



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GESTIÓN EN SERVICIOS DE SALUD**

VALIDACIÓN DE DATOS OBLIGATORIOS PARA EL REGISTRO ELECTRÓNICO DE ENFERMERÍA DEL EGRESO HOSPITALARIO

Autora:
Lic. Enf. Esp. Stella Santos

Tutora:
Dra. C.S. Alicia Cabrera

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

Montevideo, 2019



DICTAMEN DEL ACTO DE DEFENSA

Siendo las _____, del día _____ del mes _____ del año _____ en la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, este tribunal compuesto por:

Presidente: _____

Vocales: _____

Tutor: _____

después de evaluar la tesis del aspirante: _____

titulada: _____

y de evaluar la presentación y criterios del tesista, hace las siguientes consideraciones:

1. Sobre el acto de defensa.

2. Sobre las respuestas del tesista a los miembros del tribunal.

3. Sobre el cumplimiento de las normas de redacción y presentación.

4. Sobre la aplicación de la tesis y su contribución a la práctica social.

Por lo antes expuesto este tribunal acuerda otorgar la calificación de _____ al acto de defensa de la tesis referida y proponer a la Decana de la Facultad, que se le otorgue el título de MASTER EN: _____

a: _____.

Recomendaciones: _____

Firman:

Vocal

Vocal

Presidente

Dedicatoria

A mis padres, María Yolanda Sosa de Santos y Aparicio Santos, quienes me ensañaron el valor del estudio. Me acompañan siempre.

A mi hija, Ambar Santos. Siempre estuvo a mi lado, con una palabra de aliento, acompañándome con todo su amor.

Agradecimientos

A mi Tutora, Dra. Alicia Cabrera, por su incansable apoyo.

A mis compañeros de Tesis, Mag. Mariana Tejera y Mag. Mario Olivera, quienes siempre me apoyaron.

A todos los colegas que aceptaron participar en la investigación; sin ellos no habría sido posible realizar este trabajo.

Abreviaturas y siglas

AGESIC	Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información y del Conocimiento en Uruguay.
ASSE	Administración de Servicios de Salud del Estado.
CMD	Conjunto Mínimo de Datos
CIE	Clasificación de las Intervenciones de Enfermería.
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
GAE	Grupo Asesor de Enfermería.
GAM	Grupo Asesor Médico.
FEMI	Federación Médica del Interior.
HCE	Historia Clínica Electrónica.
HCEN	Historia Clínica Electrónica Nacional.
JUNASA	Junta Nacional de Salud
MSP	Ministerio de Salud Pública.
NANDA	Codificación de diagnósticos de enfermería
NIC	Clasificación de las intervenciones de enfermería.
NOC	Resultados de Intervenciones de Enfermería.
OPS/OMS	Oficina Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
PAE	Proceso de atención en enfermería
RIEI	Red Internacional de Enfermería Informática
RUENFI	Red Uruguay de Enfermería Informática
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud.
TIC	Tecnologías de la Información y la Comunicación
Udelar	Universidad de la República

Resumen

Existen dificultades en el cumplimiento de los registros por parte de los profesionales de enfermería en todos los niveles de la organización sanitaria. Por este motivo, es importante profundizar en este problema desde la propia visión de los enfermeros profesionales, de manera de lograr unificar un registro electrónico que contribuya a consolidar el Conjunto Mínimos de Datos (CMD) para el informe de egreso hospitalario o alta de enfermería. Este registro debiera sintetizar los datos más relevantes del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), conformando un documento propio y del área de competencia profesional.

Existe una primera versión, presentada por el Grupo Asesor de Enfermería (GAE) ante la Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información y del Conocimiento (AGESIC), para integrar la Historia Clínica Electrónica Nacional (HCEN). Esta fue considerada por la investigadora y, posteriormente, se incorporaron algunos aportes con el propósito de definir los datos de carácter obligatorio que formarán parte del registro electrónico de enfermería al momento del alta.

El objetivo planteado para esta investigación fue validar un registro electrónico que integre el CMD obligatorios para la hoja de egreso hospitalario de enfermería, como parte de la HCEN. Con este fin, se llevó a cabo un estudio descriptivo de carácter exploratorio. La validación de contenidos se implementó con la colaboración de integrantes del GAE y de la Red Uruguaya de Enfermería Informática (RUENFI), en carácter de expertos.

La investigación concluye que el 100 % de los datos obligatorios propuestos para el registro electrónico de egreso fueron validados en su contenido por parte de los expertos.

Cabe destacar que en el 50 % de los datos se obtuvo el máximo promedio de calificación, lo que demuestra un amplio margen de acuerdo en los profesionales consultados.

El modelo que resulta de la investigación integra las recomendaciones de los expertos, permitiendo establecer una fuerte relación entre la funcionalidad del instrumento y la estructura de los datos que hacen a su contenido.

Finalmente, el investigador recomienda realizar un estudio de campo, con el propósito de llevar a cabo una prueba piloto del instrumento y evaluar las fortalezas y debilidades en la aplicación práctica a nivel de los servicios asistenciales.

Palabras clave: egreso hospitalario, cuidados de enfermería, registros de enfermería y conjunto mínimos de datos.

Summary

There are difficulties in compliance with the records by nursing professionals at all levels of the health organization. For this reason it is important to deepen this problem from the perspective of the professional nurses, in order to unify an electronic registry that contributes to consolidate the Minimum Data Set (CMD) for the hospital discharge or nursing discharge report. This registry should synthesize the most relevant data of the Nursing Care Process (PAE), forming a document of its own and of the area of professional competence. There is a first version, presented by the Nursing Advisory Group (GAE) to the Agency for Electronic Government and the Information and Knowledge Society (AGESIC), to integrate the National Electronic Health Record (HCEN). The same was considered by the researcher and later some contributions were incorporated with the purpose of defining the obligatory data that were part of the electronic register of nursing at the time of discharge.

The objective set for this research was to validate an electronic record that integrates the mandatory CMD for the nursing hospital discharge sheet, as part of the HCEN. To this end, a descriptive study of an exploratory nature was carried out. The content validation was implemented with the collaboration of members of the GAE and the Uruguayan Network of Computer Nursing (RUENFI), as experts.

The research concludes that 100 % of the mandatory data proposed for the electronic discharge record were validated in their content by the experts. It should be noted that in 50 % of the data the highest average score was obtained, which shows a wide margin of agreement among the professionals consulted.

The model that results from the research, integrates the recommendations of the experts, allowing to establish a strong relationship between the functionality of the instrument and the structure of the data that make its content.

Finally, the researcher recommends carrying out a field study, with the purpose of carrying out a pilot test of the instrument and evaluating the strengths and weaknesses in the practical application at the level of the assistance services.

Key words: hospital discharge, nursing care, nursing records and minimum data set.

TABLA DE CONTENIDOS

Introducción.....	10
Contexto nacional.....	13
Justificación.....	21
Antecedentes sobre el tema de estudio.....	25
Marco conceptual.....	31
Metodología.....	41
Resultados.....	48
Discusión.....	52
Conclusiones.....	56
Referencias Bibliográficas.....	59
Bibliografía consultada.....	61
ANEXOS.....	62

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. CMD solicitados a los expertos para integrar a las hojas de la HCEN.....	19
Tabla 2. Variables de estudio y definiciones operativas correspondientes	43
Tabla 3. Promedio de las calificaciones expresadas por los expertos según datos obligatorios	48
Tabla 4 Datos obligatorios que obtuvieron máximo acuerdo según expertos	50
Tabla 5. Datos obligatorios que obtuvieron unanimidad en las opiniones de los expertos	51

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Promedio de las calificaciones registradas por los expertos según datos obligatorios.....	50
--	----

Introducción

El mundo ha cambiado, vivimos inmersos en la sociedad del conocimiento y de la información. Es imprescindible evolucionar desde el punto de vista profesional, para participar activamente en la sociedad actual. En este escenario, la gestión de los sistemas de salud tiene una serie de desafíos a nivel global. Los organismos rectores plantean mejorar la salud de la población mediante la prestación de atención médica de alta calidad, de manera accesible y económicamente sostenible (OMS, 2011).⁽¹⁾ Alcanzar estos desafíos es cada vez más difícil, teniendo en cuenta los altos costos de salud, el envejecimiento de la población, el cambio en los hábitos de vida y en especial en América Latina, las desigualdades sociales, la dispersión geográfica de sus habitantes y las migraciones.

Según muestran los antecedentes internacionales, para las Naciones Unidas el sector salud es clave en la reducción de brechas sociales, y considera que el acceso a una atención de salud oportuna y de calidad es responsabilidad del Estado. Estudios realizados por Carnicero & Fernández (2012)⁽²⁾ identifican que la mayoría de los proyectos de América Latina se realizan de manera aislada, con baja cobertura poblacional y una sostenibilidad incierta en los aspectos financieros.

El informe *Salud-e en América Latina: Avances y desafíos* considera que es necesario fortalecer el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) para avanzar en la interoperabilidad, la cooperación epidemiológica regional y lograr una mayor coordinación de los procesos de toma de decisiones entre los diversos sistemas de salud (Fernández, 2012).⁽³⁾

Los avances en América Latina y el Caribe en cuanto a la implementación de registros electrónicos en salud son importantes. No obstante, están condicionados por las inequidades existentes en términos de acceso y calidad de la atención sanitaria. También operan en este escenario las presiones sobre los sistemas de salud para la disponibilidad de recursos y la sostenibilidad del gasto público.

En la reunión de la CEPAL (2010),⁽⁴⁾ en la que participaron los países de América Latina y el Caribe, se destacó que el uso frecuente de las TIC en salud ha generado nuevas formas de organización, novedosas modalidades de aprendizaje e información, así como diferentes vínculos sociales que pueden dar sustento al propósito de fortalecer la democracia y el control social en la región.

El cambio de la estructura demográfica de América Latina y el Caribe, con una pirámide poblacional más envejecida en la región, presenta a las TIC como una alternativa de solución para tratamientos más eficiente y con mayor bienestar para los enfermos y sus familias. (Carnicero Giménez de Azcárate J., 2003).⁽⁵⁾

Las TIC vinculan la dimensión de su eficacia en tres aspectos:

- Contribuyen a la formulación de diagnósticos y tratamientos que toman en cuenta toda la información clínica de los usuarios.
- Posibilitan la generación de alertas médicas con la instrumentación de la televigilancia.
- Aumentan la posibilidad de vigilancia epidemiológica, generando diversas bases de datos con actualización continua.

En la región, cabe destacar la experiencia desarrollada en Argentina, mediante la cual se logró facilitar a los profesionales de la salud el acceso a la información. Allí se contó con el

importante apoyo de OPS, al que luego se unieron iniciativas privadas. En este ámbito, la ayuda brindada por las industrias farmacéutica e informática se constituyó en uno de los principales soportes para el proceso de capacitación de los médicos.

