

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION



DOCUMENTACION DE ENFERMERIA EN EL
EXPEDIENTE ELECTRONICO

Por:

LIC. JUANA MERCEDES GUTIERREZ VALVERDE

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
con Enfoque en Administración de Servicios

ENERO, 2004

TM
Z6675
.N7
FEn
2004
.G87

DOCUMENTA MATH. 9 (2004) 687-704
JOURNAL OF THE
INTERNATIONAL
MATHEMATICAL
RESEARCH SOCIETY
PUBLISHED BY
WILEY-VCH
GmbH
Weinheim
Germany
© 2004
WILEY-VCH
GmbH
All rights reserved.
No part of this
journal may be
reproduced, stored
in a retrieval
system, or
transmitted, in
any form or by
any means,
electronic,
mechanical,
photocopying,
recording, or
by any information
storage and
retrieval system,
without
permission in
writing from
Wiley-VCH
GmbH.



1020149412

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION



DOCUMENTACION DE ENFERMERIA EN EL EXPEDIENTE ELECTRONICO

Por:

LIC. JUANA MERCEDES GUTIERREZ VALVERDE

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
con Entasis en Administración de Servicios

ENERO, 2004

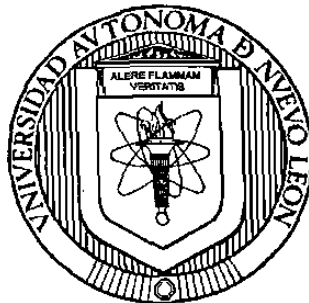
976.879

TH
Z6675
.N7
FEn
2004
.T87



FONDO
TESIS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



DOCUMENTACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL EXPEDIENTE ELECTRÓNICO

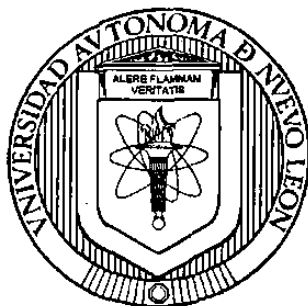
Por

LIC. JUANA MERCEDES GUTIÉRREZ VALVERDE

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Administración de Servicios

ENERO, 2004

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



DOCUMENTACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL EXPEDIENTE ELECTRÓNICO

Por

LIC. JUANA MERCEDES GUTIÉRREZ VALVERDE

Director de Tesis

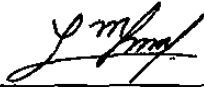
ME. MA. GUADALUPE MORENO MONSIVÁIS

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Administración de Servicios

ENERO, 2004

DOCUMENTACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL EXPEDIENTE ELECTRÓNICO

Aprobación de Tesis



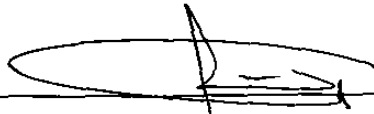
ME. Ma. Guadalupe Moreno Monsiváis

Director de Tesis



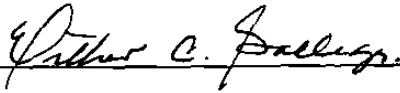
ME. Ma. Guadalupe Moreno Monsiváis

Presidente



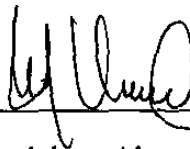
MA. Leticia Vázquez Arreola

Secretario



Esther C. Gallegos Cabriales, PhD

Vocal



MSP. Magdalena Alonso Castillo

Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

A la MSP. Magdalena Alonson Castillo por su interés para que los alumnos de Maestría reciban educación de la más alta calidad.

A la ME. Ma. Guadalupe Moreno Monsiváis, por su apoyo, paciencia y sobre todo por haber compartido conmigo sus conocimientos y experiencia.

A la Doctora Esther Gallegos Cabriales, por sus consejos y haberme dado la oportunidad de colaborar con ella.

A todo el personal administrativo de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Al Hospital San José Tec de Monterrey, por el apoyo brindado.

A la Lic. Roselia Cisneros Uribe por su apoyo y comprensión que me permitieron concluir mis estudios.

A mis compañeras de trabajo por su ayuda.

A los directivos, enfermeras y personal administrativo de la institución donde se realizó el estudio, por las facilidades y atenciones que me proporcionaron.

A los amigos que han gozado conmigo cada uno de mis logros en especial a María Antonieta Olvera.

Dedicatoria

Con todo mi cariño y amor para mi familia que es mi guía, mi sostén y lo más valioso que Dios me ha dado.

En especial y con todo mi amor y agradecimiento a mi mamá por su apoyo incondicional lo que me ha permitido concluir uno más de mis sueños.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco de Referencia	5
Estudios Relacionados	7
Definición de Términos	9
Objetivos	11
Capítulo II	
Metodología	12
Diseño del Estudio	12
Población y Muestra	12
Criterios de Inclusión	13
Procedimiento de Recolección de la Información	13
Instrumento	14
Estrategias para el Análisis de Resultados	14
Consideraciones Éticas	14
Capítulo III	
Resultados	16
Documentación de Enfermería a los Seis Meses de Inicio del Expediente Electrónico	16
Documentación de Enfermería a los Doce Meses de Inicio del Expediente Electrónico	18
Capítulo IV	
Discusión	21
Conclusiones	23

Contenido	Página
Recomendaciones	24
Referencias	25
Apéndices	27
A Formato de Intervenciones y Resultados Propuestos por el NIC y el NOC	28
B Formato de Recolección de Datos	30

Lista de Tablas

Tabla	Página
1 Documentación completa en el expediente electrónico a los seis meses	17
2 Documentación precisa en el expediente electrónico a los seis meses	18
3 Documentación completa en el expediente electrónico a los doce meses	19
4 Documentación precisa en el expediente electrónico a los doce meses	20

RESUMEN

Lic. Juana Mercedes Gutiérrez Valverde
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultada de Enfermería

Fecha de Graduación: Enero, 2004

Título del Estudio: DOCUMENTACIÓN DE ENFERMERÍA
EN EL EXPEDIENTE ELECTRÓNICO

Número de Páginas: 31

Candidato para obtener el grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería
con Énfasis en Administración de
Servicios.

Area de Estudio: Administración de Servicios

Próposito y Método del Estudio: El propósito del presente estudio fue explorar lo completo y preciso de la documentación de enfermería contenida en el expediente electrónico a los seis y doce meses posteriores a la implementación del expediente electrónico en enfermería. La población de estudio estuvo integrada por expedientes electrónicos de pacientes posquirúrgicas de cesárea hospitalizadas. La muestra se obtuvo para una diferencia de proporciones dando un total de 160 expedientes. Se consideraron 80 expedientes para cada medición. Para recolectar la información se diseñó un formato con información relacionada con datos de identificación y los correspondientes al SOAPIE, integrado por 18 reactivos que permitieron identificar y comparar lo completo y preciso de la documentación de enfermería a los seis y doce meses posteriores a su inicio.

