



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**EFICACIA DEL REGISTRO ELECTRONICO DEL PROCESO DE ATENCION
DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA**

**Trabajo Académico para optar el Título de Especialista en Enfermería en
Cuidados Intensivos**

Investigadoras:

Lic. Elizabeth Cecilia Refulio Zevallos
Lic. Verónica Margot Carmona Flores
Lic. Teresa del Rocio Contreras Salazar

Asesora

Mg. Doris Violeta Velásquez Carranza

Lima-Perú

2018

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la eficacia del registro de electrónico del proceso de atención de enfermería en el área de cuidados intensivos del Hospital Cayetano Heredia de setiembre 2008 hasta setiembre 2010. **DISEÑO METODOLOGICO:** El tipo de estudio es de diseño prospectivo, cuasi experimental y longitudinal.

La población estará conformada por las enfermeras que laboran en las unidades de cuidados intensivos siendo un total de 33 enfermeras.

Se utilizara como técnica la observación y el sistema de experto de enfermería SIEXEN. Y como instrumento de recolección de datos se utilizara la encuesta para evaluar el grado de conocimientos básicos de las enfermeras del Hospital Cayetano Heredia sobre informática y el uso de los diagnósticos según NANDA, NIC, NOC. El resultado de la encuesta guiara el siguiente paso del estudio: capacitación de la población de estudio o implementación de SIEXEN. Para la recolección de datos se solicitara permiso a la institución.

La escala de evaluación del instrumento fue la prueba binomial: validez de contenido, validez de constructo y validez de criterio.

PALABRAS CLAVES: Registro Electrónico, Proceso de Atención de Enfermería.

INDICE

Resumen	
Introducción	1
CAPITULO I: EL PROBLEMA	
1.1. Planteamiento del problema	3
1.2. Formulación del problema	7
1.3. Justificación	7
1.4. Objetivos	9
1.5. Propósito	10
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
II.1. Antecedentes	12
II.2. Base Teórica	17
II.3. Hipótesis	26
II.4. Variable	26
II.5. Operacionalización de variables	27
II.6. Definición operacional de términos	28
CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	
III.1. Tipo y área de estudio	29
III.2. Población	29
III.3. Métodos y Técnicas de Recolección de datos	30
III.4. Aspectos éticos y Administrativos	38
III.5. Proceso de recolección de datos	38
III.6. Proceso de tabulación de datos	39
III.7. Validez	39
Cronograma de actividades	
Presupuesto	
Referencia bibliográficas	
Anexos	

INTRODUCCIÓN

La atención de los pacientes críticos impone demandas excepcionales a las profesionales en enfermería, para la toma de decisiones se debe almacenar, procesar y utilizar una gran cantidad de datos. El enorme crecimiento de la cantidad de información médica, la demanda de atención efectiva en relación con el costo y la necesidad de documentar y justificar porque se toman las decisiones clínicas han impuesto una gran carga sobre el equipo de salud. La concentración en el tratamiento de los pacientes críticos ha tomado en extremo importante la adquisición y el uso correcto de datos.

Uno de los registros fundamentales de la profesional de enfermería es el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), definido como el método científico que posibilita al enfermero realizar planes de cuidados en forma directa e individualizada, de manera racional, lógica y sistemática.

La valoración de enfermería es el primer paso para la planificación de cuidados. Es el recojo de datos objetivos y subjetivos y su registro es de capital importancia para formular el diagnóstico y planificar las intervenciones de la enfermera, así como para asegurar la continuidad de los cuidados. Por otro lado, la complejidad de los cuidados de enfermería hace patente la necesidad de una comunicación fluida entre los profesionales, con una documentación fiable que recoja en el menor tiempo los datos que permitan una atención al paciente durante las 24 horas.

Los registros de enfermería:

- Facilitan la comunicación entre los profesionales del cuidado de la salud del paciente
- Pueden usarse para la evaluación, la investigación y con propósitos legales,
- Proporcionan documentación sobre los cuidados de salud necesarios que más tarde puede usarse para cuantificar su costo
- Son una herramienta que ayuda a la comunicación con la familia de los pacientes.
- Son una herramienta para cuantificar el nivel de dependencia de los pacientes en las primeras horas de su ingreso en la unidad.

Cuando se hace un registro siempre nos cuestionamos su eficacia, si realmente es válido para el objetivo que pretendemos. Por ello nos proponemos a investigar sobre ¿CUAL ES LA EFICACIA DEL REGISTRO ELECTRONICO DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN EL AREA DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA?.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

I.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las anotaciones de enfermería son variadas, complejas y consumen tiempo. Estudios realizados reflejan que las enfermeras pasan entre 35 y 140 minutos escribiendo, por turno.

Las computadoras constituyen la herramienta tecnológica más poderosa que ha transformado rápidamente la profesión de enfermería en el nuevo siglo. Hoy y mañana la informática será esencial para todos los escenarios donde se desempeñe la actividad de enfermería.

Los sistemas de información de salud son las bases de datos para añadir diversos tipos de información del paciente, desde su registro, con datos de carácter personal, número de historia clínica, diagnósticos, exámenes auxiliares de diagnóstico, los cuales son de gran apoyo a las decisiones de los profesionales salud.

Actualmente, muchos de estos sistemas se están computadorizando, proporcionando un acceso más rápido a la información, requiriendo menos espacio para almacenar la documentación de los pacientes.

Sistemas de información, y los cambios causados por estos sistemas en Enfermería, es lo que provoca un replanteamiento de la práctica profesional del proceso de atención de enfermería, su gestión y la documentación.

El sistema de información también debe ser estructurado con los datos que permitan agilizar la toma de decisiones en enfermería, la

optimización de recursos humanos y materiales. La clasificación de los pacientes según el grado de dependencia del personal de enfermería, la distribución de los recursos para ayudar al desarrollo de diagnósticos de enfermería, la formulación y ejecución de planes de cuidados y la evaluación de los cuidados de enfermería son las acciones de gran importancia, que pueden ser subvencionados por la gestión de los programas de datos

En este contexto, la clasificación de los pacientes contribuye al proceso de trabajo del personal de enfermería, que ya han cumplido el formulario de forma manual, pero que puede tener un sistema computarizado programado para hacer la clasificación automática al introducir los datos. Sistemas de expertos puede ayudar a las enfermeras en la gestión de ese recurso de casación, para formar parte de un sistema de información hospitalaria.

La informatización y el uso de la red hacen que el servicio de enfermería sea más transparente en su gestión y la asistencia, optimizando el trabajo. La enfermera y el cliente gana en la calidad de enfermería, también, ganó tiempo y hace un salto hacia la mejora y la búsqueda usando los sistemas

El profesional de enfermería en el proceso de su formación adquiere competencias en las dimensiones técnicas y personal social para brindar atención integral al individuo, familia y comunidad incorporando herramientas técnicas, así como, valores personales que evidencien su compromiso de ayuda en la identificación de necesidades y/o problemas, ejecución y evaluación de un plan de cuidados.

Es así que la Ley del Trabajo del Enfermero N° 27669, en el artículo N°7 inciso (a), promulgada el 15 de febrero del año 2002, señala:

“Brindar cuidado integral de enfermería basado en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE)”.

Teniendo en cuenta el PAE que constituye una herramienta para brindar atención a la persona, como un método científico basado en el proceso de comunicación que nos permite satisfacer necesidades propias del proceso salud – enfermedad.

La organización del trabajo para la atención continua en los servicios hospitalarios se ha establecido en turnos, de manera que el paciente sea atendido por diferentes profesionales lo que hace imprescindible el uso de registros sobre los cuidados que brinda el personal de enfermería para resolver los problemas de naturaleza física y emocional de los pacientes, así como, el cumplimiento en la terapia y sus efectos en la evolución de la enfermedad. Es así como los registros son canales de comunicación entre los diferentes profesionales y facilitan la toma de decisiones en forma oportuna para contribuir a la atención continua. Siendo los registros un documento formal, legal de la evolución y tratamiento del paciente.

