



CÁTEDRA DE TALLER DE TRABAJO FINAL

“Evaluación de los componentes de las dimensiones psicológica y social del Registro Electrónico Enfermero”

Estudio descriptivo a realizarse con el Registro Enfermero Electrónico de manera transversal en el Sanatorio Allende durante el periodo de julio-octubre del año 2018

ASESORA METODOLÓGICA:

Prof. Esp. Estela del Valle Díaz

AUTORAS: Chalup, Jesica

Monsalvo, Laura

Córdoba, Diciembre 2017

Datos de Autores

Chalup, Jesica Marcela En sus comienzos desarrolló tareas de asistencialismo en la Unidad Coronaria y clínica médica del Hospital Italiano, luego trabajó en el Hospital Privado en la especialidad de Oncología y Trasplante de médula y actualmente forma parte del personal del Hospital Córdoba correspondiente al plantel del Servicio de Quemados.

Monsalvo, Laura Irene Enfermera Profesional, egresada de la Universidad Nacional de Córdoba en el año 2014. Desempeñando desde ese momento gestión del cuidado en servicios de clínica médica, terapia intermedia y actualmente unidad de terapia intensiva de adultos en Sanatorio Allende.

Las autoras realizan el presente proyecto de investigación en el marco de la asignatura Taller de Trabajo Final para la obtención del título de grado de Licenciado en Enfermería, de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba, en el año 2017.

Agradecimientos

Quiero agradecer a mi madre por su apoyo incondicional y a mi amiga y colega Jesica. Cerrar una etapa y poder continuar es lo que esto significa para mí y es por eso que quiero agradecer a colegas, tutores y a todos los que directa e indirectamente participaron y colaboraron para poder realizar esta producción. Porque de una u otra manera su aporte fue imprescindible para lograrlo.

Monsalvo, Laura Irene

A mi familia por ser mi sostén y pilar, a mi amiga y colega Laura, por su comprensión y apoyo constante, a la asesora por su paciencia y acompañamiento, a las docentes, tutoras, colegas, y a todos aquellos que colaboraron para que pueda alcanzar esta meta.

Chalup, Jesica Marcela

Índice

CAPITULO 1	5
PLANTEO DEL PROBLEMA	6
DEFINICION DEL PROBLEMA	18
JUSTIFICACION	19
MARCO TEORICO.....	21
OBJETIVOS.....	30
CAPITULO 2	31
TIPO DE ESTUDIO	32
OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE.....	33
POBLACIÓN Y MUESTRA.....	35
FUENTE DE INFORMACIÓN	35
TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	35
PRUEBA PILOTO DEL INSTRUMENTO	35
PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	35
PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS.....	38
PLAN DE PRESENTACIÓN DE DATOS	39
PLAN DE ANÁLISIS E INTERPRETACION DE DATOS.....	45
CRONOGRAMA.....	45
PRESUPUESTO	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
BIBLIOGRAFIA.....	49
ANEXOS	52

CAPITULO 1
“El Problema”

PLANTEO DEL PROBLEMA

En el siglo XX la globalización trajo aparejado una serie de cambios culturales, políticos, económicos y educativos que dieron origen a una tercera revolución industrial: la de las nuevas tecnologías. Éstas son fundamentalmente intelectuales y sientan las bases del conocimiento, el cual desempeña un papel fundamental en la actividad humana, en el desarrollo y en las transformaciones sociales. A partir de ello se estableció una brecha digital donde las tecnologías de información y comunicación (TIC) generaron diferencias en las oportunidades de desarrollo de las poblaciones, estableciendo una distancia entre las que tienen y las que no tienen acceso a las mismas, provocando consecuentemente una brecha social.¹

Tal situación se ve reflejada en todos los ámbitos, inclusive en la salud, donde representan un conjunto de recursos basados en equipos digitales que procesan información de manera activa. Las TIC se pueden definir según Cabero (2000) como “instrumentos técnicos que giran en torno a los nuevos descubrimientos de la información que crean, almacenan, recuperan y transmiten información de forma rápida y en gran cantidad, combinando diferentes tipos de códigos en una realidad virtual”.²

Las TIC's son de gran importancia porque dan soporte operacional, administran los recursos y gestionan los mismos, siendo necesario adquirir y procesar información a fin de comparar, dar seguimiento y cuantificar resultados a través de diferentes indicadores. Para lograrlo, es indispensable la existencia de una estructura de soporte electrónica y educacional donde se incluya la formación y capacitación a todos los usuarios, contextualizándolo a la realidad poblacional existente y realizando la posterior monitorización y evaluación con el objetivo de aplicar los ajustes correspondientes, lo cual acarrea una gran inversión de recursos, con la que no todos los países cuentan. Además, es necesario abordar temas relacionados a la protección de datos y la privacidad, al acceso de los datos por parte del personal sanitario, y la utilización de la firma digital como medio de aval ético y legal.

Las TIC's en salud se desarrollan primeramente en el área de educación como una propuesta para homogeneizar los conocimientos adquiribles a nivel mundial, un ejemplo de esto es la conferencia realizada en el año 1999, en Londres, donde por primera vez se enuncian las ideas de Tele-medicina y Tele-salud (aplicación de las telecomunicaciones a la atención de la salud, siendo su característica principal la separación geográfica entre dos o más agentes implicados, por ejemplo entre el profesional, paciente y/o centro de información) y donde se comienza a observar el uso general en la tele-práctica (diagnóstico/tratamiento) o tele-educación (prevención, capacitación, planificación) como procesos de generalización y expansión de la información.

Teniendo en cuenta esto, se establece que las TIC's tienen la intención de fomentar la conexión entre profesionales en las redes virtuales, en los procesos de atención médica, en la administración y en la atención de pacientes a través de la web.³

A finales de los años 60 en los países desarrollados, se instalaron los primeros sistemas computarizados en hospitales, que en un comienzo estaban destinados al área administrativa, pero que poco a poco se fueron introduciendo a las unidades de enfermería, por lo que resultó inminente la capacitación del personal⁴. Este contexto, fue el origen de la Informática en Enfermería (IE), definida como la especialidad que integra las Ciencias de la Enfermería, las Ciencias de la Computación y las Ciencias de la Información para la identificación, recolección, procesamiento y manejo de datos e información para el apoyo de la práctica de la enfermería, la administración, la docencia, la investigación y la expansión del conocimiento de enfermería.⁵

Así es que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) incentivó y desarrollo el trabajo en redes, considerando que la actividad de enfermería se potencializa con el uso de las TIC's. A partir de ello, la profesión, se ha sumado a la iniciativa creando más de 40 Redes de Enfermería (2010) en Iberoamérica, donde es puesto a disposición de todos, trabajos de Investigaciones enfermeras, discusiones de casos en la asistencia, facilidad de enlaces con las publicaciones electrónicas de literatura especializada en enfermería y cualquier otra información válida para los propósitos de esta red.⁶

En el año 1993 en Argentina, Hugo Leonzio se incorporó al Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular de la Fundación Favaloro a cargo del área de Investigación y Docencia del Departamento de Enfermería, e inmediatamente solicitó incorporar IE al área. El ICYCC de la Fundación Favaloro, fue la primera Institución de Argentina en donde se comenzó con una aplicación sistemática de la IE, realizada por enfermeros en un área específica, y es allí en donde nace la idea de formar la Asociación Argentina de Informática en enfermería (ADIERA).⁷

Actualmente, en todo el territorio Argentino, se cuenta con un sistema de salud público que se caracteriza por ser universal y gratuito, y un sistema de salud privado constituido por obras sociales y medicina prepaga. En ambos, existe un desequilibrio entre la cantidad de profesionales médicos y enfermeros, ya que se encuentran tres médicos por cada enfermero, situación que se intenta revertir mediante la formación de profesionales en instituciones de educación superior universitaria y no universitaria, quienes otorgan el título de Técnico en Enfermería. Cabe destacar que existen dos categorías en la formación institucional: grado (licenciado) y pre-grado (enfermero).⁸

Hasta el momento Argentina no cuenta con políticas donde se detalle el buen uso, alcance y aportes que podría llegar a tener la implementación de las

TIC's en todo el sistema sanitario, y que presenta barreras de tipo estructural, técnico, presupuestario y sociocultural que interfieren en el desarrollo de las tecnologías.⁸

En la provincia de Córdoba, se observa que el sector público implementa las TIC en el área administrativo pero no logran aplicarlo en los registros médicos y enfermeros, mientras que en las instituciones privadas las tecnologías se han expandido alcanzando estas metas, ya que el nivel de inversión monetaria, educativa y profesional es mayor.

Tales son las diferencias entre el ámbito público y privado que, es el segundo quien elige que tipo de soporte electrónico utilizar, por lo que generalmente invierten en la compra de uno y lo modifican de acuerdo a la misión y visión institucional. Es aquí, donde la inexistencia de la universalidad del registro queda en evidencia, quedando el desarrollo de esta tecnología en manos de las instituciones que tienen el poder económico y el conocimiento necesario para aplicarlas y desarrollarlas.⁹

En el ámbito enfermero, la Tecnología de Información y Comunicación de mayor uso, es la aplicación del Registro Electrónico Enfermero (REE), que a pesar de ser implementado en la mayoría de las Instituciones privadas, a nivel formativo, la profesión no desarrolla el estudio ni la aplicación del registro electrónico enfermero, provocando que en la inserción laboral del profesional se observe un desfase entre el conocimiento adquirido y la práctica a realizar, por lo que son las instituciones laborales las que deben formar al enfermero en la aplicación de los mismos.

En el marco de las instituciones privadas que utilizan los REE se toma como referencia al Sanatorio Allende, el cual presenta características distintivas en su implementación. A continuación se realiza una contextualización de tal institución:

El Sanatorio Allende, sede Nueva Córdoba es una de las entidades privadas de salud de tercer nivel de atención con mayor antigüedad en la ciudad de Córdoba, su creación data del año 1938. En ella se desarrollan las siguientes especialidades clínica médica, perinatología, cirugía general, cirugía cardiovascular, neurología, nutrición, salud mental, traumatología, ORL, gineco-obstetricia, oftalmología, fonoaudiología, endocrinología.

En él se desarrollan residencias médicas en todas las especialidades antes mencionadas, además se realizan permanentes capacitaciones para los profesionales enfermeros mediante la aplicación de jornadas y de una revista anual llamada "Notas de Enfermería" que se publica a nivel país.

En la actualidad la Institución cuenta con una capacidad de 220 camas de internación divididas en las áreas de terapia intensiva de adultos, pediátrica

y neonatal, unidad coronaria, aislamiento e internado general. Conformando un equipo de salud integrado por 500 médicos, 150 residentes y 1300 empleados, correspondientes al resto del equipo interdisciplinario.

Con el pasar de tiempo, la unidad hospitalaria fue incorporando nuevas tecnologías, equipamiento, infraestructura y modernos servicios acompañando el avance y la especialización de las ciencias de la salud.