La enfermería, como disciplina científica en desarrollo, debiera integrar con mayor velocidad las TIC a la práctica profesional, para adquirir competencias básicas y poder utilizarlas de forma eficiente, contribuyendo al cumplimiento de los desafíos propuestos a nivel global. Se puede observar cómo, a partir del desarrollo de estas herramientas, existen cada vez más alternativas que permiten proporcionar mejores servicios a menor costo.

Mediante la literatura consultada, podemos observar que las TIC han comenzado a transformar el sistema sanitario a nivel mundial, abriendo un amplio abanico de posibilidades para la renovación y mejora de las relaciones entre usuarios y profesionales sanitarios. El uso de las TIC en los programas de formación, así como en el ejercicio de la profesión, constituye un factor trascendente para la mejora de los procesos asistenciales y, particularmente, para la gestión del cuidado. Así también, la comunicación de la información hacia el resto del equipo de salud beneficia directamente la calidad de los servicios prestados a los usuarios.

Diferentes tecnologías, tales como la telenfermería, videoconferencias, teleeducación, entre otras, han influenciado en las organizaciones de salud hacia una formulación más flexible y adaptable del quehacer profesional.

La introducción progresiva de las TIC en la disciplina enfermera se ha manifestado a diferentes niveles. Permite obtener registros más confiables, verificables, que generan datos estadísticos para favorecer la evaluación de la calidad y la difusión del conocimiento.

Un ejemplo de ello lo muestra la taxonomía NANDA NIC NOC, en la que queda regulada una estructura de información unificada para gestionar los cuidados de enfermería.

Cabe destacar el aporte brindado en esta área por la Red Internacional de Enfermería Informática (RIEI) de OPS/OMS, integrada por Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, El Salvador, España, Estados Unidos, México, Nicaragua, Panamá, Perú, Venezuela y Uruguay. Esta red tiene por objetivo complementar, innovar y optimizar experiencias entre los países. Desde RUENFI, se está trabajando en explorar el alcance de la enfermería informática en todas las áreas del conocimiento de la disciplina, sus aplicaciones en las políticas de salud y su relación con otras entidades del área. El objetivo es identificar intereses, prioridades y necesidades del colectivo de enfermería en Uruguay y hacer las recomendaciones para el desarrollo disciplinar futuro.

Contexto nacional

Uruguay cuenta con un sistema de salud mixto llamado Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), que está compuesto por prestadores integrales públicos y privados. Los prestadores integrales privados cubren aproximadamente al 70 % de la población; son financiados a través de la seguridad social, convenios colectivos o aportes de los socios individuales. Las prestaciones que brindan estas organizaciones están reguladas por la Junta Nacional de Salud (JUNASA), a través de la normativa vigente y de los contratos respectivos.

Según informa el Instituto Nacional de Estadísticas de Uruguay (INE)¹, la población uruguaya evidencia las siguientes particularidades: baja tasa de natalidad, alta esperanza de vida y una tasa de emigración de los jóvenes relativamente alta, lo que la define como una de las poblaciones más envejecida del continente.

Desde el año 2005, se lleva adelante una reforma del sector que busca aumentar la cobertura y acceso universal al seguro de salud, al igual que mejorar el manejo de los pacientes en el primer nivel de atención. El Ministerio de Salud Pública es el responsable de la implementación del SNIS desde el año 2007, que articula a prestadores integrales públicos y privados y que plantea cambios en el modelo de atención, gestión y financiamiento.

En la ley que crea el SNIS (ley 18211)⁽⁶⁾ se establecen los principios rectores del sistema. Ellos son: la promoción de la salud y la orientación preventiva, integral y de contenido humanista; la intersectorialidad de las políticas de salud; la cobertura universal, la accesibilidad y sustentabilidad de los servicios de salud; la equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones; el respeto al derecho de los usuarios a tomar decisiones informadas con respecto a su salud, lo que incluye la selección del prestador así como la participación de trabajadores y usuarios en la gestión de los efectores.

¹ Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. Uruguay en cifras 2014. [Internet]. 2015. Disponible en:

http://ine.gub.uy/documents/10181/39317/Uruguay_en_cifras_2014.pdf/aac28208-4670-4e96-b8c1-b2abb93b5b13 [consulta: 9 ene 2016].

Las autoridades han impulsado el uso de herramientas tecnológicas para la capacitación continua del equipo de salud, así como metas asistenciales para controlar la calidad de las prestaciones.

La aplicación de las TIC a la salud en el contexto del SNIS implica grandes desafíos y comprende diferentes áreas. En el Plan Director de Informática del MSP² para el período 2005-2009 se priorizaron algunas líneas estratégicas:

- Construir sistemas de información en salud que apoyan las funciones esenciales del MSP y ASSE, integrando la informática a la atención de salud en los procesos asistenciales, así como de prevención y promoción de salud.
- Utilizar sistemas gerenciales para la inserción competitiva en el SNIS y para desarrollar la capacidad de control sanitario de la población.

En este marco, se define promover la HCEN única para cada persona, de acuerdo con el decreto 396/03, con énfasis en el primer nivel de atención. Avanzar en la definición de estándares de contenido y de interoperabilidad. Optimizar y transparentar la comunicación del MSP con la población a través del uso eficiente del Portal. Participar en los proyectos de desarrollo e implantación de sistemas de información con otros organismos del Estado a través de ámbitos de coordinación permanente, todo lo cual forma parte de las políticas diseñadas a nivel nacional.

Actualmente, las historias clínicas están, en su enorme mayoría, en formato papel y circulan entre los diferentes niveles de atención del mismo prestador. No obstante, existen

² Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Memoria anual 2017. [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/memoria-anual-2017> [consulta: 17 nov. 2017].

algunos prestadores que ya han implementado la HCE para sus afiliados, con distintas características tecnológicas, así como formatos y desarrollos propios. Tomando en cuenta estas realidades, y enfocando la atención en el derecho de los ciudadanos, el desafío es avanzar en la interoperabilidad de las aplicaciones.

La meta propuesta implica que cada ciudadano tenga su historia clínica electrónica única, independientemente del prestador donde se le brinde la atención. Trabajando en esta línea, los expertos indican que es necesario abordar la adopción de estándares técnicos como un elemento estratégico para la planificación, diseño, implantación, operación y mantenimiento de los sistemas.

El desarrollo de normas para la HCEN plantea una variedad de cuestiones tales como:

- Adecuación del tiempo de generación y adopción al ritmo que demanda el mercado.
- Aumento de la coordinación entre los diferentes actores y la activación del papel de las instituciones públicas.

El decreto 396/03 de septiembre de 2003 establece las especificaciones de la HCEN desde el punto de vista jurídico. En su artículo 1.º expresa:

“Declárase de interés público el establecimiento de la historia clínica electrónica única de cada persona, desde el registro perinatal hasta el fallecimiento. A los efectos de este decreto, se entiende por historia clínica electrónica el conjunto de datos clínicos, sociales y financieros referidos a la salud de una persona, procesados a través de medios informáticos.”

Recientemente, la ordenanza ministerial 598/008 de septiembre de 2008 establece iniciar el proceso de implantación de un sistema de información integrado de salud basado en la historia clínica digital.

Entre el 23 y el 26 de marzo de 2009 se llevó a cabo un taller nacional financiado por la Unión Europea, denominado *Hacia el diseño y desarrollo de una historia clínica electrónica única para el subsistema público de salud en el Uruguay*, en el que participaron diferentes actores del sector salud, así como académicos y asesores extranjeros. Se estableció, como estrategia, comenzar la implementación en el primer nivel de atención y en el subsistema público de salud, priorizando el tema en la agenda política. Se propuso asesorar al Poder Ejecutivo en la formulación de políticas en materia de la Sociedad de la Información y del Conocimiento y en el desarrollo informático del Estado, coadyuvando en su elaboración, seguimiento y evaluación de resultados.

El proyecto de la HCEN se ha desarrollado desde un programa central llamado *Salud.uy*, a cargo de la AGESIC. En diciembre de 2005, se crea este organismo (artículo 72 de la ley 17930) y su funcionamiento es reglamentado en junio de 2006 por el decreto 205/006. Con la aprobación de esta norma jurídica, se establece una estandarización de los informes clínicos. Uno de los principales cometidos es la puesta en marcha de la HCEN, con todos los prestadores interactuando entre sí y con una plataforma de salud sustentable.

Se ha definido el concepto de 'Salud Conectada', centrado en el programa nacional, que posibilita el intercambio de información clínica, epidemiológica, estadística e involucra a

los usuarios en el cuidado de su salud.³ Busca disponer de la infraestructura, con servicios que permitan trabajar en red mediante la identificación única del usuario, favoreciendo una gestión integral e integrada de la información.

Este enfoque asumido por el SNIS estimula a plantearse un cambio posible en el paradigma vigente. Los servicios de salud ya no se centrarían en el modelo médico hegemónico, sino que el centro de la atención estaría ubicado en el usuario, la familia y la comunidad. Ello implicaría un cambio sustancial en la atención de la salud a la población en todo el territorio nacional y prácticas profesionales innovadoras para el equipo de salud.

La HCEN incluirá toda la información de salud de un ciudadano, con independencia del lugar y momento en el que haya sido generada. Este sistema clínico debe formar parte del sistema de información del servicio de salud correspondiente, relacionándose con los sistemas de gestión económica y financiera, planificación estratégica y control.

Los servicios que no dispongan de infraestructura podrán utilizar la plataforma de gobierno electrónico y la red de alta velocidad. De acuerdo con ello, el programa *Salud.uy* propuso comenzar a elaborar progresivamente una serie de hojas clínicas, convocando a profesionales de diferentes disciplinas para colaborar en esta etapa.

En la siguiente tabla, se presentan los CMD solicitados por AGESIC a los grupos de expertos:

³ Webinar 5to. RME: Experiencia Uruguay. [Internet]. 2015. Disponible en:

<http://www.paho.org/relacsis/index.php/noticias/item/540-5to-webinar-experiencia-uruguay> [consulta: 28 Nov 2016].

Tabla 1. CMD solicitados a los expertos para integrar a las hojas de la HCEN

Egreso hospitalario/internación domiciliaria: Cierre del episodio de hospitalización en una institución de salud o en los casos de internación domiciliaria.
Consulta en servicio de emergencia hospitalaria: Cierre de un episodio de consulta en un Servicio de Emergencias (o Urgencias) hospitalaria.
Atención externa de urgencia/emergencia: Cierre de un episodio de atención extrainstitucional de urgencia/emergencia.
Atención externa no urgente: Cierre de un episodio de atención no urgente; excluye internación domiciliaria.
Consulta de primer nivel de atención: Informe de consolidación de un conjunto de consultas según un número o período de tiempo a definir.
Cuidados de enfermería: Siguiendo los mismos lineamientos de los documentos precedentes.
Atención odontológica: Siguiendo los mismos lineamientos de los documentos precedentes.
Informes paraclínicos: Se definirán el conjunto de informes a diseñar con los grupos de trabajo respectivos dentro del Programa Salud.uy.
Resumen de HCE: Consolidación de la historia clínica electrónica de un paciente, a modo de contar con una visión integral de la situación clínica del paciente.