Las anotaciones de enfermería constituyen uno de los registros más importantes ya que aquí se plasman la planeación, ejecución y evaluación de los cuidados que brinda el personal de enfermería, por tanto, en estos registros se evidencian las competencias de la enfermera y la calidad de atención que se brinda al paciente en la institución.

“El registro que realiza el personal de enfermería sobre el paciente constituye un medio de comunicación”... “La documentación de enfermería continua evolucionando viéndose incrementada su importancia, además de ser documentos permanentes, de carácter legal

y escrito que comunican información relevante para el tratamiento y rehabilitación del paciente”.

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

El código de ética y deontología D.L. 22315 en el capítulo III La enfermera y el ejercicio profesional, en el artículo 27, señala que: “La enfermera (o) debe ser objetiva y veraz en sus informes, declaraciones, testimonios verbales o escritos relacionados con su desempeño profesional.”

En el contexto de lo expresado el registro constituye un medio de comunicación fundamental debido a que es forma esencial de las diversas fases del proceso de atención de enfermería que conlleva a la administración eficiente del cuidado del paciente. Por ello el registro es indispensable cuando se requiere de una comunicación estable y permanente sobre la información relativa al paciente para coordinar los cuidados.

Atendiendo la importancia que el registro tiene para la continuidad del cuidado del paciente, Kozier (1994) puntualiza lo siguiente: “El personal de enfermería al momento de realizar sus registros, debe considerar los criterios indispensables de la comunicación eficaz, estas son: la simplicidad, claridad, el momento y la pertinencia, la adaptación y la credibilidad”.

El Hospital Nacional Cayetano Heredia se caracteriza por ser el establecimiento de salud con afluencia de pacientes con múltiples patologías, en estados críticos, pacientes geriátricos, entre otros.

En general estos hechos revelan que el proceso de atención de enfermería requiere ser innovadas, a partir de la reflexión sobre sus competencias personales, así también en las condiciones organizacionales que ofrece la institución. En este escenario urge explorar cuestiones como: ¿Cuánta importancia se le otorga al contenido del proceso de atención de enfermería?, ¿estamos olvidando aspectos importantes del cuidado y solo practicamos lo rutinario?, ¿La práctica asistencial de enfermería se ve reflejada en el PAE?, ¿Cuál es el contenido del PAE?, ¿Por qué el profesional de enfermería no realiza correctamente el registro del PAE?, ¿Es la complejidad de la organización que dificulta su elaboración?, ¿Es la actitud del profesional de enfermería que limita su elaboración?

I.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿CUAL ES LA EFICACIA DEL REGISTRO ELECTRONICO DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN EL AREA DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA?

I.3. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio pretende aportar elementos importantes para beneficiar la práctica de enfermería y por ende el cuidado integral del paciente, el PAE permite conocer los procedimientos y actividades de

enfermería, así como la evolución clínica del paciente, verificando el cumplimiento de las necesidades de salud identificadas en el mismo.

El registro de la historia clínica en papel es un método que se está quedando obsoleto para gestionar la abundante información de los cuidados de la salud. Las Unidades de Cuidados Intensivos son los servicios hospitalarios que presentan más dificultades para manejar con eficacia la documentación clínica, en parte por la calidad de los documentos y gráficas (errores de transcripción, ilegibilidad, desorden) y fundamentalmente por la enorme cantidad de datos que generan los pacientes críticos. El registro de estos por el método tradicional consume mucho tiempo y no siempre están disponibles cuando son solicitados.

El formato electrónico del PAE que se propone es un sistema de bases de datos que permite a partir de las diferentes variables del programa obtener tablas y reportes condicionados con facilidad, rapidez, seguridad, precisión, estética, con un mínimo de errores y costo de operación, aumentando el tiempo de dedicación directa de las enfermeras a los pacientes, así como servir de apoyo a la investigación y la docencia.

Por otra parte se retoman y analizan los Software de enfermería ya existente, para adecuarlos, si es factible, a los nuevos requerimientos funcionales establecidos y se trabaja, específicamente en la elaboración de un formato electrónico del PAE, destinado al servicio de Unidad de Cuidados Intensivos, tomando en cuenta la nueva concepción de este nivel de atención; es indiscutible que el PAE constituye un valioso recurso para la continuidad de la atención al paciente, así también constituye una base de datos para investigaciones científicas que permitan generar nuevo conocimiento y como instrumento legal es una prueba de los derechos del paciente

Desde el punto de vista de avance y adquisición de conocimientos el estudio puede señalar orientaciones para que el personal de enfermería pueda operacionalizar en su área de trabajo, un registro efectivo sobre las observaciones y evaluación del paciente, proporcionando un mecanismo de atención constante y coordinado, así como el instrumento de comunicación entre los profesionales en enfermería y otros miembros del equipo de salud.

La información obtenida a través de esta experiencia servirá de evidencia científica y contribuirá como fuente de motivación para el gremio de enfermería, quienes se podrán interesar y motivar para continuar realizando investigaciones sobre el PAE, con el fin de establecer el cumplimiento del mismo de carácter obligatorio en instituciones públicas y/o privadas de los diferentes servicios que conforman los mismos, por ser un documento legal que amerita ser elaborado bajo ciertos requisitos, normas y objetivos precisos, que respalda las acciones y procedimientos ejecutados por el profesional de enfermería.

I.4. OBJETIVOS:

I.4.1. Objetivo General:

Determinar la eficacia del registro electrónico del proceso de atención de enfermería en el área de cuidados intensivos del Hospital Cayetano Heredia.

I.4.2. Objetivos específicos:

- I.4.2.1. Identificar el tiempo que le toma a la enfermera registrar manualmente el proceso de atención de enfermería en el área de cuidados intensivos del Hospital Cayetano Heredia.
- I.4.2.2. Identificar el tiempo que le toma a la enfermera registrar electrónicamente el proceso de atención de enfermería en el área de cuidados intensivos del Hospital Cayetano Heredia.
- I.4.2.3. Comparar el tiempo promedio que le toma a la enfermera registrar el proceso de atención de enfermería en el área de cuidados intensivos del Hospital Cayetano Heredia.
- I.4.2.4. Identificar la facilidad del uso del registro electrónico del proceso de atención de enfermería en el área de cuidados intensivos del Hospital Cayetano Heredia.

I.5. PROPÓSITO:

El propósito del seguimiento de este proyecto es dar a conocer los resultados de este estudio, siendo uno de sus objetivos permitir la reflexión ante la problemática planteada, con la finalidad de establecer en acción conjunta con los profesionales de enfermería los mecanismos pertinentes para lograr su solución, destacando la importancia que tiene la elaboración de registro del PAE en formato electrónico sobre los pacientes, así como también facilitar las condiciones organizacionales

para el trabajo de enfermería como el fortalecimiento técnico y actitudinal respecto a la importancia de su elaboración y uso.

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO

II.1. ANTECEDENTES:

Para el presente proyecto de investigación se revisaron estudios e información asociada al tema a investigar, mas no se evidenció trabajos similares al tema en investigación o tesis.