Dicha institución ha sido designado por la Universidad Católica de Córdoba (UCC) como centro de formación para los alumnos de 5º y 6º año de la carrera de medicina y para la posterior formación de especialidades, contando también con la aprobación del Consejo de Médicos de la provincia de Córdoba, la Universidad Nacional de Córdoba (UNC), Secretaria de Graduados y la Comisión Nacional de Educación y Acreditación Universitaria (CONEAU).

El Sanatorio Allende tiene como misión “Brindar la máxima calidad en el cuidado a todos sus pacientes, todos los días, a través de la práctica médica integral, a cargo de un equipo de profesionales altamente calificados tanto técnica como humanamente, con el soporte de una moderna infraestructura y tecnología de avanzada, a través de la investigación, capacitación y docencia de todos sus cuadros”. Su visión es “Brindar a todas las familias, tanto cordobesas como del resto del país, un servicio médico de alta calidad asistencial, a través de un cuerpo médico de reconocida jerarquía profesional y altamente sensibilizado con las necesidades de sus pacientes”. Todo lo anterior teniendo en cuenta los valores institucionales que son:

- **Idoneidad profesional:** Comprende la práctica profesional, pericia, trabajo en equipo, docencia, eficiente administración y gestión al servicio de los principios humanitarios y cristianos de nuestra comunidad.
- **Familia:** La conjunción de capitales cordobeses y el aporte de una fuerte tradición familiar aseguran compromiso, seguridad, tranquilidad, respuestas, garantías de calidad y servicio personalizado brindado por todos los integrantes de la Organización, ayudando de esta manera a la revitalización de la familia como célula básica de la sociedad.
- **Ética y respeto:** Asegura una relación equitativa y responsable con la vida y la dignidad humana, para con el paciente y toda persona que se relacione con la Institución.
- **Compromiso con la calidad:** Concebimos la calidad como la asunción de las necesidades de nuestros pacientes como nuestra necesidad. Por ello nos guía la constante búsqueda de la mejora continua de procesos que aseguran los más exigentes estándares, evaluando los resultados obtenidos a través de la crítica constructiva.

- Responsabilidad Social: Asumimos el cuidado integral de nuestros pacientes y respondemos ante todos los integrantes de nuestra Organización, nuestros accionistas, nuestros proveedores y la comunidad. Asimismo colaboramos en programas asistenciales y de prevención en el cuidado de la salud.
- Crecimiento Sustentable: El Sanatorio Allende, de capitales privados nacionales, no depende económicamente de ningún ente público. Esto nos compromete con la eficiencia traducida en rentabilidad y autonomía.
 - Generación de Conocimiento: A través de la permanente investigación, capacitación, formación y entrenamiento tanto científico como en los valores que nos distinguen en todas las áreas relacionadas con el arte de curar aseguramos el cuidado de nuestros pacientes con un trato cálido, acogedor y humano.

El departamento de enfermería adhiere a la misión, visión y valores institucionales, teniendo por objetivo brindar cuidados de enfermería de calidad al paciente y su familia durante toda la etapa de internación, desde su admisión hasta la alta médica. Entiende al cuidado desde una perspectiva que tiene como base las necesidades del paciente, siendo éste integral, humano, holístico, con fuerte compromiso de trabajo en equipo y la capacitación permanente.

Inicialmente la institución contaba con un registro de enfermería en soporte papel, basado en la teoría de Virginia Henderson con sus 14 necesidades básicas, generando una gran acumulación de historias clínicas en formato papel, y fue así, que dentro de las continuas actividades de actualización, se incluyó la incorporación de los registros de enfermería en soporte virtual, lo cual respondió también, a una necesidad de poseer registros sin ocupar papel y espacio. Se propuso entonces, un nuevo sistema de historia clínica computarizada y con ello cambió el registro de Enfermería.

La incorporación de este fue en octubre de 2013 en el servicio de Perinatología, incluyendo tanto al personal médico como enfermero. Luego se extendió al resto de los servicios especiales en enero de 2014 y posteriormente, se hizo en el servicio de internado general en marzo de 2014.

Al realizar la consulta al experto Ingeniero, Jefe del Departamento de sistema de la institución y creador de la aplicación utilizada, éste expresó “que se realizaron capacitaciones intensivas por 15 días en los tres turnos abarcando médicos, residentes, enfermeros, supervisores y responsables de turno de cada aérea, además de la consulta ante alguna dificultad”. Detalló que las principales funciones que deben cumplir las historias clínicas informatizadas (HCI) son:

- Asistencial: La historia clínica es el repositorio donde se almacena la información del paciente (se registra todo lo actuado por el equipo de salud) con el fin de asegurar la continuidad en su proceso de atención.
- Docente: sirve como fuente de información para el aprendizaje de casos clínicos cuando refleja adecuadamente el proceso asistencial.
- Investigación: tanto clínica como epidemiológica, ya que es una importante fuente de datos para la elaboración de análisis y estudios retrospectivos tanto a nivel individual como poblacional.
- Gestión: tanto clínica como administrativa, pues sirve como soporte para la facturación de actos médicos y su manejo administrativo. También es útil en la evaluación y administración de los recursos sanitarios y la calidad de servicios brindados.
- Legal: como constancia de la conducta y diligencia de la asistencia prestada. La particularidad de esta referencia es homologa en el quehacer de enfermería, más allá de la atención misma de los usuarios que son atendidos con el uso de HCI, donde tienen sus propios requerimientos basados en los diagnósticos de enfermería, procesos y los registros que refiere la HCI, siendo corresponsables intrínsecos de las implicaciones, de las competencias tanto para lo interno y lo externo del proceso, de la dinámica de la atención de salud haciendo énfasis en la gestión clínica que en lo administrativos o mejor aún, estableciendo como base el desarrollo de los procesos clínicos, primero o a la par desarrollando el valor administrativo del proceso .

Desde el enfoque desarrollistas de los sistemas de informatización para la atención clínica informatizada, hay una tendencia enfocada a la necesidad básica de controlar la gestión administrativa de los procesos asistenciales en salud, en particular referencia en la práctica privada, donde programadores locales en informática enfocaron sus esfuerzos en satisfacer esos requerimientos administrativo y económico de sus productos. Esta tendencia centra sus esfuerzos en llevar las estadísticas de morbilidad y mortalidad, hasta la inferencia que establece el Manual de Salud Electrónica para directivos de servicios y sistemas de salud en donde, establece que para coordinar estos recursos y satisfacer las demandas asistenciales se requiere:

- Identificación única de pacientes.
- Definición de prestaciones.
- Solicitud de prestaciones.
- Configuración de agendas.

- Proceso de citación.
- Admisión.
- Realización de prestaciones, registrándose la información generada en el sistema de información correspondiente.
- Otros: gestión de aprovisionamiento, gestión de camas y otros.

Esta visión, responde a los procesos de prestaciones como herramienta para la gestión de la atención de salud, donde se puede notar una dimensión más centrada a la especificidad de las prestaciones, estableciendo un marco de crecimiento profesional de salud, donde el documento de enfermería tiene dentro de un plano general ciertas particularidades para este caso. No se puede perder de vista, que la relación de nuestras acciones no se enmarca en una orientación vertical sino horizontal, la cual permitiría un mayor entendimiento de nuestro procesos, como un todo. Así es, que Enfermería suma sus esfuerzos en desarrollar y proveerse de soluciones informáticas.

El Ingeniero expresa que “la Historia Clínica Electrónica es costosa en principio. Requiere tecnología, cambios en la planta física, personal adicional y por supuesto tiempo. Existen otras personas ajenas al personal de salud que tendrán potencial acceso a la HCI, dicho personal es el encargado de mantener y mejorar el hardware y software, necesario para la cumplimentación de la HCI”.¹⁰

Por otro lado y a pesar de contar con las mismas bases conceptuales, de existir la pretensión de universalidad del sistema informático, y de realizarse en post del cuidado integral del paciente, el REE es aplicado de manera diferente en una y otra.

Éste se define según Malliarou (citado por Carreño, Parada, Alcayaga & Rubio, 2012) como un sistema de información computarizado que recolecta, almacena, procesa, expone y comunica oportunamente la información obtenida de la práctica, educación, administración e investigación en relación al cuidado enfermero.¹¹

Partiendo entonces desde tal variabilidad entre el sector público y privado, como así también del déficit que genera la falta de inversión en las infraestructuras sistemáticas para el desarrollo de los sistemas computarizados en el sector salud, de la diferencia entre las formaciones de los distintos profesionales dentro del campo de la enfermería como ciencia, y ante la problemática relacionada a la creciente inserción de tecnologías en el campo de la salud, que supondrían una herramienta de desarrollo y de seguimiento para los profesionales en post de mejoras para los pacientes, se observa lo siguiente:

- En el REE predomina un aspecto en su aplicación dejando por fuera otros.
- El REE limita y condiciona la estandarización del informe.
- Existen diferencias en la redacción de los registros que realizan los profesionales, con ausencia de un vocabulario universal, redundando en las mismas sinonimias y polisemias.
- Dificultad en la utilización de los REE.
- Incorporación reciente del REE.
- Ausencia de información sobre los componentes de las dimensiones psicológicas y sociales que componen el REE

A partir de lo anteriormente desarrollado y de la observación de la realidad, surgen los siguientes interrogantes:

- ¿Qué aspecto predomina en los REE y cuáles se dejan por fuera?
- ¿El REE tiende a la estandarización del registro de los cuidados?
- ¿Existen lineamientos generales para la redacción de los REE?
- ¿Los enfermeros han recibido las capacitaciones correspondientes para desarrollar las competencias necesarias para usar correctamente el REE?
- ¿Cuál es la percepción de los enfermeros al cambio de registro del convencional al electrónico?
- ¿Se han evaluado los componentes de las dimensiones psicológicas y sociales del REE?

Los interrogantes planteados, permitieron la búsqueda bibliográfica de antecedentes de investigación en relación a la temática abordada y se concluyó lo siguiente:

Para establecer que aspectos predominan en el REE, resulta necesario recordar que en el Sanatorio Allende dicho registro, fue creado 2013 en base a la Teoría de V.Henderson. Dicho modelo de cuidado responde al Paradigma de la Integración, que cuenta con una fuerte influencia del positivismo, pero incluye el entorno en el que se produce el fenómeno para poder comprenderlo y explicarlo.

Desde esta Teoría la persona es considerada una unidad resultante de la suma de las partes, bio- psico- social; y aunque es indispensable destacar los

aportes generados por V. Henderson en los años cincuenta, se requiere en la actualidad considerar ciertos aspectos.

En primera instancia, la visión asistencialista no limita el accionar enfermero en un único campo de ejercicio, ya que es necesaria su presencia en diferentes ámbitos comunitarios y su consecuente participación.

En segunda instancia, se requiere un análisis del cuidado enfermero basado en la identificación de las necesidades; disponiendo de tal manera desde donde, por quien y quienes las determinan. Suplantando el concepto de la existencia de una relación unidireccional, en donde la enfermera decide que es lo mejor para el individuo en una situación dada.