Contribución y Conclusiones: Se encontró que a los seis y doce meses el 100% de los datos de identificación de los expedientes estaba documentado en forma completa. Respecto a la documentación de los datos del SOAPIE, a los seis meses se encontró que es completa únicamente respecto a los datos subjetivos, objetivos e intervenciones de enfermería. A los doce meses se encontró la documentación completa en cuanto a datos subjetivos, objetivos, identificación de problemas o diagnósticos de enfermería e intervenciones de enfermería. De acuerdo a lo preciso en la documentación se encontró que a los seis meses la mayor precisión correspondió a los datos objetivos y al plan de cuidados, mientras que a los doce meses la mayor precisión fue para los datos objetivos, plan de cuidados, intervenciones y resultados de las intervenciones de enfermería. Al comparar lo completo y preciso en la documentación a los seis meses y al año, se encontró que es mas completa y precisa posterior al año de su inicio.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS _____

Capítulo I

Introducción

En México, como en otros países, existen escasos recursos y necesidades crecientes. Una de estas necesidades es la relacionada con el uso de los sistemas electrónicos. En el sector salud la utilización de los sistemas de información es muy limitada; los datos recopilados, en su mayoría, son de mala calidad si se comparan con los datos e información reunidos en otros sectores como el de comercio, finanzas, industria, seguros, entre otros (Frenk, 2002; Huber, 1999; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2001).

Un número importante de instituciones de salud sigue utilizando la recolección de información de datos del paciente a través de sistemas de registros o de archivos en papel. Este tipo de registros tienen como principales limitaciones el consumo de tiempo excesivo en su llenado, en su almacenamiento, datos incompletos, falta de legibilidad, falta de estandarización, pérdida de tiempo en la atención al paciente, pérdida de los expedientes y alto costo en papelería (Addereley, Hyde, Mauseth, 1997; OPS, 2001; Sánchez, Díaz, Iglesias & Hernández, 1999).

Estos problemas, asociados con los expedientes en papel, comprometen la validez del expediente como una fuente confiable de datos y además limita la posibilidad de demostrar resultados de las actividades de enfermería, la delimitación de costos de la atención de enfermería y el poder demostrar que el equipo de salud ha utilizado las mejoras prácticas disponibles (Larrabe et al., 2001 & OPS, 2001).

De acuerdo a Carpenito (1995) el personal de enfermería dedica de un ocho a un 30% de su tiempo en la manipulación de datos; sin embargo, la información registrada en la documentación clínica y administrativa sobre las actividades de enfermería es deficiente en lo que se refiere a su calidad, e incluso a la cantidad. Más aún, aunque la

documentación de datos sea eficaz, pocas veces se transforman en información significativa.

Como respuesta a esta problemática que se vive a nivel nacional, el Plan Nacional de Salud 2001-2006, ha establecido una línea de acción tendiente a desarrollar un programa de información clínica mediante la modernización de los sistemas de información y registro en las unidades de salud. Uno de los principales objetivos de este programa es la integración del expediente clínico electrónico en todas las instituciones hospitalarias (Plan Nacional de Salud [PNS], 2001 – 2006).

Actualmente un mayor número de organizaciones de salud proyectan implementar sistemas de información computarizados, administrativos y clínicos a través de la integración de un expediente electrónico. Esto responde a las demandas del Sistema de Salud de contar con un sistema de información para el 2006, que permita el acceso a información precisa, oportuna y útil (Frenk, 2002).

La Organización Panamericana de la Salud define un sistema de información electrónico como un conjunto integrado de diversos elementos de equipo, software y recursos humanos que satisfacen las necesidades de una organización en materia de recopilación, almacenamiento y procesamiento de datos para la generación de informes. La implementación de sistemas de información electrónico (SIE) en el país implicará que todas las instituciones de salud, tanto del sector público como del privado, cuenten con equipo electrónico adecuado así como con personal preparado para el uso de los sistemas.

Esto representa un cambio innovador y un reto significativo para el personal de enfermería quien constituye el número más grande de profesionales de salud y uno de los principales usuarios de los expedientes en el área clínica donde su labor influye directamente en la calidad de los servicios de salud prestados y de sus resultados. El uso de los SIE requiere que el personal de enfermería este capacitado para manejar las

nuevas tecnologías que favorecerán el incremento de la calidad de atención a los usuarios (Huber, 1999; OPS, 2001).

Las tecnologías de información sustentan las tareas administrativas y asistenciales del personal de enfermería, entre las que se encuentran: la gestión de pacientes (ingresos, altas, traslados, censo), cuidados de enfermería, exámenes de laboratorio, pruebas diagnósticas, solicitudes de urgencias, atención en consulta externa, gestión de quirófanos, gestión de dietas y nutrición, gestión de almacenes, farmacia, mantenimiento, gestión de turnos y distribución de personal (Barrena, Fernández, Gorrachategui & Peña, 1999; OPS, 2001; Rodríguez, R, Rodríguez, S, La Fuente, Jiménez & Carvajal, 2001).

El dominio de un SIE por enfermería es un factor clave para la implementación exitosa del sistema. Sin embargo, este dominio se asocia con una serie de factores tales como: capacitación adecuada que responda a las necesidades del personal de enfermería usuario de los sistemas; complejidad en el uso de los sistemas electrónicos; resistencia al cambio de procedimientos tradicionales; el uso de la nueva tecnología; temor a lo desconocido; y participación del personal de enfermería en el diseño de los sistemas de información (Hilz, 2000; OPS, 2001; Souther, 2001).

La investigación previa relacionada con el uso de los SIE por el personal de enfermería se ha desarrollado en otros contextos y se ha enfocado a identificar los factores que influyen en la adopción del cambio, e innovaciones que pueden afectar su manejo. Entre los factores investigados se encuentran los de tipo individual, organizacional y tecnológicos (Hilz, 2000).

Respecto a los factores de tipo organizacional se ha encontrado que algunos de los problemas que afectan negativamente la fase de implementación de un sistema de información electrónico, se relacionan con la diversidad de roles profesionales y las cargas de trabajo. Por ejemplo, con frecuencia el personal de enfermería no puede interrumpir el cuidado del paciente para asistir a la capacitación o entrenamiento

requeridos para el uso del sistema (OPS, 2001; Rodríguez, R. et al., Southon, Saucer & Dampney, 1997).