Los estudios revisados son:

Barcellos D. y colaboradora sostiene en su investigación titulado: Planeación de la atención de enfermería a pacientes con quemaduras mediante un software: aplicación a cuatro pacientes – 2002, cuya investigación se ha estructurado en el estudio de caso, cuya muestra estuvo constituida por 4 pacientes con quemaduras, ingresados en la Unidad de Quemados del Hospital Ribeirao Preto Sao Paulo - Brasil, cuyo objetivo fue evaluar el desempeño del programa (PROGQUEM) para planificar la asistencia de enfermería, buscando ver si este *software* permite la ejecución de todas las fases del proceso de enfermería, concluyó que para utilizar el programa PROGQUEM, la enfermera deberá dominar los pasos del proceso de enfermería, el diagnóstico de enfermería NANDA y sus componentes. Estar familiarizado con los pasos del proceso de enfermería, junto con el referencial teórico adoptado, es ahora una actividad clave para la enfermera de promover el pensamiento crítico en el desempeño de cuidados de enfermería a sus pacientes.

Ángel S. y colaboradores en su proyecto titulado. Importancia de la historia clínica electrónica integrada, global y accesible 2002, estudio prospectivo realizado en el Hospital Ramón y Cajal – Madrid España, cuyo objetivo principal fue destacar la importancia de disponer de una Historia Clínica Electrónica basada en las siguientes tres premisas: integrada, global y accesible, concluyendo que después de casi un año de funcionamiento en el Área de Urgencias de dicho Hospital, se ha demostrado sus grandes ventajas al poder disponer en el momento de una mayor información relativa al paciente, permitiendo un mayor conocimiento sobre su evolución y estando más estructurada y accesible, con el fin de beneficiar al paciente y dar un paso más para que éste sea el centro del Sistema Sanitario .

Sánchez M. y colaboradores, señalan en su libro titulado, El impacto de la historia clínica electrónica en la investigación y la docencia - España, en donde concluye que la Historia Clínica Electrónica ofrece numerosas ventajas frente a la historia en papel, en las fases de un estudio científico. Durante la recogida de datos permite disponer de datos clínicos de más calidad y precisos, en el menor tiempo posible, realizar fácilmente un seguimiento de cada paciente. También mejora las fases de diseño de un estudio, al facilitar la elaboración de protocolos en los ensayos clínicos, y en general, abre la posibilidad de plantearse nuevos interrogantes e identificar nuevos factores o variables relevantes.

Gurris L. y colaboradores, señalan en su investigación titulada: Informatización de una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos: Historia Clínica computarizada, realizado en el Hospital Infantil Sur, en la UCI Pediátrica – Cuba, concluye que el registro de la historia clínica en papel es un método que se está quedando anticuado para gestionar la

abundante información de los cuidados de la salud. Las UCI son los servicios que presentan más dificultades para manejar con eficacia la documentación clínica, en parte por la calidad de los documentos y gráficas (errores de transcripción, ilegibilidad, desorden) y fundamentalmente por la enorme cantidad de datos que generan los pacientes críticos. El registro de estos por el método tradicional consume mucho tiempo y no siempre están disponibles cuando son solicitados. Por lo tanto las Unidades de Cuidados Intensivos, son las que más datos de paciente generan y donde la toma de decisiones tiene que realizarse, en numerosas ocasiones, de una forma inmediata.

Serna A. y colaboradora, mencionan en su investigación titulado ventajas y desventajas de la historia clínica electrónica, realizado en Colombia – 2005, el objetivo principal fue realizar una revisión narrativa de la literatura actual, tanto nacional como internacional, sobre la implementación, evolución, ventajas y desventajas de la Historia Clínica Electrónica, concluyendo que la Historia Clínica convencional, como tal ha tenido dificultades en las Instituciones de Salud por ser un documento legal que a veces es ambiguo, no claro de leer, con riesgo de perder información contenida en ella por los aspectos inherentes al manejo del papel, el variado acceso de personal, forma y espacio de archivar; por lo que con la HCE se pretende que muchas de estas dificultades tiendan a desaparecer, mejorando la atención en salud, permitiendo detectar posibles deficiencias y proponer estrategias que favorezcan la optimización del servicio.

Wilches I., en su investigación titulado: Validación del formato proceso de atención de enfermería estandarizado en el área crítica de una

institución de salud, estudio descriptivo prospectivo transversal, aplicado a las enfermeras que laboraban en el área crítica de una institución de Salud de Barranquilla - Colombia, el objetivo fue desarrollar y validar el formato Proceso de Atención de Enfermería Estandarizado (PAE) en el área crítica de una institución de Salud de Barranquilla, con el fin de utilizarlo como un indicador de calidad de procesos, concluyendo que la implementación del PAE estandarizado permitió la reestructuración y adaptación de esta herramienta de trabajo a la epidemiología institucional y al Sistema de Salud. Las estrategias desarrolladas a través del comité de Procesos de Enfermería permitieron mejorar la práctica logrando rigor metodológico y científico.

González y colaboradores en su estudio titulado: Diseño y elaboración del Libro Electrónico de Proceso de Atención de Enfermería. (Software Educativo), estudio exploratorio, se aplicó a 132 estudiantes de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas del hospital “Dr. Salvador Allende”(Cuba), además se encuestaron a 26 profesores de Enfermería de dicha facultad y de la Clínica Internacional de Retinosis Pigmentaria “Camilo Cienfuegos”; también fueron encuestados 157 enfermeros asistenciales y 48 enfermeros administrativos de los hospitales antes mencionados, en donde se concluyó que la utilización de un software educativo en la enseñanza del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), beneficiará el aprendizaje de esta temática, incrementará la eficacia y calidad del proceso docente educativo, contribuirá al perfeccionamiento del actual y futuro profesional de enfermería .

Miyo P., que realizó un estudio sobre "Calificación de las Anotaciones de Enfermería según características personales, profesionales y laborales de las enfermeras" realizado en el servicio de hospitalización de la clínica Maison de Sante del Sur en el año 2003 (Lima – Perú), el método que utilizó fue descriptivo cuantitativo, con una muestra de 26 enfermeras de esta institución y 176 historias clínicas; llegándose a la conclusión:

La calificación obtenida fueron regular 76.92 % y deficiente 23.08 % de las anotaciones de enfermería.

Portillo V., que realizó un estudio sobre "Características e Importancia de los Registros de Enfermería en la Atención del Paciente Psiquiátrico hospitalizado en fase aguda"; cuyo objetivo fue identificar y analizar las Características e Importancia de los Registros de Enfermería en la Atención del Paciente Psiquiátrico, cuya población de estudio estuvo constituida por 22 enfermeras generales del servicio de cuidados intermedios y 72 registros de enfermería, el método fue descriptivo y como instrumento la lista de chequeo y el cuestionario. Entre las conclusiones tenemos:

El 72% de las anotaciones de enfermería son: medianamente significativas, sus características se basan en información general.

Los registros estudiados no sugieren continuidad del tratamiento que se le brinda al paciente.

Así mismo siendo las Anotaciones de Enfermería de gran importancia, no solo porque es un medio de comunicación, sino también porque ayuda a evaluar los cuidados que la enfermera realiza al paciente, los problemas, necesidades, respuestas frente al tratamiento, evidenciándose en estas investigaciones que cada día son menos

significativas, menos integrales, dejando de lado la parte humanística volviéndose el trabajo de enfermería rutinario.

II.2. BASE TEORICA:

Eficacia, hacer las cosas correctas; es una medida del logro de resultados, el cumplimiento de los objetivos.

Registros electrónicos en enfermería

Serrano y colaboradores en su libro. ¿Dónde comienza la calidad científica de los documentos de Enfermería? Nos dicen que naturalmente, la evolución de los registros de enfermería, exige que esta situación se modifique radicalmente: no podemos seguir trabajando de forma intuitiva, sin planificación, ni podemos dejar que la información sobre nuestro trabajo se pierda por no quedar plasmada en unos registros adecuados.