Por último, a pesar de que se concibe al sujeto como una unidad bio-psico-social, se fracciona al mismo en partes en donde lo biológico subordina a los aspectos psicológicos y sociales.¹²

A través de la consulta a informante clave se confirmó que los aspectos que incluye el REE del S.A son biológicos, psicológicos y sociales, conformados por las 14 necesidades básicas indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona según V. Henderson. Éstas son universales para todos los seres humanos, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera particular. Detalladas a continuación:

- 1- Respirar normalmente.
- 2- Comer y beber adecuadamente.
- 3- Eliminar por todas las vías corporales.
- 4- Moverse y mantener posturas adecuadas.
- 5- Dormir y descansar.
- 6- Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
- 7- Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
- 8- Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
- 9- Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
- 10- Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
- 11- Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
- 12- Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga sentido de realización personal.

13- Participar en actividades recreativas.

14- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.¹³

En la mayoría de los REE que fueron evaluados al azar, se ha detectado que prevalece el aspecto biológico; consecuentemente, el apartado destinado al registro de los aspectos psicológicos y sociales, es acotado, quedando a criterio personal del enfermero incluirlo o no, es por este motivo que consideramos indispensable realizar la evaluación de dichas dimensiones.

En cuanto a la estandarización del registro de los cuidados, un artículo de revisión realizado en el año 2013 en Brasil, los estudios analizados presentaron como base de referencia el almacenamiento del Proceso Enfermero de forma estructurada, operacionalizándolo en fases secuenciales e interrelacionadas (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación).

Con la implantación de los sistemas informatizados en enfermería, la uniformidad en los parámetros de diagnósticos y prescripciones, permite que los registros enfermeros sean organizados y estandarizados.¹⁴

Mediante la consulta a E.S, informante clave, se pudo establecer que los colegas consideran que el REE tiende a la estandarización de los informes de sus cuidados. A tal afirmación, la justifica expresando que “si bien se utiliza el modelo de Virginia Henderson que contempla aspectos biológicos, psicológicos y sociales, predomina el primero. Además, no presenta una estandarización integral del cuidado en la que se incluya a cada una de las 14 necesidades, sino que ofrece un espacio en blanco donde no se limita el contenido de la escritura, y en la que se espera que el profesional tenga en cuenta aquellos aspectos que el REE no contempla, como así también, utilice su criterio para desarrollarlos”. (E.S, comunicación personal, septiembre de 2017).

En cuanto a los lineamientos generales para la redacción de los REE, Enfermería cuenta con el Proceso de Atención en Enfermería (PAE), que es organizado, sistemático y consta de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, los cuales son secuenciales e interrelacionados. En los mismos se realizan acciones intencionales y pensadas para obtener los mejores resultados en el cuidado enfermero, quedando documentado en el registro de enfermería, que es de gran importancia porque reflejar el quehacer de la práctica enfermera.¹⁵

Carpenito (citado por Lucena De Cordero G, 2006) “indica que la administración del cuidado de enfermería y los registros clínicos de enfermería deben cumplir las normas de la profesión y apoyarse para su desempeño en la American Nurses Association (ANA) y en la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), organizaciones que poseen normas para el registro de enfermería, a nivel mundial las cuales establecen las responsabilidades del personal de enfermería, por la cual se puede juzgar la calidad de la práctica del servicio” (p.6).¹⁶

Así mismo, Phaneuf (1999) “plantea que la importancia de los registros viene dada por ser un elemento imprescindible para asegurar la continuidad de los cuidados del cliente, usuario/paciente, familia o comunidad” (p.7). La calidad de los mismos favorece una comunicación efectiva entre los miembros del equipo de salud, para brindar así cuidados de calidad.¹⁶

Existen diferentes formas de registrar las observaciones y acciones en la enfermería, entre los tipos de registros se tienen el de observaciones subjetivas, objetivos, análisis, planificación y evaluación (SOAPE); observaciones subjetivas, objetivos, análisis, plan, intervención y evaluación (SOAPIE), narrativo y el Focus ó datos, intervenciones/acciones de enfermería y resultados obtenidos (DAR o DIR). Cualquiera que sea el tipo de registro que se adopte, las observaciones deben contener las intervenciones o acciones dependiente e independiente, estado del usuario, registrar las reacciones físicas, emocionales, psicológicas al igual que la respuesta al tratamiento de su patología y respuesta humana alterada. (Lucena De Cordero G., 2006, p.14)¹⁵

Estos aspectos son los que, según el informante experto, el Sanatorio Allende tiene presente para elaborar su sistema de REE, además de brindar capacitación al enfermero ingresante en la utilización del RE, planteando aquellas competencias que la institución determina como necesarias para un adecuado desempeño del trabajo.

Tobón (citado por Raúl Choque Larrauri, 2011) establece que las competencias son “procesos complejos que las personas ponen en acción-actuación-creación, para resolver problemas y realizar actividades de la vida cotidiana y del contexto laboral-profesional, aportando a la construcción y transformación de la realidad, para lo cual integran el *saber ser* (automotivación, iniciativa y trabajo colaborativo con otros), el *saber conocer* (observar, explicar, comprender y analizar) y el *saber hacer* (desempeño basado en procedimientos y estrategias), teniendo en cuenta los requerimientos

específicos del entorno, las necesidades personales y los procesos de incertidumbre, con autonomía intelectual, conciencia crítica, creatividad y espíritu de reto, asumiendo las consecuencias de los actos y buscando el bienestar humano” (p. 6).¹⁷

Específicamente en el personal de salud se establecen cinco competencias necesarias para un adecuado desempeño de trabajo en red, éstas son:

- ✓ Uso eficiente de las TIC.
- ✓ Acceso a la información y la comunicación.
- ✓ Gestión de la información y el conocimiento. g
- ✓ Generación del conocimiento.
- ✓ Difusión del conocimiento.

Según Raúl Choque Larrauri (2011) “el personal de salud requiere desarrollar una serie de conocimientos, habilidades y prácticas, que se configuran como las competencias TIC, a fin de que puedan brindar sus servicios a la población objetivo con mayor precisión, calidad y rapidez” (p.9).¹⁷

Durante una entrevista llevada a cabo a E.S autora de la tesis referida a la Percepción de los enfermeros al cambio de registro del convencional al electrónico, ésta expresó que “aunque el proceso fue arduo, el resultado que se obtuvo fue positivo, ya que hasta el personal de mayor antigüedad se siente cómodo utilizando dicha herramienta, aunque hay que reconocer que como todo cambio, genero rechazo, disgusto y hasta negación apenas se implementó, pero después de tres años de utilización, los enfermeros gestores del cuidado, refieren que están conformes con el mismo”. (E.S, comunicación personal, septiembre 2017).

En base a lo anteriormente planteado se determina que el aspecto predominante en los REE es el biológico y que a pesar de que V. Henderson toma en su teoría aspectos biológicos, psicológicos y sociales, quedan por fuera del registros los dos últimos. Por otro lado, es posible afirmar que el registro estandariza el informe, que existen lineamientos generales para su redacción, que en la institución brinda capacitación al personal ingresante en relación a estas cuestiones y que la percepción de los enfermeros al cambio de registro fue positiva; no pudiendo responder si a los REE se le ha realizado algún tipo de evaluación respecto a la dimensión psicológica y social.

DEFINICION DEL PROBLEMA

Teniendo en cuenta lo antes mencionado surge la siguiente definición del problema:

Evaluación de los componentes de las dimensiones psicológica y social del Registro Electrónico Enfermero del Sanatorio Allende de la ciudad de Córdoba en el período de julio a octubre de 2018.

JUSTIFICACION

En la actualidad la tecnología ocupa un lugar privilegiado en todos los espacios de la vida, por lo que hospitales, clínicas y sanatorios no quedan exentos de tal situación. El registro electrónico constituye uno de los tantos elementos que se encuentra en pleno auge, crecimiento y desarrollo. Su aplicación se desarrolla por el momento en clínicas privadas, siendo inminente su llegada a los hospitales públicos. Por tales motivos, el siguiente proyecto se realizó en base a lo observado en el Sanatorio Allende, sitio donde ha sido posible determinar que en el REE existe predominio de un aspecto por sobre otros, que limita y condiciona la estandarización del informe, que existen diferencias en la redacción de los registros que realizan los profesionales y que existe dificultad en su utilización. Por lo tanto, y teniendo en cuenta lo antes mencionado, es a través del siguiente trabajo que se desarrollará la evaluación de los componentes de la dimensión psicológica y social de tales registros.

De esta manera, es posible definir que la principal motivación para llevar a cabo dicho estudio, es realizar un aporte positivo a la profesión, contribuyendo a mejorar la calidad de atención brindada por parte de enfermería y procurando contribuir al enriquecimiento del conocimiento científico, y que pueda resultar como punto de partida para futuras investigaciones. Además, se dará respuesta acerca de la relación existente entre el ejercicio profesional y los REE, sin olvidar y remarcando la importancia legal del mismo, como así también, la existencia de mantener aquellos lineamientos generales y las características particulares para su apropiada elaboración. La información recabada podrá ser utilizada por la institución para mejorar o modificar cuestiones relacionadas al REE, e incluso favorecer el desarrollo de una plataforma unificada basada en el modelo de la transformación, que responda a las necesidades y al contexto actual de los usuarios.

A nivel social, resulta relevante realizar esta investigación ya que la calidad de atención es un pilar fundamental para la prestación de los servicios sanitarios. Uno de los instrumentos fundamentales para ello, es el registro correcto en la historia clínica ya que es en ella donde se plasma lo realizado en la asistencia y/o atención de salud, de tal manera se registra el tipo de servicio brindado, favoreciendo el desarrollo de prestaciones de calidad, la docencia y formación continua del capital humano en salud; se permite planificar, organizar, gestionar y evaluar la actividad asistencial de los diferentes servicios y unidades del establecimiento de salud.

Cabe destacar que el registro enfermero forma parte de la historia clínica, la cual constituye una garantía para el paciente, el equipo de salud y la institución asistencial, siendo un importante medio de prueba, ya que contribuye al discernimiento de aspectos jurídico-legales relacionados con la atención de salud y aporta datos epidemiológicos.

Este estudio conlleva un análisis del ejercicio profesional, una discusión proactiva para razonar al accionar enfermero en sus diversas estructuras en el

sistema de salud, generando un sentido de pertenencia que permita unificar criterios, aceptar responsabilidades y hacer visible a la disciplina Enfermera en el espacio de la documentación de salud, afianzando la necesidad de el buen uso de los recursos tecnológicos en el hacer/saber enfermero, estableciendo el nivel de utilidad y aplicación de las plataformas electrónicas, con la participación en la producción y elaboración de los registros electrónicos enfermeros, como elemento favorecedor del cuidado.

