



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CÁTEDRA DE ADULTO Y ANCIANO



CARACTERÍSTICAS DE LOS REGISTROS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA HISTORIA CLÍNICA EN CUANTO A SU CALIDAD.

AUTORES:

Br. Cancela, Alejandra

Br. Fontán, Verónica

Br. Martins, Analía

Br. Piriz, Yohanna

Br. Vittola, Magela

TUTOR:

Prof. Mg. Costabel, Miriam

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

Montevideo, 2010

INDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	2
Planteamiento del problema.....	3
Objetivo general.....	4
Objetivos específicos	4
Justificación.....	5
Marco Conceptual.....	9
Metodología.....	25
Métodos e instrumentos para la recolección de datos.....	26
Tabulación de los datos.....	33
Análisis.....	44
Conclusiones.....	50
Sugerencias.....	53
Bibliografía.....	54
Anexos.....	57

RESUMEN

El objetivo de este trabajo de investigación es evaluar si los registros de Enfermería en las historias clínicas de los usuarios hospitalizados durante el mes de marzo de 2010 en el Hospital de Clínicas y Sanatorio Círculo Católico cumplen con los estándares de calidad. Se propone un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, cualitativo-cuantitativo de un total de 1080 historias clínicas donde se analizaron un 10% de las mismas, constituyendo nuestra muestra de estudio. La misma se seleccionó mediante el muestreo probabilístico, aleatorio simple.

Se evaluaron las características de los registros mediante observación utilizando como instrumento de recolección de datos una planilla realizada por los integrantes de éste trabajo

Se analizó la presencia o ausencia de 22 variables que fueron consideradas relevantes a la hora de valorar las características de los registros del personal de Enfermería en la historia clínica, según normas establecidas para su correcto llenado. Luego de procesar los datos y graficarlos se realizó un análisis univariado.

Mediante el análisis de los datos recolectados podemos concluir que, a grandes rasgos, el personal de enfermería presenta dificultades a la hora de realizar los registros de manera que cumplan con los estándares de calidad.

Sobre las variables analizadas concluimos que el cumplimiento de las normas para el correcto llenado de la historia clínica se halla presente con frecuencias elevadas aunque no logran alcanzar valores óptimos.

Con respecto a los objetivos propuestos consideramos que se lograron cumplir satisfactoriamente.

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo de investigación fue realizado por cinco estudiantes de la Facultad de Enfermería, cursando el cuarto ciclo de la carrera Licenciatura en Enfermería de la Universidad de la Republica.

La siguiente investigación se desarrolla a partir del tema inicial “Calidad de los cuidados de Enfermería”, enmarcado en la cátedra de Adulto y Anciano. Decidimos enfocarnos en los registros en las historias clínicas, con el título “Características de los registros del personal de Enfermería en la historia clínica en cuanto a su calidad.” La misma tiene como objetivo evaluar si los registros del personal de Enfermería en las historias clínicas de los usuarios hospitalizados durante el mes de marzo del 2010 en el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela y Sanatorio Círculo Católico de Obreros del Uruguay cumplen con los estándares de calidad.

El cuidado de enfermería, es el conjunto de funciones fundamentadas en la relación interpersonal y en el dominio de lo técnico-científico, interviene en una forma importante en la prevención, la asistencia y la rehabilitación de la persona en el proceso salud-enfermedad, razón por la cual su calidad cobra importancia y motiva hacia su búsqueda permanente.

En los últimos años, nuestro país ha tenido una importante transformación en la organización del Sistema Nacional de Salud, que ha involucrado la calidad de la atención como uno de los pilares fundamentales de la prestación de los servicios sanitarios. De ello se deduce que la calidad de la atención es un requisito fundamental, orientado a otorgar seguridad a los usuarios, minimizando los riesgos en la prestación de servicios; lo cual conlleva a la necesidad de implementar un sistema de gestión de calidad en todas las instituciones prestadoras, que pueda ser evaluado regularmente, para lograr mejoras progresivas en cuanto a la calidad.

