

**Medición de la calidad de los registros clínicos de enfermería de la Unidad de
Terapia Intensiva – Adultos del Hospital Fernández de Buenos Aires, Argentina.**

Garay, Mariano

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	1
Antecedentes del equipo investigador	2
Introducción / Marco teórico conceptual.....	3
Justificación.....	4
Objetivos.....	5
Objetivo general.....	5
Objetivos específicos	5
Hipótesis	5
Metodología.....	7
Aspectos éticos	10
Resultados esperados.....	11
Presupuesto y patrocinio.....	11
Bibliografía.....	12
Anexo I: Instrumento de recolección de datos	13

RESUMEN

Introducción: Los hallazgos detallados en los registros de enfermería son el soporte de los cuidados que el profesional enfermero brinda a cada uno de los pacientes que le son asignados en su jornada laboral. Son además un elemento importante en la continuidad y toma de decisiones para la gestión del cuidado; por lo que deben cubrir ciertos requisitos que favorezcan la permanencia y seguridad del cuidado. **Tipo de estudio:** Estudio descriptivo, transversal, con enfoque cuali-cuantitativo. **Objetivo:** Medir la calidad de los registros de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva – Adulto del Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández.

ANTECEDENTES DEL EQUIPO INVESTIGADOR

Garay, Mariano. Licenciado en enfermería, con desarrollo de más de 15 años en el cuidado crítico del adulto. Responsable de la unidad académica del Curso Superior de Enfermería de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI), Supervisor de Enfermería de las áreas de Cuidados críticos del Adulto del Hospital Juan A. Fernández; ex miembro del Servicio de Docencia e Investigación en Enfermería del Hospital Juan A. Fernández. Egresado de la Universidad Nacional de Entre Ríos maestrando de Educación para Profesionales de Ciencias de la Salud del Instituto Universitario del Hospital Italiano; Docente de la asignatura de Cuidados Crítico I y II de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES); ex Docente de la asignatura de Atención de Enfermería en el Paciente Crítico, carrera de Licenciatura en Enfermería del Instituto Universitario CEMIC; Docente de la carrera de especialización en Paciente Crítico Adulto de la Universidad Nacional de Tres de Febrero (UNTREF).

Canova Barrios, Carlos. Enfermero con énfasis en atención de Terapia Intensiva y de urgencias, egresado de la Universidad del Magdalena (Santa Marta, Colombia). Docente del eje investigación (Taller de trabajo final), Docencia (Educación en enfermería) y asistencial (Formación y práctica profesional I y II, y Cuidados críticos) de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES) en la carrera de Licenciatura en enfermería. Especialista en Docencia Universitaria de la Universidad Abierta Interamericana. Doctorando en Salud Pública en la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales -UCES-. Doctorando en Ciencias Médicas en la Universidad Abierta Interamericana -UAI-. Investigador adscrito al grupo de investigación Ciencias del Cuidado de enfermería (GICCE) de la Universidad del Magdalena. Asesor metodológico privado de investigación para grado y posgrado para profesionales de Ciencias Médicas.

Boyardi Cévara, Vivian. Licenciada en Enfermería (UNR, 1994). Profesora Universitaria de Enfermería (Universidad de Palermo, 2010). Maestrando en Administración de Servicios de Salud en la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES). Más de 7 años de experiencia en el cuidado de pacientes adultos críticos (en diferentes instituciones de salud privadas). Más de 8 años de amplia experiencia en gestión de enfermería. Más de 5 años de experiencia docente en la carrera de Enfermería. Más de 7 años de sólida experiencia en Enfermería en Control de

Infecciones. Miembro Fundadora de la *Asociación de Enfermería en Control de Infecciones* (1994). Certificada en Epidemiología y Control de Infecciones (2010).

