HOSPITALARIO

Autoras:

Br. Andrés, Gala
Br. Fucile, Jessica
Br. Harreguy, Lucia
Br. Mosquera, Allyson
Br. Pereyra, Esthefani

Tutor:

Prof. Adjto. Mg. Mariana Tejera

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2016

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos de manera especial, por el apoyo brindado para la elaboración del siguiente trabajo:

-A Prof. Adj. Mg Mariana Tejera.

-A Prof. Mg Alicia Cabrera.

-A nuestras familias y amigos las cuales nos acompañaron durante esta etapa final para culminar la carrera.

INDICE

| | |
|---|---------|
| Lista de abreviaturas y siglas | Pág.3 |
| Resumen | Pág. 4 |
| Palabras claves | Pág.6 |
| Introducción | Pág.7 |
| Planteamiento del problema | Pág.9 |
| Objetivos | Pág.9 |
| Antecedentes Internacionales | Pág. 10 |
| Antecedentes Nacionales | Pág.17 |
| Marco teórico | Pág.21 |
| Metodología | Pág.32 |
| Resultados | Pág. 34 |
| Discusión | Pág.42 |
| Conclusión | Pág.46 |
| Bibliografía | Pág.47 |
| Anexos | Pág.48 |
| Anexo 1: Tablas y gráficas de recolección de datos. | Pág.49 |
| Anexo 2: Instrumento de recolección de datos. | Pág.60 |
| Anexo 3: Cronograma de actividades. | Pág.78 |

LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

HCE: Historia Clínica Electrónica

HCEN: Historia Clínica Electrónica Nacional

NIC: Nursing Interventions Classification

NOC: Nursing Outcomes Classification

LIC: Licenciado/a

PAE: Proceso Atención de Enfermería

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

HIS: Sistema de Información Hospitalaria

ICS: Instituto Catalán de Salud

AGESIC: Agencia para el Desarrollo del Gobierno de Gestión Electrónica y la Sociedad de la Información y del Conocimiento

FEMI: Federación Médica del Interior

RESUMEN

La siguiente investigación se planteó como objetivo conocer los diagnósticos de enfermería, y planes de cuidados registrados por los internos de Licenciatura en Enfermería en los informes de gestión realizados en los servicios de enfermería hospitalaria durante la experiencia práctica internado. De esta manera, poder sistematizarlos, y lograr contribuir con la elaboración de un Conjunto Mínimo de Datos de Enfermería para integrar la Historia clínica electrónica nacional.

Desde el punto de vista metodológico, se trata de un estudio descriptivo, transversal. En el mismo se recabaron datos de los informes de Gestión presentados por los estudiantes durante los años 2014 y 2015, a iniciativa de la Catedra Administración, de la Facultad de Enfermería.

La investigación, cumplió varias etapas. La primera de ellas, fue realizar una revisión en bases científicas sobre artículos e investigaciones relacionadas al tema. Luego, Se empleó la técnica de auditoria, la misma permitió analizar el contenido de los informes y allí aplicar el instrumento diseñado para recabar datos sobre las variables definidas para luego tabularlos con medidas estadísticas y proceder a la representación gráfica de los resultados.

Se realizó la caracterización de los usuarios y se conoció la aplicación del PAE e implementación de planes de cuidado en la población usuaria.

Los diagnósticos más prevalentes de los informes finales estudiados pertenecen dentro de la clasificación NANDA a los diagnósticos enfermeros de riesgo. Las intervenciones y la clasificación de resultados de enfermería, de acuerdo a los estándares NIC- NO, no se aplican de acuerdo a la nomenclatura.

Con relación a la historia clínica electrónica, consideramos que se podría aportar una sistematización de diagnósticos de Enfermería prevalentes en la población adulta, asistida en un servicio hospitalario.

PALABRAS CLAVES.

Historia clínica informatizada.

Diagnóstico de enfermería.

NANDA.

Sistemas de información.

PAE electrónico.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo fue realizado por cinco estudiantes pertenecientes a la Universidad de la República, Facultad de Enfermería plan de estudios 1993, generación 2011, cursando el cuarto ciclo segundo módulo de la carrera Licenciatura en Enfermería.

La carrera Licenciatura en Enfermería consta de varias etapas que le permiten al estudiante formarse como profesional, dentro de este estudio resaltamos como parte de la investigación la labor del estudiante en su última instancia práctica la cual se denomina internado.

Una de las principales herramientas utilizada por el Lic. de enfermería avalada por el método científico es el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) cuyo fin es favorecer la gestión del cuidado, elaborando diagnósticos de enfermería, con sus consiguientes intervenciones y evaluando los resultados de estas en la salud de las personas. Esto promueve la eficiencia y eficacia en la gestión del servicio.

Así como las diversas tecnologías y ciencias avanzan, la Enfermería también lo hace. Diversas herramientas permiten realizar la gestión del cuidado, debiendo el Licenciado en enfermería actualizarse inclusive a nivel tecnológico.

La historia clínica electrónica es un ejemplo de ello, de forma fácil y con un sistema global permite al personal sanitario realizar una intercomunicación rápida, única que pretende lograr la mayor efectividad en la prestación de cuidados, siempre para el máximo beneficio del usuario.

Durante la formación académica el Lic. en Enfermería, se va perfeccionando en la

realización del PAE para ser utilizado como elemento primordial en el desarrollo de la gestión del cuidado al usuario.

La implementación del PAE a nivel mundial hace que cada vez más se utilicen criterios únicos y específicos en la prestación de cuidados.

Diariamente el interno aplica el PAE a cada uno de los usuarios hospitalizados a los que les brinda atención integral; y al finalizar el internado el estudiante realiza un informe de gestión en el cual recopila todo lo realizado durante su gestión.

El presente estudio realizó una revisión de los contenidos de los informes de gestión del internado, identificando diagnósticos, intervenciones y planes de cuidados prevalentes, que podrán contribuir en el diseño de los contenidos de la historia clínica electrónica nacional.

PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

En el marco de la gestión de cuidado que realiza el interno de enfermería en su práctica, interesa saber ¿qué diagnósticos de enfermería y planes de cuidado caracterizan a los usuarios hospitalizados en el servicio Florence?

OBJETIVOS:

- Contribuir en la elaboración del Conjunto Mínimo de Datos de Enfermería integrados a la Historia clínica electrónica nacional.
- Conocer el proceso de atención de enfermería realizado por los internos a la población usuaria, en los servicios médico – quirúrgico del hospital Florence entre los años 2014 – 2015.

ESPECÍFICOS:

- Caracterizar la población asistida por los internos.
- Identificar los Diagnósticos, y planes de cuidado prevalentes en los informes de gestión realizados por los internos.

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

En el año 2000, el departamento de Enfermería del Hospital Italiano de Buenos Aires, comenzó a trabajar en la informatización de los procesos de atención de Enfermería, con la ‘‘Alfabetización digital’’ del personal de enfermería y con la utilización de algunas herramientas muy sencillas. Ello comenzó con la creación de cuentas de mails para cada enfermero/a y la capacitación en el manejo de Internet del Hospital.

En el año 2004 se unificaron algunos sistemas existentes al módulo de enfermería dentro de la HCE entre ellos el CENSO EN LÍNEA, esto significaba tener la información confiable y actualizada en tiempo y forma sobre donde se encuentran los pacientes internados así como la disponibilidad de camas libres en el servicio. A partir de ahí, todos los miembros del equipo de salud y el resto del personal de la estructura hospitalaria tenían la información en forma oportuna.

En el año 2008 comenzó el proceso de digitalización de los registros de enfermería para ello se analizaron los registros de diferentes sectores del hospital, luego se estructuró y diseñó la información en base a dos conceptos: la integración de las indicaciones médicas y los registros de enfermería.

En el 2012 se informatizó el registro siguiendo el **Proceso de Atención de Enfermería con la introducción de:**

- **Valoración de las necesidades:** siguiendo el modelo de fichas, se estructuraron por población (adulto, pediatría y neonatología).
- **Planificación del cuidado:** se realizó un listado de intervenciones de enfermería.

- **Ejecución:** con las solapas de Administración, Intervenciones, Signos Vitales, Balance Hídrico, Censo y Extracciones.

-**Evaluación:** espacio para realizar la evaluación en texto libre.

A partir de los años 2013 y 2014 se rediseña el módulo con el objetivo de mejorar la calidad de los registros, constituir una estructura de registro que cubra las necesidades de atención de los pacientes y permitir identificar las necesidades reales y potenciales de los pacientes y, a partir de allí, armar el plan de cuidado.

Los registros de enfermería se basaron en el modelo de Virginia Henderson adaptado a las necesidades de Hospital Italiano. Luego de realizada la valoración, se enuncian los diagnósticos enfermeros siguiendo los parámetros de la Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería (NANDA) y planifican intervenciones/acciones para actuar sobre las causas de la alteración detectada, programando el plan a seguir durante la internación.

En la actualidad se continúa planificando cambios en los registros electrónicos.¹

1

Tenenbaum J. Un nuevo módulo del registro electrónico añade mejoras a los procesos de atención al paciente internado. [Internet]. 2014. Disponible en: http://hiba.hospitalitaliano.org.ar/infomed/index.php?contenido=ver_curso.php&id_curso=17316#.V-poA_DhDIU [consulta: 21 mar 2016].

En el servicio de salud de Murcia, 2006 se implementó durante 3 años un sistema informático llamado SELENE, el cual almacena la información generada en forma de objetivos clínicos independientemente de donde o quien lo haya generado.

SELENE dispone de las siguientes funcionalidades básicas:

1 Herramienta asistencial: incluye todas las posibilidades de almacenamiento y acceso de la información del paciente organizada en procesos asistenciales completos y la definición de protocolos médicos y enfermeros.

1- Herramienta de gestión clínica: permite la gestión de los recursos de los centros sanitarios, permite la integración entre niveles de salud.

2- Herramienta de gestión sanitaria: es posible la extracción de información para la gestión tanto local como globalmente.

Entre los objetivos que se pretende conseguir con el registro informático por parte de enfermería de su práctica profesional cabe destacar la mejora de la calidad asistencial a través de las siguientes actuaciones:

-Valoración de paciente a través de los patrones funcionales de Marjory Gordon.

- Diagnostico a través de la taxonomía NANDA

- Planificación: NOC para los objetivos que se pretende conseguir con los planes de cuidado, NIC para las intervenciones y actividades.

- Ejecución: se confirma la realización o no de los cuidados planificados sobre los pacientes.

- Evaluación: se procede a valorar el grado de consecución según escala de liker de los objetivos planeados.²

En Noviembre de 2008 se implementó SELENE en el Hospital Virgen de la Torre, Madrid.

Su objetivo fue conocer la influencia de esta herramienta en la valoración de enfermería al ingreso y determinar las diferencias con el formato papel.