En la actualidad la Historia Clínica es el documento médico-legal por excelencia, donde se recogen la mayor parte de los datos sanitarios de una persona y es de máxima importancia en el aspecto asistencial y administrativo.

Basado en la legislación, se define la responsabilidad, como la obligación que la persona tiene de responder por las actividades que realiza en función de su actividad

profesional y su experiencia. La responsabilidad está relacionada, con la eficacia y la eficiencia.

Todo profesional de enfermería debe cumplir con las normas establecidas tanto por los decretos, organizaciones profesionales e instituciones reguladoras.

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, cualitativo-cuantitativo donde se observaron 108 historias clínicas constituyendo el 10% del total del mes de marzo del 2010, presentes en los archivos médicos del Hospital de Clínicas y Sanatorio Círculo Católico. Las historias clínicas a observar fueron seleccionadas por el personal de dichas instituciones mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple. Se evaluaron las características de los registros por parte del personal de enfermería mediante la observación de las historias clínicas, utilizando como instrumento de recolección de datos una planilla realizada por los integrantes de éste trabajo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cumplen con los estándares de calidad los registros del personal de Enfermería en las historias clínicas de los usuarios del Hospital de Clínicas y del Sanatorio Círculo Católico en el mes de marzo del año 2010?

OBJETIVO GENERAL

Evaluar si se cumple con los estándares de calidad de los registros del personal de Enfermería en las historias clínicas de los usuarios del Hospital de Clínicas y Sanatorio Círculo Católico en el mes de marzo del 2010.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las normas establecidas para un correcto registro clínico de Enfermería.
- Identificar las características del registro en la historia clínica por parte del personal de Enfermería que desempeña su labor en el Hospital de Clínicas y Sanatorio Círculo Católico.
- Analizar si el personal de Enfermería realiza los registros en las historias clínicas de acuerdo a las normas establecidas.

JUSTIFICACIÓN

El cuidado de enfermería, es el conjunto de funciones fundamentadas en la relación interpersonal y en el dominio de lo técnico-científico orientada a comprender al otro en el entorno en el que se desenvuelve, interviene en una forma importante en la prevención, la asistencia y la rehabilitación de la persona en el proceso salud-enfermedad, razón por la cual su calidad cobra importancia y motiva hacia su búsqueda permanente.¹

En los últimos años, nuestro país ha tenido una importante transformación en la organización del Sistema Nacional de Salud, que ha involucrado la calidad de la atención como uno de los pilares fundamentales de la prestación de los servicios sanitarios. De ello se deduce que la calidad de la atención es un requisito fundamental, orientado a otorgar seguridad a los usuarios, minimizando los riesgos en la prestación de servicios; lo cual conlleva a la necesidad de implementar un sistema de gestión de calidad en todas las instituciones prestadoras, que pueda ser evaluado regularmente, para lograr mejoras progresivas en cuanto a la calidad.

Al realizar la búsqueda bibliográfica encontramos diferentes definiciones sobre la calidad de la atención, algunos autores la consideran como el logro de los resultados deseados en la salud de los individuos y población en general y otros la definen como el grado en que el proceso de atención aumenta las probabilidades de éxito y reduce aquellas que son indeseables.

Donabedian define la calidad de los servicios sanitarios como el resultado de las políticas sanitarias, de hacer bien lo correcto, de la imagen de la organización que perciben los prestadores y receptores de los cuidados, de la definición del servicio atendiendo al cliente interno y externo y de la adecuada interacción entre ambos. A su vez facilita su análisis identificado los siguientes elementos: *componente técnico*, como expresión de la adecuación entre la asistencia que se presta y los avances científicos y la capacitación de los profesionales, lo que implica la ejecución de todos los procedimientos con destreza; *componente interpersonal*, expresión de la importancia, históricamente consensuada, de la relación paciente-profesional de salud; y *componente*

¹ Ariza C.; Daza de Caballero, R. “Calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado en un hospital de tercer nivel en Bogotá” Agosto de 2005. Bogotá. Colombia.

correspondiente al entorno, como expresión de la importancia que tiene para la asistencia el marco en el cual ésta se desarrolla.