Distintos reportes se han centrado en determinar las etapas necesarias antes de introducir un sistema de información. Los resultados indican que tanto las enfermeras con experiencia en computación como las enfermeras noveles están de acuerdo en que son necesarias las siguientes etapas: a) la capacitación, la cual debe permitir resolver problemas técnicos durante la operación del equipo de cómputo; b) la creación de un sistema de seguridad para mantener la confidencialidad de la información; y c) la claridad del rol profesional de enfermería en el manejo del sistema de información (Dumas, Dietz & Connolly, 2001).

Existen algunos estudios que se han centrado en evaluar la documentación de los registros de enfermería antes y después de la implementación de un SIE. Sin embargo, los resultados difieren; mientras que en algunos se reporta que después de implementar el sistema la documentación de la atención del paciente es más precisa, completa y oportuna, otros hallazgos no reportan diferencias en la documentación de enfermería después de la implementación (Adderley et al., 1997; Larrabe et al., 2001; Murphy, Maynard & Morgan, 1994).

Estos resultados se asocian con los factores de tipo organizacional donde el tipo y duración de la capacitación juegan un papel importante. Ante estos hallazgos existen autores que destacan la necesidad de evaluar la documentación de enfermería después de la introducción de un sistema y no considerar que por el hecho de utilizar un sistema electrónico la información que se documenta es completa y precisa para apoyar la toma de decisiones (Larrabe, et al., 2001).

En México, a pesar de que existen algunas instituciones privadas que en la actualidad utilizan el expediente electrónico como herramienta en la clínica, poco se sabe acerca del proceso de documentación y tipo de información que se documenta

posterior a la introducción de un sistema. Se desconoce además, si los registros de enfermería a través del sistema son completos y contienen información precisa.

Marco de Referencia

De acuerdo a la OPS (2001) la documentación de enfermería es un requerimiento legal de todos los sistemas del cuidado de la salud que describe las acciones implementadas por enfermería; incluye el uso de registros escritos en forma precisa, clara y completa acerca de los acontecimientos sucedidos durante, o seguido de la ejecución de las intervenciones de enfermería. Constituye una parte fundamental de la práctica profesional y una forma de evaluar la atención de enfermería.

Una forma de registro son las notas de enfermería; estas anotaciones representan el medio de comunicación escrita actualizada de lo que ha sucedido al paciente durante el día. Las anotaciones incompletas, o incorrectas interfieren con los cuidados de enfermería porque dificultan reconocer los cambios significativos en el estado de salud del paciente.

La documentación también incluye una descripción de las acciones que no fueron implementadas, y del porqué no se realizaron. El registro del cuidado del paciente, guía el cuidado futuro y reduce la duplicación de esfuerzos.

Los instrumentos que se utilizan para el registro de las notas de enfermería varían, porque cada institución prestadora de servicios de salud necesita tener un método de documentación que responda a sus particulares requerimientos. Existen diferentes tipos de registros como son los narrativos, y los orientados a los problemas donde se incluye información relacionada con datos subjetivos, objetivos, análisis, planeación de cuidados, intervenciones y evaluación de resultados del paciente (SOAPIE), entre otros.

En el presente estudio se abordó únicamente lo relacionado con la documentación orientada hacia problemas dado que corresponde al aplicado en la institución seleccionada para el estudio. En la institución participante se documenta a

través de los datos subjetivos, objetivos, análisis y planeación (SOAP), sin embargo las intervenciones y los resultados se incluyen en el apartado de datos objetivos, por tal motivo se consideraron todos los componentes del SOAPIE.

Este tipo de registro se enfoca en los problemas del cliente. Los datos subjetivos incluyen síntomas, sentimientos, emociones y preocupaciones del paciente. Los datos objetivos consisten en los hallazgos obtenidos durante la valoración física del paciente tales como signos y síntomas observables y medibles. El análisis es la interpretación por parte del profesional de enfermería sobre los datos subjetivos y objetivos, algunos incluyen los problemas o necesidades o los diagnósticos de enfermería en esta sección. El plan de cuidados consiste en que intervenciones se va a ejecutar para ayudar al paciente a solucionar sus problemas.

De acuerdo con la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), las intervenciones de enfermería se definen como cualquier tratamiento de atención directa que la enfermera brinda a un paciente. Se incluyen los tratamientos que realiza la enfermera por iniciativa propia como resultados de sus diagnósticos, los tratamientos iniciados por los médicos, resultantes de los diagnósticos médicos, y la realización de las funciones cotidianas esenciales que el paciente no está en condiciones de realizar por sí mismo. La Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) define un resultado como una variable que representa el estado de una persona, cuantificable a lo largo de un continuo y es la respuesta a las intervenciones de enfermería (Johnson, Bulechek, McCloskey, Maas & Moorhead, 2002).

Para el estudio se consideraron las intervenciones de enfermería propuestas por el NIC y los resultados propuestos por el NOC, para pacientes posquirúrgicas de cesárea (Apéndice A). Para fines del presente estudio se evaluó la documentación en el expediente electrónico de los datos organizados según el SOAPIE de mujeres que fueron sometidas al procedimiento quirúrgico de cesárea.

Estudios Relacionados

Murphy et al. (1994), realizó un estudio con el propósito de evaluar la documentación de enfermería antes y después de la implementación de un sistema electrónico. Los hallazgos señalaron diferencia significativa entre la documentación antes y después; la documentación de enfermería fue excelente después de la implementación del sistema. Para ellos la documentación excelente se refiere a datos completos, actualizados y precisos o exactos de acuerdo al estado de salud real del paciente.

Adderley et al. (1997), evaluaron la utilidad del expediente clínico electrónico después de un año de su implementación. Los resultados de la evaluación mostraron 46% de incremento en la documentación de datos y registros clínicos dada la accesibilidad del expediente electrónico. Se encontró que el 98% del total de los expedientes electrónicos contaba con documentación completa respecto a las notas médicas y de enfermería hasta el momento de la evaluación. Se eliminaron los errores de transcripción y la necesidad de indicaciones verbales, otra utilidad del expediente electrónico fue una mayor disponibilidad de tiempo para la atención personalizada del paciente y para la interacción enfermera-paciente. Todos estos beneficios con repercusiones positivas en la calidad de la atención de los usuarios.

Larrabe et al. (2001), realizaron un estudio piloto en una muestra de 20 pacientes con el propósito de determinar la relación entre las intervenciones de enfermería y los resultados documentados en los pacientes antes y después de introducir un sistema de información de enfermería. Los hallazgos del estudio reportaron que a seis meses de la implementación del sistema hubo un descenso en la documentación del estado actual del paciente. No se encontró congruencia entre las intervenciones y los resultados en los pacientes ni antes, ni después de la implementación del sistema. Algunas explicaciones posibles a estos hallazgos se refieren a la documentación incompleta, antes y después de

la implementación del sistema y al uso inadecuado del sistema de información por parte del personal de enfermería.