El estudio permitió constatar que el cambio de formato no conlleva diferencias sustanciales en la valoración de enfermería al ingreso y su registro en la historia clínica.³

En el año 2009 en el departamento de salud de Torre Vieja, España se implementó la HCE utilizando, un programa llamado “Florence”, está se considera una historia clínica global, que integra toda la actividad asistencial e incluye en ellas todas las áreas hospitalarias.

Florence se caracteriza por su calidad de registro, facilidad de acceso a la información, siendo esta ordenada, limpia y legible, rápida en su uso, fomenta el trabajo en equipo, al permitir el acceso compartido a exploraciones y tratamientos. Ofrece seguridad y protección a la información, permite la medición de indicadores relativos a la calidad

² Schachner B, Villalba E, Lores A, Baum A, Gómez A, López G, et al. Informatización del proceso de atención en enfermería en un hospital de alta complejidad. [Internet]. 2007. Disponible en: <http://telemedicina.unifesp.br/pub/SBIS..CBIS2004/trabalhos/arquivos/38.pdf> [consulta: 20 ene 2016].

³ Sánchez Ros N, Reigosa Gaga LF. SELENE: informatización de la historia clínica electrónica: implantación sobre el proceso de enfermería. Enfermería Global [Internet] 2006; 5(1): 1-10. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/458/429> [consulta: 20 mar 2016].

asistencial con fines investigadores, e impulsa la atención integral entre atención primaria y especializada.

La historia se encuentra ordenada cronológicamente por episodios asistenciales y compuestos por una serie de documentos que se dividen en bloques.

Dentro del bloque de enfermería se encuentra la valoración inicial basada en los patrones funcionales de Marjory Gordon y la utilización del lenguaje NANDA, NIC, NOC para la elaboración de un plan de cuidados especializados para cada paciente con el fin de facilitar la gestión de los cuidados y establecer registros que brinden mayor información sobre el paciente.

La evolución del paciente es reflejada diariamente en una planilla con acceso a diferentes formularios donde se recogen todos los cuidados de enfermería llevados a cabo en el paciente.

Por último para facilitar la continuidad de los cuidados del paciente tras el alta se realiza en Florence un informe de alta de enfermería.

Tras dos meses de aplicación el estudio tuvo como resultado un 100% de cumplimiento de la valoración de enfermería. Los profesionales indicaron que la realizaban en quince minutos, logrando así una optimización de los tiempos.

El alta de enfermería se realiza a los pacientes que son más proclives de cuidados de enfermería y seguimiento fuera del área hospitalaria convencional.⁴

En diciembre del año 2010, se comienza con la aplicación de la estación de Trabajo de

4

Cerezo Sanmartín M, Gutiérrez Aranda JM, Perán Artero S, Gómez González G, Carrasco Gutiérrez P. Historia clínica informatizada de enfermería en el Departamento de Torrevieja Salud como instrumento de gestión de calidad. *Enfermería Global* [Internet] 2009; 8(3). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/75241/72981> [consulta: 27 ene 2016].

enfermería Gacela Care, del proyecto Argos (Proyecto de modernización del ICS, Instituto Catalán de Salud), de Oesia, en el Hospital Universitario de Bellvitge.

Tuvo como objetivo eliminar completamente la historia clínica en formato papel y ser un instrumento de garantía de la calidad y la seguridad en la planificación de los cuidados y de sus estándares. También pretende integrar en cantidad y calidad la información clínica que genera la aportación enfermera en la práctica asistencial. Otro de los objetivos es la unificación en un mismo entorno informático de los datos médicos, de enfermería, pruebas y farmacia, para permitir el trabajo en red, incluso más allá del Hospital.⁵

En el mes de diciembre del año 2012, luego de la formación correspondiente a los equipos, los ocho hospitales del Instituto Catalán de la Salud (ICS) han finalizado la implantación de este nuevo sistema de información que proporciona a enfermeras y auxiliares de enfermería una herramienta que facilita y mejora el servicio prestado a los pacientes. Permite, mejorar la prestación de cuidados enfermeros y controlar la evolución del paciente y el registro de la administración de medicamentos, lo que supone un incremento notable de la seguridad clínica y de la calidad de la atención a la persona enferma, en términos de atención integral e individualizada y de calidad.

Esta implementación permitió que Gacela gestione actualmente 5.200 camas en hospitales de ICS, preste servicio a 17.000 usuarios activos y haya colaborado en el tratamiento de más de 120.000 episodios de pacientes en el último año, por el equipo de salud.⁶

⁵ Hospital Universitari Bellvitge. La estación de trabajo de enfermería Gacela Care ya se ha implantado en 20 unidades de hospitalización convencional y 5 de cuidados intermedios. [Internet]. 2010. Disponible en: <http://www.ehub.cat/la-estacion-de-trabajo-de-enfermeria-gacela-care-ya-se-ha-implantado-en-20-unidades-de-hospitalizacion-convencional-y-5-de-cuidados-intermedios/?lang=es> [consulta: 23 feb 2016].

⁶ Innovando.biz. La plataforma Gacela Care de Oesia se implanta en todos los hospitales de DICS. [Internet]. 2012. Disponible en: <http://www.consultor-it.com/articulo/69630/software/hospitales-y-clinicas/la-plataforma-gacela-care-de-oesia-se-implanta-en-todos-los-hospitales-de-ics-> [consulta: 23 feb 2016].

ANTECEDENTES NACIONALES:

En el año 1992 se registra un estudio realizado en Hospital de Clínicas denominado “*Registros con identidad metodológica*”, el cual tuvo como objetivo favorecer la planificación de la atención de enfermería a través de un registro que contemple el tratamiento, unificar criterios de valoración y sistematizar los registros, para favorecer el rol independiente de enfermería y elabora un sistema de registro que permita el seguimiento del usuario.

En él se concluye lo siguiente: el modelo de registro depende de las características del usuario, del servicio en el que se encuentra y de la cantidad de los mismos.

El registro sistematizado favorece la elaboración de diagnósticos enfermeros, mejora la comunicación con la unificación del lenguaje, redefine el perfil de enfermería delimitando funciones propias en los diferentes niveles de atención.

En lo que respecta a la búsqueda bibliográfica dentro del ámbito nacional se halló una tesis realizada en el año 2003 acerca de los diagnósticos de enfermería empleados en la atención de los usuarios quirúrgicos del hospital de clínicas “Dr. Manuel Quintela”

El motivo de la investigación surge de la ausencia de una sistematización en los diagnósticos de enfermería empleados, y en consecuencia una desorganización del trabajo y plan de actividades, así como la ausencia de investigaciones previas en este campo.

El objetivo general de la investigación fue conocer los diagnósticos de enfermería más utilizados en la atención a usuarios de cirugía general del hospital de clínicas con el fin de estructurar una sistematización de diagnósticos que favorezca la calidad en la prestación de los cuidados de enfermería y la organización de trabajo mediante la unificación de criterios

Otra investigación a nivel nacional encontrada fue en el año 2014 llamada ‘‘Registros de enfermería en la historia clínica informatizada’’, la cual fue llevada a cabo por cinco estudiantes pertenecientes a la facultad de enfermería UDELAR, realizada en instituciones públicas y/o privadas de Montevideo.

El objetivo de la misma se abocó en estudiar las características de los registros en la historia clínica electrónica por parte de enfermería.

Como resultado se obtuvo que enfermería posee un espacio destinado dentro de la historia clínica informatizada compartida con otros profesionales, la misma no contiene claramente las etapas del proceso de atención de enfermería, así como también se destaca la poca participación por parte del personal de enfermería en su confección.

La realización de diagnósticos no se registra según la NANDA así como también no se encuentran escalas ni una metodología clara de enfermería lo que se diferencia claramente de la historia clínica informatizada implementada a nivel internacional.⁷

ANTECEDENES URUGUAY- AGESIC (Agencia para el Desarrollo del Gobierno de Gestión Electrónica y la Sociedad de la Información y del Conocimiento)

⁷Castañares G, Di Sessa A, Guisande L, Lazzo V, Nemeth P. Registros de enfermería en la historia clínica informatizada [tesis] [Internet]. 2014. Disponible en: <http://www.bvsenf.org.uy/local/tesis/2014/FE-0571TG.pdf> [consulta: 27 ene 2016].

En Uruguay, el proyecto de Historia Clínica Electrónica se enmarca en el Programa Salud.uy, cuyo propósito es fortalecer el Sistema de Salud de Uruguay, apoyando la conformación de la Red Asistencial a través del uso de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, con herramientas que contribuyan a mejorar el acceso de los ciudadanos a servicios de salud de calidad. En mayo de 2015 se presentaron las Recomendaciones de los lineamientos estratégicos para implantar la Historia Clínica Electrónica Nacional entre todas las entidades del Sistema Nacional Integrado de Salud.

El director del Programa Salud.uy, Ing. Jorge Forcella, expresó la necesidad de contar con lineamientos estratégicos que contengan una visión a nivel nacional e internacional, puesto que el proyecto es a largo plazo (de 6 a 7 años) e involucra muchos actores de la salud, para lograr el objetivo esencial que es el diseño de una política global sobre la historia clínica electrónica.

La Historia Clínica Electrónica Nacional (HCEN) garantizará el acceso a la información clínica de un paciente, siempre que sea necesario para atenderle, con independencia de dónde y cuándo se haya generado esa información; y también permitirá el acceso del paciente a su información.

El experto español, Dr. Pablo Serrano, consultor con experiencia internacional en salud e informática médica explicó diversos aspectos de la Historia Clínica Electrónica entre ellos destacó que para la implementación integral de la HCE se necesita un contexto médico legal común (quién es el autor, qué fecha, etc.) una estructura de datos clínicos y una terminología con vocabularios controlados que expresen contextos clínicos.

Escritura poco clara, documentos dispersos por varias policlínicas e, incluso, por todo el país, infinitas maneras de llamar a una misma droga. Esto hace que la historia clínica escrita en papel dificulte la atención de los pacientes.

La Federación Médica del Interior (FEMI), el grupo SEMM, el Casmu, la Asociación Española y el Suatt son pioneros en este sentido.

Implicaría un cambio en la forma de trabajo, un cambio en el rol del médico dentro del equipo de salud, la interacción dentro de los equipos de salud en otros niveles. La HCE permite una integración mayor con el resto de los profesionales. Además, cuando la información está codificada, se podrán realizar estadísticas y análisis en tiempo real del estado de la salud de la población de todo el país.

Se plantearon dos fases al crear este proyecto: La primera finalizará en junio 2016, con la culminación de los estándares y el asesoramiento a los prestadores. A partir de ese momento, el servicio comenzará escalonadamente, a ser obligatorio. Surgen nuevos plazos y para el 2017 obligar a todos los prestadores de salud acogerse al nuevo sistema.⁸

MARCO TEORICO

Historia Clínica Electrónica Nacional (HCEN)

Se trata de una herramienta que permite el almacenamiento, transferencia y consulta de información sobre la prestación de servicios de salud y datos clínicos del usuario. Entre

⁸Uruguay. Presidencia. Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información y del Conocimiento. Recomendaciones para implantar la historia clínica electrónica nacional. [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.agesic.gub.uy/innovaportal/v/3529/1/agesic/recomendaciones-para-implantar-la-historia-clinica-electronica-nacional.html> [consulta: 20 ene 2016].