Fuente: AGESIC "Modelos de hojas clínicas para la construcción de una Historia Clínica Nacional Unificada." S.UY SP 2/2014 SELECCIÓN DE CONSULTORES PARA SERVICIOS DE CONSULTORÍA. Diciembre/2014 Uruguay

Los ciudadanos podrán acceder, a través del uso de portales, a la información de salud precisa, fácil de entender y actualizada. Estos portales deberán cumplir estándares de desarrollo, uso, accesibilidad y calidad. Así también, servirían para desarrollar bases de información que faciliten la comunicación y el intercambio entre los profesionales. Estas bases deberán tener en cuenta medidas de seguridad y protección de los datos sensibles, entre otros aspectos.

El proyecto Salud.uy ha incorporado en la HCEN el lenguaje SNOMED CT para la interconexión con los diagnósticos médicos estandarizados. De la misma forma, enfermería podrá considerar la terminología normalizada NANDA NIC NOC en interconexión con SNOMED CT, de manera facilitar la estandarización del lenguaje y la interoperabilidad de los usuarios a nivel sistema sanitario nacional.

Desde el programa Salud.uy, se realizaron jornadas en el desarrollo de las TIC en las organizaciones (Jornada medición de las Tics en Salud 17/11/2016).⁽⁷⁾ El 22 de julio se realizó la Primera Jornada Médica del Programa Salud.uy, donde se presentaron el CMD de la hoja clínica de egreso hospitalario propuesto por el Grupo Asesor Médico (GAM). En esa misma dirección, desde el GAE se planteó el objetivo de establecer algunos criterios para implementar el CMD de enfermería para el registro del alta a nivel hospitalario. Con ello, dar continuidad al cuidado y coordinar de manera interdisciplinaria los servicios de salud, permitiendo reincorporar a la persona en la sociedad. De esta manera, en nuestro país se comenzó a trabajar con la hoja clínica de egreso hospitalario y con un enfoque multidisciplinario. En lo que respecta a enfermería, se consideró como uno de los antecedentes más relevantes el trabajo realizado en España con base en el modelo establecido en el Boletín Oficial del Estado (BOE) del año 2016,⁽⁸⁾ en el cual se publica la aprobación de un CMD para los informes clínicos del sistema sanitario español.

El registro de alta de enfermería o de egreso hospitalario es un documento que demuestra el perfil autónomo de la profesión. Resume la actividad global que enfermería realiza en el medio intrahospitalario, garantizando la continuidad del proceso asistencial y facilitando el seguimiento de los usuarios. Con esta herramienta, se pretende potenciar la

coordinación entre los profesionales que trabajan en la asistencia hospitalaria y la red de atención primaria, además de facilitar información al usuario y al cuidador principal sobre los cuidados domiciliarios a desarrollar. Sobre la base de un proceso sistemático de valoración, planeación, coordinación, ejecución del cuidado enfermero, que buscó asegurar los cuidados acordes a las necesidades de la persona.

El GAE trabajó con el propósito de adoptar prácticas que permitan mantener o mejorar el estado de salud de los usuarios, para lo cual se registran una serie de recomendaciones dirigidas a las personas y cuidadores. Esta información debiera ser estandarizada para integrarla a la HCEN, con una definición previa de los datos operativos necesarios para resumir y orientar el proceso de alta de los usuarios en la internación.

Justificación

El ejercicio de enfermería se basa en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Es un método científico que posibilita al enfermero realizar planes de cuidados en forma directa e individualizada, de manera racional, lógica y sistemática. Sin embargo, en la práctica clínica se continúan jerarquizando las acciones de interdependencia, dado el dominio del modelo médico hegemónico. Una de las evidencias de este dominio en el modelo de atención vigente se puede apreciar en el diseño de las historias clínicas, donde no hay un espacio para el registro de la valoración de enfermería, ni para el control evolutivo y demás acciones independientes. Esta situación, desde el punto de vista legal, genera una alta vulnerabilidad para el colectivo de enfermería. El hecho de incorporar el registro de enfermería a la HCEN permitirá a los profesionales visibilizar el desempeño de su trabajo,

reducir los esfuerzos para documentar la información, aumentar la calidad de los registros y utilizar estos datos para la educación, así como para la investigación en el área disciplinar.

En el ámbito sanitario, las prestaciones adecuadas de los servicios están estrechamente ligadas a la calidad de la información disponible. Por ello, los registros son herramientas clínicas esenciales donde se recogen los datos pertinentes para la gestión de los servicios sanitarios. El CMD para el registro de enfermería de egreso hospitalario debiera aportar a la calidad a los cuidados, facilitando el uso de un lenguaje unificado, con acciones precodificadas. Así también, debiera mejorar la comunicación interprofesional y favorecer la continuidad asistencial, ya que intervienen múltiples profesionales de diferentes centros, actuando en tiempos distintos con un objetivo común orientado al bienestar del usuario, su familia y la comunidad.

Registrar las acciones y atención específica del servicio de enfermería es un proceso complejo, difícil de articular y de sistematizar. La finalidad esencial de este proceso es proporcionar datos de la atención brindada, garantizando la comunicación con todos los miembros del equipo, la continuidad, seguimiento y evaluación de la calidad de los cuidados.

Esta investigación plantea generar un CMD de carácter obligatorio, para integrar el registro de enfermería al momento del alta hospitalaria, con un criterio unificado y sustentado en un estudio científico. Con ello, se aportaría al desarrollo de la HCEN, fortaleciendo el accionar y la presencia de enfermería en su rol articulador y sinérgico en pro de la atención de los usuarios. En ese sentido, definir el CMD, resulta útil para recoger información fiable y actualizada para los administradores sanitarios a nivel de todo el país.

El programa Salud.uy incorporó una metodología y terminología comparable, basada en referencias internacionales. La mejora de la calidad es considerada hoy una variable estratégica por la mayoría de las empresas, instituciones públicas y organizaciones en general. Los servicios de salud y los profesionales enfermeros tienen además una responsabilidad por la naturaleza misma del servicio que prestan, donde la calidad de los cuidados es una exigencia ética.

La hospitalización es un hecho importante en las vidas de las personas, tanto el ingreso como el egreso generan ansiedad en el usuario y su familia. Enfermería profesional trabaja desde el ingreso del usuario en el plan de alta, con el objetivo de reducir la variabilidad en el proceso, planificándola con antelación. Como consecuencia directa, se disminuiría la estancia media, simplificando el proceso del alta al paciente hospitalizado y sus acompañantes. Si un usuario es atendido en cualquier punto del país, en una institución diferente a la que está afiliada, tendrá una única HCEN, lo que permitirá disponer de toda la información sobre su situación sanitaria.

En síntesis, es clave disponer de información fiable y normalizada, para que no existan discrepancias en cuanto a la integridad y completitud de la información sanitaria. Esta se hará efectiva al alta del usuario, con la coordinación de los diferentes niveles de atención, fortaleciendo la continuidad de los cuidados. Los sistemas de registros electrónicos deberán pues estar diseñados de tal manera que permitan reflejar la ejecución de aquellas tareas

descriptas para los cargos y contempladas en la ley 18815, que regula el ejercicio de la profesión enfermero en nuestro país.⁴

El objetivo es garantizar la transferencia de información de los cuidados que ha recibido en este episodio asistencial y los que continúa necesitando, para comunicar al servicio al que será referido.

El registro de enfermería para el egreso hospitalario es el reporte de las recomendaciones para el autocuidado y el cuidado profesionalizado. Tiene que ser firmado por el profesional de enfermería, que es el responsable del informe destinado a asegurar la continuidad de los cuidados. Se garantizará la información clínica vital de los ciudadanos, la que estará disponible y accesible para el equipo de salud, en todo el territorio nacional. En este sentido, es necesario contar con el CMD para integrar en ese registro, el cual implica una herramienta valiosa para la referencia y contra referencia del usuario en todos los episodios que requiera atención sanitaria.

El presente trabajo tiene planteado como problema de investigación la siguiente pregunta: ¿Cuáles serían los datos obligatorios más relevantes para formar parte del CMD correspondientes al registro de enfermería para egreso hospitalario?

El objetivo de esta investigación es validar un registro electrónico que integre el CMD apropiados para el informe de alta, formando parte de la HCEN.

4 Profesión de enfermería. Ley N° 18815 de 14 octubre de 2011. [Internet]. Uruguay. Disponible en:

http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Ley_18_815_Enfermer%25c3%25ada.mh_.pdf [consulta: 12 abr 2017].

Con ese propósito, se contribuye a generar un instrumento efectivo que garantice el trabajo enfermero, permitiendo el intercambio y el acceso a la información, y facilitando la comunicación entre los diferentes profesionales que desarrollan actividad en el SNIS.

El producto resultante pretende dar respuesta a la continuidad de los cuidados, generando un modelo de registro electrónico de enfermería que defina el contenido del CMD para el momento del egreso hospitalario. Se articula con el proceso de atención de enfermería, considerando los recursos materiales y humanos disponibles para la atención directa en los efectores hospitalarios del SNIS. Así también permitirá identificar al enfermero o enfermera responsable del proceso de atención. Procura tener acceso a los datos producidos para realizar el seguimiento, a fin de poder verificar la legitimidad de estos y evaluar la calidad del proceso asistencial. Cada vez que un usuario haga uso de esta funcionalidad, ejercerá como auditor externo del sistema, sumándose a los elementos que conforman la estrategia de seguridad de la HCEN.

En síntesis, se aspira avanzar en la construcción de un modelo de registro electrónico para enfermería, con datos validados y estandarizados. Este formará parte de la HCEN y podrá ser aplicado en todos los servicios sanitarios públicos y privados del SNIS.

Antecedentes sobre el tema de estudio

Se analizaron diferentes aportes científicos relacionados con el tema de estudio. En el trabajo publicado en 20/09/2013, *Gestión de Casos y atención a pacientes crónicos complejos*, del Hospital Pertegur Huerta. España⁽⁹⁾ concluyen:

“La gestión de casos se presenta como una alternativa eficiente para la atención de pacientes crónicos complejos. Las Enfermeras Gestoras de Casos hemos ido adquiriendo nuevas competencias de vanguardia para adaptarnos a los requerimientos de la población y las demandas del sistema.”

Bolzan Cieto B. y col. (2013)⁽¹⁰⁾ presentan una revisión de la literatura científica, con el objetivo de identificar recursos e innovaciones de enfermería para ser usados al alta del usuario. Del mismo se destaca el programa de hospitalización ultracorta, la “Enfermera de Enlace” o “Enfermera de Gestión de Casos”. Esta profesional está a cargo de gestionar el alta del usuario y se comunica con las colegas que continuarán con el cuidado. Se realizan procesos de integración de los servicios de atención sociosanitarios para apoyar al usuario, con seguimiento telefónico y visitas domiciliarias luego del alta. Se implementan diferentes instrumentos para la gerencia de casos, tales como los registros electrónicos, los folletos de telefonía celular y las citas de audio. En este estudio, los autores concluyen en que el uso de las TIC e innovaciones de enfermería para el alta hospitalaria, junto con los gestores y demás integrantes del equipo multidisciplinario, contribuyen a mejorar notoriamente el proceso del alta hospitalaria. Se favorece, además, un proceso de reinserción en domicilio con tranquilidad y seguridad para el usuario y su familia.