Esta investigación es factible y a su vez viable ya que se cuenta con los recursos materiales, financieros y con el tiempo que se requiere para llevarse a cabo; así mismo, las políticas institucionales son las adecuadas y se recibe permiso e información, no solo del equipo de recursos humanos, sino que también del equipo técnico y de colegas que desarrollan en ella.

MARCO TEORICO

A lo largo del tiempo ha ocurrido un notable avance en cuanto a los registros de enfermería, historia que ha podido ser recabada mediante entrevistas informales realizadas a colegas de larga trayectoria.

Ellos expresaron que en sus comienzos, la información era transmitida de manera verbal entre los compañeros de un mismo turno y durante el pase de guardia y que solo realizaban anotaciones en soporte papel, en cuanto a lo referido a los signos vitales para brindárselas a los médicos, quienes tomaban tales datos para aplicar o modificar las tratativas; cabe destacar que tales anotaciones no quedaban registradas en ningún área de la Historia Clínica (HC), ni se dejaba constancia de que enfermero las había tomado. Para poder aplicar el tratamiento a los pacientes institucionalizados, la enfermera supervisora transcribía las indicaciones médicas a un cuaderno destinado para tales fines.

Con el correr de los años y los avances en la salud, se implementó el uso del kardex, que consistía en un método conciso para organizar y registrar datos acerca de un paciente, facilitando el acceso inmediato a la información de todos los profesionales de la salud intervinientes. Se trataba de una ficha individual o tarjeta por paciente para archivar en un fichero o tarjetero, que se podía doblar y guardar fácilmente para el control de enfermería.

Más adelante se comenzaron a utilizar las “carpetas de distribución”, que contenían, una hoja de registro de enfermería y otra de atención de enfermería, en ésta última los médicos dejaban plasmado el tratamiento a realizar para ese individuo en particular. Las carpetas se dividían según el número de habitación, y dentro de ellas el número de cama designaba el lugar correspondiente para cada hoja de registro y de atención de enfermería.

En las hojas de registro de enfermería se describían cronológicamente la situación, evolución y seguimiento del estado de salud e intervenciones de promoción de la vida, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que el profesional de enfermería brinda a los sujetos de cuidado. Es en este punto donde se realiza la integración de los registros enfermeros a la HC, y donde comienzan a constituir un elemento de índole legal.

En los últimos 20 años se han utilizado una gran cantidad de sistemas de archivo electrónico de historias sanitarias, siendo desarrollados en su comienzo en los EE.UU. y orientados a la administración y facturación como base de los sistemas de información.

En 1986 la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, comenzó una investigación para construir un Sistema de Lenguaje Médico Unificado (UMLS), cuyo propósito fue contribuir al desarrollo de sistemas que ayudaran a los profesionales de la salud y a los investigadores a recuperar e integrar la información biomédica electrónica de distintas fuentes y facilitar a los usuarios la unión de información de sistemas completamente diferentes,

incluyendo registros computados de pacientes, bases de datos bibliográficas, bases de datos y sistemas expertos.

En este marco de cambios se empieza a trabajar en la creación de historias electrónicas capaces de conseguir los objetivos propuestos; de dar respuesta a los elementos implicados en el proceso de atención sanitaria: ciudadano, profesionales y administración.

Dentro de las experiencias más importantes destacan fundamentalmente por su magnitud de utilización, la realizada por el Servicio Andaluz de Salud que desde el principio de los años 90 comenzó a desarrollar herramientas que intentan conseguir un apropiado Sistema de Información Sanitario capaz de responder a las necesidades de los tres actores implicados.

En Suecia, donde la medicina está unificada y socializada, ya se cuenta con la historia clínica universal, uniforme para todo el sistema, manejada por grandes computadoras. En el Mercado Común Europeo, se dice que es deseable regular la recolección y procesamiento de datos médicos, salvaguardar la confidencialidad y la seguridad de los datos personales relativos a la salud, conscientes del progreso en la ciencia médica y los avances en la tecnología informática.

Los registros de enfermería son una parte fundamental de la asistencia sanitaria y están incluidos en la historia clínica de cada usuario, lo cual conlleva una gran responsabilidad de índole profesional y legal; por tal motivo es que se deben realizar con el mayor rigor científico, garantizando la calidad de los mismos. Dicho registro diario brindado por el personal de enfermería es esencial para una adecuada calidad asistencial y para el desarrollo de la profesión.

En enfermería, es mediante del Proceso de Atención Enfermero donde se llevan a cabo los registros realizados a la hora de prestar servicios de cuidados. El PAE dispone de cinco etapas interrelacionadas, que son Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación. Cada una de ellas, debe disponer de su correspondiente registro de enfermería, con el fin de favorecer el sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario, evidenciando la calidad del cuidado que se brinda al usuario, permitiendo la comparación con normas de calidad, estableciendo un sistema de evaluación para la gestión de los diferentes servicios de enfermería, permitiendo la investigación en enfermería, la formación pre/post-grado y constituyendo una prueba de carácter legal.

Para poder organizar y registrar cada una de las etapas del proceso de atención de enfermería, se requiere clasificar las necesidades y demandas de los pacientes, según un modelo de cuidados, como así también ser capaz de definir a los registros de enfermería, por ello se destaca que:

Los registros de enfermería, son testimonio documental sobre actos y conductas profesionales donde queda

recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente al paciente, su tratamiento y su evolución. Son fundamentales para el desarrollo de la enfermería, para el intercambio de información de los cuidados y para la mejora de la calidad de la atención que se presta y para diferenciar la actuación propia, de la del resto del equipo. Además, facilitan la investigación clínica y docencia de enfermería, Conforman una base importante para la gestión de recursos sanitarios tanto, materiales como personales, permiten realizar el análisis del rendimiento, y el análisis estadístico, tienen una finalidad jurídico-legal, considerándose una prueba objetiva en la valoración del personal sanitario respecto a su conducta y cuidados al paciente. (A.A. Martínez Ques, 2004)

Además, pueden ser considerados como:

Los documentos específicos que hacen parte de la historia clínica, en los cuales se describe cronológicamente la situación, evolución y seguimiento del estado de salud e intervenciones de promoción de la vida, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que el profesional de enfermería brinda a los sujetos de cuidado, a la familia y a la comunidad. (Luz Marina Bautista-Rodríguez, 2015, p.5)

Aunque también pueden ser definidos como lo expresan García Ramírez, Navío Marco y Morganizo (2007) como un “testimonio documental sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente al paciente, su tratamiento y su evolución” (p.11).

Según instituciones de acreditación como la Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), que especifica las recomendaciones para la documentación, determina que los registros de enfermería deben cumplir estándares básicos, para ser considerados registros de calidad: deben ser reales, exactos, completos, actuales y organizados. Se considera que solo a través de la utilización de datos fiables, las organizaciones de atención de salud son capaces de determinar las áreas prioritarias para mejorar la calidad de atención, de esa manera las personas que lo requieran pueden tomar decisiones informadas sobre el acceso y compra de los servicios. Es decir que, a través de la aplicación de aquellos estándares básicos es posible favorecer la eficacia de los cuidados en las personas y legitimar la actuación del profesional sanitario. Todas estas normas para mejorar la calidad de información tienen como base los principios éticos, profesionales y legislativos, como el derecho a la intimidad, confidencialidad,

autonomía y consentimiento informado del paciente. Por ello es necesario que estén incluidos en la historia clínica del paciente, que puede considerarse como el conjunto de documentos que contienen datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un individuo sobre el que se desarrollaron tareas asistenciales.

Resulta necesaria la aplicación de los registros ya que la enfermería como disciplina profesional se desarrolla en base a la existencia de documentos a través de los cuales los profesionales dejan constancia de todas las actividades que se llevan a cabo en el proceso de cuidados:

- Posibilitan el intercambio de información sobre cuidados, mejorando la calidad de la atención que se presta y permitiendo diferenciar la actuación propia, de la del resto del equipo; manifestando así el rol autónomo de la enfermería.
- Facilitan la investigación clínica y docencia de enfermería, ayudando así, a formular protocolos y procedimientos específicos y necesarios para cada área de trabajo.
- Conforman una base importante para la gestión de recursos sanitarios tanto, materiales como personales, adecuándolos a las necesidades generadas en cada momento, permitiendo por un lado, el análisis del rendimiento, y por otro el análisis estadístico.
- Tienen una finalidad jurídico-legal, considerándose una prueba objetiva en la valoración del personal sanitario respecto a su conducta y cuidados al paciente.

Por lo tanto, sólo a través del registro de todo aquello que la enfermera realiza, podremos transformar el conocimiento común sobre los cuidados en conocimiento científico y contribuir con ello al desarrollo disciplinario y profesional (García Ramírez, Navío Marco y Morganizo ,2007, p. 3)

Los registros de enfermería son actualmente muy importantes, debido al aumento de las situaciones médico-legales frente a las cuales es indispensable contar con un respaldo del trabajo realizado, respaldo que, idealmente, debe ser legible y oportuno.

El equipo de salud, cuando va a tomar una decisión, utiliza una gran cantidad de información, y los registros de enfermería son un componente destacado de ella. Estos registros se definen, según Estela Domic (2004) como “la recopilación de datos del paciente, relacionados con su salud y con su enfermedad. Contienen observaciones, consideraciones, resultados de exámenes, diagnósticos de enfermería, información de los fármacos administrados y todos los datos que se originan en las acciones que el equipo realiza en los pacientes”.

Los registros deben ser legibles y de fácil acceso; deben favorecer la comunicación entre los componentes del equipo de salud; y deben permitir que se les analice con fines estadísticos y de investigación.

Los formularios son muchos y no todos los llenan; por eso, los registros deben ser uniformes; porque así prestarán un servicio efectivo al paciente y al equipo de salud, y evitarán el problema que enfrentan muchos autores cuando quieren hacer una investigación y no encuentran los datos necesarios, ya sea porque se omitieron o están extraviados.

Para Estela Domic (2004) “el buen registro es útil para el paciente, porque apoya, mantiene y mejora la calidad de la atención clínica, que necesita una buena fuente de información del estado del paciente.” Se trata de una fuente de evaluación para la toma de decisiones y un documento legal que traduce los actos del equipo de salud y apoya la investigación.

Además, el registro permite identificar al personal que estuvo a cargo de un paciente determinado, analizar la oportunidad de la atención y realizar la vigilancia de enfermería; También permite hacer un análisis frente a los problemas legales originados por error en la administración de fármacos o por accidentes de los pacientes.

Un buen registro puede ser una herramienta atenuante o esclarecedora de lo que sucedió.

Históricamente, la actividad desarrollada durante el cuidado de enfermería ha sido registrada en forma manual, sin embargo este sistema de registro produce insatisfacción en los usuarios del sistema, debido a que no puede clasificar todas las fases del procesos de atención, posee dificultades en el registro de diagnósticos, llegando a la conclusión que es necesario cambiar el modelo de registro, a un sistema informatizado.