- Uruguay. Presidencia. Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información y del Conocimiento. Historia clínica electrónica nacional (HCEN). [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.agesic.gub.uy/innovaportal/v/4423/19/agesic/implementacion.html?idPadre=4431> [consulta: 26 ene 2016].

sus cometidos está promover la continuidad de la atención sanitaria y la calidad del registro a través de la normalización de las estructuras clínicas, así como generar una base sustantiva de información clínica que permita complementar los servicios asistenciales y su prestación a distancia.

Uno de sus principales objetivos es garantizar que la información clínica vital del ciudadano esté disponible y accesible para el profesional de la salud, de forma oportuna, segura y en línea.⁹

Proceso de Atención de Enfermería:

El Proceso de Enfermería se define como “el sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud”.¹⁰ El Proceso de Enfermería se convierte en uno de los más importantes sustentos metodológicos de la disciplina profesional de Enfermería, fundamentado en el método científico, El Proceso de Enfermería se caracteriza por ser sistemático, debido a que se realiza secuencialmente, de una forma cíclica, periódica, organizada, controlada, porque parte de un inicio que es la obtención de información por medio de la valoración, luego pasa por las etapas diagnóstica, de planeación y de ejecución y termina siempre con la evaluación. También es un proceso dinámico, puesto que las necesidades de cuidado de

⁹ Historia clínica electrónica obligatoria. El País [Internet] 2014 abril 28. Disponible en: <http://www.elpais.com.uy/informacion/historia-clinica-electronica-obligatoria.html> [consulta: 26 ene 2016].

¹⁰ Proceso de atención de Enfermería. Bing [Internet] 3 de Marzo 2012. Disponible en: <http://alberik.blogspot.com.uy/2012/03/proceso-de-enfermeria.html#!/2012/03/proceso-de-enfermeria.html> [consulta 27 de Enero de 2016].

las personas son cambiantes. Por ende, es oportuno, ya que se utiliza en un período de tiempo específico, con un plan de cuidado para cubrir unas necesidades puntuales.

La primera etapa, es la Valoración que consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como la observación que se utiliza desde el primer contacto con la persona, la entrevista enfocada hacia las necesidades de cuidado de Enfermería que permite el acercamiento con la persona, al igual que el intercambio de experiencias y, el examen físico céfalo caudal basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud - enfermedad de la persona, además de datos obtenidos por otras fuentes, principalmente, la historias clínicas, los laboratorios y pruebas diagnósticas. Partiendo de ésta recolección de hechos se da una interacción enfermera sujeto de cuidado, en la cual se obtienen datos subjetivos que hacen referencia a lo que manifiesta verbalmente la persona y datos objetivos que se relacionan con los aspectos que la enfermera valora en la persona.

La segunda etapa, es el Diagnóstico, que consiste en la identificación de los problemas de salud para Enfermería basado en los patrones funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluye tanto diagnósticos reales como potenciales y positivos o protectores.

La taxonomía NANDA está estructurada en dominios, clases y diagnósticos.

Dominio: Una esfera de la actividad, estudio o interés.

Clase: Una subdivisión de un grupo mayor; una clasificación de persona o cosa por su calidad, grupo o grado.

Etiqueta diagnóstica (categoría diagnóstica): Proporciona un nombre para el diagnóstico. Es un término conciso o frase que representa un patrón de clave

relacionada.

Código diagnóstico: Número entero de 5 dígitos asignado a un diagnóstico enfermero.

Diagnóstico enfermero: Juicio clínico sobre la respuesta humana de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales.

El diagnóstico

Enfermero proporciona la base para la selección de las intervenciones de enfermería destinadas a lograr los objetivos de los que el enfermero es responsable.

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

Diagnóstico enfermero de promoción de salud: Juicio clínico sobre las motivaciones y deseos de una persona, familia o comunidad de aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud que se manifiesta en su disposición para mejorar conductas de salud específicas. Los diagnósticos de promoción de salud pueden usarse con cualquier estado de salud y no requieren ningún nivel específico de bienestar establecido. Las intervenciones se apoyan de acuerdo con la persona, familia o comunidad, para asegurar al máximo la posibilidad de alcanzar los resultados esperados.

Diagnóstico enfermero de riesgo: Describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en una persona, familia o comunidad vulnerable. Está apoyado por factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad.

Diagnóstico enfermero de salud: Describe respuestas humanas a niveles de bienestar en una persona, familia o comunidad. Se sustentan en características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas) que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionadas.

Los dominios son los siguientes:

- 1 Dominio 1, Promoción de la salud
- 2 Dominio 2, Nutrición
- 3 Dominio 3, Eliminación e intercambio
- 4 Dominio 4, Actividad- reposo
- 5 Dominio 5, Percepción- cognición
- 6 Dominio 6, Autopercepción
- 7 Dominio 7, Rol - relaciones
- 8 Dominio 8, Sexualidad
- 9 Dominio 9, Afrontamiento - tolerancia al estrés
- 10 Dominio 10, Principios vitales
- 11 Dominio 11, Seguridad- protección
- 12 Dominio 12, Confort
- 13 Dominio 13, Crecimiento - desarrollo

NIC

Una intervención se define como cualquier tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer los resultados esperados del paciente. Las intervenciones enfermeras incluyen todas las intervenciones ejecutadas por las enfermeras, tanto los cuidados directos como los cuidados indirectos, dirigidas a los individuos, las familias o la comunidad.

Cada intervención NIC consta de una etiqueta, una definición, un conjunto de actividades que indican las acciones y el pensamiento que llevan a la intervención.

La NIC puede utilizarse en todos los ámbitos (desde unidades de cuidados intensivos a la atención domiciliaria, cuidados socio sanitarios y asistencia primaria) y en todas las especialidades (desde pediatría y obstetricia hasta cardiología y gerontología).

NOC

Clasificación de Resultados de Enfermería, los resultados del paciente sirven como criterio para juzgar el éxito de una intervención enfermera. Un resultado se define como un estado, conducta o percepción individual, familiar o comunitaria que se mide a lo largo de un continuo en respuesta a una intervención enfermera.

Cada resultado NOC tiene una etiqueta, una definición, una lista de indicadores para evaluar el estado del paciente en relación al resultado.

PAE informatizado

Como la combinación de ciencias de la computación, ciencias de la información y ciencias de la enfermería, diseñada para ayudar en las gestiones y tratamiento de los datos de enfermería, información y conocimiento para apoyar la práctica de la enfermería y la prestación de cuidados de enfermería.¹¹

Gestión de Cuidado de Enfermería.

La práctica de enfermería sugiere la creación de un cuidado basado en una concepción de la disciplina enfermera y orientado hacia lo que se realiza con la persona o en nombre de ella, más que lo que se hace a la persona (técnicas) o para ella (dar un medicamento). Ello plantea la necesidad de nuevos estilos de gestión dirigidos a un cuidado personalizado, basado en la experiencia particular de salud. Entonces el cuidado enfermero se convierte en específico, individual y contextual (Benner, 1984).

Así, los planes de cuidado estandarizados elaborados para ciertas experiencias de salud

¹¹Sanguino Rojas JÁ. SLD258 registro de enfermería informatizado: desarrollo y conflicto de intereses en América Latina y El Caribe. En: 9º Congreso Internacional Informática en Salud; La Habana; 18-22 mar 2013. Disponible en: <http://www.informatica2013.sld.cu/index.php/informaticasalud/2013/paper/viewFile/416/1> [consulta: 26 ene 2016].

que existen en la literatura, pueden servir de guía, pero los planes de cuidados individualizados son imprescindibles, es decir, utilizar el método de atención de enfermería en la práctica diaria será indudablemente necesario para hacer la diferencia.

La gestión del cuidado incluye también la creación de instrumentos para la recolección de datos de manera sistemática, sobre su experiencia en salud y su entorno (individual, familiar, comunitario). Incluye el análisis reflexivo de los datos y su elaboración junto con el paciente y la familia de los objetivos de salud. La enfermera debe realizar el diagnóstico de enfermería que resuma la respuesta de la persona a su experiencia en salud y la causa de esta respuesta. La planificación de las intervenciones requiere de la ciencia y el arte de enfermería, que pueden variar según la concepción de la disciplina, pero que son generalmente guiadas por los principios inherentes al cuidado. Dar prioridad a la persona antes que a las rutinas de la organización del trabajo, si es necesario modifica el entorno para asegurar un cuidado de calidad y libre de riesgos.

Con frecuencia se reconoce que el papel principal de una Jefe o Gerente o Gestora en enfermería consiste en planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos financieros, humanos y materiales con la intención de cumplir eficazmente los objetivos de la institución. La enfermera que realiza el papel de gestora debe guiar sus actividades a partir de los conocimientos que brindan las ciencias administrativas, la economía y la política. Las teorías y los principios relativos a estas disciplinas son necesarias para la práctica administrativa del cuidado de enfermería. Pero también la enfermera responsable de la gestión debe considerar los valores, actitudes y conocimientos de la disciplina que le brindan una visión distinta y específica de la gestión de los cuidados. Así deberá ejercer un liderazgo comprensivo que motive a los usuarios internos (personal de enfermería) hacia la mejora del cuidado.¹²

¹² Zárate Grajales RA. La gestión del cuidado de enfermería. *Índex Enferm* [Internet] 2004; 13 (44-45): 42-6. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004001100009&lng=es [consulta: 26 ene 2016].

Calidad de la asistencia hospitalaria

El nivel de calidad de un producto o servicio es el grado de aproximación de cada una de sus características a las de su prototipo. Este concepto de calidad exige la definición previa de las características exigidas en el servicio hospitalario a prestar. Es decir es necesario definir los aspectos ideales o características óptimas, de los componentes del servicio que el enfermo debe recibir, estableciendo no solo el alcance de sus derechos, sino los detalles científicos, humanos y técnicos que se esperan lograr.

El grado en que las características del servicio prestado se aproximen a las del prototipo ideal u óptimo, definirá el grado de calidad alcanzado.¹³

Sistemas de información

Por definición, es un conjunto de elementos que interactúan entre sí con un fin común; que permite que la información esté disponible para satisfacer las necesidades en una organización, un sistema de información no siempre requiere contar con recurso computacional aunque la disposición del mismo facilita el manejo e interpretación de la información por los usuarios.

Los elementos que interactúan entre sí son: el equipo computador, el recurso humano, los datos o información fuente, programas ejecutados por las computadoras, las telecomunicaciones y los procedimientos de políticas y reglas.