Esta afirmación no es en absoluto caprichosa: responde a razones bien fundamentadas y a las necesidades de la sociedad actual; basta recordar que en Atención Especializada se trabaja por turnos, de manera que cada usuario es atendido por varios profesionales cada día, lo que hace imprescindible que exista registro de las actividades realizadas para dar continuidad a los cuidados y evitar tanto la omisión como la duplicación de acciones. No es sólo un imperativo de calidad sino también una exigencia legal ante posibles reclamaciones, cada día más frecuentes. Otra razón no menos importante es que los registros de nuestras actividades propias, nos proporcionarán una fuente para la formación pre-grado y postgrado y para la investigación en Enfermería.

Según Carpenito las enfermeras dedican entre 8 y el 30% de su tiempo registrando, información clínica y administrativa siendo bastante deficiente en lo que se refiere a su calidad e incluso, a su cantidad.

Médicos y enfermeras invierten el 35% de su tiempo haciendo reportes.

- 20-30% del gasto en salud esta asociado con reportes (1996).
- 50% de los registros de salud se pierden o están incompletos (1996).

Graves y colaborador hacen mención que la Informática en enfermería es una combinación de ciencias de computadoras, de información y de enfermería, planeada para ayudar en el manejo y procesamiento de datos de enfermería, información y conocimiento para apoyar la práctica y el suministro de atención de enfermería.

Cenci V. y colaborador, en su trabajo Sistema inteligente de clasificación de pacientes, nos dice que los sistemas de información de salud son las bases de datos para añadir diversos tipos de información del paciente, desde su registro, con datos de carácter personal, número de historia clínica, diagnóstico, el marcado de los exámenes de ayuda diagnóstica, el apoyo a las decisiones de los profesionales salud. Actualmente, muchos de estos sistemas se están computarizando, proporcionando un acceso más rápido a la información y que requieren menos espacio para almacenar la documentación de los pacientes.

Marín HF, recalca que los sistemas de información, y los cambios causados por estos sistemas en Enfermería, provoca un replanteamiento de la práctica profesional de la planificación de la atención, su gestión y la documentación. ¿Y por qué están tan relacionados con el hospital y de enfermería, los sistemas de información, también pueden compartir

sus objetivos: hacer que la información sea más accesible, mejorando así la calidad del servicio en enfermería.

Pérez, en su artículo el profesor se enfrenta al mundo de tecnologías de la información: una mirada desde la perspectiva de la fenomenología social coincide con Silva en su artículo de Internet aplicado a la enfermería, cuando nos recomienda que es necesario, sin embargo, que la enfermera adquiera nuevas calificaciones y competencias en el uso de sistemas de información.

Sava V., dice que las computadoras constituyen la herramienta tecnológica más poderosa que ha transformado más rápidamente la profesión de enfermería en el nuevo siglo. Hoy y mañana la informática e Internet serán esenciales para todos los escenarios donde se desempeñe la actividad de enfermería.

Marques IR y colaborador, en su libro Decision Support Systems en enfermería hacen mención que el sistema de información también debe ser estructurado con los datos que permitan agilizar la toma de decisiones en enfermería, la optimización de recursos humanos y materiales.

La clasificación de los pacientes según el grado de dependencia del personal de enfermería, la distribución de los recursos para ayudar al desarrollo de diagnósticos de enfermería, la formulación y ejecución de planes de cuidados y la evaluación de los cuidados de enfermería son las acciones de gran importancia, que pueden ser subvencionados por la gestión de los programas de datos; llegando a la conclusión que la clasificación de los pacientes contribuye al proceso de trabajo del personal de enfermería, que ya han cumplido el formulario de forma

manual, pero que puede tener un sistema computarizado programado para hacer la clasificación automática al introducir los datos. Sistemas de expertos puede ayudar a las enfermeras en la gestión de ese recurso de casación, para formar parte de un sistema de información hospitalaria. Algunos autores discuten el uso del sistema de especialistas en enfermería, lo que indica la escasez de trabajo en este ámbito, debido a la necesidad de conocimientos técnicos y la capacitación de enfermeras en el área de ciencias de la computación, sino también reconocer el potencial de utilizar este tipo de sistema de gestión la asistencia de enfermería, la asistencia en la formación de recursos humanos en enfermería, en el proceso de trabajo y la toma de decisiones.

A pesar de dispositivos electrónicos y mecánicos han traído entre el paciente y la enfermera de este modo influyen en la práctica técnica, esta tecnología también afecta a la esencia de la práctica de enfermería, con miras a la calidad de la atención y educación de las personas a la salud y la enfermedad, como comentario de la autora Evora también sostiene que la falta de participación de la enfermera en este campo se debe a que la tecnología no ha sido una toma de conciencia de cómo la tecnología afecta a la asistencia prestada a los pacientes. Gonder y. Motta dicen en el ámbito de la informatización de enfermería surge como una base para un salto en la calidad de la atención, la gestión y la educación.

La dialéctica debe insertarse en el proceso de hacer cada etapa del proceso interactivo y dinámico, porque ella no piensa todo el negar a las partes, ni las partes abstraídas todo, pero piensa que tanto las contradicciones entre las partes como la unión entre ella, dice que es la construcción colectiva del conocimiento de la investigación operativa de los procesos de trabajo, lo que puede ayudar a identificar las mejores

maneras de hacer las cosas, concientizando a los trabajadores y la mejora de la calidad y la eficiencia de la prestación de servicios.

Según Évora corresponde a una enfermera la importante contribución para ayudar a hacer el uso de computadoras en la política de salud, el reto será utilizar las computadoras para demostrar, de manera explícita los resultados en la práctica de enfermería, para formular estrategias realistas y asignar los recursos, promover la expansión de la informatización en el desarrollo de la atención de la salud y la educación en enfermería. Como se desprende Évora las enfermeras tienen que aprovechar esta oportunidad y revolucionar la enfermería, modificando algunas de sus expectativas. Revolucionar significa causar un cambio radical o cambiar muy drásticamente o contraste con la evolución, cuyo significado expresa un cambio gradual o progresiva. Los profesionales de enfermería son la mayoría de los sistemas de uso dentro del equipo multidisciplinario de salud, aunque es evidente que existe una verdadera falta de interés por parte de algunos profesionales en su deseo de aprender a manejar los ordenadores. Sabemos que la mayoría de los cambios en las filosofías de servicio hay resistencia.

La tecnología de la información es una nueva tecnología, en algunas instituciones de salud, en definitiva, despertar la curiosidad y algunos naturales de interés que deben ser exploradas por la enfermera no puede olvidar su papel como jefe de personal, educador. Por lo tanto, todos los profesionales de enfermería deben conocer los sistemas y aprender a tratar con internos y externos de red de una forma natural y paso a paso. Poco a poco habrá una percepción de que el ordenador no contribuye a la deshumanizar atención, pero que sea más eficaz y activo. Me di cuenta de que el pequeño número de profesionales y la falta de cualificación es que puede comprometer un posible trato humanizado. La informatización y el uso de la red hacen que el servicio

de enfermería sea más transparente en su gestión y la asistencia, optimiza el trabajo. La enfermera y el paciente gana en la calidad de enfermería, también, ganó tiempo y hace un salto hacia la mejora y la búsqueda usando los sistemas.

Además de la tecnología de la atención, Marín apoya la aplicación de la tecnología de la información en dos áreas de trabajo en enfermería: en la investigación y la educación cada una de estas zonas presenta sus propias propuestas para el uso de herramientas de tecnología de la información que contribuye al mejor desarrollo de la labor de profesores e investigadores.