Este mismo autor posteriormente realizó un estudio en una muestra de 90 pacientes con el propósito de determinar lo completo de la documentación de enfermería respecto a las intervenciones de enfermería, resultados finales y mediciones de rutina como signos vitales, peso diario e ingresos y egresos de líquidos. El estudio se llevó a cabo en dos unidades médico-quirúrgicas y una unidad de cuidados intensivos, las mediciones se efectuaron en tres momentos, la primera medición se llevó a cabo un mes antes de la implementación del sistema en enfermería, la segunda medición seis meses después, y la tercera 18 meses después de la implementación.

A través de un análisis retrospectivo de expedientes los hallazgos demostraron que existe diferencia significativa en lo completo de la documentación entre la primera y la segunda medición respecto a la tercera. La primera y segunda medición no mostraron diferencias entre sí; ambas registraban documentación incompleta. Es importante señalar que antes de la tercera medición se dio un reentrenamiento al personal para mejorar la calidad en la documentación y dos meses después se hizo la tercera medición encontrando diferencias significativas en la documentación respecto a las intervenciones y resultado en el paciente, así como en las mediciones de presión arterial reportadas en la primera y segunda medición. El registro de ingresos y egresos se incrementó del 76% en la primera medición al 85% en la tercera medición ($p = .05$). El registro de signos vitales se incrementó a un 90% en la tercera medición.

Méndez et al. (2001), realizaron un estudio con el objetivo de verificar si los registros de enfermería en el expediente clínico cuentan con las características y reglas establecidas. Los autores encontraron que un 96.6% del personal de enfermería consideran importante el registro de enfermería como parte del expediente clínico, un 4.8% de las enfermeras desconocía por completo la forma de elaborar la hoja de observaciones, un 36.5% no hacía uso adecuado de las abreviaturas en el registro de

enfermería. Otro hallazgo importante fue que el 50% del personal de enfermería no registraba observaciones importantes para establecer diagnósticos. Las causas de esto, se atribuyen a la falta de experiencia del personal y a que no dan importancia a tales observaciones, por lo que el resultado final son registros incompletos y deficientes para ser utilizados como un medio de información útil para la toma de decisión clínicas y poco útil como documento médico legal.

En resumen, Adderley et al. (1997), Murphy (1995) y Larrabe et al. (2001), reportan en sus hallazgos que la evaluación posterior al año de la implementación del sistema revela que existe un incremento significativo en la documentación completa de datos y registros clínicos de enfermería; sin embargo, los hallazgos coinciden en que un factor importante para este incremento en la documentación corresponde al proceso de capacitación que se ofrece al personal de enfermería involucrado en el sistema. Existen otros estudios donde la evaluación se ha realizado antes del año de la implementación del sistema y los hallazgos señalan que no existen diferencias significativas en la documentación de enfermería antes y después de la implementación del sistema. Esto se atribuye al uso inadecuado del sistema por parte del personal de enfermería involucrado (Larrabe et al., 2001).

Definición de Términos

Documentación de enfermería es el reporte diario y por turno que realiza el personal de enfermería en el expediente electrónico de los datos correspondientes al SOAPIE donde se incluyen los datos subjetivos y objetivos del paciente hospitalizado así como el análisis de los datos, planeación de cuidados e intervenciones y evaluación de los resultados logrados en el paciente desde el ingreso hasta el egreso hospitalario.

Documentación de enfermería completa es cuando están documentados en el apartado correspondiente los datos de identificación como son identificador o número de expediente, nombre y edad , éstos son proporcionados automáticamente por el sistema.

Además, se consideró que la primera nota incluyera fecha de ingreso, diagnóstico médico y tipo de cirugía y la última nota la fecha de egreso hospitalaria. Respecto a los datos del SOAPIE cada una de las notas debería de contener la documentación de los datos subjetivos, objetivos, análisis (identificación de problemas o diagnóstico de enfermería), plan de cuidados, intervenciones y resultados, así como la firma de la enfermera asignada.

Documentación de enfermería precisa es cuando la documentación de enfermería refleja la secuencia respecto al estado de salud del paciente desde el ingreso hasta el egreso, es decir que exista secuencia en el reporte de cada una de las notas de enfermería. Para el presente estudio se consideraron para determinar lo preciso en la documentación de los datos correspondientes al SOAPIE los siguientes aspectos que a continuación se describen.

Datos subjetivos se refiere a la documentación de los síntomas que el paciente describe, es decir sus percepciones acerca de una situación o evento tales como: sentimientos, emociones y preocupaciones.

Datos objetivos se refiere a los signos clínicos que el personal observa o mide a través de la exploración física o la evaluación diaria de enfermería. Se consideraron datos objetivos precisos cuando en cada una de las notas existe congruencia entre el dato objetivo reportado y el documentado en la nota anterior. Por ejemplo, si el dato objetivo señala que la paciente tiene sello venoso, en la nota previa se debe indicar que se suspendió la venoclisis.

Análisis de datos es la interpretación por parte del personal de enfermería acerca de los datos subjetivos y objetivos. Se concreta por la identificación de problemas o el diagnóstico de enfermería. Se consideró un análisis preciso cuando el diagnóstico o el problema se apoyaban en al menos un dato subjetivo u objetivo. Por ejemplo, en el diagnóstico se señala alteración en la movilidad relacionado con dolor intenso en el área quirúrgica, y en los datos subjetivos se especifica que la paciente manifiesta dolor.

Plan de cuidados es la especificación de las acciones que va a realizar el personal de enfermería para ayudar a la paciente a solucionar sus necesidades de salud actuales, se consideró una nota precisa cuando en cada una de las notas existe *congruencia* entre el plan de cuidados y los datos objetivos reportados. Por ejemplo, si en el plan de cuidados se indica vigilar venoclisis, en los datos objetivos debe señalarse que la paciente tiene venoclisis permeable.

Intervenciones de enfermería son todas aquellas actividades que realiza el personal de enfermería para satisfacer las necesidades de salud identificadas en el paciente durante su estancia hospitalaria. Se consideraron precisas cuando correspondían a las necesidades del paciente especificadas en los datos objetivos o subjetivos y que correspondieran al menos a una intervención propuesta por el NIC para este diagnóstico, tales como las relacionadas con cuidados de la herida quirúrgica, control del dolor, estado nutricional, vigilancia del sangrado, cuidados con relación a la lactancia materna, movilidad y eliminación.