Un Sistema de Información realiza cuatro actividades básicas:

¹³ A. Cuesta Gómez, J. Moreno Ruíz, R. Gutiérrez Martí. La calidad de la asistencia hospitalaria. Doyma, 1986, España.

- Entrada de información: proceso en el cual el sistema toma los datos que requiere.
- Almacenamiento de información: puede hacerse por computadora o archivos físicos para conservar la información.
- Procesamiento de la información: permite la transformación de los datos fuente en información que puede ser utilizada para la toma de decisiones
- Salida de información: es la capacidad del sistema para producir la información procesada o sacar los datos de entrada al exterior.¹⁴

Estructura del plan de estudios:

1er. y 2do. Ciclos: Experiencias de aprendizaje centradas en el 1er. y 2do. Nivel de atención con poblaciones intra y extra hospitalarias (en diferentes grupos etarios)

3er. Ciclo: Experiencias de aprendizaje en los tres niveles de atención.

4to. Ciclo: Internado (práctica obligatoria), con presentación de la investigación final.

Internado:

Comprende el último semestre de la carrera. El estudiante se integra a un servicio de enfermería, desempeñándose con dependencia administrativa de la institución en convenio y con tutoría de la institución docente.

Implica asumir la responsabilidad de una unidad de enfermería intra o extra hospitalaria, en áreas de mediana complejidad. Incluye tutorías para el trabajo de investigación final.¹⁵

Objetivos del interno:

¹⁴ Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Sistema de información. [Internet]. Disponible en: <http://www.incap.int/sisvan/index.php/es/acerca-de-san/conceptos/sistema-de-vigilancia> [consulta: 16 nov 2015].

¹⁵ Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Enfermería. Plan de Estudios 1993. [Internet]. Disponible en: <http://www.fenf.edu.uy/index.php/depto-educacion/99-el-plan> [consulta: 27 ene 2016].

Generales.

1) Administrar la conducción de una unidad o programa de Enfermería en el área Intra o Extra hospitalaria a través de:

- La disciplina de Enfermería.
- La Disciplina de Administración.
- La metodología científica.

2) Administrar el Proceso de Atención de Enfermería a la población asignada en el marco de una unidad o programa.

Específicos.

1) Identificar los problemas más frecuentes en la Administración de una unidad o programa.

2) Identificar los problemas más frecuentes en la prestación de servicios de Enfermería a la población bajo su responsabilidad.

3) Elaborar alternativas de solución a los problemas

Más frecuentes en coordinación con el servicio de Enfermería de las instituciones.

4) Elaborar y poner en marcha un plan de prueba para las soluciones según problemas anteriormente seleccionados.

5) Implementar el plan y determinar medidas de seguimiento en relación con lo propuesto a fin de asegurar el alcance de los objetivos.

6) Elaborar informe de los alcances de la propuesta así como lineamientos de retroalimentación para el servicio de Enfermería de la institución.¹⁶

Técnica auditoria.

Es el proceso que consiste en el examen crítico sistematizado y representativo de un sistema de información realizado con independencia y utilizando técnicas determinadas con el fin de emitir una opinión profesional, que permitan la adecuada toma de decisiones y obtener mejoras para el sistema examinado.¹⁶

METODOLOGÍA

Tipo y diseño general del estudio: El tipo de estudio es descriptivo, transversal.

Área de estudio: servicio de internación convencional del hospital Florence.

Universo: total de informes finales realizados por internos.

Muestra: 129 informes de gestión.

¹⁶Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Enfermería. Cátedra Administración. Objetivos del internado. [Internet]. Disponible en: <http://eva.universidad.edu.uy/mod/page/view.php?id=20608> [consulta: 21 mar 2016].

16 López Contreras Y. Técnicas y procedimientos de auditoría. [Presentación] [Internet]. 2012. Disponible en: <https://prezi.com/bsikecfxnwhm/tecnicas-y-procedimientos-de-auditoria/> [consulta: 13 ago 2016].

Tipo de muestreo: no probabilístico, por conveniencia.

Unidad de observación: informes de gestión.

Unidad de análisis: Proceso de Atención de Enfermería

Técnicas y procedimientos:

En primer instancia se realizó una revisión bibliográfica a nivel nacional e internacional a través de distintas bases científicas electrónicas como: Scielo, Timbo, Lilacs, entre otras, fueron seleccionados artículos e investigaciones anteriores relacionados al tema a investigar.

Para dicha búsqueda se utilizaron las siguientes palabras claves: Historia clínica informatizada, diagnóstico de enfermería, NANDA, sistemas de información, PAE electrónico.

Se empleó la técnica de auditoría, la misma permitió analizar el contenido de los informes finales de gestión, y se realizó el control de calidad enfocado al proceso de atención de enfermería. Para ello, se aplicó el instrumento previamente formulado (Ver anexo 2) con el cual se identificaron las variables de interés que se detallan a continuación: edad, sexo, precedencia, vía de ingreso, días de internación, nivel de dependencia, antecedentes, etapa del proceso salud enfermedad, diagnóstico médico, diagnóstico de enfermería, intervenciones de enfermería, diagnósticos, NIC, NOC, prevalentes en los informes de gestión realizados por los internos.

Los 129 informes fueron divididos entre las 5 integrantes del grupo.

El instrumento se realizó utilizando la estructura del check list para hacer más dinámico el procesamiento de las variables logrando así la unificación de criterios y la rápida recolección de datos. Cada integrante del grupo aplicó el instrumento elaborado previamente a los informes finales seleccionados por el equipo docente de la cátedra de Administración, luego se agruparon en su totalidad los datos obtenidos para ser tabulados, graficados y analizados.

Plan de tabulación de datos:

Los datos relevados se presentaron con medidas de resumen de estadística descriptiva: frecuencia absoluta, relativa, porcentaje. Para la realización de los hallazgos estadísticos se utilizó el programa informático Excel.

Consideraciones éticas:

Se mantendrá el anonimato del servicio y de los autores de los informes de gestión.

RESULTADOS

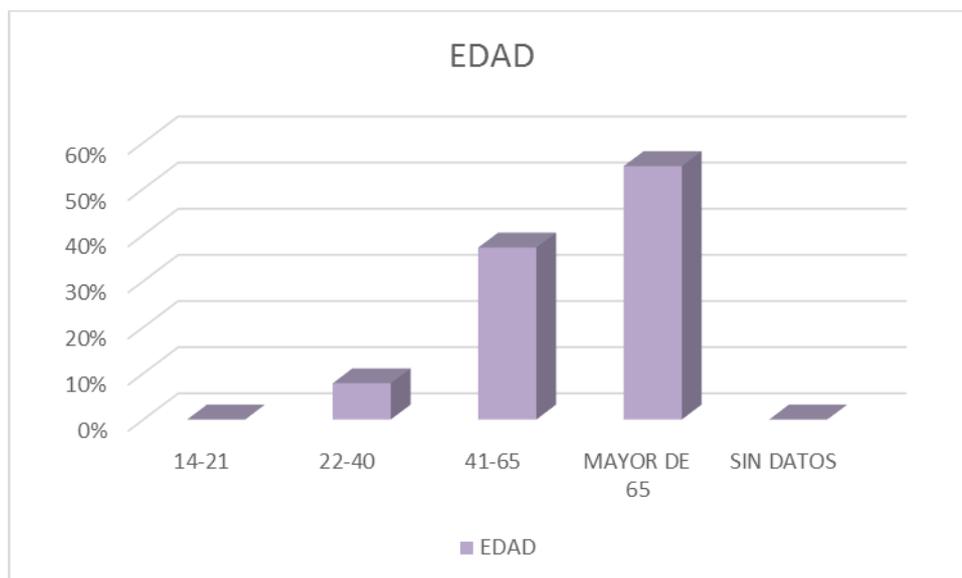
La recolección de datos se realizó en base a 129 informes de gestión realizados en los años 2014 y 2015, brindados por la cátedra de administración, de los cuales 14 fueron excluidos por directiva docentes ya que son pertenecientes a la especialidad de gineco - obstetricia, 13 no se procesaron debido a que no contaban con las variables que se busca cuantificar en el trabajo de investigación.

La muestra estudiada, un total de 102 informes se caracteriza por ser mayoritariamente masculina, representada por un 58,82% de los informes.



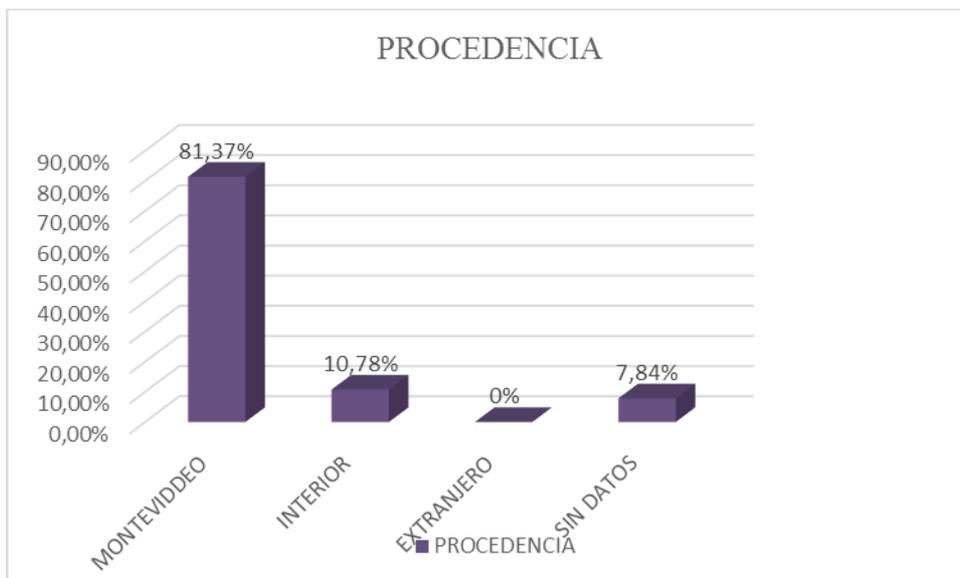
Distribución por sexo de los informes finales realizados por internos de enfermería entre los años 2014 y 2015 en un servicio hospitalario.

La franja etaria predominante es de adultos mayores 54.90%.