El desarrollo en las últimas décadas de la informática, ha servido para convertirla en una herramienta imprescindible en la actividad diaria de las distintas profesiones. En este contexto surgen los registros electrónicos de salud, como un instrumento de apoyo a la calidad y seguridad de la asistencia médica y de enfermería. Los sistemas de información computarizados recolectan, almacenan, procesan, exponen y comunican oportunamente la información obtenida de la práctica, educación, administración e investigación. Estos se vierten en un formato digital, almacenados en forma segura y accesible para múltiples usuarios calificados. Contiene información actual, retrospectiva y prospectiva y su objetivo principal es integración del cuidado salud de calidad como apoyo permanente. El sistema de información clínica utiliza un tipo de comunicación (interface) que facilita la entrada automática de datos, previa validación de éstos por parte del equipo de enfermería o del equipo médico.

La aparición de sistemas operativos con entornos y programas más potentes, unido a su manejo más accesible, facilita su incorporación al medio sanitario. Durante estos años, se ha estudiado con distintos enfoques las

diferencias entre el empleo de registros con base en el papel y los registros informatizados frente al bolígrafo-papel.

La Historia Clínica Informatizada (HCI) o Electrónica (HCE) puede definirse según la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (OPS & OMS), (2011) como “el repositorio en formato electrónico de toda la información referente a la salud de cada uno de los pacientes, además ayuda a los profesionales en la toma de decisiones y el tratamiento”.

Las características de la HCI según la OMS & OPS (2011) son:

- Accesibilidad y disponibilidad de la información
- Presentación configurable de los datos
- Comunicación activa con otros profesionales y con los pacientes
- Agregación de datos
- Acceso a bases de conocimientos
- Sistemas de apoyo a la toma de decisiones
- Mejora de la calidad asistencial.

La informatización de la historia clínica además de proporcionar una solución a las dificultades que causa el formato tradicional, es una oportunidad que integra la información clínica, para examinar la organización de los servicios y de los profesionales. Para Carreño, Santander, Rojas, y Acuña (2012) “su digitalización es una transición necesaria escalonando entre la historia tradicional en papel y un grado máximo de informatización, en la que todos los datos disponibles en la historia clínica en papel se hallarán de una manera estructurada y codificada, debido a que se puede procesar y recuperar automáticamente con la mayor especificidad.”

Los Registros Electrónicos Enfermeros (REE), definidos por Graves & Corcoran (citado por José Ángel Sanguino Rojas, 2013) 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”.

Para González J, Gosgaya (citado por Carreño, Santander, Rojas & Rubio, 2012) los registros electrónicos surgen como “un instrumento de apoyo a la calidad y seguridad de la asistencia médica y de enfermería y expresa que se tratan de sistemas de información computarizados que recolectan, almacenan, procesan, exponen y comunican oportunamente la información obtenida de la práctica, educación, administración e investigación. Estos se vierten en un formato digital, almacenados en forma segura y accesible para múltiples usuarios calificados. Contiene información actual, retrospectiva y prospectiva y su objetivo principal es integración del cuidado salud de calidad como apoyo permanente”.

Por último Becerra & Hullin (citada por, José Ángel Sanguino Rojas, 2013) concluye que: “Un registro electrónico de enfermería permite y provee el

espacio para que las enfermeras y enfermeros trasmitan en forma ordenada los datos, información y conocimientos que una persona, como parte de una familia, comunidad y sociedad, necesita en forma holística para llevar una vida saludable y libre de enfermedades”.

Teniendo en cuenta que los registros de enfermería deben de presentar ciertas características especiales, en México, durante la 1era Jornada Técnica (2008), se concluyó que documentar los cuidados de enfermería resulta imprescindible para desarrollar una estrategia de calidad. Para realizarlo se requiere comparar la situación real del sistema de atención con los objetivos propuestos por la gerencia, de esta manera se necesita realizar el monitoreo y seguimiento de dichos servicios con base en estándares e indicadores de estructura, proceso y resultado para medir periódicamente la ejecución de actividades.

Por su parte la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization ha establecido los criterios para evaluar el registro de la atención y seguimiento del paciente, por lo que exige la documentación en el contexto del Proceso de atención de enfermería, en particular, la educación dirigida al paciente y/o familiar y la producción del plan de alta si así lo requiriera.

En México (2010) un estudio de evaluación de la calidad de los registros clínicos de enfermería (CARCE) incluye el Proceso de Atención de enfermería como lenguaje universal para describir y efectuar los registros clínicos y reflejar las funciones independientes, interdependientes y dependientes del profesional de enfermería y su contribución a la calidad y seguridad de la atención a la salud, por lo que su evaluación se halla basada en el control sobre la existencia de informes que describan las acciones realizadas para, por y con el paciente, como así también los hechos que le acontecen o que él mismo expresa, teniendo en cuenta al “paciente” como un ser bio-psico-social.

A lo largo del tiempo, el ejercicio profesional ha respondido a diferentes modelos y paradigmas de salud, los cuales a su vez surgieron en un entorno histórico y político específico, por lo cual resulta indispensable describir el contexto en el que surgió la Teoría de V. Henderson.

Al momento en que se desarrolló la teoría de Virginia Henderson, el Modelo teórico conceptual predominante era el Modelo Médico Hegemónico (MMH); cuyos rasgos principales y estructurales son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico

El rasgo estructural dominante es el biologismo, el cual constituye el factor que garantiza no sólo la científicidad del modelo, sino la diferenciación y jerarquización respecto de otros factores explicativos. El biologismo constituye

un carácter tan obvio del modelo, que no aparece reflexionado en las consecuencias que él tiene para la orientación dominante de la perspectiva médica hacia los problemas de salud/enfermedad. De hecho el biologismo subordina en términos metodológicos y en términos ideológicos a los otros niveles explicativos posibles. Lo manifiesto de la enfermedad es ponderado en función de este rasgo, como lo casual, sin remitir a la red de relaciones sociales que determinan lo fenoménico de la enfermedad. Lo biológico no sólo constituye una identificación, sino que es la parte constitutiva de la formación médica profesional. El aprendizaje profesional se hace a partir de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales o psicológicos son anecdóticos. El médico en su formación de grado y postgrado no aprende a manejar la enfermedad en otros términos que los de los paradigmas biológicos. El biologismo del MMH se expresa no sólo en la práctica clínica, sino —y esto es de notable relevancia— en la práctica epidemiológica.

En este contexto Virginia Henderson elaboró su modelo conceptual como respuesta a la necesidad de clarificar la función de las enfermeras, basándose en las teorías sobre necesidades y desarrollo humano descritas por autores como A. Maslow, E. Ericsson y J. Piaget, desarrolló un modelo conceptual basado en 14 necesidades básicas. Desde la perspectiva de la teorizante, la disciplina de enfermería nace ante la falta de fuerza, conocimiento o voluntad para satisfacer cualquiera de las necesidades básicas de las personas, donde el papel de la enfermera es la realización de las acciones de suplencia, asistencia o acompañamiento que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada, lo que da lugar a estados de dependencia y de falta de autonomía.

Los meta paradigmas de V. Henderson son:

- Persona: es un ser integral, una unidad con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí. La persona y familia forman una unidad.
- Entorno: es el conjunto factores y condiciones externas, entre ellas las relaciones con la familia y la comunidad. Las condiciones del entorno son dinámicas y pueden afectar a la salud y al desarrollo. Las personas maduras pueden ejercer control sobre el entorno, aunque la enfermedad puede obstaculizar dicho control.
- Salud: es el máximo grado de independencia que permite la mejor calidad de vida, un estado en el cual la persona puede trabajar, desarrollarse y alcanzar el potencial más alto de satisfacción en la vida, satisface las 14 necesidades básicas. La persona necesita independencia para poder satisfacer las necesidades básicas por sí misma, o cuando esto no es posible, la ayuda de otros. Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.

- Cuidado: es un servicio de ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas. Requiere de conocimientos básicos de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas para ayudar al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas.

Las 14 necesidades básicas son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, interactuando constantemente entre ellas, por lo que no pueden entenderse aisladas. Éstas son universales para todos los seres humanos, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera particular. A continuación se enunciarán la totalidad de las necesidades, pero se hará hincapié en las que contempla las dimensiones psicológica y social. Son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

Definición conceptual de la variable

La variable que se estudiará es:

REE definido como sistema de información computarizado que recolecta, almacena, procesa, expone y comunica oportunamente la información obtenida de la práctica, educación, administración e investigación en relación al cuidado enfermero (Malliarou, 2006). Dicha variable se dimensionará para su estudio en los aspectos biológico, psicológico y social, enunciados en la Teoría de V. Henderson.

- Psicológico: será estudiada mediante la detección de la presencia de registros enfermeros que den cuenta de la capacidad de comunicación del paciente, el grado de realización personal del mismo, como así también registros donde se incluya la satisfacción de la curiosidad en relación a su diagnóstico, tratamiento y cuidado.
- Social: será estudiada a través de la presencia de registros enfermeros que expresen la capacidad del paciente para evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas, de vivir de acuerdo con los propios valores y creencias y de participar en actividades recreativas.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Evaluar la dimensión psicológica y social del REE del Sanatorio Allende de la ciudad de Córdoba en el período de julio a octubre de 2018.

Objetivos Específicos

- Establecer los componentes de la dimensión psicológica que están presentes en el REE.
- Determinar los componentes de la dimensión psicológica que están ausentes en el REE.
- Establecer los componentes de la dimensión social que están presentes en el REE.
- Determinar los componentes de la dimensión social que están ausentes en el REE.

CAPITULO 2
“Diseño Metodológico”

TIPO DE ESTUDIO

El estudio que se realizará será de tipo descriptivo con una variable cualitativa denominada REE, que se estudiarán de forma transversal en el periodo comprendido entre julio a octubre del año 2018.

Descriptivo: porque describirá cuales componentes de las dimensiones psicológica y social se tienen en cuenta al momento de realizar la aplicación del REE.

Transversal: porque se realizará un corte en el tiempo para realizar una valoración integral de los REE donde se valorarán los Informes enfermeros en formato electrónico, durante el período julio-octubre 2018.

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Variable	Dimensiones	Sub- dimensión	Indicadores
Registro Electrónico Enfermero	Psicológica	Registro del tipo de Comunicación que establece el paciente frente al enfermero.	Registro de hechos relatados por el paciente.
			Registro de emociones relatadas por el paciente.
			Registro necesidades relatadas por el paciente.
			Registro de temores expresados a través del relato del paciente.
			Registro de las opiniones relatadas por el paciente.
		Registro del relato del paciente en relación a sus sentimientos de realización personal	Registro del relato del paciente sobre el cumplimiento de metas personales.
			Registro del relato del paciente referido a los sentimientos en relación a las metas alcanzadas.
			Registro del relato del paciente en donde refiere decepción por no haber logrado alguna meta personal
		Registro de la necesidad del paciente de satisfacer su curiosidad	Registro de la realización de preguntas por parte del paciente, sobre el tratamiento y los cuidados que en él se aplican.
			Registro de pedidos de interconsultas por parte del paciente, para pedir segundas opiniones a otros profesionales.