En Argentina, el grupo de redes de enfermería en informática (Prince y Jolías, 2011-2014)⁽¹¹⁾ del Hospital Italiano se encuentra trabajando en un proyecto de mejora continua de calidad. Identificaron la necesidad de ajustar algunos instrumentos de trabajo, centrándose en las etapas del PAE para rediseñar el modelo. Las conclusiones más destacadas en este estudio fueron:

“La gestión de casos se presenta como una alternativa eficiente para la atención de pacientes crónicos complejos. Las Enfermeras Gestoras de Casos hemos ido adquiriendo nuevas competencias de vanguardia para adaptarnos a los requerimientos de la población y las demandas del sistema.”

Bolzan Cieto B. y col. (2013)⁽¹⁰⁾ presentan una revisión de la literatura científica, con el objetivo de identificar recursos e innovaciones de enfermería para ser usados al alta del usuario. Del mismo se destaca el programa de hospitalización ultracorta, la “Enfermera de Enlace” o “Enfermera de Gestión de Casos”. Esta profesional está a cargo de gestionar el alta del usuario y se comunica con las colegas que continuarán con el cuidado. Se realizan procesos de integración de los servicios de atención sociosanitarios para apoyar al usuario, con seguimiento telefónico y visitas domiciliarias luego del alta. Se implementan diferentes instrumentos para la gerencia de casos, tales como los registros electrónicos, los folletos de telefonía celular y las citas de audio. En este estudio, los autores concluyen en que el uso de las TIC e innovaciones de enfermería para el alta hospitalaria, junto con los gestores y demás integrantes del equipo multidisciplinario, contribuyen a mejorar notoriamente el proceso del alta hospitalaria. Se favorece, además, un proceso de reinserción en domicilio con tranquilidad y seguridad para el usuario y su familia.

En Argentina, el grupo de redes de enfermería en informática (Prince y Jolías, 2011-2014)⁽¹¹⁾ del Hospital Italiano se encuentra trabajando en un proyecto de mejora continua de calidad. Identificaron la necesidad de ajustar algunos instrumentos de trabajo, centrándose en las etapas del PAE para rediseñar el modelo. Las conclusiones más destacadas en este estudio fueron:

estudio pretende favorecer la planificación de la atención de enfermería a través de un registro que contemple indicadores básicos del tratamiento; en esta línea, propone unificar criterios de valoración paciente/usuario y sistematizar los registros, para favorecer el rol independiente de la enfermería y elaborar un sistema de registros que permita el seguimiento de la atención brindada y su retroalimentación en función de los objetivos.”

El problema planteado en el estudio fue el siguiente:

¿Las dificultades para registrar, por parte de enfermería, son debidas a una insuficiencia de sistematización institucional y a defectos metodológicos en la formación profesional?

Se llevaron a cabo metodologías participativas, a través de talleres donde se involucraron licenciados de carrera docente y asistencial, además de auxiliares de enfermería y estudiantes universitarios.

Las conclusiones presentadas fueron las siguientes:

“... a) Redefinir el perfil de enfermería, delimitando funciones propias en los diferentes niveles de atención; b) Organizar y estructurar la docencia y la investigación; c) Mejorar la comunicación con la identificación de lenguaje y d) Fortalecer el reconocimiento social y la autoestima personal.”

Otro antecedente a nivel nacional trata de una investigación sobre la calidad de los registros de enfermería, que fue realizada en el año 2010 por estudiantes de la licenciatura

de enfermería, en el marco de un trabajo curricular titulado *Características de los registros del personal de enfermería en la historia clínica en cuanto a su calidad*.⁵

El objetivo fue evaluar los registros en las historias clínicas de usuarios hospitalizados en dos organizaciones sanitarias (pública y privada) y conocer si cumplen con los estándares de calidad. Se auditaron un total de 1080 historias clínicas, en las que se analizaron 22 variables correspondientes a los registros de enfermería. Los investigadores concluyeron en lo siguiente:

“Generalmente, el personal de enfermería presenta dificultades a la hora de realizar los registros. Concluyen también que enfermería cumple el correcto llenado de la H. C. en un alto porcentaje, aunque no se llega al valor óptimo. Las variables relacionadas a: valoración, diagnósticos, intervenciones de enfermería y evaluación no se encontraban plasmadas en los registros de las H.C.”⁶

El último antecedente recopilado a nivel nacional es el trabajo del Lic. H. Rosso, que se orienta a realizar registros electrónicos de enfermería, basados en el paradigma de la calidad total, en el área de policlínica. El investigador plantea normalizar los registros enfermeros para facilitar el entendimiento de todos los fenómenos que les ocurren a los usuarios cuando se encuentran inmersos en el proceso de atención, en la misma institución

5 Cancela A, Fontán V, Martins A, Piriz Y, Vittola M. Características de los registros [Internet] del personal de enfermería en la historia clínica en cuanto a su calidad [tesis] [Internet]. 2010. Disponible en: <http://www.bvsenf.org.uy/local/tesis/2010/FE-0345TG.pdf> [consulta: 17 nov. 2017].

6 Cancela A, Fontán V, Martins A, Piriz Y, Vittola M. Características de los registros [Internet] del personal de enfermería en la historia clínica en cuanto a su calidad [tesis] [Internet]. 2010. Disponible en: <http://www.bvsenf.org.uy/local/tesis/2010/FE-0345TG.pdf> [consulta: 17 nov. 2017].

o en otra. Las conclusiones presentadas es que se alcanzaron los objetivos; el personal de enfermería se apropió del instrumento, aplicándolo en un 100 %. El investigador resume:

“Los instrumentos posibilitaron visualizar en forma holística el cuidado realizado por enfermería, favoreciendo el uso de un lenguaje común; habilita la comunicación dentro del equipo multidisciplinario; evita errores, omisión en los registros, que el mismo sea legible; trabajar con la gestión de riesgo haciendo posible gestionar el cuidado. Es una poderosa herramienta para la investigación, educación y enriquecimiento de la disciplina enfermera.”⁷

7 Rosso Héctor. Cambio hacia los registros de enfermería según instrumento normalizado. Policlínica Pediátrica de la ciudad de Montevideo Enfermería: Cuidados Humanizados (Montev.)2015/4(1): 20-16/ Disponible en : <http://revista.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/513>

Marco conceptual

Los sistemas de salud deben garantizar a la población el acceso a la asistencia sanitaria oportuna, de calidad y segura. Para la implementación de un sistema de información se deben estudiar, definir y describir los procesos asistenciales, planificando y analizando la realidad, las tareas, la información generada y las responsabilidades de los actores involucrados.

Los integrantes del equipo de salud, cuando van a tomar una decisión, utilizan una gran cantidad de información. Los registros de enfermería son un componente destacado dentro de ella. Contienen observaciones, consideraciones, resultados de exámenes, diagnósticos de enfermería, información de los fármacos administrados, eventos adversos, en definitiva, todos los datos que se originan en las acciones que el equipo realiza con los usuarios.

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

El buen registro es útil para el usuario, apoya, mantiene y mejora la calidad de la atención clínica. Una buena fuente de información implica un aporte al conocimiento del estado del paciente. Permite, a su vez, realizar una evaluación para la toma de decisiones y sintetizar un documento legal que traduce los actos del equipo de salud en su conjunto. Da cuenta del personal que estuvo a cargo de un paciente determinado, facilita el análisis sobre la oportunidad de la atención y permite realizar la vigilancia sanitaria del proceso

asistencial. También permite hacer un análisis frente a los problemas legales originados por error en la administración de fármacos o por accidentes de los usuarios.

En suma, un buen registro es una herramienta esclarecedora de lo sucedido.

Los registros electrónicos tienen las siguientes características, comparadas con el registro en papel:

- Seguridad.
- Accesibilidad.
- Claridad.
- Comunicación
- Funcionalidad.
- Soporte jurídico.
- Facilidad en la búsqueda e integración de la información.
- Continuidad de la atención.

Prince y Jolías (2011-2014)⁽¹¹⁾ consideran que las TIC son una herramienta fundamental para el procesamiento y análisis de esa gran cantidad de información, mediatizada por el accionar del Estado, de la sociedad civil, del sector académico, de las empresas y de la ciudadanía. Abarcan un abanico de soluciones muy amplio. Facilitan el acceso a todo tipo de información y generan instrumentos para todo tipo de procesos. En función de lo antedicho, un sistema de información es un conjunto integrado de recursos humanos y materiales mediante el cual se recolectan, almacenan, recuperan, procesan y comunican datos e información con el objetivo de utilizar los recursos de manera eficiente. (González de Quirós, Luna, & Colaboradores, 2012)⁽¹⁾.

En otro orden, los modelos conceptuales y las teorías de enfermería son considerados patrones que guían el pensamiento enfermero. Han contribuido al desarrollo de la disciplina

con diversos enfoques desde los cuales se conceptualiza el hecho de cuidar, como base de la profesión, marcando diferencias con el concepto de curar.

La definición de ‘enfermería’ consignada en el plan de estudios de Facultad de Enfermería de Udelar (1993)⁸ expresa lo siguiente:

“La enfermería es una disciplina científica, encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano, persona, familia o grupo de población.”

El enfoque teórico de Florence Nightingale entendía a la enfermería como la responsabilidad de velar por la salud de otros. Para ella, el control del entorno del paciente recaía en la enfermería. Ella interpretaba a la salud como un estado de bienestar en el que se aprovecha al máximo la energía de las personas. Consideraba que las enfermeras eran mediadoras tanto en el plano profesional como en el moral. Es importante destacar esta orientación sobre la interrelación paciente-entorno. La manipulación de este último contribuía al proceso reparador, al bienestar y a la recuperación. Creía también, en una humanidad universal, creativa, dotada de fuerza y capacidad de cambio.⁹

De acuerdo con esta corriente teórica, la profesión de enfermería se apoya fundamentalmente en cuatro conceptos:

- 1 El ser humano, centro al que se dirigen todas las actuaciones.

8 Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Enfermería. Reglamento plan de estudios 1993. [Internet]. 2011. Disponible en: <https://www.fenf.edu.uy/wp-content/uploads/2017/09/reglamento-plan-93-compaginado.pdf> [consulta: 5 dic. 2017].

9 Ferrer Valero S. Mujeres en la historia: la dama de la lámpara, Florence Nightingale (1820-1910). [Internet]. 2011. Disponible en: www.mujeresenlahistoria.com/2011/06/la-dama-de-la-lampara-florence.html [consulta: 15 dic 2014].