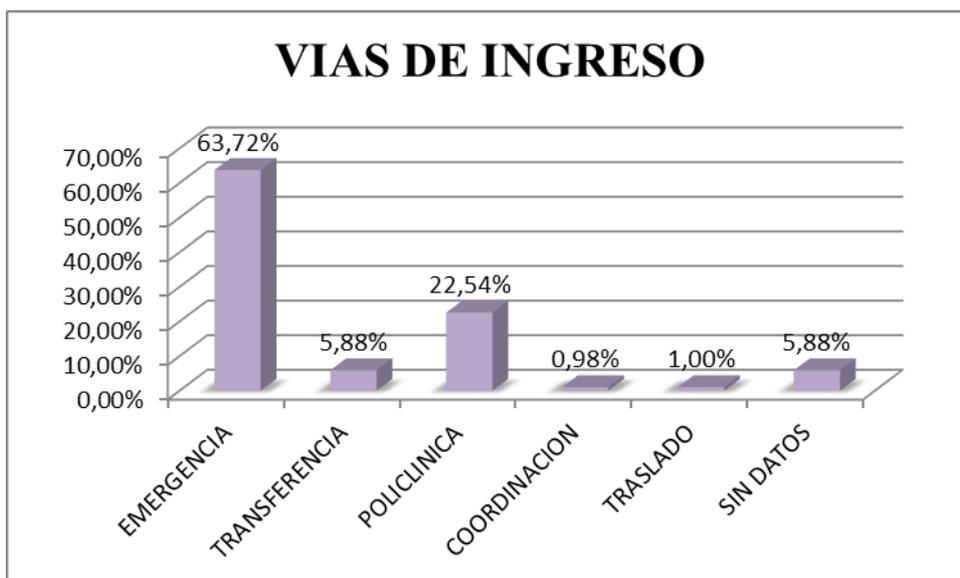
Distribución por edad de los informes finales realizados por internos de enfermería entre los años 2014 y 2015 en un servicio hospitalario.

Procedentes de Montevideo un 81.37%.



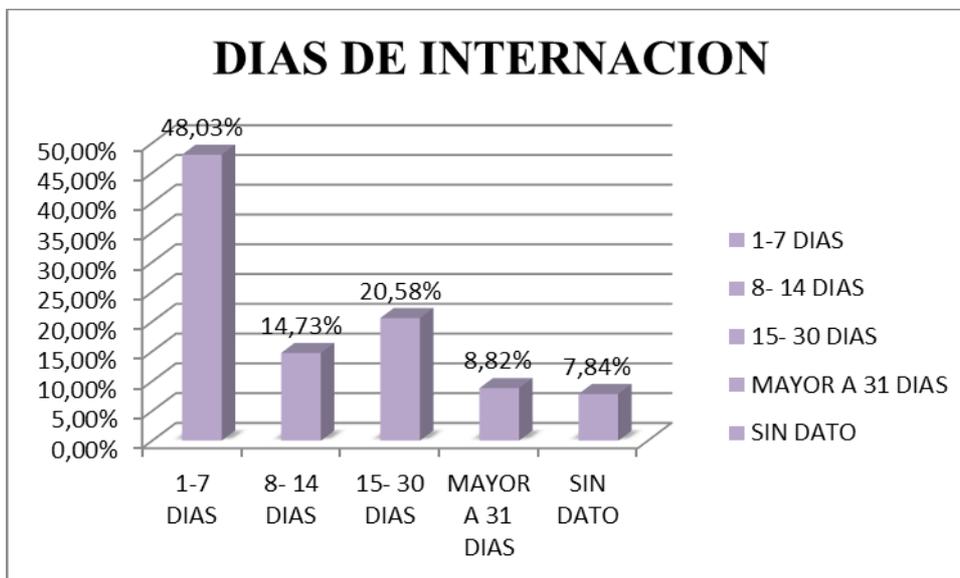
Distribución según procedencia de los informes finales realizados por internos de enfermería entre los años 2014 y 2015 en un servicio hospitalario.

La predominante vía de ingreso de los usuarios ha sido por emergencia con un 63,72%.



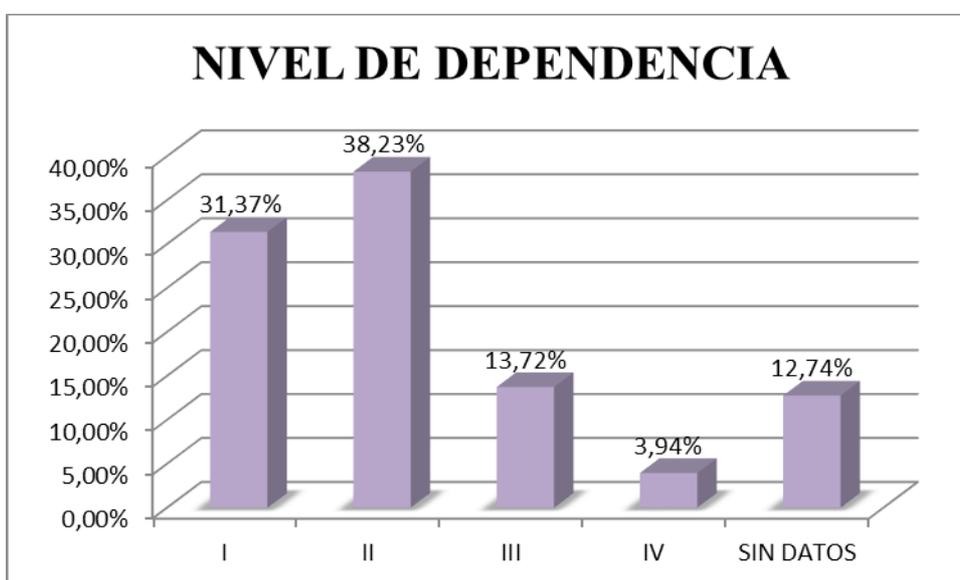
Distribución según vías de ingreso de los informes finales realizados por internos de enfermería entre los años 2014 y 2015 en un servicio hospitalario.

Un 48.03% permanece en los servicios de internación en un lapso de 1 a 7 días lo que convierte en una población dinámica, cambiante durante el tiempo de hospitalización.



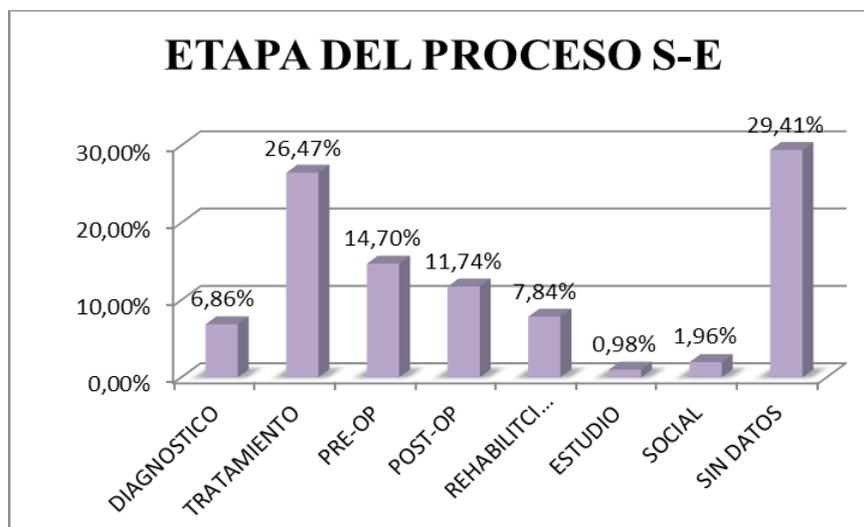
Distribución según días de internación de los informes finales realizados por internos de enfermería entre los años 2014 y 2015 en un servicio hospitalario.

En cuanto al nivel de dependencia se destaca que un 38.23% de informes predominaron los usuarios con nivel de dependencia II.



Distribución por nivel de dependencia de los informes finales realizados por internos de enfermería entre los años 2014 y 2015 en un servicio hospitalario.

En lo que respecta a la etapa del proceso salud enfermedad se denota que el 29.41% de los informes no contaban con esta variable, mientras que un 26.47% representa a informes con usuarios en etapa de tratamiento.



Distribución por etapas del proceso S-E de los informes finales realizados por internos de enfermería entre los años 2014 y 2015 en un servicio hospitalario.

Los diagnósticos médicos fueron clasificados por categorías, siendo los más afectados los siguientes: nefro-urinario, cardiovascular, y usuarios que requirieron intervención quirúrgica.

| DIAGNOSTICO MEDICO | FA |
|-------------------------|----|
| CARDIOVASCULARES | 14 |
| RESPIRATORIOS | 3 |
| NEFRO-URINARIO | 20 |
| DIGESTIVOS | 6 |
| TOXICOS | 0 |
| INMUNOLOGICO/METABOLICO | 0 |
| NEOPLASICOS | 8 |
| QUIRURGICOS | 10 |
| NEUROLOGICOS | 7 |
| OTROS | 29 |
| SIN DATOS | 3 |

Con respecto a los antecedentes personales, los cardiovasculares y las adicciones resultaron ser los más prevalentes.

| ANTECEDENTES | FA |
|------------------|----|
| CARDIOVASCULARES | 57 |
| RESPIRATORIOS | 0 |
| DIGESTIVOS | 0 |
| TOXICOS | 22 |
| INMUNOLOGICOS | 2 |
| NEOPLASICOS | 0 |
| QUIRURGICOS | 0 |
| NEUROLOGICOS | 0 |
| OTROS | 2 |
| SIN DATOS | 10 |

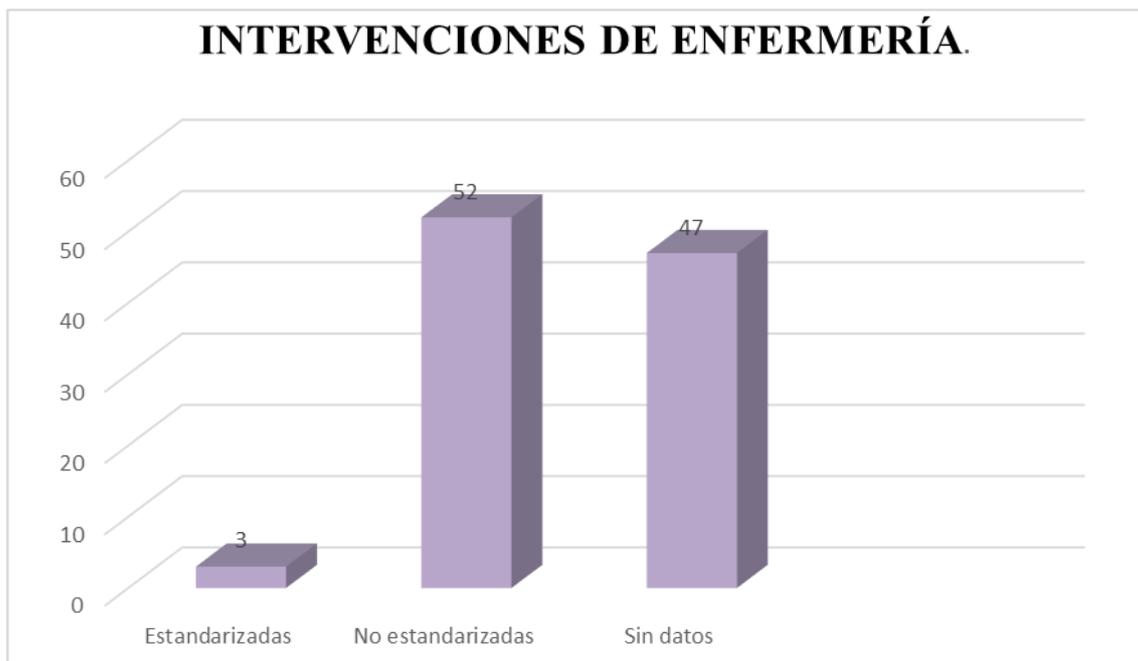
Distribución según antecedentes médicos de los informes finales realizados por internos de enfermería entre los años 2014 y 2015 en un servicio hospitalario.