Carpenito comenta que los problemas de la documentación de enfermería están bastante discutidos en enfermería. Creemos que incorporar el registro de enfermería al sistema de información hospitalario les permite a estos profesionales reducir los esfuerzos para documentar la información, aumentar la calidad de los registros, utilizar estos datos para la educación, la investigación y para el mismo proceso de atención. Rompe con el mito de “¿Qué hacen los enfermeros?” y mejora la comunicación en el equipo de salud.

Rind y colaboradores, llegan a la conclusión en sus libros que la interacción entre los profesionales y los sistemas de registro electrónico en algunas áreas del conocimiento médico deben estar guiadas por carriles que hagan compatibles los vocabularios disímiles que utilizan los humanos y las computadoras. Los sistemas de ingreso estructurado de datos están diseñados para ofrecer al profesional opciones prefijadas e intuitivas que lo guían para llevar a cabo una determinada tarea dentro del sistema electrónico, brindando los beneficios de recordatorios y alerta, acceso remoto a los datos del paciente, y la posibilidad de disminuir los errores por omisión.

La estructuración ofrece como ventaja la facilidad de búsqueda, la posibilidad de obtener información contextual ayudando al enfermero en la toma de decisiones, unifica el vocabulario incrementando la calidad del registro, posibilita la recuperación y el posterior análisis de datos que hoy carece esta disciplina.

Millar dice hasta el momento, gran parte de la investigación clínica y epidemiológica se había basado en el uso de los registros informatizados del servicio de admisión de los hospitales o los certificados de defunción, al no disponer de otras fuentes de datos bien estructurados en los servicios clínicos. Klein nos dice las nuevas formas de concebir la actividad asistencial, solo pueden hacerse desde la perspectiva de la gestión de la información y el conocimiento. No basta con la intención: la gran cantidad de información que se maneja, el gran número de procesos que se gestiona y la necesaria sincronización de las áreas asistenciales hará que los clínicos demanden herramientas de gestión de la información asistencial que les permitan tener organizado su trabajo, acceder a toda la información existente y comunicarse de forma fluida, concurrente y precisa. Por ello, la gestión de la información no será solo un objetivo estratégico. Desde los niveles tácticos y operativos de los hospitales se comienzan a demandar herramientas de ayuda a la práctica clínica, que faciliten los cientos y cientos de decisiones y tareas que en el día a día se toman delante del paciente.

Proceso de atención de enfermería

Alfaro dice el Proceso de atención de enfermería, es un método científico que posibilita al enfermero realizar planes de cuidados en forma directa e individualizada, de manera racional, lógica y sistemática. Carpenito define a Proceso de atención de enfermería es un método sistemático de prestación de asistencia individualizada, que consiste en

valorar al paciente, identificar los problemas de asistencia de enfermería, ejecutar actuaciones de enfermería y valorar el resultado de la asistencia. Es una herramienta para la toma de decisiones intelectuales basadas en capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales.

Se divide en cinco etapas:

1. La etapa de valoración: Cuando nos disponemos a realizar cualquier acción, necesitamos obtener información que nos permita identificar la necesidad de dicha acción y las características que debe tener. La etapa de valoración nos permite precisamente esto. Valorar la situación del sujeto en el proceso de cuidar en Enfermería pone de manifiesto el carácter autónomo de nuestra actuación, que exige dotarnos de información suficiente para dar una respuesta profesional a la demanda de cuidados de los sujetos, permitiendo adaptar la respuesta a cada uno de ellos y modificarla si fuera necesario en respuesta a posibles cambios.
2. La etapa de diagnóstico: Cualquier profesional que deba atender y dar respuesta a una situación que competa a su ámbito profesional necesita poder nombrar la situación, es decir, etiquetarla, utilizando un lenguaje que permita la comunicación clara entre todos los miembros del colectivo profesional. El diagnóstico, por tanto, ha de verse como un intento de homogeneizar el lenguaje profesional de las enfermeras.

Los diagnósticos son sólo etiquetas que nos permiten identificar y nombrar las situaciones de cuidados que tratamos, esta afirmación nos obliga a reconocer la insuficiencia de dicho lenguaje dada la complejidad, variedad y diversidad con la que caracterizamos el proceso de cuidar en Enfermería. Por tanto, el diagnóstico no debe

plantearse como una etapa terminal o el fin en el proceso de cuidar, sino que es el resultado del proceso de valoración, el punto de arranque para la planificación y el referente junto con los objetivos para la evaluación. En todo ello radica su importancia.

3. La etapa de planificación: Saber hacia dónde vamos a dirigir las acciones de cuidados y cómo las vamos a llevar a cabo es imprescindible para que el proceso de cuidar en Enfermería sea un proceso de calidad. La etapa de planificación satisface esa necesidad. Su interés radica fundamentalmente en la formulación de los objetivos que se deben alcanzar para poder resolver las situaciones identificadas como problema a través de la valoración y etiquetadas posteriormente como diagnósticos. Estos objetivos son imprescindibles en la evaluación de resultados, puesto que son el referente para poder medir el efecto de las acciones realizadas sobre la situación del sujeto.

Un aspecto importante de la planificación es también la descripción de las tareas necesarias para dar una respuesta individualizada a la situación de cada sujeto. En este sentido y cuando trabajemos la etapa de planificación utilizaremos los protocolos de actuación, los proyectos N.I.C. (Nursing Interventions Classification) y N.O.C. (Nursing Outcomes Classification).

4. La etapa de ejecución:

Cuando nos referimos a la etapa de ejecución tendemos a considerarla como un momento del proceso enfermero que requiere una acción más física y menos intelectual pero es imposible esta diferenciación. Una ejecución meramente mecánica rompería la

continuidad del proceso de cuidar en Enfermería y dificultaría su definición como pensamiento crítico.

5. La etapa de evaluación:

Considerada como el momento para contrastar los resultados obtenidos de nuestras actuaciones con los objetivos previstos, identificando los cambios que se han producido en las situaciones identificadas. Su consideración como última etapa del proceso enfermero no impide que las acciones que comporta se lleven a cabo a lo largo de todo el proceso enfermero y en cualquier momento del mismo. La evaluación es la garantía de calidad del proceso enfermero.

II.3. HIPOTESIS:

El uso del registro electrónico del Proceso de Atención de Enfermería disminuirá el tiempo y facilitará a la enfermera el registro de la información.

II.4. VARIABLE:

Eficacia del registro

II.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES
EFICACIA DEL REGISTRO	Capacidad para conseguir un resultado determinado	<p>TIEMPO DE LLENADO:</p> <p>FACILIDAD DE USO</p>	<p>TIEMPO DE LLENADO: Los registros electrónicos del PAE llenados en un tiempo menor de 20 minutos.</p> <p>FACILIDAD DE USO Permitir hacer un registro correctamente llenado; donde se relacione la valoración, los diagnósticos de enfermería, NOC y NIC</p>	<p>Tiempo de llenado del registro menor de 20' por paciente</p> <hr/> <p>Total de pacientes</p> <p>Registros correctamente llenados</p> <hr/> <p>Total de registros llenados.</p> <p>Número de registros llenados.</p> <hr/> <p>Total de pacientes</p>

II. 6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS:

EFFECTIVIDAD DEL REGISTRO:

- Capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera.
- Facilidad para el llenado en el tiempo mínimo estimado.

TIEMPO DE LLENADO:

- Los registros electrónicos del PAE llenados en un tiempo menor de 20 minutos.

FACILIDAD DE USO

- Permitir hacer un registro correctamente llenado; donde se relacione la valoración, los diagnósticos de enfermería, NOC y NIC.

CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

III.1 TIPO Y ÁREA DE ESTUDIO

El diseño de estudio según el tiempo de ocurrencia es prospectivo; según el periodo y secuencia del estudio es longitudinal y según el análisis y alcance de los resultados es cuasi experimental.