Resultado es el estado actual de la paciente y la respuesta a los cuidados o intervenciones proporcionados por el personal de enfermería. Se consideraron resultados precisos cuando eran congruentes con las intervenciones de enfermería realizadas y correspondieran al menos a un resultado propuesto por el NOC para este diagnóstico, tales como cicatrización de la herida quirúrgica, nivel de dolor, mantenimiento del estado nutricional, involución uterina, lactancia materna, movilidad y eliminación.

Objetivos

1. Identificar si la documentación en el expediente electrónico de la paciente posquirúrgica de cesárea es completa y precisa a los seis meses y al año posterior a la implementación del expediente electrónico en enfermería.
2. Comparar lo completo y preciso de la documentación de enfermería a los seis meses y al año de la implementación del expediente electrónico en enfermería.

Capítulo II

Metodología

En el presente capítulo se incluye el diseño del estudio, la población, y muestra, criterios de inclusión, procedimiento de recolección de la información, el instrumento de recolección de datos, las estrategias para el análisis de resultados y las consideraciones éticas.

Diseño del Estudio

El diseño del estudio es de tipo exploratorio (Polit & Hungler, 1999). Se exploró lo completo y lo preciso de las notas de enfermería documentadas en el expediente electrónico, a los seis meses y al año posterior a la implementación del expediente electrónico por enfermería.

Población y Muestra

La población de estudio se conformo por los expedientes electrónicos de pacientes posquirúrgicas de cesárea de una institución privada.

El tamaño de la muestra se determinó con el paquete nQuery 2.0 (Elashoff, 1995-1997), mediante el análisis de diferencia de proporciones, con un nivel de significancia de .05, considerando una diferencia de proporciones de .11 y una potencia de .80; dando un total de 160 expedientes electrónicos, divididos en dos grupos, 80 para cada medición con nueve notas cada uno de los expedientes dando en total 1440 notas de enfermería. Se consideraron los primeros 80 expedientes electrónicos de pacientes hospitalizadas a los seis y doce meses de inicio del sistema que cubrieron los criterios de inclusión.

Criterios de Inclusión

Expedientes de pacientes posquirúrgicas de cesárea hospitalizadas a los seis meses (septiembre 2002) y expedientes de pacientes hospitalizadas posterior al año (marzo 2003) de haber iniciado el expediente electrónico en la institución y que su estancia hospitalaria sea de tres días, es decir el equivalente a nueve notas de enfermería.

Procedimiento de Recolección de la Información

Primeramente se obtuvieron los permisos correspondientes de la Comisión de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y de la institución participante. Una vez obtenidos los permisos se acudió al departamento de archivo clínico para solicitar la lista de los pacientes posquirúrgicos de cesárea que estuvieron internados en fechas correspondientes a los seis y doce meses posteriores al inicio del expediente clínico electrónico.

Para la revisión retrospectiva de la documentación de enfermería registrada en los expediente clínicos electrónicos de pacientes fue necesario contar con un área específica donde se dispuso de una computadora, así como de tener una clave autorizada para el acceso al archivo histórico de los pacientes. Se revisaron 80 expedientes de pacientes posquirúrgica de cesárea posterior a los seis meses de inicio del sistema electrónico y 80 de pacientes intervenidos posterior al año de la implementación del sistema.

Para tener acceso a los registros fue necesario introducir los dos apellidos del paciente, posteriormente el sistema desglosa la lista de todos los pacientes con estos apellidos en orden alfabético, se seleccionaba el correspondiente y el sistema permitía ver los componentes del expediente.

Una vez identificado el paciente participante se revisó el apartado de notas de enfermería el cual esta dividido en fecha y hora. Primeramente se consideró lo completo de la documentación en los datos de identificación y en lo correspondiente al SOAPIE

en las nueve notas contenidas en cada expediente, posterior a esto; en los expedientes que contenían la documentación completa en los datos del SOAPIE se procedió a valorar lo preciso en la documentación desde el ingreso hasta el egreso del paciente.

Instrumento

Para recolectar los datos se utilizó un formato diseñado para el estudio (Apéndice B), este se diseñó de acuerdo a los datos de identificación y los correspondientes al SOAPIE considerados en la institución. Contiene un total de 18 reactivos que permiten identificar lo completo y lo preciso en la documentación de enfermería. Para valorar lo completo se utilizaron los reactivos 1 al 7, 8, 9, 11, 13, 15 y 17, para lo preciso los reactivos 10, 12, 14, 16 y 18. Las opciones de respuesta para cada uno de los reactivos fueron si y no, se consideró si cuando las nueve notas contenían documentada la información correspondiente al reactivo y no cuando alguna de las notas no tenía documentado este aspecto de acuerdo a lo especificado en el reactivo.

Estrategias para el Análisis de Resultados

El análisis estadístico fue de tipo descriptivo. La información se procesó en el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 10. El análisis se realizó a través de frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central.

Consideraciones Éticas

El presente estudio se realizó de acuerdo a lo que dispone el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (Secretaría de Salud, 1987), específicamente en los siguientes apartados: respecto al Artículo 14, fracciones V, VII y VIII se contó con el consentimiento informado y por escrito de la institución de salud participante. Además el estudio contó con el dictamen favorable de la Comisión de Ética

e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Con relación al Capítulo I, Artículo 17, fracción I en el que manifiesta el tipo de riesgo implicado, este estudio se considera sin riesgo dado que no se realizó ninguna intervención, únicamente se hizo revisión retrospectiva de la documentación de enfermería en los expedientes electrónicos.

De acuerdo al Artículo 29, se contó con la aprobación de las autoridades de la institución de salud participante. Con respecto al Artículo 57 donde se aborda la investigación en grupos subordinados entendiéndose los trabajadores de hospitales. Los resultados de la investigación no se utilizarán en perjuicio de la situación laboral del personal de enfermería que realizó los registros en el expediente electrónico dado que no se identificó el nombre.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se presentan los resultados de lo completo y lo preciso en la documentación de enfermería posterior a la implementación del expediente electrónico. Los resultados se presentan en el siguiente orden: primero la estadística descriptiva de los datos correspondientes a la documentación a los seis meses de inicio del expediente electrónico y posteriormente, los resultados de la documentación a los doce meses de inicio.

Documentación de Enfermería a los Seis Meses de Inicio del Expediente Electrónico

Se revisó la documentación de 80 expedientes de pacientes posquirúrgicas de cesárea con un total de nueve notas cada uno de ellos, esto debido a que la mayoría de este tipo de pacientes permanece hospitalizada durante tres días.