Los diagnósticos de enfermería más utilizados por los internos fueron:

- Riesgo de infección (0004)
- Deterioro de la integridad cutánea (00046)
- Dolor agudo (000132)
- Deterioro de la movilidad física (00085)
- Riesgo de caídas (00155)
- Riesgo de nivel glicemia inestable (00179)
- Riesgo de sangrado (00206)
- Patrón respiratorio ineficaz (00032)
- Ansiedad (00146)
- Déficit de autocuidado (00102)
- Deterioro de la eliminación urinaria (00016)
- Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades (00002)
- Deterioro de patrón del sueño (00198)
- Riesgo de aspiración (00039)
- Gestión ineficaz de la propia salud (00078)
- Déficit de volumen de líquidos (00027)
- Deterioro del intercambio gaseoso (00030)
- Desequilibrio nutricional : ingesta superior a las necesidades (00001)
- Intolerancia a la actividad (00092)
- Diarrea (00003)
- Estreñimiento (00011)
- Trastorno de la percepción sensorial (00122)
- Déficit de actividades recreativas (00097)
- Dolor crónico (00133)
- Trastorno de la imagen corporal (00118)
- Termorregulación ineficaz (00008)
- Exceso de volumen de líquidos (00027)

Con respecto a las NIC, en la mayoría de los informes, no se encontraron estandarizados de acuerdo a la nomenclatura NANDA, sí se encontró aplicado el proceso administrativo, se utilizó un pensamiento metodológico y se aplicaron planes de cuidado generales dirigido a la población usuaria. Se detallan a continuación las intervenciones más utilizadas por los internos: Lavado de manos, control de signos vitales, administración de medicación, curación de heridas, registro de historia clínica, Higiene y confort de usuarios.

| INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | FA | FR% |
|-------------------------------------|-----------|------------|
| Estandarizadas | 3 | 3 |
| No estandarizadas | 52 | 51 |
| Sin datos | 47 | 46 |
| Total | 102 | 100 |



Distribución por intervenciones de enfermería de los informes finales realizados por internos de enfermería entre los años 2014 y 2015 en un servicio hospitalario.

En cuanto a las NOC, solo en 3 informes de los analizados se registraron.

(Tablas y graficas ver Anexo 1).

DISCUSIÓN

De los 129 informes por directiva docente, 14 fueron excluidos por pertenecer a la especialidad gineco-obstetricia y 13 no fueron procesados por no contar con las variables que buscamos cuantificar en la investigación.

Al analizar los informes encontramos que algunos internos registraban la cantidad de usuarios diarios y otros registraban el número de personas atendidas. Se observan entonces diferentes criterios aplicados por los estudiantes. Al encontrar esta discordancia, el grupo de investigadores utilizó el número total de informes (102) y no el número de usuarios atendidos por los internos.

Solo 3 informes de los 102 contaban con el proceso de atención de enfermería con las etapas: NIC y NOC, utilizadas por la nomenclatura NANDA. Sin embargo se hallaron intervenciones de enfermería realizadas por los internos de forma no estandarizada.

Es oportuno considerar en este análisis que los informes presentados por los internos son una síntesis parcial de la gestión realizada durante la experiencia práctica. Los registros del PAE se presentaron al docente responsable en el momento de la experiencia clínica y son evaluados en esa instancia.

Los diagnósticos de enfermería encontrados fueron estandarizados y clasificados en su gran mayoría de acuerdo a la NANDA mientras que un pequeño porcentaje de los mismos no se encuentran descritos en este formato.

Los diagnósticos prevalentes de los informes de gestión estudiados, se registraron mediante de la clasificación NANDA con la etiqueta de diagnósticos enfermeros de riesgo. Esto quiere decir que se está ante una población vulnerable en la que no es posible visualizar con evidencias las alteraciones existentes, así como las intervenciones específicas a desarrollar.

Con respecto a las NOC, como se detalló anteriormente en los resultados, solamente 3 informes de los 102 analizados, contaban con ellas.

Sobre las NIC, no se encontraban estandarizadas por la NANDA. No obstante, se detallaban cuidados de enfermería con lenguaje convencional. Éstas se plantearon de manera general y no determinaron acciones específicas para cada diagnóstico.

Cabe destacar que las intervenciones planteadas si se encuentran detalladas a modo de cuidados enfermeros en el desarrollo de la práctica diaria, es decir aquellas acciones que el personal de enfermería debe de realizar en su quehacer diario, las cuales forman parte del cuidado integral del usuario. Esto es producto de que al interno de enfermería se le

exige utilizar un pensamiento crítico, con fundamento metodológico, para la resolución de los problemas derivados de la gestión del cuidado.

Sin embargo, existe una contradicción entre lo que es la aplicación de la nomenclatura NANDA a nivel académico con la realidad que enfrenta el futuro Licenciado en su inserción al área laboral. Esto también podría explicar el hecho de no emplear la nomenclatura estandarizada.

Se destaca que en la totalidad de los informes procesados se utilizó la teoría Virginia Henderson, lo que relacionamos con la elaboración de las diferentes Historias Clínicas Electrónicas a nivel Internacional las cuales son elaboradas mayoritariamente a partir de dicha teoría.

Los internos realizaron una adecuada valoración de los usuarios.

Se puede establecer que la gestión del cuidado requiere la unificación del método del PAE en su aplicación y registro, de manera de poder evaluar la calidad de la producción del servicio de enfermería. Si bien se registran acciones o intervenciones y se realizan evaluaciones parciales, no se puede realizar una evaluación con parámetros comunes. Cabe preguntarse porque los estudiantes al finalizar la carrera no tienen incorporados estos aspectos específicos del rol profesional. Esta interrogante podría ser materia de una nueva investigación.

CONCLUSIÓN

En cuanto a los objetivos planteados se puede concluir que:

Se obtuvo la caracterización de la población asistida, aunque los informes no contenían la totalidad de las variables establecidas en el instrumento diseñado.

Se encontraron discordancias en los criterios utilizados por los internos para dimensionar la población asistida, por lo tanto, se procesaron las variables de acuerdo al número de informes y no al número de usuarios.

Se logró conocer el contenido de los registros empleados por los internos, por ello podemos concluir en que, aplicaron el proceso de atención de enfermería en la mayoría de los casos de forma no estandarizada.

Se cumple con el proceso administrativo.

Se identificaron los diagnósticos más frecuentes los cuales se encontraron estandarizados bajo la nomenclatura NANDA.

Como conclusión final se puede afirmar que se cumplieron con los objetivos planteados, se realizó una exhaustiva revisión de los informes de internado que nos permitió conocer que la implementación del proceso de atención de enfermería se realiza de forma completa pero sin un lenguaje unificado, salvo en la fase diagnóstica.

Estos resultados no permiten aportar un conjunto de datos mínimos que pueden ser de referencia en la implementación de la Historia Clínica Electrónica Nacional, en un futuro próximo.

Se propone que este estudio sirva como punto de partida para posteriores investigaciones, de esta manera de seguir conociendo la evolución del proceso de atención de enfermería, la calidad de los registros y la medición de la calidad de las prestaciones proporcionadas por estudiantes y profesionales de Enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

Botta M. Tesis, monografías e informes: nuevas normas y técnicas de investigación y redacción Buenos Aires: Biblos; 2002.

Hernández de Canales F, Alvarado de EL, Pineda E. Metodología de la investigación: manual para el desarrollo de personal de salud. México: OPS; 1986.

Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 4a. ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2006.

Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 6a. ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2006.

ANEXOS

ANEXO 1: Gráficas y tablas de recolección de datos.

Tabla 1- Distribución por sexo de los informes finales realizados por internos de enfermería entre los años 2014 y 2015 en un servicio hospitalario.

| SEXO | FA | FR% |
|-----------|-----|--------|
| MASCULINO | 60 | 58.82% |
| FEMENINO | 39 | 38.23% |
| SIN DATOS | 3 | 2.95% |
| TOTAL | 102 | 100 |

GRAFICA N° 1 Distribución por sexo de los informes finales realizados por internos de enfermería entre los años 2014 y 2015 en un servicio hospitalario.



TABLA N°2 Distribución por edad de los informes finales realizados por internos de enfermería entre los años 2014 y 2015 en un servicio hospitalario.

| EDAD | FA | FR% |
|-----------|-----|--------|
| 14-21 | 0 | 0% |
| 22-40 | 8 | 7.84% |
| 41-65 | 38 | 37.25% |
| MAYOR 65 | 56 | 54.90% |
| SIN DATOS | 0 | 0% |
| TOTAL | 102 | 100% |

GRAFICA N° 2 Distribución por edad de los informes finales realizados por internos de enfermería entre los años 2014 y 2015 en un servicio hospitalario.

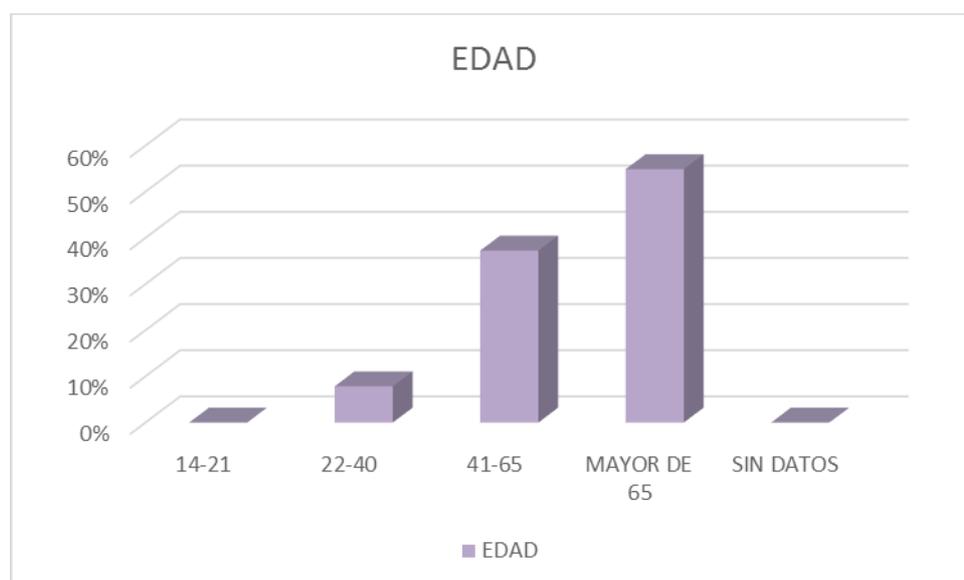


TABLA N°3 Distribución según procedencia de los informes finales realizados por internos de enfermería entre los años 2014 y 2015 en un servicio hospitalario.

| PROCEDENCIA | FA | FR |
|-------------|-----|--------|
| MONTEVIDEO | 83 | 81.37% |
| INTERIOR | 11 | 10.78% |
| EXTRANJEROS | 0 | 0 |
| SIN DATOS | 8 | 7.84% |
| TOTAL | 102 | 100% |

GRAFICA N° 3 Distribución según procedencia de los informes finales realizados por internos de enfermería entre los años 2014 y 2015 en un servicio hospitalario.