- 2 La salud, entendida como la meta u objetivos de las actuaciones de enfermería.
- 3 Los cuidados, enfocados hacia los problemas y los déficits, considerados como las incapacidades de la persona que deben ser atendidas.
- 4 El entorno, elemento en el que está inmerso la persona, el contexto donde se actuará para lograr el objetivo profesional.

El ser humano, considerado un todo unificado que posee su propia integridad, es distinto que la suma de sus partes. Es un sistema abierto a su entorno que se caracteriza por su capacidad de abstraer, imaginar, pensar, de conmoverse. Todo ser humano tiende hacia la independencia y desea la autonomía.

La salud es un estado efímero, cuyo equilibrio frágil se ve perturbado a menudo por múltiples factores que hace que una persona se mantenga con salud o que enferme. Es un bien primario y que, como tal, todos los individuos desean. Tiene tres dimensiones: biológica, psicológica y social.

Los cuidados de enfermería implican a la promoción de la salud, el respeto a todos los derechos humanos y sociales del individuo, de la familia y la comunidad. La primera lealtad de la profesión de enfermería es la que se debe al usuario, de cualquier clase social o cultura que posea. Esto constituye la actitud ética fundamental del ejercicio profesional.

Con el cambio de siglo, el sector sanitario se ha de enfrentar a nuevos retos: una sociedad más informada, más interdependiente, más autónoma, multicultural. Hay una mayor toma de conciencia en los ciudadanos respecto a sus derechos; por lo mismo, existe una demanda de calidad en atención, necesidad de más información y participación. El profesional de enfermería debe reconocer que la persona tiene capacidad para enfrentarse a

sus propias necesidades y problemas de salud. Las enfermeras tendrán que ser capaces de dar una respuesta eficiente a los retos de un entorno en constante evolución y de afrontar con competencia las demandas de los ciudadanos y los retos de la profesión. (M. Teixidor, 2006).

El cuidar no puede ser un acto aislado, desconectado del contexto social. Cuidar es un acto social que se consigue solamente si se tiene en cuenta todo el conjunto de las dimensiones sociales. Cuidar supone una responsabilidad social.

El PAE es un método sistemático que permite brindar un cuidado humanista, eficiente, centrado en el logro de resultados esperados y sustentado en un modelo científico determinado sobre la esencia del ser profesional de enfermería. Considera que cada persona o grupo de personas reacciona de forma distinta ante una alteración de salud.

Las bases teóricas del PAE han surgido a partir de numerosos conocimientos que incluyen aportes de las ciencias biológicas, sociales y humanas. Considera que el usuario es un individuo único y que necesita atención personalizada e integral. Consta de cinco fases:

- Valoración de las necesidades del paciente.
- Recogida de datos, organización y registro de dichos datos.
- Diagnóstico de las necesidades humanas que la enfermería puede asistir.
- Planificación del cuidado del paciente con fijación de objetivos y prioridades; ejecución del cuidado, intervenciones y actividades.
- Evaluación del cuidado implementado para retroalimentar los procesos futuros.

Entendemos apropiado para este trabajo considerar el modelo de V. Herdenson, ya que focaliza el cuidado de los usuarios en base a una serie de necesidades con carácter integral. El cuidado que brinda enfermería es evaluado integrando los aspectos éticos de la atención.

Esto conlleva a proteger y aumentar la comunicación interpersonal, sobre todo a conservar un trato humano con el objetivo de ayudar a la persona en el proceso recuperación, sufrimiento, dolor y muerte.

El método para gestionar el cuidado tiene un lenguaje propio y estandarizado, es un proceso sencillo, sistemático y con retroalimentación. En base a lo expuesto, el PAE implica la administración de cuidados personalizados y conlleva la responsabilidad de efectuarlos en un marco de calidad técnica y éticamente aceptable, para lograr una pronta y adecuada recuperación.

Se requiere la determinación de los problemas reales y potenciales, sustentados en una información sólida y unificada, que permita establecer un diagnóstico de situación. Se requiere de un orden para las acciones, de manera de cumplir con el proceso de gestión del cuidado y establecer mejoras en base a una evaluación sistemática de los resultados. El PAE es un proceso continuo y dinámico que se adapta a las necesidades cambiantes del usuario. Se deberá aplicar a nuestro quehacer diario en conjunto con la participación del usuario, con el objetivo de fortalecer el autocuidado. En este sentido, los registros electrónicos están destinados a lograr que todo el quehacer de enfermería se consigne en línea, mejorando el instrumento en forma periódica, acordado por el colectivo enfermero. El proceso enfermero permite utilizar un lenguaje estandarizado mediante la clasificación de diagnósticos de la NANDA y la planificación con la formulación de objetivos (NOC) e intervenciones de enfermería (NIC).¹⁰

10 Herdman Heather T, Kamitsuru S. Nanda Internacional diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017.

Barcelona: Elsevier, 2015.

La utilización de este lenguaje con una nomenclatura propia ha permitido la delimitación de un cuerpo de conocimientos específico, así como el desarrollo del área de dominio de la ciencia enfermera. De esta forma, a través de la delimitación del objeto de estudio propio de la enfermería y de la aplicación de una metodología avalada científicamente, se podrá instalar una cultura de la mejora continua de la calidad para los cuidados de enfermería.

Durante la estancia de los pacientes en los hospitales se generan una multitud de registros, desde el día del ingreso al momento del alta, que formarán parte de su historia clínica. El informe de alta de enfermería es un documento de síntesis, en el que se reflejan todos los cuidados proporcionados al usuario, así como los datos que necesitan otros profesionales, el usuario y su familia, para dar una continuidad a la asistencia recibida.

La gestión del cuidado sustenta metodológicamente el trabajo realizado por el equipo de enfermería en conjunto con los demás integrantes del equipo sanitario. Para ello, el profesional de enfermería requiere contar con independencia en el ámbito de su ejercicio profesional y con un respaldo de orden reglamentario-administrativo, que le permita asumir con propiedad las decisiones, funciones y acciones de enfermería. Mediante la gestión del cuidado, se procede a conducir la práctica en sintonía con las necesidades de salud de los pacientes, con la disponibilidad de recursos y con las disposiciones legales preestablecidas.

En Uruguay, el decreto 354/014⁽¹⁵⁾ establece el alcance de enfermería profesional en todo el territorio nacional:

“Por ello, gestionar implica conocer y evaluar los resultados de las intervenciones enfermeras mediante indicadores de calidad, generando conocimientos y visibilidad para la profesión. Esto podría influenciar

directamente en las políticas de cada institución y en el sector salud en su conjunto.”

Numerosos autores de la bibliografía consultada hacen referencia a la relevancia de este aspecto.¹¹

El alta gestionada por enfermería es una herramienta poderosa que refleja el trabajo enfermero, la naturaleza de la disciplina y la autonomía profesional. Genera identidad e información en beneficio de la recuperación de las personas. Sintetiza un aporte singular, que agrega valor a la atención de las personas durante la estancia hospitalaria y refleja los cuidados prestados durante esta. Es visto como una herramienta que facilita el reconocimiento social de los profesionales y contribuye a clarificar el papel que desarrolla la enfermería en el proceso de atención.

En general, las personas al alta experimentan angustia por el desconocimiento sobre las formas de realizar los cuidados. También presentan un déficit de preparación para adaptarse a la nueva situación. El alta con intervención de enfermería puede mitigar esa ansiedad. Es de vital importancia incluir la educación sanitaria en esta instancia, como elemento de comunicación con el paciente, la familia o cuidador principal. La finalidad es orientar en la continuidad de los cuidados en domicilio, fortaleciendo los conocimientos adquiridos y generando seguridad.

11 Ballesteros García M, Jiménez Navascués L, Ruiz Gómez MC. Revisión bibliográfica del informe de valoración al alta de enfermería. Gerokomos [Internet] 2004; 15(4): 209–16. Disponible en: <https://www.gerokomos.com/wp-content/uploads/2015/01/15-4-2004-209-rincon.pdf> [consulta: 12 abr. 2017].

No se toma al usuario como sujeto pasivo que recibe los cuidados, sino como agente activo, que participa de su proceso de recuperación y rehabilitación.

Tendríamos que considerar que el problema de salud no finaliza en el momento en que la persona es dada de alta del hospital, sino que estos cuidados son una etapa más del proceso de atención al paciente en el que intervienen diferentes niveles asistenciales. Por ello, adquieren una gran importancia los instrumentos que facilitan la comunicación entre niveles y garantizan la continuidad de cuidados, especialmente entre los profesionales de atención hospitalaria y de atención primaria.

Según Carpenito,⁽¹⁶⁾

“la planificación al alta es un proceso sistemático de valoración, preparación y coordinación que facilita la administración de cuidados sanitarios y de asistencia social antes y después del alta. Requiere una acción coordinada y de colaboración entre los profesionales de la salud.”

La necesidad de coordinación y continuidad asistencial es más significativa aun cuando se plantean cuestiones como el aumento de la esperanza de vida, el envejecimiento progresivo de la población y el aumento de enfermedades crónicas. Al mismo tiempo, se tiende a que la estancia media hospitalaria sea cada vez menor, haciendo que se necesiten más cuidados domiciliarios.

La generación de arquetipos permite definir modelos de información clínica, especificando los contenidos, estructura y significado básico del llamado Conjunto Mínimo de Datos (CMD), que conforman un determinado documento clínico. Dichos documentos se basan en la utilización de las definiciones de los estándares internacionales de registro

clínico, norma ISO 13606 y HL7 CDA; utilizando un estándar terminológico SNOMED CT, para desarrollar sistemas interoperables semánticamente.

En el marco de la HCEN, cuando se habla de *modelo unificado de historia clínica* se hace referencia al contenido clínico mínimo o CMD que deberían contener sus distintas hojas clínicas. Esta definición de contenidos clínicos mínimos se está construyendo bajo una estrategia gradual de incorporación para las distintas instancias y actos asistenciales de registro.⁽¹³⁾

El investigador considera de vital importancia, de acuerdo con lo especificado por AGESIC, definir claramente el proceso de egreso o alta hospitalaria. Este refiere a los procedimientos técnico-administrativos que se efectúan para la salida formal y voluntaria del paciente del área de hospitalización a cualquiera de los siguientes destinos:

- Domicilio.
- Otra institución de salud.
- Otro servicio.

Este trabajo se basa en la construcción de un modelo de plan de alta electrónico de enfermería, que permitirá el seguimiento del cuidado de la población usuaria del SNIS al egresar de los diferentes efectores hospitalarios, a lo largo y ancho de todo el territorio nacional.

Metodología

El problema de investigación se define con la siguiente pregunta: ¿Cuáles serían los datos obligatorios más relevantes para formar parte del CMD correspondientes al registro de enfermería para egreso hospitalario?