Se encontró que la media de edad de las pacientes se ubicó en 31 años con una *DE* de 4.18. Respecto a los datos de identificación de las pacientes como son identificador o número de expediente, nombre, edad, fecha de ingreso, diagnóstico, tipo de cirugía, fecha de egreso y firma de la enfermera responsable se encontró que el 100% de los expedientes estaba documentado en forma completa. Respecto a la documentación de los datos del SOAPIE, en la tabla 1 se observa que el 100% de los expedientes tiene documentado los datos subjetivos, objetivos e intervenciones en el apartado correspondiente; sin embargo, se encontró que en un 8.75% de los expedientes no se documentó el plan de cuidados y en un 83.75% no se documentaron los resultados de las intervenciones.

Tabla 1

Documentación completa en el expediente electrónico a los seis meses

Datos Documentados	Si		No	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Datos subjetivos	80	100	-	-
Datos objetivos	80	100	-	-
Identificación de problemas o diagnósticos de enfermería	79	98.70	1	1.30
Plan de cuidados	73	91.25	7	8.75
Intervenciones	80	100	-	-
Resultados	13	16.25	67	83.75

Fuente: Expediente Electrónico

n = 80

Para determinar lo preciso en la documentación del expediente electrónico se consideraron únicamente los expedientes que contenían la documentación completa. En la tabla 2 se observa que en un 21.25% de los expedientes los datos objetivos documentados no correspondían a los datos reportados en la nota anterior. Se encontró que un 96.20% de los expedientes los problemas identificados o diagnósticos de enfermería no se apoyaron en los datos subjetivos y objetivos documentados. En cuanto a las intervenciones de enfermería en un 46.25% de los expedientes estas no correspondían a las necesidades del paciente documentado a través de los datos objetivos y subjetivos. Es importante destacar que únicamente en 13 expedientes se documentaron resultados de las intervenciones; sin embargo, en un 38.47% estos resultados no correspondían a las intervenciones ejecutadas por el personal de enfermería.

Tabla 2

Documentación precisa en el expediente electrónico a los seis meses

Datos Documentados	ni	Si		No	
		f	%	f	%
Los datos objetivos corresponden a los datos reportados en la nota anterior	80	63	78.75	17	21.25
Los problemas identificados o diagnósticos de enfermería se apoyan con los datos subjetivos y objetivos documentados	79	3	3.80	76	96.20
El plan de cuidados corresponde a los datos objetivos	73	63	86.30	10	13.70
Las intervenciones de enfermería corresponden a las necesidades del paciente y al menos a una intervención propuesta por el NIC	80	43	53.75	37	46.25
Los resultados corresponden a las intervenciones de enfermería y al menos a un resultado propuesto por el NOC	13	8	61.53	5	38.47

Fuente: Expediente Electrónico

n = 80

Documentación de Enfermería a los Doce Meses de Inicio del Expediente Electrónico

Se revisó la documentación de 80 expedientes con nueve notas de enfermería cada uno de ellos en pacientes posquirúrgicas de cesárea hospitalizadas a los doce meses de inicio del expediente electrónico. Se encontró que la media de edad de las pacientes se ubicó en 30 años con una *DE* de 2.97.

Respecto a lo completo de los expedientes se encontró que el 100% contenían información completa en los datos de identificación de las pacientes. En cuanto a la

documentación de los datos del SOAPIE, en la tabla 3 se observa que el 100% de los expedientes tenían documentados los datos subjetivos, objetivos, la identificación de problemas o diagnósticos de enfermería y las intervenciones de enfermería. Es importante destacar que un 75% de los expedientes no tenían documentados los resultados de las intervenciones de enfermería.

Tabla 3

Documentación de enfermería en el expediente electrónico a los doce meses

Datos Documentados	Si		No	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Datos subjetivos	80	100	-	-
Datos objetivos	80	100		-
Identificación de problemas o diagnósticos de enfermería	80	100	-	-
Plan de cuidados	76	95	4	5
Intervenciones	80	100	-	-
Resultados	20	25	60	75

Fuente: Expediente Electrónico

n = 80

Respecto a lo preciso en la documentación de los expedientes electrónicos se consideró al igual que a los seis meses únicamente los expedientes con documentación completa. En la tabla 4 se observa que el 86.30% de los expedientes no tenían documentado en forma precisa los datos correspondientes a los problemas identificados o diagnósticos de enfermería, es decir estos no se apoyaban en los datos subjetivos y objetivos. En cuanto a las intervenciones de enfermería se encontró que un 22.50% de los expedientes estas no fueron precisas dado que no correspondían a las necesidades del

paciente documentadas a través de los datos objetivos y subjetivos. Es importante destacar que únicamente en 20 expedientes se documentaron resultados de las intervenciones de enfermería y de estos en un 25% los resultados no correspondían a las intervenciones realizadas por el personal de enfermería.

Tabla 4

Documentación precisa en el expediente electrónico a los doce meses

Datos Documentados	ni	Si		No	
		f	%	f	%
Los datos objetivos corresponden a los datos reportados en la nota anterior	80	69	86.25	11	13.75
Los problemas identificados o diagnósticos de enfermería se apoyan con los datos subjetivos y objetivos documentados	80	11	13.80	69	86.30
El plan de cuidados corresponde a los datos objetivos	76	72	94.73	4	5.26
Las intervenciones de enfermería corresponden a las necesidades del paciente y al menos a una intervención propuesta por el NIC	80	62	77.50	18	22.50
Los resultados corresponden a las intervenciones de enfermería y al menos a un resultado propuesto por el NOC	20	15	75.00	5	25.00

Fuente: Expediente Electrónico

n = 80

Capítulo IV

Discusión

El expediente electrónico hoy en día está sustituyendo en diferentes instituciones de salud a los expedientes en papel, esto con el objetivo de contar con fuentes confiables de datos y un recurso que permita demostrar resultados de los cuidados de enfermería. Sin embargo, de acuerdo a los hallazgos del presente estudio se puede señalar que el uso de un sistema de información que permita almacenar la información del paciente a través del expediente electrónico no garantiza que la información documentada este completa y sea precisa. En este estudio se encontró que a los seis y doce meses de inicio del expediente electrónico hubo una escasa documentación de los resultados de las intervenciones de enfermería. Estos resultados concuerdan con los problemas identificados en la documentación de los expedientes en papel de acuerdo a lo señalado por Larrabe et al. (2001) y OPS (2001), quienes encontraron que esta deficiencia en los registros limita la posibilidad de demostrar resultados de la atención de enfermería y dar evidencia de la eficacia de las intervenciones del personal de enfermería.