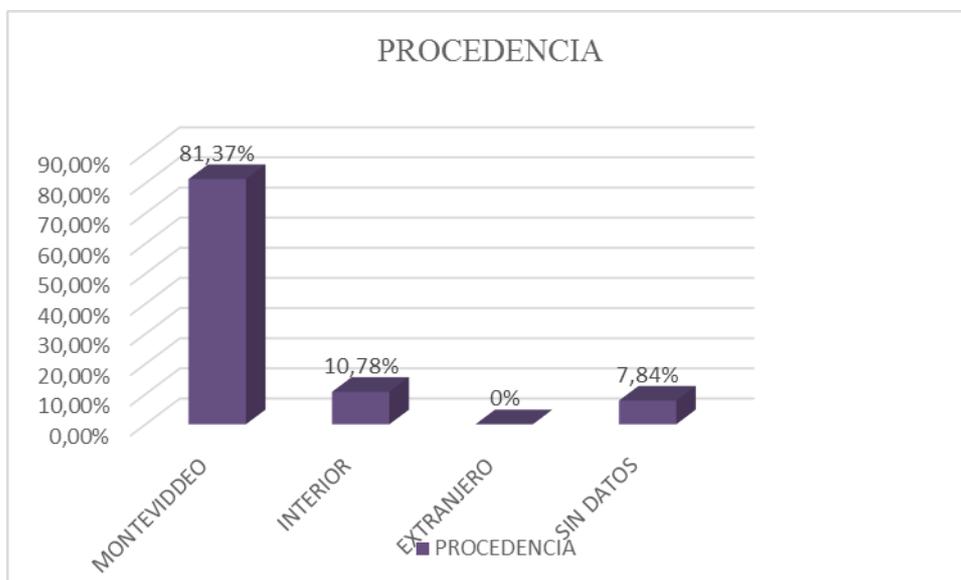


TABLA N°4 Distribución según procedencia de los informes finales realizados por internos de enfermería entre los años 2014 y 2015 en un servicio hospitalario.

| VIAS DE INGRESO | FA | FR% |
|------------------------|-----------|------------|
| EMERGENCIA | 65 | 63.72% |
| TRANSFERENCIA | 6 | 5.88% |
| POLICLINICA | 23 | 22.54% |
| COORDINACION | 1 | 0.98% |
| TRASLADO | 1 | 1.00% |
| SIN DATOS | 6 | 5.88% |
| TOTAL | 102 | 100% |

TABLA N°4 Distribución según vías de ingreso de los informes finales realizados por internos de enfermería entre los años 2014 y 2015 en un servicio hospitalario.

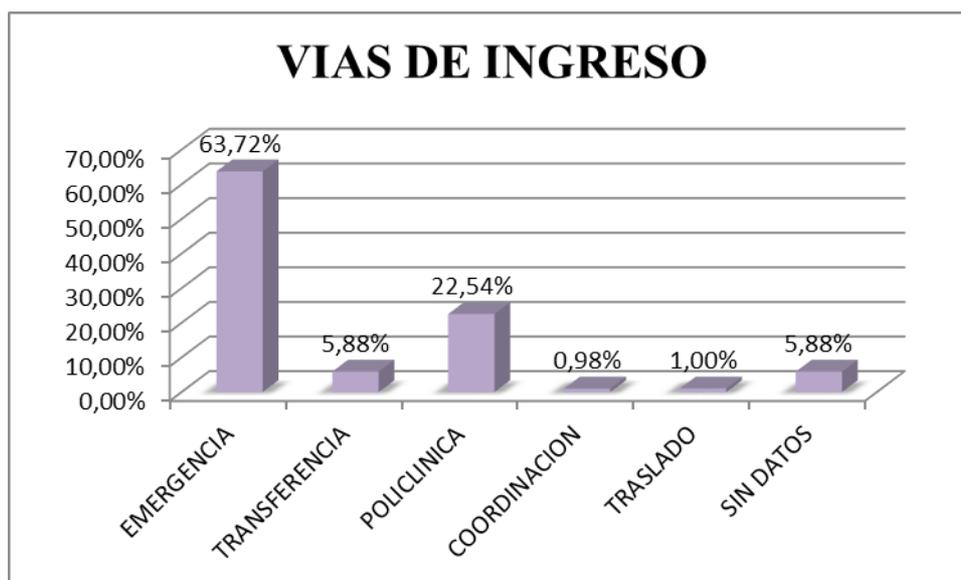


TABLA N°5 Distribución según días de internación de los informes finales realizados por internos de enfermería entre los años 2014 y 2015 en un servicio hospitalario.

| DIAS DE INTERNACION | FA | FR |
|----------------------------|-----------|-----------|
| 1 - 7 | 49 | 48.03% |
| 8 – 14 | 15 | 14,73% |
| 15-30 | 21 | 20.58% |
| MAYOR A 31 | 9 | 8.82% |
| SIN DATO | 8 | 7.84% |
| TOTAL | 102 | 100% |

GRAFICO N° 5 Distribución según días de internación de los informes finales realizados por internos de enfermería entre los años 2014 y 2015 en un servicio hospitalario.

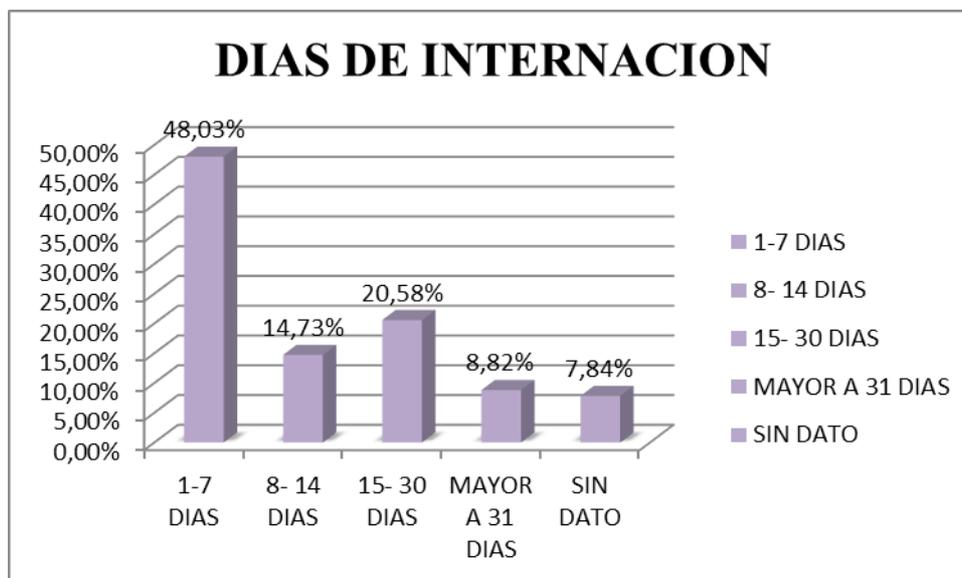


TABLA N°6 Distribución por nivel de dependencia de los informes finales realizados por internos de enfermería entre los años 2014 y 2015 en un servicio hospitalario.

| NIVEL DE DEPENDENCIA | FA | FR |
|-----------------------------|-----------|-----------|
| I | 32 | 31.37% |
| II | 39 | 38.23% |

| | | |
|-----------|-----|--------|
| III | 14 | 13.72% |
| IV | 4 | 3.94% |
| SIN DATOS | 13 | 12.74% |
| TOTAL | 102 | 100% |

GRAFICO N° 6 Distribución por nivel de dependencia de los informes finales realizados por internos de enfermería entre los años 2014 y 2015 en un servicio hospitalario.

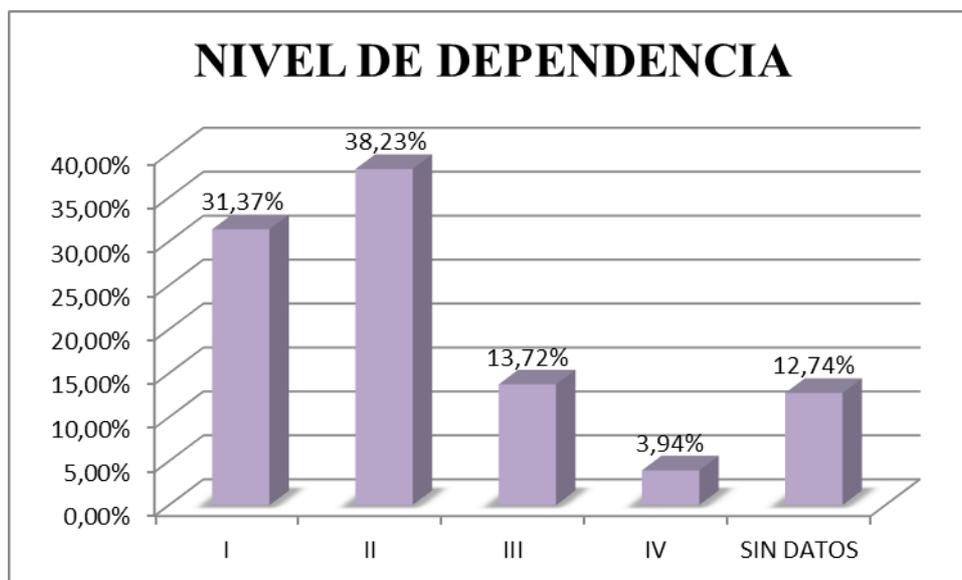


TABLA N°7 Distribución por etapas del proceso S-E de los informes finales realizados por internos de enfermería entre los años 2014 y 2015 en un servicio hospitalario.

| ETAPA DEL PROCESO | FA | FR% |
|-------------------|----|--------|
| DIAGNOSTICO | 7 | 6.86% |
| TRATAMIENTO | 27 | 26.47% |
| PRE-OP | 15 | 14.70% |
| POST-OP | 12 | 11.74% |

| | | |
|----------------|-----|--------|
| REHABILITACION | 8 | 7.84% |
| ESTUDIO | 1 | 0.98% |
| SOCIAL | 2 | 1.96% |
| SIN DATOS | 30 | 29.41% |
| TOTAL | 102 | 100% |

GRAFICO N°7 Distribución por etapas del proceso S-E de los informes finales realizados por internos de enfermería entre los años 2014 y 2015 en un servicio hospitalario.