Introducción / Marco teórico conceptual

La historia clínica es un documento esencial para la asistencia, con implicaciones legales y que además desempeña otras funciones: docencia, investigación, evaluación de calidad y gestión de recursos. Para ello la historia clínica ha de reunir una serie de características en cuanto a contenido, orden, normalización documental y legibilidad, que se hallan recogidas en diversas recomendaciones, normas y legislación al respecto (Renau & Pérez-Salinas, 2001). En otras palabras, puede afirmarse que la historia clínica debe contener suficiente información para identificar al paciente, justificar el diagnóstico y tratamiento, y documentar los resultados de la asistencia al mismo, independientemente del profesional que lo diligencia.

Los registros clínicos de enfermería son las anotaciones que se realizan sobre el estado del paciente, su evolución y los cuidados de enfermería gestionados, además de ser un sistema de evaluación de la calidad de la atención del sujeto de cuidados evidenciando la evolución del mismo en el tiempo de internación y propender por acciones de mejora en el cuidado o para el mantenimiento de la salud en los subsistemas sanos.

Los registros clínicos, hacen parte del trabajo de enfermería en su quehacer asistencial de la atención de las necesidades de la población. Por lo anterior, los profesionales deben ser más conscientes de la importancia y la relevancia en la confección de los mismos, así como de las repercusiones a nivel profesional y legal. Dichos registros, sustentan las acciones del profesional en los ejes que incumben a la gestión del cuidado, justificando, responsabilizando y respaldando las decisiones del quehacer ligado a la profesión, sustentando, además a la profesión como disciplina.

Los registros de enfermería permiten relacionar los conocimientos y la práctica clínica, como una herramienta que facilita la capacidad para aprender a aprender desde las experiencias y los aprendizajes que se generen de esta (Hernández-López, 2011).

Como requisito para el desempeño profesional de enfermería, los registros se deben conocer y ejecutar correctamente, para que se conviertan en soportes objetivos cuando se requieren procesos de auditoría sanitaria (Bautista & Cols., 2016; Gutiérrez M., 2004).

Por otro lado, los sistemas de auditoria son herramientas administrativas de evaluación y comprobación del cumplimiento, como de la calidad de la atención prestada al paciente/usuario. Los sistemas de auditoria entonces, no solo se centran en identificar errores, sino en gestionar para corregirlos, mejorar la calidad de atención prestada y los modos correctos de registrar las actividades de la profesión de manera adecuada.

Hernández Corral & Cols., (2008) realizaron un estudio piloto, comparativo, prospectivo y longitudinal para evaluar la calidad en la confección de los registros de enfermería antes y después de una intervención educativa. Estos autores, realizaron un muestreo no probabilístico (por conveniencia) y estuvo integrado por 225 registros de enfermería elaborados por el personal adscrito al sexto piso de hospitalización de ortopedia de los tres turnos, de un hospital de México. Se concluyó en dicho estudio que el programa de mejora continua fue exitoso, al encontrarse una mejora sustancial en la confección de los registros de enfermería.

Es importante describir que los estudios de auditoria o medición de la calidad de los registros clínicos consultados, usan instrumentos creados ad-hoc, dada las variaciones institucionales (dependientes de los protocolos y normas de registro) y entre países, de lo que se considera necesario registrar y por ende del concepto de “*calidad*” de registros. Es por ello por lo que el instrumento de Hernández & Cols., (2008) con modificaciones, será usado para el presente estudio, dado que atiende los aspectos básicos y necesarios para evaluar la calidad de los registros enfermeros.

Justificación

La calidad de la historia clínica es considerada la piedra angular de todo el sistema de información hospitalario (Terrada & Peris, 1988). Es un tema esencial y objetivo del área de archivo de historia clínica y de los servicios de documentación clínica. Dicha atención, se manifiesta en tres pilares fundamentales según Renau & Pérez-Salinas (2001):

- El establecimiento de manuales de procedimiento para la cumplimentación y la organización de los registros clínicos.
- La vigilancia del diseño de la estructura de la historia clínica (normalización y diseño de formatos).

- La auditoría periódica de registros, para evaluar la calidad de estos, detectar desviaciones y propender acciones de mejora.