El propósito general se orienta a facilitar el trabajo enfermero a nivel de los servicios, contribuyendo con la continuidad y con la mejora de calidad en la prestación de los cuidados que se brinda a la población. Pretende, además, favorecer la comunicación entre los diferentes profesionales y ampliar la visibilidad social que juega el equipo de enfermería en el proceso de atención a la salud. En este marco, el objetivo de esta investigación se centra en validar el CMD apropiados para integrar el registro electrónico de enfermería al momento del egreso hospitalario de los usuarios cubiertos por el seguro nacional de salud. El tipo de estudio corresponde a un diseño descriptivo, exploratorio e incorpora técnicas cuantitativas para el procesamiento de los datos obtenidos.

Se desarrolla una consulta a expertos, a punto de partida de un diseño preliminar de datos obligatorios seleccionados por la investigadora, teniendo en cuenta la literatura consultada y el modelo propuesto por el GAE a tales efectos. Dicha encuesta tiene la finalidad de relevar las opiniones sobre la pertinencia de estos datos obligatorios, que conformarían el CMD de la hoja electrónica de enfermería para el alta hospitalaria.

El estudio culmina en la validación de contenidos para diseñar el CMD correspondiente al registro electrónico mencionado.

Los siete expertos fueron seleccionados mediante una serie de criterios adoptados por la investigadora, los que se detallan a continuación:

- Ser Licenciados en Enfermería
- Tener formación pos básica acreditada en el área de gestión de servicios de salud.
- Ejercicio profesional acreditado en el área docenteasistencial.
- Integrantes del GAE o de la RUENFI.

Técnicas y procedimientos

La investigación se organizó en tres partes:

- 1) Diseño preliminar de los datos obligatorios por parte del investigador.
- 2) Consulta a expertos para realizar los estudios de validez de contenido mediante encuesta.
- 3) Diseño final del CMD para el registro de enfermería electrónico integrando las recomendaciones realizadas por los expertos.

Previo al desarrollo de la primera etapa, se realiza una revisión de la literatura científica mediante las bases de datos Pubmed, Chrocane y Scielo en idioma español.

Instrumento

La encuesta se acompaña de un instructivo y consta de cuatro secciones:

- Datos para la identificación del usuario.
- Datos obligatorios.
- Calificaciones y recomendaciones (Ver anexo 1).

El mismo se organiza con 24 datos obligatorios, con el fin de construir el CMD para el registro electrónico en estudio. De acuerdo con el problema formulado se operacionalizan las siguientes variables:

Tabla 2. Variables de estudio y definiciones operativas correspondientes

Variables	Definición operativa
1-Firma de Licenciada responsable del cuidado	1- Identificación del profesional Licenciada a cargo del cuidado del usuario.

2- Fecha y hora del egreso	2- Día, mes, año y hora del momento del alta del servicio
3- Medios de traslado	3-Tipo de transporte que utiliza el usuario para el traslado al momento de salir del hospital
4- Lugar donde se traslada	4-Especificar lugar y dirección donde residirá el usuario. Ej.: domicilio particular, casa de familiar, internación en otra institución ,etc.
5- Valoración de Enfermería al alta	5-Síntesis del estado de salud del usuario considerando las necesidades con enfoque integral.
6- Información de la próxima consulta	6-Datos del lugar, fecha y hora de la próxima consulta.
7- Conocimiento de los cuidados al alta	7-Evaluar el nivel de comprensión del usuario y cuidador sobre las orientaciones impartidas por enfermería.
8- Teléfono del servicio donde continuara los cuidados	8-Número de contacto con el servicio correspondiente
9-Soporte socio familiar	9-Recursos humanos y comunitarios disponibles para continuar el proceso de recuperación y rehabilitación
10-Tratamiento farmacológico	10-Detalle de medicamentos, formas de administración y precauciones específicas.
11-Reacción alérgica durante la internación.	11-SI : cuando se comprobó la reacción NO: cuando no se comprobó el episodio
12- Antecedentes personales a destacar	12-Diagnósticos médicos confirmados en el usuario. Ej.: enfermedades crónicas, secuelas funcionales, otros.
13- Riesgos laborales	13-Especificar riesgos vinculados al trabajo que realiza el usuario teniendo en cuenta el actual estado de salud.
14- Orientación sobre dieta indicada	14-Información sobre los alimentos que corresponden a la dieta indicada
15-Diagnósticos enfermeros resueltos *	15-Problemas que fueron tratados de manera eficaz durante el proceso de la internación, en el ámbito de competencias de enfermería
16-Diagnósticos enfermeros activos *	16- Problemas presentes en el momento de la elaboración del informe de alta, tanto reales como potenciales
17-Resumen de Enfermería	17-Síntesis del estado general de salud según la evolución del usuario al momento del alta

18-Intervenciones de Enfermería *	18-Acciones a cargo de enfermería que se llevan a cabo en el momento del alta hospitalaria.
19-Coordinación con servicio externo	19-Identificar el nombre y dirección del servicio sanitario de referencia
20- Datos del cuidador principal	20-Nombre completo y teléfono de contacto del responsable del cuidado al egreso del hospital
21- Paraclínica	21-Registrar el conjunto de informes correspondientes a exámenes paraclínicos que retira el usuario del área de internación al momento del alta
22-Observaciones a destacar	22-Registrar la permanencia de signos, síntomas o dispositivos (Ej.: sondas, drenajes, etc.) a ser considerados en el plan de cuidados.
23-Protocolos asistenciales	23-Registrar el nombre de los protocolos asistenciales aplicables al caso particular del usuario al momento del alta.
24-Resultados destacables *	24-Consignar los resultados que se evidencian a partir de las intervenciones realizadas por el equipo de enfermería durante la internación (Ej.: conocimientos adquiridos sobre prevención de caídas, control del tránsito intestinal, otros).

() Los datos que presentan asterisco requieren de decisiones a nivel estratégico, para incorporar la nomenclatura NANDA, NIC, NOC con opción a la interconexión SNOMED CT, de manera de favorecer la interoperabilidad semántica para los usuarios de la HC*

Mediante una encuesta autoadministrada por vía electrónica, el grupo de expertos califica cada uno de los datos obligatorios a través de respuestas codificadas en base a una escala ordinal tipo Likert, las que se detallan a continuación:

Escala de calificaciones	Opiniones de los expertos
4	Totalmente de acuerdo
3	De acuerdo

2	Ni de acuerdo ni en desacuerdo
1	En desacuerdo
0	Totalmente en desacuerdo

Plan de Análisis

Los datos derivados de la encuesta fueron procesados mediante frecuencias absolutas, promedios y porcentajes. Para ello se fijó el siguiente criterio: cuando los componentes calificados por los expertos obtuvieran un promedio inferior a 2, los datos serán eliminados o modificados por el investigador. A la inversa, cuando se obtenga un promedio de 2 o superior, se mantendrá el dato correspondiente en el instrumento, sin modificaciones. En este último caso, el dato se considerará aceptado o validado por los expertos.

Las recomendaciones serán recopiladas respetando la redacción de los expertos y ponderadas mediante la frecuencia absoluta.

El resultado final de las opiniones de los expertos sobre cada uno de los datos obligatorios y las recomendaciones aportadas, será integrado a la versión final del registro electrónico de enfermería como producto de esta investigación.

Aspectos éticos

Se les explicó a los actores el objetivo de la investigación y la posibilidad de negarse a participar. Se estableció el compromiso de que los datos resultantes les serán informados a los expertos participantes. Así también, se estableció el compromiso del anonimato

mediante consentimiento informado (Ver anexo 2).

Resultados

Se realizó un total de 20 entrevistas con los participantes, las cuales fueron las primeras entrevistas de la muestra, con el fin de obtener el conocimiento de los participantes sobre los conceptos de la investigación y los objetivos de la misma.

Después de haber realizado las entrevistas se les entregó los 20 cuestionarios que se les entregó en un momento de su tiempo libre.

Los resultados de las entrevistas se describen en los cuadros adjuntos que se encuentran en el anexo 3 de este informe.

Tabla 1. Frecuencia de las reflexiones expresadas por los participantes en el cuestionario.

Reflexión	Frecuencia
1. ¿Qué es la investigación?	15
2. ¿Por qué investigar?	12
3. ¿Cómo investigar?	10
4. ¿Qué es un cuestionario?	8
5. ¿Qué es un consentimiento informado?	7
6. ¿Qué es un objetivo?	6
7. ¿Qué es un resultado?	5
8. ¿Qué es un método?	4
9. ¿Qué es un instrumento?	3
10. ¿Qué es un sujeto?	2
11. ¿Qué es un grupo?	2
12. ¿Qué es un individuo?	1
13. ¿Qué es un fenómeno?	1
14. ¿Qué es un proceso?	1
15. ¿Qué es un objeto?	1

Resultados.

Se recibieron los siete formularios autoadministrados, por tanto, todos los expertos respondieron a la encuesta. No hubo necesidad de descartar ninguno, porque cumplieron con los requisitos establecidos en el instructivo.

De acuerdo con el análisis de los resultados de la encuesta, los 24 datos presentados por el investigador obtuvieron un valor promedio mayor a 2.

En la tabla que sigue a continuación se muestran los promedios correspondientes a las opiniones y niveles de acuerdo obtenidos en la consulta realizada.

Tabla 3. Promedio de las calificaciones expresadas por los expertos según datos obligatorios

DATOS OBLIGATORIOS	PROMEDIOS
1-Firma de Licenciada responsable del cuidado	4
2- Fecha y hora del egreso	4
3- Medios de traslado	3
4- Lugar donde se traslada	4
5- Valoración de Enfermería al Alta	4
6- Información de la próxima consulta	4
7- Conocimiento de los cuidados al Alta	3,7
8- Teléfono del Servicio donde continuara los cuidados	4
9-Soporte socio familiar	4
10-Tratamiento farmacológico	4
11- Reacción alérgica durante la internación	3
12- Antecedentes personales a destacar	3
13- Riesgos laborales	3
14- Orientación sobre dieta indicada	3,7
15-Diagnósticos enfermeros resueltos	3
16- Diagnósticos Enfermeros activos	4

17- Resumen de Enfermería	4
18- Intervenciones de Enfermería	3
19- Coordinación con el servicio externo	4
20- Datos del cuidador principal	3,7
21- Paraclínica	3,7
22-Observaciones a destacar	3,7
23-Protocolos asistenciales	4
24-Resultados destacables	3

De acuerdo con los resultados obtenidos en la encuesta, los datos obligatorios no fueron modificaron en su contenido.