El estudio se realizará en el Hospital Cayetano Heredia que pertenece al Ministerio de Salud situado en la Avenida Honorio Delgado # 349, institución de 3er nivel, el cual cuenta con servicios de Emergencia adultos, Emergencia pediátrica, Unidad de Cuidados Intensivos de Medicina, Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica, Unidad de Cuidados Intensivos de Emergencia, medicina, cirugía, neonatología, ginecología, obstetricia, hospitalización y consulta externa.

III.2 POBLACIÓN

UNIVERSO Y MUESTRA

La población incluye todas las enfermeras que laboran en las áreas de cuidados intensivos del Hospital Cayetano Heredia siendo un total de 33 enfermeras.

III.3 MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Las técnicas serán la de observación y la implementación del SISTEMA EXPERTO DE ENFERMERÍA - SIEXEN

El instrumento a utilizar será la encuesta.

DESCRIPCIÓN DE LA ENCUESTA

Objetivos:

- Identificar el grado de conocimientos básicos de las enfermeras del Hospital Nacional Cayetano Heredia sobre informática y el uso de los diagnósticos según NANDA, NIC y NOC.
- Guiar el proyecto de investigación a la etapa de ejecución del instrumento nº 3 o, a la capacitación de la población previa a la aplicación de los instrumentos 2 y 3.

Información requerida:

La información a recabar es:

- Si la población de estudio conoce o no los programas básicos, como Word, Excel, power point y su uso correcto. Además si utiliza la tecnología para buscar información o para comunicación grupal.
- Si la población de estudio conocen las etiquetas diagnósticas según NANDA, los resultados de enfermería NOC y las intervenciones de enfermería. NIC.

Diseño del cuestionario:

Se diseñaron preguntas cerradas donde los encuestados sólo pueden escoger determinadas alternativas.

Trabajo de campo:

Los encargados de aplicar las encuestas son los investigadores, distribuidas en las unidades de cuidados intensivos (medica, quirúrgica y emergencia), en diferentes horarios para no interrumpir el trabajo de las enfermeras y cubrir al 100% de la población.

Análisis y conclusiones:

Una vez contabilizado y codificado los resultados, pasaremos a analizarlos. Cada pregunta del cuestionario nos permitirá obtener una conclusión, pero a la vez el conjunto de preguntas nos permitirá obtener conclusiones generales.

Toma de decisiones:

Consiste en tomar decisiones de acuerdo a las conclusiones obtenidas.

DESCRIPCIÓN DE LA GUIA DE OBSERVACIÓN

Objetivos:

- Medir el tiempo de llenado correcto.
- Verificar el uso de los diagnósticos, NIC, NOC aprobados por la NANDA.

Información requerida:

La información a recabar es:

- El tiempo de llenado por cada enfermera de la hoja sábana, centrándonos en los datos de filiación, el llenado de la valoración, etiquetas diagnósticas, NIC y NOC.

Diseño del instrumento:

Se diseñaron preguntas cerradas que facilitará el registro al investigador donde sólo pueden escoger determinadas alternativas.

Trabajo de campo:

Los encargados de aplicar las encuestas son los investigadores, distribuidas en las unidades de cuidados intensivos (medica, quirúrgica y emergencia), principalmente al inicio de turno diurno y/o nocturno.

Análisis y conclusiones:

Una vez contabilizado y codificado los resultados, pasaremos a analizarlos. Cada pregunta del instrumento nos permitirá obtener una

conclusión, pero a la vez el conjunto de observaciones nos permitirá obtener conclusiones generales.

Toma de decisiones:

Consiste en tomar decisiones de acuerdo a las conclusiones obtenidas.

DESCRIPCION DEL SISTEMA EXPERTO DE ENFERMERÍA - SIEXEN

1.1 Antecedentes del Problema

En el año 2009 - 2010 un grupo de especialistas de la salud en el área de enfermería, deciden buscar apoyo a través de un sistema de información computarizado para el manejo de diagnósticos dentro de sus respectivos servicios, para facilitar el ingreso de información de pacientes. Su finalidad es brindar servicios integrales a los pacientes y tener su información de manera ordenada.

1.2 Situación o Estado Actual del Problema

Actualmente en el GRUPO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADO el control del diagnóstico de los pacientes es llevado totalmente de forma manual. Esta información es almacenada en registros (Cuadernos), en respectivos archivos por cada enfermera de turno, retrasando los procesos de búsqueda y a la vez poniendo en peligro la información confidencial de cada paciente, ya que puede ser plagiada, accedida por personal no autorizado o dañada de presentarse algún accidente o pérdida.

1.3 Supuestos Generales

Con la implantación de un sistema automatizado, la central de enfermería en cada Servicio llevará un control más estricto y efectivos del historial clínico de los pacientes con el respectivo control de diagnóstico.

1.4 Objetivos Generales

Implementar un Sistema Experto para el GRUPO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADO, para llevar un control estricto y efectivo de la información del historial clínico de los pacientes (Diagnósticos).

1.5 Objetivos Específico

- Desarrollar un sistema de diagnósticos a través del cual se agilizarán los datos que se manejan actualmente en el Grupo de Enfermeras Especializado.
- Diseñar un sistema de ingreso de información cuyo manejo ayudará a tener todos los datos más organizados.
- Diseñar un Sistema de diagnósticos más rápido para brindar una atención más eficaz al paciente.

1.6 Delimitación Alcance o Cobertura.

1.6.1 Delimitación

El tiempo que tomará para desarrollar el sistema, será de unos 4 meses.

Primero se efectuará un análisis preliminar para detectar los errores del sistema manual, definir los procesos que actualmente se llevan a cabo para el manejo y control de la información. Culinado el análisis, se proseguirá con el desarrollo del software que realizará todos estos procesos automáticamente, y por último con la instalación del mismo y capacitación al personal de enfermería para su uso adecuado.

1.6.2 Alcance o Cobertura

El sistema a desarrollar está orientado a 3 enfermeras y un administrador que es el encargado de llevar todo el control de los diagnósticos de los pacientes.

1.7 Restricciones y/o Limitaciones

Se está orientando el presente proyecto, exclusivamente al ingreso y administración de diagnósticos y a la generación de un reporte resumen con la información del diagnóstico del paciente en un período de tiempo. Las enfermeras brindaron toda su colaboración para obtener toda la información necesaria para llevar a cabo el desarrollo de este proyecto.

El Sistema que se creará tiene proyección a seguir creciendo en el futuro, implementando nuevas funcionalidades (Tratamiento, etc.)

1.8 Justificación del Proyecto

1.8.1 Importancia

Con la elaboración de este sistema experto para el GRUPO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADO, al que conoceremos a partir de este momento como SIEXEN, siglas que hacen referencia a “Sistema Experto de Enfermería”, esperamos

llenar todos los requerimientos necesarios para un mejor manejo de los estados de diagnóstico de los pacientes. Podremos tener una ayuda de los conocimientos brindados por el personal de enfermería, el cual nos brindará un apoyo, para desarrollar un eficaz sistema.

Actualmente este control se lleva de manera manual, lo cual conlleva a un proceso lento y desorganizado al momento de archivar la información. También resulta tedioso para el jefe de enfermería realizar búsquedas y llevar el control de los pacientes, lo que puede llevar a la pérdida de los datos del paciente.

La realización y desarrollo de este sistema brindará beneficios tales como:

- Agilizar el proceso de llenado de información de cada paciente.
- Llevar un control y orden de los datos.
- Proveer al paciente agilidad y seguridad en la información

Todos estos beneficios brindarán al GRUPO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADO una confiabilidad de su información y seguridad, además lo proyectará como un servicio que está a la vanguardia, para ofrecer la mejor atención a sus pacientes, que se sientan cómodos y satisfechos. El jefe de enfermería podrá trabajar de manera más confiable a la hora de realizar un control de los estados de diagnósticos de cada paciente, y realizando todos estos procesos de manera rápida y segura.