Variable	Dimensiones	Sub-dimensiones	Indicadores
	Social	Registro de hechos donde el paciente evite el desarrollo de peligros ambientales y la ocurrencia de lesiones a otras personas.	Registro referido a si el paciente solicita la presencia del personal de enfermería o de su familia para realizar tareas que no puede o cree no poder realizar evitando dañarse o poner en riesgo a otros.
Registro del cumplimiento por parte del paciente, de las normativas institucionales.			
Registro referido al mantenimiento del orden de la habitación por parte del paciente.			
Registro relacionado a la capacidad del paciente de vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.		Registro de lo expresado por el paciente referido a su concepción de salud y solicitud de que los cuidados sean realizados en función de los mismos.	
		Registro referido a las acciones llevadas a cabo por el paciente según su cultura, tradición, o religión dentro de la institución.	
Registro de los dichos del paciente en relación a su participación en actividades recreativas		Registro del relato del paciente en donde refiera ser miembro de un grupo en el que desarrolle algún tipo de actividad física.	
	Registro del relato del paciente en donde refiera ser miembro de un grupo en el que desarrolle algún tipo de actividad artística.		

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población se constituirá por enfermeros y licenciados en enfermería pertenecientes al Sanatorio Allende, sin exclusión de antigüedad, turno laboral, edad, sexo ni experiencias laborales previas. Con exclusión de aquellos que no se encuentren en atención directa de personas en relación de cuidados.

El tamaño de la misma será de 75, número que corresponde a la conformación del total de las personas que constituyen el cuerpo enfermero que desarrollan tareas de atención directa a pacientes en los servicios cerrados, que incluyen terapia intensiva, unidad coronaria y aislamiento, de la institución en los meses de julio a octubre de 2018. Se exceptuarán aquellos registros donde los pacientes se encuentren en ARM y se utilizará un registro anterior del mismo profesional. En virtud del tamaño de la población, este estudio no trabajará con muestra, sino que se tomará su totalidad para la obtención de los resultados.

FUENTE DE INFORMACIÓN

La fuente será primaria, ya que la información se obtendrá de documentos oficiales de la Institución, mediante la observación de los registros electrónicos enfermeros realizados por el personal, que se encuentra en la gestión del cuidado.

TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se utilizará para la recolección de datos será el Análisis Documental, ya que a través de él será posible obtener los datos requeridos para dar respuesta al problema definido. Por consiguiente el instrumento empleado será la Guía de Evaluación. (Anexo 3)

PRUEBA PILOTO DEL INSTRUMENTO

Para verificar la confiabilidad y validez del instrumento elaborado para el proyecto, se realizó una prueba piloto del mismo con los registro de 5 enfermeros, los cuales forman parte de la población en estudio.

Dicha prueba resultó beneficiosa, porque permitió realizar ajustes, demostrados por las respuestas de los enfermeros implicados en la investigación.

PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos serán recolectados por las investigadoras durante los meses de julio, agosto, septiembre y octubre del año 2018. Para ello se realizarán las siguientes actividades que complementarán la misma:

1. Solicitud de permiso para recolectar los datos a la Jefa del Departamento de Enfermería y a la Supervisora del Servicio de Terapia Intensiva, Unidad Coronaria y Aislamiento del Sanatorio Allende.(Anexo 1)
2. El cotejo de los datos será procedido luego de que se haya aclarado y firmado el consentimiento informado (Anexo 2) correspondiente, donde se detalle el uso de los datos, evitando el empleo de datos personales de los profesionales.
3. La recolección de datos se llevará a cabo en el Servicio de Terapia Intensiva los días lunes durante el turno tarde, en la Unidad Coronaria los días miércoles durante el turno noche y en Aislamiento los días viernes, durante el turno mañana.

Categorización de datos

1) Psicológica

I.Registro del tipo de Comunicación que establece el paciente frente al enfermero.

- i. Registro de hechos relatados por el paciente. *Presente/Ausente*
- ii. Registro de emociones relatadas por el paciente. *Presente/Ausente*
- iii. Registro necesidades relatadas por el paciente. *Presente/Ausente*
- iv. Registro de temores expresados a través del relato del paciente. *Presente/Ausente*
- v. Registro de las opiniones relatadas por el paciente. *Presente/Ausente*

II. Registro del relato del paciente en relación a sus sentimientos de realización personal.

- i. Registro del relato del paciente sobre la cumplimentación de metas personales. *Presente/Ausente*
- ii. Registro del relato del paciente referido a los sentimientos en relación a las metas alcanzadas. *Presente/Ausente*
- iii. Registro del relato del paciente en donde refiere decepción por no haber logrado alguna meta personal. *Presente/Ausente*

III.Registro de la necesidad del paciente de satisfacer su curiosidad

- i. Registro de la realización de preguntas por parte del paciente, sobre el tratamiento y los cuidados que en él se aplican. *Presente/ Ausente*
- ii. Registro de la interconsulta del paciente, para pedir segundas opiniones a otros profesionales. *Presente/ Ausente*

2) Social

- I. Registro de hechos donde el paciente evite el desarrollo de peligros ambientales y la ocurrencia de lesiones a otras personas.
 - i. Registro referido a si el paciente solicita la presencia del personal de enfermería o de su familia para realizar tareas que no puede o cree no poder realizar evitando dañarse o poner en riesgo a otros. *Presente/Ausente*
 - ii. Registro de la cumplimentación por parte del paciente, respecto a las normativas institucionales. *Presente/Ausente*
 - iii. Registro referido al mantenimiento del orden de la habitación por parte del paciente. *Presente/Ausente*
- II. Registro relacionado a la capacidad del paciente de vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.
 - i. Registro de lo expresado por el paciente referido a su concepción de salud y solicitud de que los cuidados sean realizados en función de los mismos. *Presente/ Ausente*
 - ii. Registro referido a las acciones llevadas a cabo por el paciente según su cultura, tradición, o religión dentro de la institución. *Presente/Ausente*
- III. Registro de los dichos del paciente en relación a su participación en actividades recreativas.
 - i. Registro del relato del paciente en donde refiere ser miembro de un grupo en el que desarrolle algún tipo de actividad física. *Presente/Ausente*
 - ii. Registro del relato del paciente en donde refiere ser miembro de un grupo en el que desarrolle algún tipo de actividad artística. *Presente/Ausente*

Para llevar a cabo la valoración integral de los REE, se realizará la observación de los informes electrónicos de enfermería mediante una guía de evaluación donde se establecerá la presencia o ausencia de los elementos antes mencionados.

Los indicadores se agrupan en dos dimensiones:

- A. Psicológico: Su valor total es de 50 %, se encuentra constituido por 3 subdimensiones con un valor individual de 16,7 % y 10 indicadores que poseen cada uno de ellos el valor de 5 %, resultando el valor total de la dimensión, si todas las respuestas son positivas. Para que la evaluación de la dimensión psicológica del REE sea “lograda”, deben tener respuesta positiva 5 indicadores, dando un valor del 25 % correspondiente al total de 50 %.

- B. Social: Su valor total es de 50 %, se halla constituido por 3 sub- dimensiones con un valor porcentual individual de 16,7 % y cuenta con 7 indicadores que tienen un valor de 7,1 % cada uno, resultando el valor total de la dimensión, si todas las respuestas son positivas. Para que la evaluación de la dimensión social del REE sea “lograda”, deben tener respuesta positiva 4 indicadores, dando un valor de 28,4 %, correspondiente al total de 50 %.

Los componentes de las dimensiones psicológico y social deben de estar presentes en la evaluación de los REE; resultado de todas las respuestas, un valor de 48,4 % (corresponde a la presencia de 8 indicadores del total de 17) determinará que la aplicación de la evaluación de ambas dimensiones es escasamente lograda y un valor superior al 72,6 % (corresponde a 12 de 17) determinará que se logró satisfactoriamente.

PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS

Para efectuar el procedimiento de datos se procederá a ordenar los instrumentos desde el N° 1 al 75. Se transcribirán los datos en una tabla maestra para establecer la frecuencia de cada variable según las categorías y respuestas. (Anexo 4)

PLAN DE PRESENTACIÓN DE DATOS

Los resultados obtenidos se presentaran en tabla simple, gráficos en barra y de sector según las categorías de las variables. La presentación se efectuará en 3 partes:

Presentación de los datos identificatorios: tablas A- B- C

Tabla A

Distribución de los enfermeros por sexo, en las unidades de terapia intensiva, unidad coronaria y aislamiento del Sanatorio Allende en Córdoba, Julio-Octubre 2018.

SEXO	F	F%
Masculino		
Femenino		
TOTAL	75	100%

Fuente: Guía de evaluación

Distribución por sexo

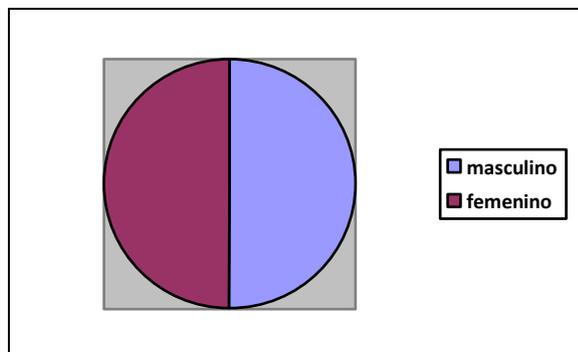


Tabla B

Distribución de los enfermeros por edad en las unidades de terapia intensiva, unidad coronaria y aislamiento del Sanatorio Allende en Córdoba, Julio-Octubre 2018.

EDAD	F	F%
25 a 35 años		
36 a 45 años		
+ 46 años		
Total	75	100%

Fuente: Guía de evaluación

Distribución por edad

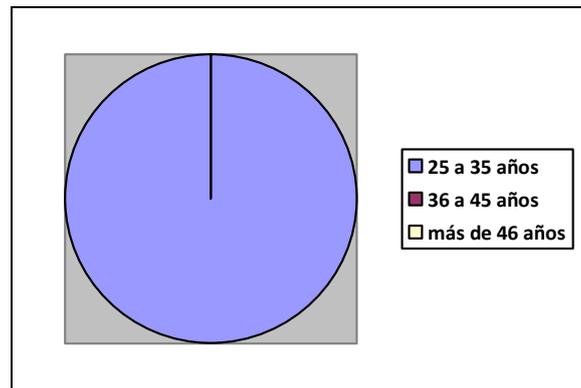


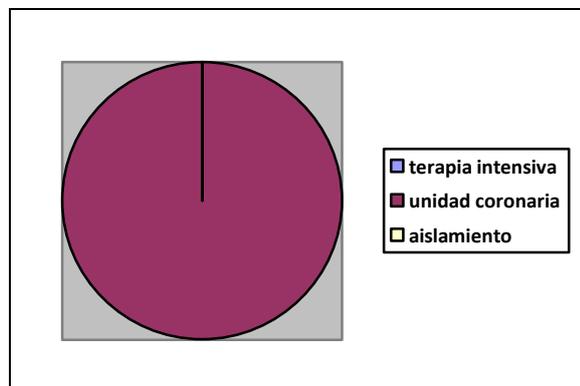
Tabla C

Distribución de enfermeros por sector de trabajo en las unidades de terapia intensiva, unidad coronaria y aislamiento del Sanatorio Allende en Córdoba, Julio-Octubre 2018.