Gráfico 1 Promedio de las calificaciones registradas por los expertos según datos obligatorios

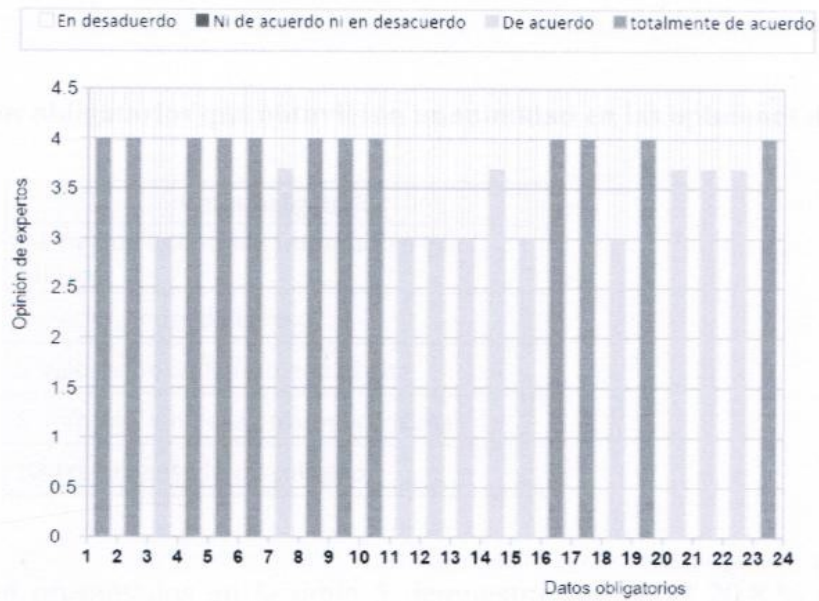


Tabla 4 Datos obligatorios que obtuvieron máximo acuerdo según expertos

Datos Obligatorios
1-Firma de Licenciada responsable del cuidado
2- Fecha y hora de egreso
4- Lugar donde se traslada el usuario
5-Valoración de enfermería al Alta
6- Información de la próxima consulta
8-Teléfono del Servicio donde continuara los cuidados
9-Soporte socio familiar
10-Tratamiento farmacológico
16-Diagnósticos Enfermeros activos
17-Resumen de Enfermería
19-Coordinación con el servicio externo
23-Protocolos asistenciales

Según los resultados que se observan en la tabla que antecede, el 50 % de los datos obligatorios consignados en la encuesta obtuvieron el máximo nivel de acuerdo por parte de los expertos

Tabla 5. Datos obligatorios que obtuvieron unanimidad en las opiniones de los expertos

Datos obligatorios
1-Firma de Licenciada responsable del cuidado
2- Fecha y hora de egreso
5-Valoración de Enfermería al Alta
6- Información de la próxima consulta
10-Tratamiento farmacológico

La información presentados en la tabla 5 demuestra que en el 20,8 % de los datos se evidenció un consenso en las opiniones vertidas por los expertos.

Cuatro expertos realizaron recomendaciones. Las mismas se detallan a continuación respetando la redacción documentada en los registros de las encuestas:

- 1) Presencias de heridas al alta, úlceras por presión, heridas quirúrgicas, etcétera.
- 2) Presencia de catéter venoso.
- 3) Condiciones del traslado: a cargo del servicio (por ejemplo, ambulancia) o por sus propios medios.
- 4) Incluir los niveles de dependencia de enfermería según las necesidades básicas de Virginia Henderson.

Discusión

El funcionamiento el SNIS ha cumplido más de una década de su implementación. No obstante, aún no se ha logrado modificar uno de los ejes centrales del modelo histórico y se continúa trabajando dentro del proceso de atención a la enfermedad, en base a la demanda espontánea y centrado en la óptica médica.

En el mismo plano de análisis, la prevención y promoción de la salud no se está llevando a cabo de manera sistémica. El usuario egresa y su próximo encuentro para continuar la atención de su salud es en policlínica y con el médico tratante.

La consulta de Enfermería aún no está sistematizada en el conjunto de los servicios de primer nivel de atención, existiendo algunas experiencias puntuales en el plano académico y asistencial, que demuestran claramente los beneficios de estas instancias para la atención de los usuarios.

Se observa también que, en el segundo nivel de atención, el alta hospitalaria es exclusivamente un acto de responsabilidad del médico tratante. En términos generales, el profesional enfermero es invisible en la situación actual, dado que no se documentan los registros de actuación de manera sistemática.

Aún persiste en nuestro medio un proceso de atención a la salud sumamente fragmentado, en tanto los diferentes niveles de la organización sanitaria se relacionan puntualmente entre sí. Este escenario es aún más complicado para los profesionales de enfermería, dado las carencias en la dotación de personal que se evidencian en la mayoría de los servicios asistenciales. En este contexto, el PAE no queda documentado en la historia

clínica en la mayoría de los casos. No obstante, cabe recordar que, si se quisiera registrar, los profesionales no cuentan con un espacio formal para ello.

Por lo antedicho, queda en evidencia que, si no se materializa en registro de enfermería en la HCEN, el PAE no podría ser evaluado desde el punto de vista técnico en el SNIS.

A la luz de los resultados expuestos, se pueden apreciar algunos aspectos coincidentes con investigaciones anteriores referidas al tema de los registros de enfermería. En ese sentido, el instrumento analizado contempla la necesidad de contar con una información común. Genera además un factor potencial que se relaciona con el hecho de disponer de un lenguaje estandarizado y útil para evaluar la calidad de atención prestada, desarrollar la enseñanza y la investigación en el área disciplinar.

Con la información disponible correspondiente a los 24 datos obligatorios validados, se podría encarar un trabajo científico para evaluar la calidad técnica de enfermería, así como los niveles de cumplimiento en torno a los principios establecidos en la legislación vigente a nivel nacional. En este aspecto, se podrían medir los niveles de accesibilidad, continuidad del proceso asistencial, utilización de servicios, características de los reingresos hospitalarios, sistemas de traslado, funcionamiento de los sistemas de referencia y contra referencia, eficacia de los tratamientos, eventos adversos, complicaciones, entre otros.

En cuanto a las recomendaciones formuladas por los expertos, se puede afirmar que las realizadas en torno a los puntos 1 y 2, presentadas en el capítulo “Resultados”, ya se encuentran contempladas en el punto 22 correspondiente a los datos obligatorios. Las otras dos restantes conforman nuevos aportes a ser considerados en el modelo definitivo.

Los resultados obtenidos reflejan la trascendencia del alta o egreso hospitalario, como episodio de síntesis de un proceso asistencial específico. Con esta concepción, los registros de enfermería adquieren una dimensión de trascendencia, determinando la necesidad de documentar una serie de datos obligatorios que emanan del PAE.

La participación de los expertos en la encuesta favoreció un análisis crítico sobre el modelo de registro presentado por ellos mismos a la AGESIC. Por tanto, este estudio exploratorio permitió confirmar y validar el contenido fundamental del CMD que debiera registrarse en las hojas de enfermería al momento del alta hospitalaria. Podría significar una herramienta que facilite la integración de las necesidades de información identificadas o solicitadas por los usuarios y sus familiares, proporcionando así un respaldo tangible para la población asistida y para los profesionales.

El servicio de enfermería genera una fuente de información valiosa al registrar los cuidados realizados durante la hospitalización, lo que permite evaluar la calidad de estos. Toma las especificaciones de la situación de cada paciente, en la visita al inicio de la guardia. Planifica y organiza el trabajo, documentando los cuidados dispensados al usuario. Es por ello, que enfermería comienza la planificación del alta desde el mismo momento del ingreso del usuario.

Cada usuario podrá contar con un informe de alta individualizado, con los problemas que presentó o pueda presentar luego de la hospitalización, por lo cual el CMD que se define en esta investigación podrá ser un aporte específico a la calidad y seguridad de la atención de enfermería.

En suma, el CMD propuesto para el registro electrónico diseñado, permitirá acceder a los profesionales de enfermería a un lenguaje y procedimiento unificados para el alta hospitalaria, aplicable a todos los usuarios del SNIS y en cualquier punto del territorio nacional.

Conclusiones

El objetivo de la presente investigación fue cumplido, ya que se logró validar una serie de datos obligatorios para integrar al registro electrónico del egreso hospitalario gestionado por enfermería.

Las recomendaciones arrojaron datos concretos para ser incorporados al CMD del registro definitivo. Detallan la procedencia de los medios de traslado empleados para salir del hospital y sugieren utilizar la clasificación de niveles de dependencia al momento del alta.

El proceso de investigación llevado a cabo ha permitido arribar a un contenido básico del informe de alta, respetando la aplicación de la metodología enfermera y del lenguaje profesional normalizado, garantizando así el intercambio de información a nivel nacional, regional y eventualmente global. Esta condición implica contemplar aspectos tales como la aplicación de modelos enfermeros diferentes, desarrollados en estructuras organizativas diversas. De tal modo que el registro de alta de enfermería pudiera dar respuesta a las necesidades de información derivadas de las diferentes ofertas de cuidados y en cualquiera de los escenarios posibles del sistema de salud.

La informática en enfermería a nivel mundial se ha convertido en una práctica obligada para el ejercicio profesional. Consecuentemente, se requiere de un enfermero con preparación sólida para incursionar en el análisis y desarrollo científico de la informática aplicada.

El registro electrónico de enfermería para el egreso hospitalario aporta una herramienta importante para la práctica cotidiana, promoviendo la visibilidad y optimización de las actividades realizadas por enfermería. Como proveedor de asistencia sanitaria las 24 horas del día, el personal de enfermería es de hecho el coordinador principal de los restantes servicios profesionales que intervienen en la asistencia de los pacientes hospitalizados o institucionalizados.

Para finalizar este informe, se formulan algunas recomendaciones que se detallan a continuación:

- Desde nuestra mirada, para continuar avanzando en el proyecto de HCEN y la integración de enfermería, con las hojas electrónicas que dan cuenta de su área de responsabilidad y competencia, se hace imprescindible concretar la normalización de la terminología a utilizar. Según la información impartida por los técnicos de AGESIC, el programa Salud.uy adoptó la nomenclatura SNOMED CT, que integra un lenguaje de interconexión para términos técnicos, permitiendo articular con la clasificación y códigos pertenecientes a los diagnósticos e intervenciones NANDA NIC NOC. Dado que estas últimas terminologías son las que se imparten en la formación curricular de los Licenciados a nivel universitario, parece necesario y urgente resolver la unificación de la semántica y términos técnicos para poder comenzar a utilizar la herramienta informática.

- En el mismo sentido, y luego que el GAE resuelva el tema del nomenclátor precodificado para los diagnósticos e intervenciones a utilizar en las hojas electrónicas destinadas para enfermería, habrá que dar lugar a la etapa de formación curricular y formación permanente para egresados sobre estos aspectos.

• En otro orden, consideramos que el contenido del instrumento planteado en la investigación debiera ser evaluado en su funcionamiento real, mediante una prueba piloto en servicios hospitalarios del sector público y privado. De acuerdo con ello, es una aspiración de la autora proponer la realización de una investigación aplicada con la participación de estudiantes avanzados de la carrera de licenciatura en enfermería y profesionales de los servicios, en base al producto obtenido en esta etapa. Sería una oportunidad valiosa para trabajar en red con la aplicación del CMD, generando el primer antecedente de enfermería profesional integrado al modelo de HCEN.