Realizar de manera correcta y completa los registros de enfermería, es de vital importancia puesto que respalda las decisiones y acciones emprendidas por el profesional en su quehacer diario. El diligenciamiento de los registros clínicos se convierte en una herramienta para confirmar el cumplimiento de las actividades comprendidas en el proceso de atención de enfermería (PAE); valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Además de lo anteriormente mencionado, al pertenecer los profesionales del área de enfermería a un área regulada y al tratar con la salud de las personas; el registro de enfermería se erige como un arma de doble filo desde el punto de vista legal, sirviendo los registros completos para sustentar los modos de actualización y librar de responsabilidades, si es el caso, al profesional, sustentando la importancia de su correcto diligenciamiento.

OBJETIVOS

Objetivo general

Medir la calidad de los registros de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva – Adultos del Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández de la ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Objetivos específicos

Describir la calidad general de los registros clínicos de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández.

Identificar el comportamiento de las dimensiones que integran la calidad de los registros clínicos de enfermería en relación con turno y el día.

Hipótesis

La hipótesis principal del presente proyecto de investigación es que, por medio del proceso de auditoría de registros clínicos de enfermería de las áreas críticas, se

identificarán errores en la confección de los mismos, sobre todo, en la esquematización (gestión) del proceso de atención de enfermería, más específicamente, la carencia de diagnósticos enfermeros y la planificación de los cuidados.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: Estudio descriptivo, prospectivo con enfoque cuali-cuantitativo.

Muestra: El universo estará compuesto por las historias clínicas de la Unidad de Terapia Intensiva - Adultos de la Institución prestadora de servicios de salud Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández de la ciudad de Buenos Aires, Argentina. Para un índice de confianza del 95%, se tomará una cantidad 377 muestras/observaciones.

El cálculo de la muestra se realizó usando la fórmula que se muestra a continuación (Imagen I). Se usó un índice de confianza del 95%, margen de error del 5% y un universo de 20.000, teniendo en cuenta que, en casos de poblaciones infinitas, la variación del n muestral después de las 20.000 observaciones posibles es baja.

Imagen I. Fórmula para el cálculo de muestra.

$$\frac{N * (\alpha_c * 0,5)^2}{1 + (e^2 * (N - 1))}$$

Los registros de enfermería objeto de estudio de la presente investigación, serán evaluados en los turnos posteriores a su confección, así, los lunes se evaluarán los registros de los días viernes y fin de semana; los días miércoles, los registros del lunes y martes, y los días viernes, los de los días miércoles y jueves de todos los turnos.

Instrumento: Se implementará una versión modificada del instrumento para auditoría de registros de enfermería, propuesto por Hernández-Corral & Cols., (2008) el cual consta de 8 variables críticas a evaluar, asignando un puntaje de 1 al cumplimiento de la actividad y 2, a su incumplimiento siendo el puntaje máximo de 8 (Anexo I). El Índice de Eficiencia global (IEG), se refiere al promedio de los valores asignados a las 8 variables.

Criterios de inclusión y exclusión: Se incluirán todos los registros de enfermería realizados por los profesionales de planta del Hospital Fernández del servicio de terapia intensiva adulto una vez se encuentren cerrados (posterior a la entrega de turno). Se excluirán todos los registros realizados por pasantes, personal

eventual (incluido el personal de otras áreas que realicen suplencias por ausentismo o vacaciones), estudiantes de grado y posgrado si los hubiese.

Otras variables: Se tomará además de los datos del instrumento, el día y turno del registro, así como el nivel máximo de estudio del profesional que diligencia el registro (Licenciado(a) en enfermería, enfermero(a) universitario – técnico(a) en enfermería), a partir de la información de la propia historia clínica (fecha, horario – turno – y firma -sello-).

Operacionalización de las variables:

Anexo para la actividad de Auditoria de los Registros de Enfermería

Clarificación de los Ítems del instrumento de valoración del registro de Enfermería de la Historia Clínica (HC) del paciente:

1. La Enfermera realizó anotaciones de identificación del paciente:

Para la confirmación del ítem debe constar:

- nombre y apellido,
- n° de Historia Clínica (HC)

Nota: Puede presentar dos salvedades al respecto, puede tener DNI en vez de HC y denominarse NN y su sexo en vez de nombre y apellido (por estar en proceso de identificación).