Otro hallazgo importante fue el identificar que aunque el personal de enfermería documenta intervenciones, éstas no corresponden en un alto porcentaje a las necesidades del paciente. Asimismo, no se documentan los resultados correspondientes a las intervenciones realizadas, sobre todo en la evaluación a los seis meses. Este hallazgo concuerda con lo señalado por Larrabe et al. (2001) quienes no encontraron congruencia entre las intervenciones y los resultados en el paciente.

Se encontró que el mayor problema en la precisión de la documentación de enfermería a los seis meses y al año de inicio del expediente electrónico correspondió a la identificación de problemas o diagnósticos de enfermería, a las intervenciones de enfermería y a los resultados de las intervenciones.

La falta de precisión en los problemas identificados o diagnósticos de enfermería con los datos objetivos y subjetivos concuerdan con lo reportado por Méndez et al. (2001) quienes encontraron que un 50% del personal de enfermería no documenta observaciones importantes para establecer diagnósticos. Esta falta de precisión en este aspecto en el presente estudio pudiera atribuirse a lo señalado por este mismo autor quien lo atribuye a una falta de experiencia del personal en el manejo de diagnósticos de enfermería.

La falta de precisión en la documentación de las intervenciones de enfermería y los resultados de las intervenciones pudiera atribuirse a la falta de indicadores que reflejen la atención que se proporciona durante la estancia hospitalaria, así como al desconocimiento o inexperiencia del personal de enfermería acerca de la esencia del cuidado y la importancia de documentar datos relevantes como son las intervenciones de enfermería y los resultados de las intervenciones, aspectos que constituyen una parte fundamental de la práctica profesional y una forma de evaluar la atención de enfermería.

Las deficiencias encontradas en lo completo y preciso de la documentación posterior a la implementación del expediente electrónico difieren de lo reportado por Murphy et al. (1994) quienes encontraron una documentación excelente respecto a datos completos, actualizados y precisos de acuerdo al estado de salud real del paciente.

Se encontró un incremento en lo completo y preciso de la documentación de enfermería al año de inicio del expediente electrónico respecto a la documentación a los seis meses de inicio, este resultado es congruente con lo reportado por Adderley et al. (1997) y Larrabe et al. (2001) quienes en sus hallazgos reportan un incremento en lo completo y preciso de la documentación posterior al año de la implementación del sistema.

Los resultados del estudio son importantes de considerar dado que de acuerdo a Frenk (2002) la perspectiva del Sistema de Salud para el 2006 es que cada una de las instituciones de salud cuente con un sistema de información que permita no sólo el

acceso a la información, sino que esta sea precisa, oportuna y útil para la toma de decisiones, por lo anterior los hallazgos constituyen un área de oportunidad para que las instituciones de salud cuenten con sistemas de información que no únicamente sean un recurso de recopilación y almacenamiento de datos, sino que permitan transformar los registros en información de calidad que permita visualizar el desempeño y la contribución del personal de enfermería a la salud de la población.

Conclusiones

Se encontró que la documentación de enfermería en el expediente electrónico a los seis y doce meses de su inicio es completa respecto a los datos de identificación de las pacientes posquirúrgicas de cesárea en cuanto a nombre, edad, tipo de cirugía, fecha de ingreso y egreso y firma de la enfermera responsable.

En la documentación de los datos del SOAPIE a los seis meses se encontró que es completa únicamente en cuanto a los datos subjetivos, objetivos e intervenciones de enfermería.

Respecto a la documentación de los datos del SOAPIE al año de inicio del expediente electrónico se encontró que es completo en cuanto a los datos subjetivos, objetivos, identificación de problemas o diagnósticos de enfermería e intervenciones de enfermería.

De acuerdo a lo preciso en la documentación se encontró que a los seis meses la mayor precisión correspondió a los datos objetivos y al plan de cuidados, mientras que a los doce meses la mayor precisión fue para los datos objetivos, plan de cuidados, intervenciones y resultados de las intervenciones de enfermería.

Al comparar lo completo y preciso en la documentación de enfermería a los seis meses y doce posteriores al inicio del expediente electrónico puede observarse que la documentación es más completa y precisa a los doce meses. Sin embargo, en cuanto a lo completo en ambas mediciones se encontró que los datos menos documentados

corresponden a los resultados de las intervenciones de enfermería y en cuanto a lo preciso la menor precisión correspondió a los problemas identificados o diagnósticos de enfermería seguido de las intervenciones y resultados de enfermería.

Recomendaciones

Realizar estudios que permitan verificar la documentación de enfermería en el expediente electrónico con el estado actual de la paciente posquirúrgica de cesárea durante su estancia hospitalaria.

Desarrollar indicadores de evaluación que reflejen la atención de enfermería que se proporciona a los pacientes durante su estancia hospitalaria.

Referencias

- Adderley, D., Hayde, C. & Mauseth, P. (1997). The computer age impacts nurses. *Computers in Nursing*, 15(1), 43-66.
- Barrena, S. M., Fernández, G. F., Gorraochategui, B. M. & Peña, L. I. (1999). Gestión informatizada de los cuidados de enfermería. Recuperado el 25 de enero de 2001, de <http://www.seis.es/inforsalud99/mc1/001>.
- Carpenito, J. L. (1995). *Diagnósticos de Enfermería Aplicada a la Práctica Clínica*. (5ª. ed). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Dumas, J. A., Dietz, E. O. & Conolly, P. M. (2001). Nurse practitioner use for computer technologies in practice. *Computers in Nursing*, 19 (1), 34-40.
- Elashoff. (1995-1997). Paquete nQuery (Versión 2.0) [Software de computo]. EE.UU.
- Frenk, M. (2002). Inversión en Investigación y Tecnología para Desarrollo de la Salud. *Comunicado de Prensa de la Secretaría de Salud No. 50*.
- Hilz, L. M. (2000). The Informatics nurse specialist as changer agent application of innovation-diffusion theory. *Computers, Informatics, Nursing*, 18 (6), 272.
- Huber, D. (1999). *Liderazgo y Administración en Enfermería*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Johnson, M., Bulechek, G., McCloskey, D., Maas, M. & Moorhead, S. (2002). *Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones: Interrelaciones NANDA, NOC y NIC*. España: Harcourt.
- Larrabe, J. H., Baldereghini, S., Elder-Sorrelles, K., Turner, Z., Wender, R., Hart, J. & Lenzi, P.S. (2001). Evaluation of documentation before and after implementation of a nursing information system in acute care hospital. *Computers, Informatics, Nursing*, 19 (3), 56.
- Méndez, C. G., Morales, C. M., Preciado, L. L., Ramírez, N. R., Sosa, G. V. & Jiménez, V. C. (2001). La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el