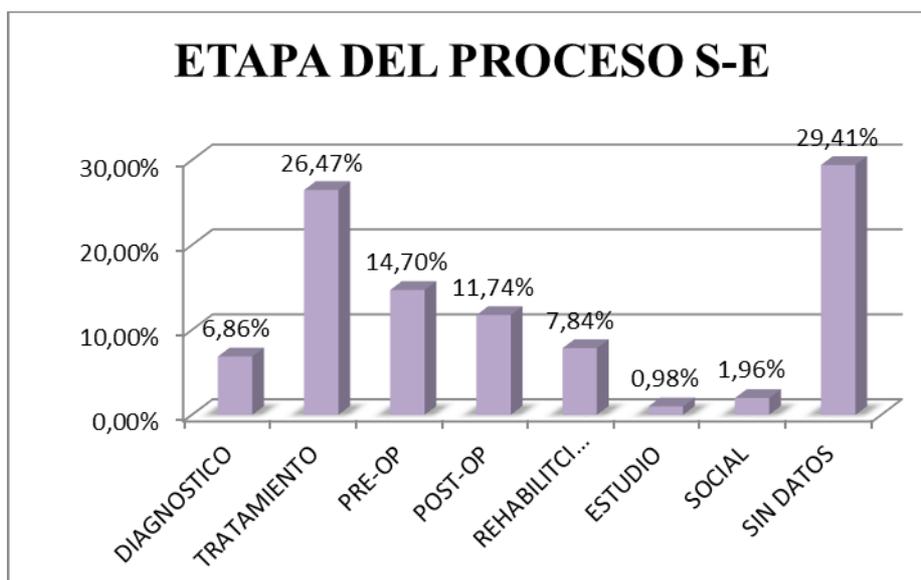


TABLA N°8 Distribución por diagnostico medico de los informes finales realizados por internos de enfermería entre los años 2014 y 2015 en un servicio hospitalario.

| DIAGNOSTICO MEDICO | FA |
|-------------------------|----|
| CARDIOVASCULARES | 14 |
| RESPIRATORIOS | 3 |
| NEFRO-URINARIO | 20 |
| DIGESTIVOS | 6 |
| TOXICOS | 0 |
| INMUNOLOGICO/METABOLICO | 0 |
| NEOPLASICOS | 8 |
| QUIRURGICOS | 10 |
| NEUROLOGICOS | 7 |

| | |
|-----------|----|
| OTROS | 29 |
| SIN DATOS | 3 |

TABLA N°9 Distribución según antecedentes médicos de los informes finales realizados por internos de enfermería entre los años 2014 y 2015 en un servicio hospitalario.

| ANTECEDENTES | FA |
|------------------|----|
| CARDIOVASCULARES | 57 |
| RESPIRATORIOS | 0 |
| DIGESTIVOS | 0 |
| TOXICOS | 22 |
| INMUNOLOGICOS | 2 |
| NEOPLASICOS | 0 |
| QUIRURGICOS | 0 |
| NEUROLOGICOS | 0 |
| OTROS | 2 |
| SIN DATOS | 10 |

TABLA N°10 Distribución según diagnósticos de enfermería de los informes finales realizados por internos de enfermería entre los años 2014 y 2015 en un servicio hospitalario.

| DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA | FA |
|--|----|
| RIESGO DE INFECCION (0004) | 78 |
| DETERIORO DE LA INTEGIRDAD CUTANEA (00046) | 74 |
| DOLOR AGUDO (000132) | 73 |
| DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA (00085) | 69 |
| RIESGO DE CAIDAS (00155) | 53 |
| RIESGO DE NIVEL GLICEMIA INESTABLE (00179) | 47 |
| RIESGO DE SANGRADO (00206) | 44 |
| PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ (00032) | 43 |
| ANSIEDAD (00146) | 43 |
| DEFICIT DE AUTOCUIDADO (00102) | 36 |

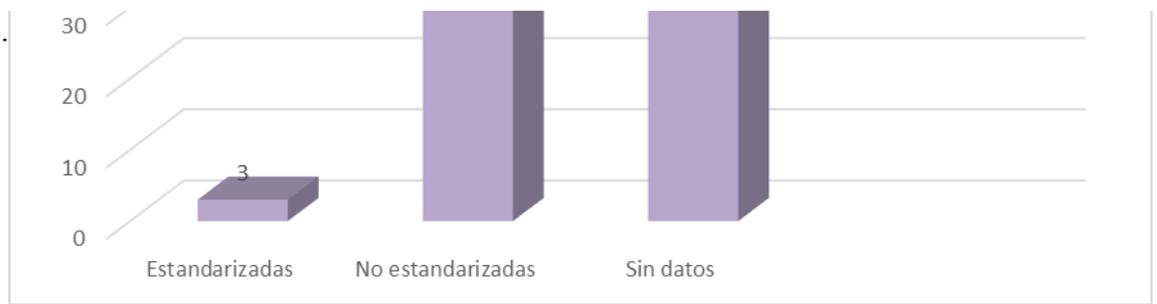
| | |
|---|----|
| DETERIORO DE LA ELIMINACION URINARIA (00016) | 35 |
| DESIQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA INFERIOR A LAS NECESIDADES (00002) | 29 |
| DETERIORO DE PATRON DEL SUEÑO (00198) | 18 |
| RIESGO DE ASPIRACION (00039) | 18 |
| GESTION INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD (00078) | 17 |
| DEFICIT DE VOLUMEN DE LIQUIDOS (00027) | 16 |
| DETERIORO DEL INTERCAMBIO GASESOSO (00030) | 15 |
| DESIQUILIBRIO NUTRICIONAL : INGESTA SUP A LAS NECESIDADES (00001) | 14 |
| INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD (00092) | 14 |
| DIARREA (00003) | 13 |
| ESTREÑIMIENTO (00011) | 13 |
| TRASTORNO DE LA PERCEPCION SENSORIAL (00122) | 12 |
| DEFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS (00097) | 12 |
| DOLOR CRONICO (00133) | 10 |
| TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL (00118) | 10 |
| TERMORREGULACION INEFICAZ (00008) | 10 |
| EXCESO DE VOLUMEN DE LIQUIDOS (00027) | 10 |

GRAFICO N° 11 Distribución de los informes finales según las intervenciones de enfermería realizados por internos entre los años 2014 y 2015 en un servicio hospitalario.

| INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | FA | FR% |
|------------------------------|-----|-----|
| Estandarizadas | 3 | 3 |
| No estandarizadas | 52 | 51 |
| Sin datos | 47 | 46 |
| Total | 102 | 100 |

GRAFICO N°11 Distribución por intervenciones de enfermería de los informes finales realizados por internos de enfermería entre los años 2014 y 2015 en un servicio

hospitalario.



ANEXO 2: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

| VARIABLE | N° DE INFORME | | | | | | | | | | | |
|----------------|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| SEXO | | | | | | | | | | | | |
| F | | | | | | | | | | | | |
| M | | | | | | | | | | | | |
| EDAD | | | | | | | | | | | | |
| 14- 21 | | | | | | | | | | | | |
| 22- 40 | | | | | | | | | | | | |
| 41-65 | | | | | | | | | | | | |
| >65 | | | | | | | | | | | | |
| PROCEDENCIA | | | | | | | | | | | | |
| Montevideo | | | | | | | | | | | | |
| Interior | | | | | | | | | | | | |
| Extranjero | | | | | | | | | | | | |
| VIA DE INGRESO | | | | | | | | | | | | |
| Emergencia | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1609 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1802 Conocimiento: dieta. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad.(*) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1808 Conocimiento: medicación. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1813 Conocimiento: régimen terapéutico. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2120 Manejo de la hiperglucemia. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2130 Manejo de la hipoglucemia. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2300 Administración de medicación. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2380 Manejo medicación(**) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4360 Modificación de la conducta. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4490 Ayuda para dejar de fumar. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DOMINIO 2 Nutrición | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00103 Deterioro de la deglución | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1010 Estado de deglución. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1918 Prevención de la aspiración. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1860Terapia de deglución. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3200 Precauciones para evitar la aspiración. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0303 Autocuidados: comer. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1004 Estado nutricional. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1006 Peso: masa corporal. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1014 Apetito. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1626 Conducta de aumento de peso. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1100 Manejo de la nutrición. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1120 Terapia nutricional. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1240 Ayuda para ganar peso. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00001 Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1004 Estado nutricional. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1009 Estado nutricional: ingestión de Nutrientes. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1627 Conducta de pérdida de peso. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0200 Fomento del ejercicio | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1100 Manejo de la nutrición. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1280 Ayuda para disminuir el peso. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4360 Modificación de la conducta. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 0912 Estado neurológico: consciencia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4760 Entrenamiento de la memoria | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5820 Disminución de la ansiedad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7140 Apoyo a la familia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00128 Confusión aguda | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0901 Orientación cognitiva | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0912 Estado neurológico: consciencia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1403 Autocontrol del pensamiento distorsionado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4820 Orientación de la realidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6450 Manejo de ideas ilusorias | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DOMINIO 6 Auto percepción | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00118 Trastorno de la imagen corporal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1200 Imagen corporal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1205 Autoestima | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1305 Modificación psicosocial: cambio de vida | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1308 Adaptación a la discapacidad física | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4500 Prevención del consumo de sustancias nocivas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5100 Potenciación de la socialización | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5220 Potenciación de la imagen corporal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5230 Aumentar el afrontamiento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5246 Asesoramiento nutricional | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5380 Potenciación de la seguridad. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5400 Potenciación de la autoestima | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DOMINIO 7 Rol/ relaciones | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00061 Cansancio del rol de cuidador | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1205 Autoestima. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1501 Ejecución del rol | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2202 Preparación del cuidador familiar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2203 Alteración del estilo de vida del cuidador principal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2204 Relación entre el cuidador principal y el paciente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2205 Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2206 Rendimiento del cuidador principal: cuidados indirectos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2208 Factores estresantes del cuidador | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ANEXO 3: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

| ACTIVIDADES | 16-31 ENE 2016 | 1-15 ABRIL 2016 | 1-15 MAYO 2016 | 16-31 MAYO 2016 | 1-15 JUNIO 2016 | 1-15 AGOSTO 2016 | 16-31 AGOSTO 2016 | 1-15 SEPT 2016 | 16-31 SEPT 2016 |
|--|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------|----------------------|-----------------------|
| ELECCIÓN DEL TEMA | | | | | | | | | |
| TUTORIAS | 16/1 | | | 18/5 | 4/6 | 8/8 | | 22/9 | |
| REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA | | | | | | | | | |
| FORMULACION DE LA PREGUNTA PROBLEMA | | | | | | | | | |
| ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACION | | | | | | | | | |
| APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| RECOLECCION DE DATOS | | | | | | | | | |
| PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LOS DATOS | | | | | | | | | |
| PREPARACIÓN DEL INFORME FINAL | | | | | | | | | |