2. Elaboró la curva de Signos Vitales

Para la confirmación del ítem debe presentar en la Hoja de Registros:

- por lo menos tres controles en turnos de seis horas, y
- al menos seis en turnos de 12 horas, de cuatro de los cinco signos vitales: FC, FR, T°, TA, Sat.O₂.

3. Los registros de medicamentos y vía parenteral son congruentes con las indicaciones medicas

Para la confirmación del ítem debe presentar en la HC:

- hoja de indicaciones médicas (compartidas en su uso con Enfermería) con firma y sello del Enfermero a cargo de cada turno;
- las prescripciones de tratamiento deben constar con la respectiva confirmación de administración (se coloca una cruz o similar en el horario donde se administró).
- Las indicaciones de soluciones parenterales y enterales deben encontrarse idénticas volcadas en la hoja de Balance hídrico, deben

observarse los cambios en ambas hojas. En su defecto el registro puede encontrarse descripto en la hoja de enfermería (transcripto textual).

- Solo se establecerá como válido, un cambio en la indicación médica cuando conste con firma y aclaración del médico tratante.

4. Se han registrado procedimientos específicos indicados por el médico

Para la confirmación del ítem debe presentar en la HC:

- hoja de indicaciones médicas (compartidas en su uso con Enfermería) con firma y sello del Enfermero a cargo de cada turno;
- los procedimientos (que no sean prescripciones de tratamiento), deben constar con la respectiva confirmación de administración (se coloca una cruz o similar en el horario donde se administró). En su defecto el registro puede encontrarse descripto en la hoja de enfermería (transcripto textual)

5. La enfermera ha registrado la valoración del paciente a su cargo

Para la confirmación del ítem debe encontrarse en la **Hoja de enfermería**

- indicios de valoración del paciente al tomar su turno. El mismo puede notarse en referencia a su valoración física (sea de sus necesidades, de patrones, céfalo caudal, o de órganos y/o sistemas), o a su estado general (entiéndase por severidad de su estado, abordaje en su tratamiento, etc.).
- Debe ser evidente que dicho proceso es al ingreso (debe constar horario de desarrollada la actividad).

Nota: Los turnos de sábados, domingos y feriados (SaDoFe) de 12 horas, presentarán una única valoración al inicio de turno.

6. La enfermera registra medidas planeadas y ejecutadas de forma independientes

Para la confirmación del ítem debe constar en la Hoja de Enfermería

- actividades independientes desarrolladas, la planificación puede estar implícita o explícita. Para entenderlas como implícitas debe estar plasmado el horario de desarrollo.
- Las actividades de naturaleza independiente (movilización, autocuidado, consultoría y educación etc.) que se encuentren prescritas en indicaciones médicas, se tomarán como su naturaleza lo expresa: actividades independientes.

7. Vigila y registra los procedimientos realizados por otros profesionales

Para la confirmación del ítem debe haber

- constatación expresa en la **Hoja de Enfermería** del control realizado por el colega a otros profesionales. Puede tomarse como válida las guías de control de procedimientos con fecha y horario, firma y sello del colega que desarrolla la actividad.

8. Registra observaciones que evidencian el estado de salud del paciente

Para la confirmación del ítem debe estar presente en la **Hoja de Enfermería**,

- Elementos que establezcan un análisis de la situación de salud del paciente. No es suficiente un dato relevado, sino que debe estar explícita la sumatoria de datos (agrupados por relación) o lo que concluyen al respecto. Por Ej.: a) Un paciente que se encuentra con sangrado de 300 ml de un drenaje torácico, oligúrico, taquicárdico (datos de valoración agrupados); b) o el paciente se encuentra con una hemorragia que lo induce al descenso del gasto cardiaco, por hipovolemia (conclusión establecida).