- expediente clínico. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológico*, 9 (4), 11-17.
- Murphy, Ch., Maynard, M., & Morgan, G. (1994). Pretest and post-test attitudes of nursing personnel toward a patient care information system. *Computers in Nursing*, 12 (5), 239-244.
- Organización Panamericana de la Salud, (2001). *Bases metodológicas para evaluar las viabilidad y el impacto de Proyectos de telemedicina*, Washigton. D.C.
- Organización Panamericana de la Salud, (2001). *Desarrollo de sistemas normalizados de información de enfermería*, Washigton. D.C.
- Organización Panamericana de la Salud, (2001). *The regulation of privacy and data protection in the use of electronic health information*, Washigton. D.C.
- Polit, D. & Hungler, B. (1999). *Investigación científica en ciencias de la salud*. (6^a.ed) México: McGraw-Hill Interamericana.
- Rodríguez, S., Rodríguez, R., Lafuente, L., Jiménez, F., & Carvajal, R. (2001). *Planificación de la formación en tecnología de la información para el personal de enfermería: teleformación*. II Congreso Nacional de Informática y enfermería.
- Sánchez, M, Díaz, Iglesias, D. & Hernández, C. (1999). Registro electrónico de pacientes. *Revista Cubana*, 13 (1), 46-55.
- Secretaría de Salud. Plan Nacional de Salud [PNS], 2001– 2006.
- Secretaría de Salud. (1987). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*, México: Porrúa.
- Souther, E. (2001). Implementation of the electronic medical record: the team approach. *Computers in Nursing*, 19 (2), 47-55.
- Southon, A., Saucer, C. & Dampney, C. D. (1997). Information technology in computer health services: organizational impediments to successful technology Transfer and Diffusion. *Medical Informatic Association*, 4, 112-124.

Apéndices

Apéndice A

Formato de Intervenciones y Resultados Propuestos por el NIC y el NOC

Paciente Posquirúrgica de Cesárea

Resultado	Intervención
Cicatrización de la herida	Valorar características de la herida quirúrgica (enrojecimiento, calor local, inflamación)
	Curación de la herida (control de la temperatura)
	Control de infección (administración de antibióticos)
	Registrar el estado de la incisión
Nivel del dolor	Administración de analgésicos
	Cambios de posición
	Vigilancia de analgesia epidural
Mantenimiento del estado nutricional	Terapia intravenosa
	Etapas de la dieta
	Manejo de náuseas
	Manejo de vómito
Involución uterina	Revisar altura del fondo uterino
	Revisar grado de contracción del útero
	Vigilar el color, cantidad y olor de loquios

Resultado	Intervención
	Contar el número de toallas sanitarias que usa la paciente por turno
	Aseo vulvar con agua simple o solución benzal (3 veces al día como mínimo)
Lactancia Materna	Vigilancia del estado de senos
	Inspeccionar pezones en busca de enrojecimiento, erosiones o fisuras
	Revisar las mamas en busca de signos de ingurgitación , tumefacción, erosione o fisuras
Movilidad	Reposo Absoluto
	Vendaje Abdominal
	Reposo Relativo
	Deambulación a libre demanda
Eliminación	Cuidados de Sonda Foley
	Revisar la producción de orina de la sonda para ver volumen y si hay hematuria
	Revisar características de las orina (volumen, color)
	Retirar sonda foley
	Presentación de micción espontánea
	Frecuencia y características de evacuación
	Administración de laxante en caso necesario

Apéndice B

Formato de Recolección de Datos

Identificador

Datos de Identificación	Si	No
1. El expediente electrónico contiene un identificador (equivalente al número de registro hospitalario en los expedientes en papel).		
2. El expediente electrónico contiene el nombre del paciente.		
3. El expediente electrónico registra la edad del paciente.		
4. El expediente electrónico contiene la fecha de ingreso al área posquirúrgica.		
5. El expediente electrónico registra el tipo de cirugía.		
6. En el expediente electrónico se registra la fecha de egreso hospitalario.		
7. En el expediente electrónico se documenta la firma de la enfermera responsable.		
Datos correspondientes al SOAPIE		
8. En la nota de enfermería se documentan los datos subjetivos del paciente.		
9. En la nota de enfermería se documentan los datos objetivos del paciente.		
10. Los datos objetivos corresponden a los datos reportados en la nota anterior.		
11. En la nota de la enfermería se documenta el análisis de la información (identificación del problema o diagnósticos de enfermería). Especifique _____		

Datos correspondientes al SOAPIE	Si	No
12. Los problemas identificados o diagnóstico de enfermería son congruentes con los datos subjetivos y objetivos. Si no son congruentes especifique porqué _____ _____		
13. Se documenta el plan de cuidados y este especifica los cuidados que se van a realizar.		
14. El plan de cuidados corresponde a los datos objetivos. Si el plan no corresponde a los datos objetivos del paciente especifique porqué _____ _____		
15. En la nota de enfermería se documenta las intervenciones de enfermería. Especifique _____		
16. Las intervenciones de enfermería corresponden a las necesidades del paciente y al menos a una intervención propuesta por el NIC. Si estas no son congruentes especifique porqué _____ _____		
17. En la nota enfermería se documenta los resultados del cuidado de enfermería. Especifique _____		
18. Los resultados corresponden a las intervenciones realizadas por enfermería y al menos a un resultado propuesto por el NOC. Si no corresponden especifique porqué _____		

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Lic. Juana Mercedes Gutiérrez Valverde

Candidato para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería con
Énfasis en Administración de Servicios

Tesis: DOCUMENTACIÓN DE ENFERMERÍA
EN EL EXPEDIENTE ELECTRÓNICO

Campo de Estudio: Administración de Servicios

Biografía: Nacida en México, D.F. el 10 de Diciembre de 1976; hija del Sr. Jaime Cortés Perez y la Sra. Juana de la Luz Peralta Zavala.

Educación: Egresada de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco con el grado de Licenciada en Enfermería en el 2000, tercer lugar de generación. Posbásico en Administración de los Servicios de Enfermería por la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, en el 2002, primer lugar de generación. Segundo lugar de la generación 2002-2004 de la Maestría en Ciencias de Enfermería con Énfasis en Administración de Servicios.

Experiencia Profesional: Puesto de Licenciada en Enfermería asignada al área de Urgencias del Hospital Angeles de las Lomas, Estado de México en el 2001. Enfermera General del Hospital San José Tec de Monterrey del 2002 a la fecha, obteniendo el premio al mejor empleado estudiante del 2002. Facilitador del Proyecto Cuidate Promueve tu Salud de la Universidad de Michigan y la Universidad Autónoma de Nuevo León de septiembre del 2002 a la fecha.