SECTOR DE TRABAJO	F	F%
Terapia Intensiva		
Unidad Coronaria		
Aislamiento		
Total	75	100%

Fuente: Guía de evaluación

Distribución por sector de trabajo



1. Presentación de los datos descriptivos de la dimensión psicológica y social requeridos para realizar una evaluación de los REE: Tabla N° 1 y 2.

Tabla N° 1

Componentes de la dimensión psicológica que deben estar presentes en los REE en las unidades de terapia intensiva, unidad coronaria y aislamiento del Sanatorio Allende en Córdoba, Julio-Octubre 2018.

Componentes de la dimensión psicológica	Presentes		Ausentes		Total	
	F	F%	F	F%	F	F%
Registro de hechos relatados por el paciente.						
Registro de emociones relatadas por el paciente.						
Registro necesidades relatadas por el paciente.						
Registro de temores expresados a través del relato del paciente.						
Registro de las opiniones relatadas por el paciente						
Registro del relato del paciente sobre la cumplimentación de metas personales.						
Registro del relato del paciente referido a encontrarse en camino para cumplir sus metas personales.						
Registro del relato del paciente en donde refiere no haber alcanzado metas personales.						
Registro de la realización de preguntas por parte del paciente, sobre el tratamiento y los cuidados que en él se aplican.						
Registro de pedidos de interconsultas por parte del paciente, para pedir segundas opiniones a otros profesionales.						
					75	100

Fuente: Guía de evaluación

Tabla N° 2

Componentes de la dimensión social que deben estar presentes en los REE en las unidades de terapia intensiva, unidad coronaria y aislamiento del Sanatorio Allende en Córdoba, Julio-Octubre 2018.

Componentes de la dimensión Social	Presente		Ausente		Total	
	F	F%	F	F%	F	F%
Registro referido a si el paciente solicita la presencia del personal de enfermería o de su familia para realizar tareas que no puede o cree no poder realizar evitando dañarse o poner en riesgo a otros						
Registro de la cumplimentación por parte del paciente, respecto a las normativas institucionales.						
Registro referido al mantenimiento del orden de la habitación por parte del paciente						
Registro de lo expresado por el paciente referido a su concepción de salud y solicitud de que los cuidados sean realizados en función de los mismos						
Registro referido a las acciones llevadas a cabo por el paciente según su cultura, tradición, o religión dentro de la institución						
Registro del relato del paciente en donde refiera ser miembro de un grupo en el que desarrolle algún tipo de actividad						
Registro del relato del paciente en donde refiere que no realiza ningún tipo de actividad.						
					75	100

Fuente: Guía de evaluación

2. Presentación de los datos resumidos de los componentes presentes en la evaluación de las dimensiones psicológicas y sociales del REE.

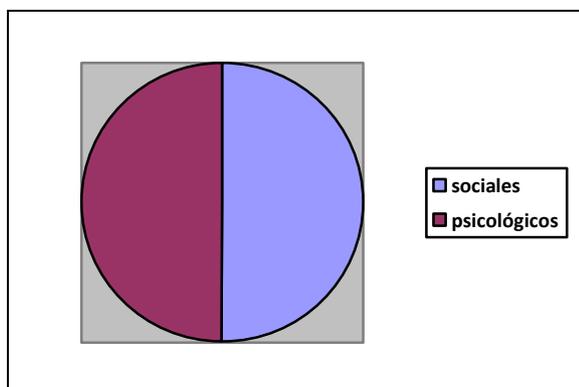
Tabla N° 3

Componentes de las dimensiones psicológicas y sociales que deben estar presentes en los REE en las unidades de terapia intensiva, unidad coronaria y aislamiento del Sanatorio Allende en Córdoba, Julio-Octubre 2018.

Componentes de las Dimensiones	Presente		Ausente		Total	
	F	F%	F	F%	F	F%
PSICOLÓGICOS						
SOCIALES						
Total					75	100

Fuente: Guía de evaluación

Dimensiones de las dimensiones presentes



Fuente: tabla 3

PLAN DE ANÁLISIS E INTERPRETACION DE DATOS

El análisis de los datos se realizará a través de la estadística descriptiva, ya que sirve como método para organizar los datos y dejar en manifiesto las características principales, a fin de generar nueva información relevante a los colegas, a la institución y a otros profesionales.

Sabiendo que la distribución de frecuencias es un conjunto de puntuaciones ordenadas en sus respectivas categorías, se utilizará la misma de forma que se logre describir los datos y los valores obtenidos de la variable y sus dimensiones; la cual se completará agregando los porcentajes en cada categoría.

CRONOGRAMA

Gráfico de Gantt

	Meses- Año 2018			
Actividades	<i>Julio</i>	<i>Agosto</i>	<i>Septiembre</i>	<i>Octubre</i>
<i>Revisión del proyecto</i>	*****			
<i>Recolección de datos</i>		*****		
<i>Organización de datos</i>		*****		
<i>Análisis de datos</i>		*****		
<i>Presentación de datos</i>			*****	
<i>Informe final</i>			*****	
<i>Publicación</i>				*****

PRESUPUESTO

Recursos	Cantidad	Precio unitario	Precio total
Recursos humanos	4	-	-
-Asesor metodológico	1	\$2000	\$2000
-Asesor de estadística	1	\$2000	\$2000
-Investigadoras	2	-	-
Recursos financieros			
-Fotocopias	75	\$0,50	\$37,5
-Cartucho impresora	1	\$50	\$50
-Resma de hojas	1	\$90	\$90
-Artículos varios de librería	-	-	\$100
-Gastos imprevistos	-	-	\$300
			\$4577,5

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Leal Edgar Tello (2008). *Las Tecnologías de la Información Y Comunicaciones (TIC) y la Brecha Digital: su impacto en la sociedad de México*. Revista de Universidad y Sociedad del Conocimiento, vol. 4 (2), 3-4. Recuperado de <http://www.uoc.edu/rusc/4/2/dt/esp/tello.pdf>
- 2 Tejada Domínguez & Javier, Ruiz Domínguez. (2010). *Aplicaciones de Enfermería basadas en TIC's. Hacia un nuevo Modelo de Gestión.*, Revista de Enfermería, vol.4 (2),10-18, Recuperado de <https://es.scribd.com/document/324925634/Aplicaciones-de-Enfermeria-basadas-en-TIC-s-Hacia-un-nuevo-Modelo-de-Gestion>
- 3 Wilches Flórez OC, Wilches Flórez AM. (2017). *Posibilidades y limitaciones en el desarrollo humano desde la influencia de las TIC en la salud: el caso latinoamericano*. Revista Persona y Bioética, vol. 21 (1), 114-133. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/832/83250156008.pdf>
- 4 Abdul Hernández Cortina, Jacqueline Wigodski Sirebrenik, Erika Caballero Muñoz. (2012). *Informática en enfermería: un desafío a la formación actual*. Revista Medwave, vol.12 (2). Recuperado de <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Perspectivas/Opinion/5307>
- 5 Vidal Niurka Vialart. (2011). *Enfermería Informática ¿una contradicción o una oportunidad para el trabajo en red?* Revista Cubana de Enfermería, vol. 27 (2). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 6 Vidal Niurka Vialart. (2012). *Experiencia cubana en el uso de las TIC para el trabajo en Red de enfermería*. Revista Cubana de Enfermería, vol. 23 (3). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/infodir/ifd-2012/ifd1214h.pdf>
- 7 Gil Rolando, Palácio Jorge & Suarez Mónica. (2012). *Uso que le dan al Internet los enfermeros*. UNC-FCM-EE-Cátedra de Trabajo Final. Recuperado de http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/gil_rolando_cristian.pdf
- 8 Calderón Rodríguez Olga (2012). Descripción y análisis de la incorporación de las TIC en el sistema de salud de la Argentina. Impacto en la gestión de los servicios de la salud pública. Universidad de San Andrés Maestría en Gestión de Servicios Tecnológicos y Telecomunicaciones. Recuperado de [http://repositorio.udesa.edu.ar/jspui/bitstream/10908/731/1/\[P\]\[W\]%20M.%20Ges%20Olga%20Calderon.pdf](http://repositorio.udesa.edu.ar/jspui/bitstream/10908/731/1/[P][W]%20M.%20Ges%20Olga%20Calderon.pdf)
- 9 Sánchez Ros & Reigosa Gago. (2006). *Selene. Informatización de la Historia Clínica Electrónica: Implicación sobre el Proceso de Enfermería*. Revista

Enfermería Global, vol. 5 (1). Recuperado de <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/458/429>

10 Sanatorio Allende. Recuperado de

<http://www.sanatorioallende.com/web/es/home.aspx>

11 Aedo Carreño, V., Parada Santander, T., Alcayaga Rojas, C. & Rubio Acuña, M (2012). *Registro electrónico de enfermería en la valoración de las heridas*. *Enfermería global*, vol.11 (28). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412012000400021&script=sci_arttext&tlng=en

12 Piovano, M; Colella, G; Consolini, M; Díaz, E; Fernandez-Diez, M; Gonzales-Oviedo, F; Soria, V & Tejerina, R (2017) *Escritura científica. Un desafío para investigadores en formación*. Córdoba: Editorial Copy-Rápido.