1.8.2 Aporte

Entre algunos de los aportes que traerá la implantación del Sistema Experto de Enfermería SIEXEN para llevar el control de los diagnósticos de los pacientes tenemos:

- Se evitará la utilización de métodos antiguos y la acumulación de documentos.
- Incitará a otras entidades prestatarias de servicios de salud que están atraídas por lo confiable y provechoso del sistema automatizado.
- La entidad prestataria de salud podrá expandir sus horizontes debido a la agilización de sus sistemas.
- Podrá realizar sus reportes de los diagnósticos con más rapidez y confiabilidad.
- El Jefe de Enfermería podrá desarrollar sus funciones diarias con más facilidad y confiabilidad.
- No habrá errores u olvidos de ingreso de información.
- Se mantendrá la confidencialidad de esta información asignando niveles de seguridad asociados a perfiles, con ciertos permisos dentro del mismo sistema.

1.9 Tecnología

La tecnología utilizada para la realización de este Sistema Experto de Enfermería (SLEXEN), está desarrollado en:

- Entorno Cliente/Servidor: Visual Studio .NET (Programación desarrollada en el lenguaje de programación Visual Basic)
- Motor de Base de Datos: Microsoft SQL 2000

III.4 ASPECTOS ETICOS Y ADMINISTRATIVOS

Para asegurar la situación ética de la investigación se asegurará el anonimato y la confidencialidad de los resultados, así como la aplicación de la encuesta será en forma voluntaria. Los principios éticos a tener en cuenta en el proyecto será el de autonomía, no maleficencia y justicia.

III.5 PROCESO DE RECOLECCION DE DATOS

1. El presente trabajo de investigación será de conocimiento del personal que laborar en las Unidades de Cuidados Intensivos.
2. Sensibilización de la población: *información confidencial y anónima*
3. Presentación del proyecto de investigación a la población.
4. Consentimiento informado.
5. El proceso de recolección de datos durará en el transcurso de julio a setiembre 2010.

6. Durante este tiempo se encuestará al total de la población, teniendo en cuenta el personal con descanso médico y vacaciones.
7. Si los resultados de la encuesta es óptima se procederá a aplicar la guía de OBSERVACION y luego aplicar el SIEXEN.
8. Si los resultados de la encuesta no es óptima se procederá al paso inicial que es la CAPACITACION a la población.

III.6 PROCESO DE TABULACION DE DATOS

Se creará una base de datos de acuerdo a nuestras variables en el programa estadístico SPSS versión 15.0 (Programa estadístico para las ciencias sociales).

Para identificar el tiempo que le toma a la enfermera registrar manualmente y electrónicamente el proceso de atención de enfermería, se obtendrán estadísticas descriptivas como los promedios, tiempos mínimo y máximo, desviación estándar.

Para determinar la eficacia del registro electrónico del proceso de atención de enfermería, se compararan los tiempos que le toma a la enfermera registrar manualmente y electrónicamente, para ello se utilizará la prueba estadística t de Student. Se concluirá en eficacia del registro electrónico si se obtiene una significancia estadística inferior a 0.05 ($p < 0.05$)

III.7 VALIDEZ

Se realizará mediante juicio de expertos, según validez de contenido, constructo y criterio, aplicando la Prueba binomial.

**VALIDEZ DEL INSTRUMENTO SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS
PRUEBA BINOMIAL**

INSTRUMENTO 1

El Ítem corresponde a alguna dimensión de la variable

ÍTEMS	JUECES										TOTAL ACUERDOS	P
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
2	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
3	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
4	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
5	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
6	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
7	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
8	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
9	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
TOTAL												0.0720

$P(\text{promedio}) = 0.0720 / 9, p = 0.008 (p < 0.05)$

Según la prueba binomial, el instrumento presenta validez de contenido ($p=0.008$)

El Ítem contribuye a medir el indicador planteado.

ÍTEMS	JUECES										TOTAL ACUERDOS	P
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
2	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
3	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
4	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
5	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
6	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
7	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
8	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
9	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
TOTAL												0.0720

$P(\text{promedio}) = 0.0720 / 9, p = 0.008 (p < 0.05)$

Según la prueba binomial, el instrumento presenta validez de constructo ($p=0.008$)

Existe correlación entre lo que se plantea medir y lo que argumenta la teoría

ÍTEMS	JUECES										TOTAL ACUERDOS	P
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
2	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
3	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
4	D	A	A	A	A	A	A				6	0,063
5	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
6	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
7	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
8	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
9	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
TOTAL												0.119

$P(\text{promedio}) = 0.119 / 9, p = 0.013 (p < 0.05)$

Según la prueba binomial, el instrumento presenta validez de criterio ($p=0.013$)

INSTRUMENTO 2

El Ítem corresponde a alguna dimensión de la variable

ÍTEMS	JUECES										TOTAL ACUERDOS	P
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
2	D	A	A	A	A	A	A				6	0,063
3	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
4	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
TOTAL												0.0870

$P(\text{promedio}) = 0.0870 / 4, p = 0.022 (p < 0.05)$

Según la prueba binomial, el instrumento presenta validez de contenido ($p=0.022$)

El Ítem corresponde a alguna dimensión de la variable

ÍTEMS	JUECES										TOTAL ACUERDOS	P
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
2	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
3	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
4	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
TOTAL											0.032	

$P(\text{promedio}) = 0.032 / 4, p = 0.008 (p < 0.05)$

Según la prueba binomial, el instrumento presenta validez de constructo ($p=0.008$)

El Ítem corresponde a alguna dimensión de la variable

ÍTEMS	JUECES										TOTAL ACUERDOS	P
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1	A	A	A	A	A	A	A				7	0.008
2	A	A	A	A	A	D	A				6	0,063
3	A	A	A	A	A	D	A				6	0,063
4	A	A	A	A	A	D	A				6	0,063
TOTAL											0.197	

$P(\text{promedio}) = 0.197 / 4, p = 0.049 (p > 0.05)$

Según la prueba binomial, el instrumento presenta validez de criterio ($p=0.049$)

INSTRUMENTO 3

El Ítem corresponde a alguna dimensión de la variable

ÍTEMS	JUECES										TOTAL ACUERDOS	P
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
2	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
3	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
4	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
5	D	A	A	A	A	A	A				6	0,063
6	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
7	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
8	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
9	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
TOTAL												0.119

$P(\text{promedio}) = 0.119 / 9, p = 0.013 (p < 0.05)$

Según la prueba binomial, el instrumento presenta validez de contenido ($p=0.013$)

Según la prueba binomial, el instrumento presenta validez de contenido ($p=0.008$)

El Ítem contribuye a medir el indicador planteado.