9. Índice de eficiencia global.

Es la sumatoria de los 8 índices anteriores, pudiendo ser el máximo puntaje 8.

Resultados y tratamiento estadístico de la información: Se tabulará la información en una base de datos en Microsoft Excel, y se analizará utilizando el programa estadístico Infostat v16, versión libre. Se describirán los resultados usando medidas de estadística descriptiva.

No se considerarán puntos de corte positivos o negativos para el análisis de los resultados. Se describirá el nivel de cumplimiento general de cada uno de los indicadores mencionados de interés, así como del índice de eficiencia global.

Duración del proyecto: El proyecto está programado para realizarse en tres meses (junio, julio y agosto del año 2018), o antes si se logran las 377 observaciones propuestas en el muestreo.

ASPECTOS ÉTICOS

Previo al inicio del estudio se deberá contar con las autorizaciones pertinentes del Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández: Autorización y aprobación de la factibilidad por el Comité de Docencia e Investigación, Autorización y aprobación

desde el aspecto ético y metodológico por Comité de Ética en Investigación y Disposición Autorizante de la Dirección del Hospital.

La confidencialidad de los datos será protegida en cumplimiento de la Ley 25326 de Protección de los Datos Personales de la Dirección Nacional de Protección de los Datos Personales del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de Argentina. Ningún dato personal será relevado. Los formularios permanecerán dentro de la institución, en un lugar seguro y bajo llave, durante el tiempo que estipula la legislación vigente y bajo la responsabilidad del Investigador Principal. Se pondrán a disposición de las autoridades pertinentes ante su requerimiento y/o pedido. Cualquier publicación o presentación que se realice sobre este estudio no revelará la identidad de los participantes.

Esta etapa del estudio se realiza en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires por lo que esta investigación cumplirá con la ley 3301 PROTECCIÓN DE DERECHOS DE SUJETOS EN INVESTIGACIONES EN SALUD - RÉGIMEN PARA LA REGULACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN SALUD CON SERES HUMANOS, su reglamentación y sus anexos.

RESULTADOS ESPERADOS

Con el presente trabajo, se espera contribuir con la etapa de diagnóstico situacional sobre el diligenciamiento y la calidad de los registros de enfermería de las áreas críticas del Hospital Fernández de la ciudad de Buenos Aires, para más adelante, realizar procesos de capacitación que propendan por el mejoramiento de la calidad de los registros de enfermería y tener un punto de comparación para medir la eficacia e implementación de los profesionales del procedimiento de capacitación.

PRESUPUESTO Y PATROCINIO

La Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES) asume el gasto emergente de impresiones, gastos de librería y viáticos de los investigadores.

La presente investigación se realiza sin patrocinio.

BIBLIOGRAFÍA

Bautista L., Vejar L., Pabón M., Moreno J., Fuentes L., León K; et al. (2016) grado de adherencia al protocolo de registros clínicos de enfermería. *Rev Cuid.* 7(1): 1195-203.

Gutiérrez M. Evaluación de los sistemas de registros en la atención de enfermería unidad de neonatología hospital clínico regional Valdivia. [Tesis de Pregrado]. Valdivia: Universidad Austral de Chile; 2004.

Hernández-Corral S., Hernández-Mayén L., Pérez-Benavidez L., Retiz-Ortíz A., Uribe-Benavides B., Vázquez-Santos L. (2010) Repercusión de un programa de mejora continua en los registros de enfermería. *Enf Neurol.* 9(1): 13-16.

Hernández-López GI. Historia clínica en enfermería: un instrumento de aprendizaje y mucho más. *Rev Cuid.* 2011; 2(1):240-2.

Renau J., Pérez-Salinas I. (2001) Evaluación de la calidad de las historias clínicas. *Pápeles Médicos.* 10(1): 32-40.

Terrada ML, Peris Bonet R. Lecciones de Documentación Médica. Valencia: Cátedra de Documentación Médica, Departamento de Historia de la Ciencia y Documentación, Universidad de Valencia, 1988.