Referencias Bibliográficas

- 1) Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. [Internet]. 2010. Disponible en: <https://www.who.int/whr/2010/es/> [consulta: 2 jun. 2013].
- 2) Carnicero-Fernández. De la historia clínica a la historia de salud electrónica. [Internet]. 2003. Disponible en: www.conganat.org/Seis/informes/2003/PDF/informeseis2003.pdf [consulta: 2 nov. 2014]
- 3) Fernández A. Salud-e en América Latina: avances y desafíos. [Internet]. 2012. Disponible en: www.cepal.org/socinfo/noticias/noticias/3/47823/CEPAL_Cartagena_2012.pdf [Consulta: 2 nov. 2014].
- 4) CEPAL-Salud electrónica en América Latina y el Caribe: avances y desafíos. [Internet]. 2010
Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/32848-salud-electronica-america-latina-caribe-avances-desafios>
- 5) Carnicero Giménez de Azcárate J. De la historia clínica a la historia de salud electrónica: resumen. [Internet]. [Consulta: 2 dic. 2014].
Disponible en: <http://www.conganat.org/seis/informes/2003/pdf/capitulo1.pdf> [consulta: 2 mayo 2018].
- 6) Ley 18211, Sistema Nacional Integrado de Salud. Disponible: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp7377119.htm>
- 7) Agesic.uy (Desarrollando el Uruguay Digital)-Medición de TIC y salud (17/11/2016). Disponible: <https://www.agesic.gub.uy/innovaportal/v/6386/19/agesic/medicion-de-tic-y-salud.html?padre=6377&idPadre=6377> [Consulta: 2 junio 2018].
- 8) Boletín Oficial del Estado (BOE) del año 2016, en el cual se publica la aprobación de un CMD para los informes clínicos del sistema sanitario español.

Disponible:https://www.csd.gob.es/sites/default/files/media/files/2018-10/programa-anual_2017.pdf [Consulta: 19 jun. 2018]

- 9) Gestión de Casos y atención a pacientes crónicos complejos .Hospital Perteguer Huerta. España Publicado en 20/09/2013.
Disponible:<https://es.slideshare.net/OPIMEC/gestin-de-casos-y-atencin-a-pacientes-cronicos-inmaculada-perteguer-huerta>. [Consulta: 1º de julio 2018]
- 10) Bolzan Cieto B. y col. (2013). Complejidad de nuevos roles en enfermería.
Disponible: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-chronicidad-complejidad-nuevos-roles-enfermeria--S1130862113001964> [Consulta: 13 jun. 2018].
- 11) Prince A, Jolíás L. Las organizaciones de la sociedad civil y las TIC en Argentina. Revista AOM [Internet] 2011. Disponible en:
<http://www.princeconsulting.biz/pdf/3.pdf> [Consulta: 10 jun. 2018].
- 12) “Registro con Identidad Metodológica” Ballestero H. Investigación y educación en enfermería ISSN0120-5307,ISSN-e2216-0280 V 7 N.º 1 1989-5307. Recomendación Preliminar p. 69 Disponible :https://www.redib.org/recursos/.../oai_articulo563027-registros-identidad-metodologica [Consulta: 10 de agosto. 2018].
- 13) Agesic.uy – CMD- Disponible:
<https://www.agesic.gub.uy/innovaportal/v/6383/19/agesic/conjunto-minimo-de-datos.html?padre=6381&idPadre=6381> [consulta: 10 dic. 2018].
- 14) González de Quirós, Luna, & Colaboradores, 2012 La historia clínica electrónica Digital Repository-Cepal
Disponible:https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3023/S2012060_es.pdf?sequence [Consulta: 30 abril. 2019].
- 15) IMPO Reglamentación de la Ley N.º 18815 relativa a la regulación del ejercicio de la profesión universitaria de enfermería y de auxiliar de enfermería.Disponible :<https://www.impo.com.uy/bases/decretos/354-201410> Dic 2014
- 16) Carpenito L J. Diagnósticos de Enfermería: aplicaciones a la práctica clínica [Internet]. Madrid [etc.]: McGraw-Hill Interamericana; Disponible en:
<http://cataleg.urv.cat/record=b1174146~S13> [Consulta: 24 de mayo2014].

Bibliografía consultada

- Armengol MS. Experiencia en la implantación del aplicativo informático Gacela Care en la unidad de neurocirugía en el HUVH. [Video]. [Internet]. 2013. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=3TxT1tFQ_WU [Consulta: 10 dic. 2016].
- Bonilla E, Huino S, Lúquez L, Machado B, Tejera M. Percepción de las licenciadas en enfermería acerca de un modelo de proceso de atención de enfermería informatizado, 2001. [Tesis]. Montevideo: Facultad de Enfermería, Udelar; 2001.
- Cerezo Sanmartín, M.; Gutiérrez Aranda J. M.; Perán Artero, S.; Gómez González, G.; Carrasco Gutiérrez, P. Historia clínica informatizada de enfermería en el Departamento de Torre Vieja Salud como instrumento de gestión de calidad. *Enferm glob* [Internet] 2009; (17). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300014&lng=es [Consulta: 10 dic. 2016].
- Kérouack, S.; Ducharme, F.; Duquette, A.; Major, F.; Pepin, J. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson, 1996.
- Potter, P. A.; Perry, A. G. *Fundamentos de enfermería: teoría y práctica*. 3.ª ed. Madrid: Mosby; 1996.
- Marriner Tomey A. *Modelos y teorías en enfermería*. 3.ª ed. Madrid: Mosby; 1994.

ANEXO 1

ANEXOS

ENCUESTA

Nombre: _____ N° Identificación: _____

Dirección de la escuela: _____

Código Postal: _____

Según el formato de los cuestionarios recibidos, se debe llenar el Cuestionario de Evaluación de la Carrera para el área de estudio detallado en esta investigación. Informar a la AB de Entrenamiento L.A. (.)

Área (Ingeniería) (CNA)	Calificación	Recomendaciones
1- Área de Ingeniería de Software		
2- Área de Ingeniería de Sistemas		
3- Área de Ingeniería de Telecomunicaciones		

ANEXO 1

ENCUESTA

Nombre ----- N.º Identificador-----

Teléfono de Contacto -----

Correo electrónico -----

Según su opinión sírvase responder cuales, de los datos siguientes, deberían integrar el CMD del registro electrónico de Enfermería para el alta hospitalaria o llamado en esta investigación: Informe para el Alta de Enfermería (I.A.E.)

Datos Obligatorios / CMD	Calificación	Recomendaciones
1-Firma de Licenciada responsable del cuidado		
2- Fecha y hora del egreso		
3- Medios de traslado		

4- Lugar donde se traslada		
5- Valoración de Enfermería al alta		
6- Información de la próxima consulta		
7- Conocimiento de los cuidados al alta		
8- Teléfono del servicio donde continuará los cuidados		
9- Soporte socio familiar		
10- Tratamiento farmacológico		
11- Reacción alérgica durante la internación.		
12- Antecedentes personales a destacar		
13- Riesgos laborales		
14- Orientación sobre dieta indicada		
15- Diagnósticos enfermeros resueltos *		
16- Diagnósticos enfermeros activos *		
17- Resumen de Enfermería		
18- Intervenciones de Enfermería *		

19-Coordinación con servicio externo		
20-Datos del cuidador principal		
21- Paraclínica		
22-Observaciones a destacar		
23-Protocolos asistenciales		
24-Resultados destacables *		

Considera necesario incorporar otros aspectos no contemplados en la sección anterior, sírvase redactarlo:

Instructivo.

Se le enviará vía correo electrónico: el consentimiento informado, instructivo de la encuesta, para completar, datos del investigador.

Me encuentro realizando el Proyecto de investigación, para la obtención del título de Magister en Gestión de Servicios de Salud de Facultad de Enfermería Udelar.

Su opinión acerca del uso del CMD que deben integrar el plan de alta gestionado por enfermería incorporado a la hoja del alta, HCEN.

Este cuestionario es totalmente anónimo, sus datos (nombre, número de telefónico) no aparecen en el mismo. Resulta de especial interés su objetividad al momento de responder las preguntas, considerando su experiencia.

En el instrumento que se a su consideración, es la primera versión del registro electrónico de enfermería para el alta hospitalaria.

Las opiniones vertidas por los Expertos conformarán un aporte de gran valor en el diseño y validación del CMD del registro electrónico de alta hospitalaria de enfermería.

Los Expertos participantes deberán evaluar el instrumento en función de sus propiedades a punto de partida de la construcción preliminar diseñada por el investigador.

La información que debe integrar el registro de enfermería para el alta hospitalaria se estudiará con un enfoque integrador, en el entendido de que los indicadores propuestos aporten datos complementarios sobre la situación de los usuarios al momento del alta.

A medida que se analicen los conceptos detallados en la tabla de “datos obligatorios”, cada Experto deberá registrar su opinión en base a la siguiente escala de calificaciones

Escala de calificaciones	Opiniones de los Expertos
4	Totalmente de acuerdo
3	De acuerdo
2	Ni de acuerdo ni en desacuerdo
1	En desacuerdo
0	Totalmente en desacuerdo

Para recoger esta información se le enviará una planilla adjunta en formato electrónico. La misma debe ser completada con la calificación que Ud. considere, **registrando el número que corresponda en color rojo (del 0 al 4)**.

Cuando la “calificación” de cada “dato obligatorio” obtenga un promedio inferior a 2, serán eliminados o modificados por el investigador. A la inversa, cuando se obtenga un promedio de 2 o más, se mantendrá en el instrumento sin modificaciones.

Al finalizar el análisis de datos obligatorios, el Experto dispone de una sección de **RECOMENDACIONES** para desarrollar a texto libre, los aspectos que pueden aportar al perfeccionamiento del instrumento, de manera general o particular.

¡Gracias por su tiempo!

ANEXO 2

Consentimiento Informado:

El/la Licenciado/a en Enfermería..... he sido informado (a) por el estudiante de Maestría en Gestión de los Servicios de Salud, Facultad de Enfermería, de la Universidad de La República, Stella Maris Santos Sosa, que desarrolla un trabajo de investigación en el Proyecto: “Diseño y Validación de un Registro Electrónico de Enfermería el Alta Hospitalaria” (Consentimiento informado LEY 18.335-ART.11 – Agosto 2008.) La información que usted proporcionara es confidencial y solo se usara con fines de investigación. Su participación es voluntaria y usted puede rehusarse a realizar la misma. Su firma en este consentimiento señala que usted entiende lo que se realizara y que está dispuesto a participar de dicha encuesta. Las opiniones vertidas por los Expertos conformarán un aporte de gran valor en el diseño y validación del CMD del registro electrónico de alta hospitalaria de enfermería.

La misma será auto administrada y gestionada por vía electrónica (anexo 3 instrumento de encuesta), seguido por una pregunta abierta para que el experto describa su observación en torno a algún aspecto importante a considerar en el registro. Se garantiza el anonimato de los participantes en relación con sus respuestas.; se divulgará información únicamente con fines académicos.

Firma.....

Fecha:

Tel. o Cel. de contacto.....