ÍTEMS	JUECES										TOTAL ACUERDOS	P
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
2	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
3	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
4	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
5	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
6	A	D	A	A	A	A	A				7	0,063
7	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
8	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
9	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
TOTAL												0.119

$P(\text{promedio}) = 0.119 / 9, p = 0.013 (p < 0.05)$

Según la prueba binomial, el instrumento presenta validez de constructo ($p=0.013$)

Existe correlación entre lo que se plantea medir y lo que argumenta la teoría

ÍTEMS	JUECES										TOTAL ACUERDOS	P
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1	A	A	A	A	A	A	A				6	0,063
2	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
3	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
4	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
5	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
6	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
7	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
8	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
9	A	A	A	A	A	A	A				7	0,008
TOTAL												0.119

$P(\text{promedio}) = 0.119 / 9$, $p = 0.013$ ($p < 0.05$)

Según la prueba binomial, el instrumento presenta validez de criterio ($p=0.013$)

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	SETIEMBRE 2008	JUNIO 2009	SETIEMBRE 2009	JULIO 2010	MARZO 2011
Búsqueda del problema a investigar	X				
Búsqueda del título adecuado	X				
Determinación del diagnóstico situacional del lugar de investigación	X				
Formulación del problema	X				
Recolección de antecedentes de la investigación		X			
Elaboración de las bases teóricas		X			
Formulación de objetivos e hipótesis del estudio		X	X		
Elección de la metodología de estudio			X		
Elaboración y validación de instrumentos para la recolección de datos				X	
Elaboración de solicitudes de juicio de expertos				X	
Presentación del proyecto					X

PRESUPUESTO

Ingresos		Egresos	
Aportes de la institución	En coordinación	Honorarios profesionales del ing. Sistema	2,000.00
Recursos propios investigadores	2,000.00	Pago por asesorías: estadístico	200.00
		Libros y papelería	500.00
		Transporte	100.00
		Material didáctico	100.00
		Transcripción de documentos	200.00
		Oros gastos	200.00
Total ingresos	2,000.00	Total egresos	3,300.00

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

LIBROS:

1. Carpenito Ij. Manual de diagnóstico de enfermería, 5ª ed. Madrid: interamericana-mcgraw-hill, 1995.
2. Campbell c. Tratado de Enfermería. Diagnósticos y Métodos, 2ª ed. Barcelona: Doyma, 1990.
3. Luis, M. Diagnósticos enfermeros_ definiciones y clasificación 2007 – 204208. Madrid – España 2008.
4. NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). Diagnósticos Enfermeros de la NANDA. Definiciones y Clasificación 2001-2002. Madrid: Harcourt Brace, 2001
5. Jhonson, m.y col. Clasificación de resultados de enfermería. (CRE). 2da ed. Ed. Mosby. Madrid – España. 1999.
6. McCloskey, j. Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE). 3era edición. Ed. Mosby. Madrid – España. 2006.

ARTICULOS:

7. Ciudad a, giménez am, fernández-reyes i, serrano p, garcía mr, nicolás m. Cuidados enfermeros en el proceso de destete del ventilador. Metas de enferm 2001; 4 (37): 36-41.

8. Giménez maroto am. Situación actual y futuro de la taxonomía diagnóstica de nanda: entrevista con la Dra. Dorothy Jones. Metas de Enferm 2000; 3 (29): 26-31.
9. Gonzáles, E, Pérez, F. La historia clínica electrónica Revisión y análisis de la actualidad. Diraya: la historia de salud electrónica de Andalucía. . Rev Esp Cardiol 2007; 7: 37 – 46. ISSN : 1579-2242
10. Fera, I dj, Rodríguez, M, Romero M y col. Valoración del método de trabajo que utilizan los profesionales de enfermería en el ámbito hospitalario del servicio andaluz de salud. Metas de enferm 2000; 3 (27): 41-48.
11. Serna, A, Ortiz, O. Ventajas y desventajas de la historia clínica electrónica. Actual. Enferm. 2005; 8(2):14-17
12. Gonzáles, E, Pérez, F. La historia clínica electrónica. Revisión y análisis de la actualidad. Diraya: la historia de salud electrónica de Andalucía. Rev Esp Cardiol 2007; 7: 37 – 46 issn : 1579-2242
13. Jiménez, M. Clasificación de intervenciones enfermeras de la universidad de iowa: un nuevo instrumento para la práctica enfermera. Metas de enferm 1998; 1 (2): 6-12.
14. Robledo M, garcía f, asenjo e. Diagnósticos de enfermería. Estrategia de implantación. Comunicación al i simposium internacional de diagnósticos de enfermería. Aentde, barcelona, mayo 1996. [véase también: rev rol enf 1997; 20 (225): 57-63.]
15. Pérez ar. Dificultades de aplicación del proceso de enfermería en un servicio de urgencias hospitalario. Enferm cient 2000; 216-217 (mar-abr): 77-82.

16. Navarro fj, Rodríguez ac, y col. ¿influyen los diagnósticos de enfermería en la valoración del método de trabajo enfermero? Rev rol enf 2001; 24 (2): 137-139.

17. Santo tomás perez m. Proceso de atención de enfermería: ¿sí o no?. Rev rol enf 2001; 17 (196): 33-36.

ANEXOS

CÓDIGO.....

ENCUESTA

DATOS SOCIO DEMOGRAFICOS

Edad: _____

CIQ..... UCI medicina..... UCI emergencia.....

Tiempo de servicio:-----

Encuesta del Proyecto de Investigación para optar el título de especialista en cuidados intensivos

Objetivo

Identificar el grado de conocimientos básicos de las enfermeras del Hospital Nacional Cayetano Heredia sobre informática y el uso de los diagnósticos según NANDA, NIC Y NOC.

1. ¿TIENE LA ESPECIALIDAD EN CUIDADOS INTENSIVOS?

- a. Si
- b. No
- c. En estudio

2. ¿REALIZO ESTUDIOS DE COMPUTACIÓN?

- a. Si
- b. No
- c. En estudio

3. DIGA UD. QUE UTILIDADES TIENE EL PROGRAMA WORD
 - a. cuadros, tablas
 - b. Documentos, textos
 - c. Diapositivas

4. DIGA UD. QUE UTILIDADES TIENE EL PROGRAMA EXCEL
 - a. cuadros, tablas
 - b. Documentos, textos
 - c. Diapositivas

5. DIGA UD. QUE UTILIDADES TIENE EL PROGRAMA POWER POINT
 - a. cuadros, tablas
 - b. Documentos, textos
 - c. Diapositivas

6. DIGA UD. QUE PÁGINA WEB OFRECEN INFORMACIÓN EN SALUD E INVESTIGACIÓN
 - a. Google
 - b. Lilacs
 - c. Facebook

7. DIGA UD. CUÁL ES UN DIAGNÓSTICO NANDA
 - a. Alteración del Patrón Respiratorio.

 - b. Patrón Respiratorio Ineficaz

 - d. Deterioro del Patrón Respiratorio

8. DIGA UD. CUÁL ES UN RESULTADO DE ENFERMERÍA (NOC)
 - a. Permeabilidad vías aéreas

 - b. Patrón respiratorio normal

c. Patrón respiratorio eficaz

9. DIGA UD. CUAL ES UNA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)

a. Aspirar secreciones

b. Permeabilidad de vías aéreas

c. Monitorización Respiratoria

CÓDIGO.....

GUIA DE OBSERVACIÓN

DATOS SOCIO DEMOGRAFICOS

Edad: _____

CIQ..... UCI medicina..... UCI emergencia.....

Tiempo de servicio:-----

Objetivos:

- ✓ Medir el tiempo de llenado correcto
- ✓ Verificar el uso de los diagnósticos, NIC, NOC aprobados por la NANDA

GUIA DE OBSERVACION

FECHA:

HORA INICIO:

HORA DE TÉRMINO:

1. Tiempo que demora la enfermera en el llenado de los datos de filiación

a. 1 a 5 min

b. 6 a 10 min

c. Mayor de 10 min

2. Tiempo que demora la enfermera en el llenado de la valoración

a. 1 a 5 min

b. 6 a 10 min

c. Mayor de 10 min

3. Tiempo que demora la enfermera en el llenado de la etiqueta diagnóstica, NIC, NOC aprobados por la NANDA

a. 1 a 5 min

b. 6 a 10 min

c. Mayor de 10 min

4. La enfermera utiliza las etiquetas diagnósticas, NIC, NOC aprobados por la NANDA

a. 1 a 5 min

b. 6 a 10 min

c. Mayor de 10 min