ANEXO I: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Parte I

Número de cama			
Fecha			
Turno	Mañana ()	Tarde ()	Noche ()
Nivel de estudios del profesional	Enfermero profesional o técnico en enfermería ()	Licenciado en enfermería ()	

Parte II

	ACTIVIDAD	SI	NO
1	EL ENFERMERO REALIZÓ LAS ANOTACIONES DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
	SUB- ACTIVIDADES	SI	NO
	Nombre y apellido o NN		
	Número de Historia Clínica, DNI o sexo		
2	ELABORÓ LA CURVA DE SIGNOS VITALES		
	SUB- ACTIVIDADES	SI	NO
	4 de los 5 signos vitales (FC, FR, T°, TA, SO ₂)		
	Al menos 3 controles en turnos de 6 h, y al menos 6 en turnos de 12 h.		
3	LOS REGISTROS DE MEDICAMIENTOS Y VÍA PARENTERAL SON CONGRUENTES CON LAS INDICACIONES MÉDICAS		
	SUB- ACTIVIDADES	SI	NO
	Firma y sello del enfermero del turno, puede ser manual		
	Confirmación de administración, cruz o similar en el horario de administración		
	Las indicaciones de soluciones parenterales y enterales deben encontrarse idénticas volcadas en la hoja de Balance hídrico		
4	SE REGISTRÓ PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS		

REALIZADOS POR EL MÉDICO				
SUB- ACTIVIDADES		SI	NO	
Confirmación de administración, cruz o similar en el horario de administración				
Los procedimientos (que no sean prescripciones de tratamiento) deben constar con la respectiva confirmación de administración (se coloca una cruz o similar en el horario donde se administró). En su defecto el registro puede encontrarse descripto en la hoja de enfermería (transcripto textual)				
5	EL ENFERMERO REALIZÓ LA VALORACIÓN DEL PACIENTE A SU CARGO			
	SUB- ACTIVIDADES		SI	NO
	Referencia a su valoración física (sea de sus necesidades, de patrones, céfalo caudal, o de órganos y/o sistemas), o a su estado general (entiéndase por severidad de su estado, abordaje en su tratamiento, etc.).			
	Referencia estado general (entiéndase por severidad de su estado, abordaje en su tratamiento, etc.).			
	Al ingreso del turno			
6	EL ENFERMERO REGISTRA ACCIONES PLANEADAS Y EJECUTADAS EN FORMA INDEPENDIENTE			
	SUB- ACTIVIDADES		SI	NO
	Debe constar en la hoja de Enfermería actividades independientes desarrolladas, la planificación puede estar implícita o explícita.			
	Las actividades de naturaleza independiente (movilización, autocuidado, consultoría y educación etc.) que se encuentren prescritas en indicaciones médicas se tomaran como su naturaleza lo expresa (actividades independientes)			
	El registro es legible, con fechas y presenta firma y sello del profesional (puede ser manual)			

7	VIGILA Y REGISTRA LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS POR OTROS PROFESIONALES					
	SUB- ACTIVIDADES		SI			NO
	Haber constatación expresa en la hoja de Enfermería del control realizado por un colega. a otros profesionales.					
	Haber constatación expresa en la hoja de Enfermería del control realizado por kinesiólogos.					
	Haber constatación expresa en la hoja de Enfermería del control realizado por un médico.					
	Haber constatación expresa en la hoja de Enfermería del control realizado por un fonoaudiólogo.					
	Haber constatación expresa en la hoja de Enfermería del control realizado por técnicos (ej. EEG).					
	Están completas las listas de cotejo de procedimientos con fecha y horario, firma y sello del colega que desarrolla la actividad.					
8	REGISTRA OBSERVACIONES QUE EVIDENCIAN EL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE					
	SUB- ACTIVIDADES		SI			NO
	debe estar presente en las hojas de enfermería elementos que establezcan un análisis de la situación de salud del paciente					
9	INDICE DE EFICIENCIA GLOBAL				8	