13 Irigibel-Uriz, X (2007) *Revisión crítica de una interpretación del pensamiento de Virginia Henderson. Acercamiento epistemológico al libro de Luis, Fernández y Navarro*. *Index Enferm.* Vol. 16(57). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000200012

14 Araújo de Melo Erik & Cruz Enders Bertha (2013). *La construcción de sistemas de información para el proceso de enfermería: una revisión integradora*. Recuperado de <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/233/161>

15 Reina G. (2010). *Proceso De Enfermería: Instrumento Para El Cuidado*. *Revista Umbral Científico*, 1 (17), 19-22. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>

16 Lucena De Cordero G. (2006). *Lineamientos para la elaboración de los registros clínicos en las prácticas clínicas del Programa de Enfermería del Decanato de Medicina de la Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado"*. *Biblioteca Las Casas*, 4 (3), 6. Recuperado de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0349.php>

17 Choque Larrauri, R (2011). *Las nuevas competencias TIC en el personal de los servicios de salud*. *Revista de Comunicación y Salud*. Vol.1 (2), 47-60. Recuperado de <http://revistadecomunicacionysalud.org/index.php/rcys/article/view/20/15>

BIBLIOGRAFIA

- Aedo Carreño, V., Parada Santander, T., Alcayaga Rojas, C. & Rubio Acuña, M (2012). *Registro electrónico de enfermería en la valoración de las heridas*. Enfermería global, vol.11 (28). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412012000400021&script=sci_arttext&tlnq=en
- Avendaño Garnica, M.N., Ramírez Vázquez, T., Colín Espinosa, L. M., Rentería Peña, C. & López Mariscal, C (2011). *Exactitud, precisión y curva de aprendizaje del instrumento para los registros clínicos de enfermería*. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, vol. 16 (2), 97-103. Recuperado de <http://www.uacm.kirj.redalyc.redalyc.org/articulo.oa?id=47319326008>
- Blascetta, R. J & Guzman, A. J (2007). *Factores que intervienen en la realización del informe de Enfermería según la opinión de los enfermeros*. (Tesis de grado). Sanatorio Allende. Córdoba Capital. Recuperado de http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/blascetta_ricardo_jesus.pdf
- Carreño, Santander, Rojas & Rubio (2012). *Registro electrónico de enfermería en la valoración de las heridas*. Revista Enfermería Global, vol.11 (28). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412012000400021&script=sci_arttext&tlnq=en
- Cobos Serrano, J. L (2009). *Impacto, de la implementación de una metodología normalizada y un sistema de registro de información de cuidados de enfermería, en la calidad asistencial*. Reduca, vol. 1 (2), 895-912. Recuperado de <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/104/127>
- Fernández Aragón, S; Ruydiaz Gómez, K & Del Toro Rubio· M (2016). *Notas de enfermería: una mirada a su calidad*. Rev. Salud Uninorte, vol. 32 (2). Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-55522016000200015&script=sci_arttext&tlnq=es
- Gutiérrez-Nava, A; Márquez-Rodríguez, P; Martínez-Trujillo, M; Sáenz-Rosado, R; Flores-Moreno, P & Galicia-Arreola, M. (2009) *Validación de una cédula para evaluación integral de los servicios de enfermería*. Revista de Enf. Inst. Mex Seguro SOC, vol. 17 (3). 159-166. Recuperado de <http://www.mediagraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim093i.pdf>

- García Ramírez, S., Navío Marco, A.M. & Valentín Morganizo, L (2007). *Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería*. Nure Investigación (28). Recuperado de <http://www.nure.org/OJS/index.php/nure/article/view/335/326>
- Irigibel-Uriz, X (2007) *Revisión crítica de una interpretación del pensamiento de Virginia Henderson. Acercamiento epistemológico al libro de Luis, Fernández y Navarro*. Index Enferm. Vol. 16(57). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000200012
- Jiménez-Castro, A; Salinas-Durán, M & Sánchez-Estrada T (2004). *Algunas reflexiones sobre la filosofía de Virginia Henderson*. Rev. Enferm IMMS, vol. 12 (2), 61-63. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2004/eim042a.pdf>
- Oyola, N; Roppel, D & Sanchez, E (2017). Percepción de los enfermeros al cambio de registro del convencional al electrónico. *Notas de Enfermería*, vol. 29, 17-20.
- Piovano, M; Colella, G; Consolini, M; Díaz, E; Fernandez-Diez, M; Gonzales – Oviedo, F; Soria, V & Tejerina, R (2017) *Escritura científica. Un desafío para investigadores en formación*. Córdoba: Editorial Copy-Rápido.
- Rodríguez-Jiménez, S., Cárdenas-Jiménez, M., Pacheco-Arce, A.L. & Ramírez-Pérez, M (2014). *Una mirada fenomenológica del cuidado de Enfermería*. *Enfermería Universitaria*, vol. 11 (4). Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-una-mirada-fenomenologica-del-cuidado-S1665706314709273>
- Rocandio Sánchez, E & Iturriaga Cedillo, L (2013). *Evaluación de las notas de enfermería, sobre la atención integral otorgada al paciente (tesis de grado)*. Centro universitario UAEM Zumpango. Universidad autónoma del estado de México. Recuperado de <http://200.62.146.130/handle/cybertesis/1314>
- Sanguino Rojas José Ángel (2013). *Registro de enfermería informatizado: desarrollo y conflicto de intereses en América Latina y el Caribe*. IX Congreso Internacional Informática en Salud 2013”. Informática Habana. Recuperado de <http://www.informatica2013.sld.cu/index.php/informaticasalud/2013/paper/viewFile/416/1>
- Suarez Villa, M (2013). *Registro de Enfermería como Evidencia del Cuidado*. Rev. Ciencia e Innovación en salud, vol. 1 (2). 126-133. Recuperado de <https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/viewFile/59/45>

- Santos Ruiz, Susana et al. (2011). *Modelos teóricos y estudiantes de enfermería: aspectos motivacionales para su elección durante las prácticas clínicas*. Educación Médica, vol. 14 (2). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132011000200008
- Torres Santiago, M; Zárate Grajales, R & Matus Miranda, R (2011) *Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación*. Enfermería Universitaria, vol. 1 (8). Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S166570632011000100003&script=sci_arttext

ANEXOS

Anexo 1

NOTA DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

Córdoba,.....

Al Sr. Director

Hospital.....

Dr.

Tengo el agrado de dirigirme a Usted a fin de poner en conocimiento que las enfermeras.....

Alumnas regulares de la Cátedra de Taller de Trabajo Final de la Universidad Nacional de Córdoba, están elaborando un proyecto de investigación sobre el tema de “.....”

Por tal motivo se solicita su inapreciable colaboración, que consiste en facilitar la información que requieran y /o permitirle la consulta de documentación.

Sin otro particular y agradeciendo su intervención, la saluda atte.

.....
PROF. LIC. PIOVANO MIRTA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del Proyecto: “Evaluación de los componentes de las dimensiones psicológica y social del Registro Electrónico Enfermero del Sanatorio Allende de la ciudad de Córdoba en el período de julio a octubre de 2017.”

Nombre de las Investigadoras: Enfermeras Chalup, Jesica Marcela y Monsalvo, Laura Irene.

Estimado/a Colega:

A. Se le invita a que participe de una investigación a cargo de Chalup, Jesica Marcela y Monsalvo, Laura Irene, Enfermeras y estudiantes de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba. Dicho estudio tiene como finalidad la Evaluación de los componentes de las dimensiones psicológica y social del Registro Electrónico Enfermero del Sanatorio Allende de la ciudad de Córdoba en el período de julio a octubre de 2017, el tiempo de estudio será de 3 meses, del cual 1 mes se dedicará a la recolección de datos.

La información que se le suministra es para ayudarle a comprender el estudio, los riesgos potenciales, beneficios y los derechos que posee en su condición de sujeto de estudio. No firme el Formulario de Consentimiento Informado a menos que haya comprendido de qué trata el estudio y cuáles son los riesgos, beneficios, y que haya tenido la posibilidad de formular preguntas y recibir las respuestas adecuadas.

B. ¿Qué se hará? Si acepto participar en este estudio se realizará lo siguiente:

- Registrar el servicio al que pertenece.
- Registrar el grupo etario del cual forma parte.
- Observar sus registros y seleccionar a través de una guía de evaluación, diseñada para tal fin, si sus registros presentan o no ciertas características de redacción y de contenido.
- Se tabularán los resultados y se darán a conocer mediante un informe, protegiendo la privacidad de quien ha realizado el informe

C. ¿Cuáles son los riesgos?

- La participación en este estudio puede significar cierto riesgo o molestia para mí por lo siguiente: pérdida de privacidad, aun que los riesgos sean mínimos.
- Si sufriera algún daño como consecuencia de los procedimientos a que seré sometido por la realización de este estudio, seré remitido o referido

ante el profesional o la instancia pertinente que pueda brindarme el apoyo o atención adecuada.

- D. ¿Cuáles son los beneficios? Como resultado de mi participación en este estudio no obtendré ningún beneficio directo, sin embargo es posible que los investigadores aprendan más acerca de los componentes de las dimensiones psicológica y social de los REE, lo cual contribuirá al desarrollo de la profesión y beneficie a otras personas en el futuro, a través de un cambio en el paradigma de salud, donde no solo se tenga en cuenta el área biológica del individuo sino también aquellos aspectos que lo transforman en un ser único.

- E. Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con las enfermeras Chalup, Jesica y Monsalvo, Laura, investigadoras responsables. En caso de solicitar más información referida al proyecto, puede obtenerla llamando al teléfono celular 0351-3544625 de 8hs a 14 hs.

- F. Mi participación en este estudio es voluntaria. Tengo el derecho de negarme a participar o a discontinuar mi participación en cualquier momento, sin que esta decisión me afecte.

- G. Mi participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de manera anónima.

- H. No perderé ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído y explicado, toda la información descrita en este formulario. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas de manera adecuada y oportuna. Por lo tanto, acceso a participar como sujeto de investigación en este estudio.

Nombre, cédula y firma del sujeto investigado. Fecha

.....

Nombre, cédula y firma del testigo. Fecha

.....

Nombre, cédula y firma del investigador que solicita el consentimiento.

Fecha

.....

Anexo 3

INSTRUMENTO

Guía de Evaluación: Componentes de la dimensión Psicológica y Social de los Registros Electrónicos de Enfermería							
Datos personales							
Sexo		Edad			Sector de trabajo		
M	F	25 a 35	36 a 45	+ 46	Terapia intensiva	Unidad coronaria	Aislamiento
Dimensiones y componentes						Presente	Ausente
Psicológicos							
Registra relato de hechos							
Registra relato de emociones							
Registra relato de necesidades							
Registra relato de temores							
Registra relato de opiniones							
Registra relato sobre haber cumplido metas personales							
Registro del relato del paciente referido a los sentimientos en relación a las metas alcanzadas.							
Registro del relato del paciente en donde refiere decepción por no haber logrado alguna meta personal							
Registra las preguntas del paciente sobre el tratamiento y los cuidados que en él se aplican							
Registra los pedidos de segundas opiniones por parte del paciente a otros profesionales							
Sociales							
Registra las solicitudes que realiza el paciente para la presencia de personal de enfermería o de su familia para realizar tareas que no puede o cree no poder realizar evitando dañarse o poner en riesgo a otros							
Registra si el paciente cumple con las normativas institucionales							
Registra si el paciente mantiene el orden de su habitación							
Registra si el paciente expresa cuál es su concepción de salud y si solicita que los cuidados sean realizados en función de los mismos							
Registra si el paciente realiza acciones propias de su cultura, tradición, o religión dentro de la institución							
Registra si el paciente refiere ser miembro de un grupo en el que desarrolle algún tipo de actividad física.							
Registra si el paciente refiere ser miembro de un grupo en el que desarrolle algún tipo de actividad artística.							
Total de puntaje obtenido							
Escala de evaluación				Valoración final			
<i>Criterios de Evaluación</i>				<i>Puntos</i>		<i>Puntaje Máximo</i>	
No logrado				1 a 7		Puntaje obtenido	
Escasamente Logrado				8 a 12		F	
Satisfactoriamente Logrado				+ de 12		F%	