La elaboración de este trabajo pretende realizar un aporte positivo a las instituciones en las cuales desarrollaremos el mismo, contribuyendo a mejoras continuas en la calidad de la atención brindada por parte de enfermería. A su vez procura contribuir al enriquecimiento del conocimiento científico pudiendo resultar como punto de partida para futuras investigaciones.

La realización de esta investigación surge a partir de la propuesta curricular de la carrera Licenciatura de Enfermería dentro de la Cátedra de Adulto y Anciano sobre el tema calidad de los cuidados de Enfermería. Dada la amplitud del mismo, decidimos enfocarlo en la evaluación de los registros clínicos por parte del personal de Enfermería, en los usuarios adultos hospitalizados en dos instituciones sanitarias dentro de los ámbitos público y privado de nuestro país.

Consideramos relevante realizar esta investigación ya que la calidad de atención es un pilar fundamental para la prestación de los servicios sanitarios y el registro correcto en la historia clínica constituye un instrumento fundamental para poder brindar la asistencia y/o atención de salud de calidad, favorecer la docencia y formación continua de los recursos humanos en salud; permite planificar, organizar, gestionar y evaluar la actividad asistencial de los diferentes servicios y unidades del establecimiento de salud. De esta manera se le puede brindar al usuario una mejor atención ya que la historia clínica constituye una garantía para el paciente, el equipo de salud y la institución asistencial, siendo un importante “medio de prueba”. A su vez contribuye al discernimiento de aspectos jurídico-legales relacionados con la atención de salud y aporta datos epidemiológicos.

Los beneficiados con esta investigación serán los usuarios que son asistidos en los servicios sanitarios.

Los registros de enfermería constituyen una parte fundamental de la asistencia sanitaria, son parte de la historia clínica de cada usuario, por lo que genera gran responsabilidad de índole profesional y legal, por lo que se deben realizar con el mayor rigor científico, que garantice la calidad de los mismos.

Registrar el cuidado que el personal de la enfermería proporciona diariamente a los usuarios constituye una tarea esencial, tanto para dar una adecuada calidad sanitaria como para el desarrollo de la profesión. Por ello, debemos conocer no sólo el adecuado cumplimiento de los registros sino también la legislación vigente que afecte tanto a usuarios como a los profesionales de la salud.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es el método científico aplicado en la práctica asistencial de enfermería, permite prestar cuidados de forma racional y sistemática, individualizando y cubriendo las necesidades del paciente, familia y comunidad. Cada una de las 5 etapas de este proceso debe corresponderse con el registro de enfermería en la historia clínica con el objetivo de constituir un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario; plasmar la calidad de cuidados que se brindan al usuario, pudiendo compararlos con determinadas normas de calidad y un sistema de evaluación para la gestión de servicios de enfermería, permitiendo: la asistencia, formación de pre/post-grado, la investigación y una prueba de carácter legal.

Esta investigación es factible y a su vez viable ya que contamos con los recursos materiales, financieros y el tiempo que requiere la misma; al igual que las políticas institucionales son las adecuadas.

Con respecto a la conveniencia y a la utilidad de la investigación podemos decir que al observar las características de los registros por el personal de Enfermería en las historias clínicas de diferentes instituciones los resultados pueden generalizarse.

Al estudiar sobre el tema encontramos trabajos anteriores donde se evaluaron datos concretos de la historia clínica de los usuarios, por ejemplo, existen dos tesis realizadas en nuestro país, una de ellas aborda el tema con el título de la investigación “Registros de Enfermería en usuarios hospitalizados con catéter vesical, en el servicio de urología del Hospital de Clínicas” realizada en marzo del 2000 con las tutoras Iris Dutra y Josefina Verde. Donde se revisaron historias clínicas durante 42 días, específicamente evaluando el registro de enfermería en los 14 días posteriores a la colocación de la sonda de la sonda vesical.

Otra de las tesis realizadas en nuestro país referente al tema seleccionado se titula “Registros de Enfermería en la atención al usuario en post operatorio inmediato, de los

servicios quirúrgicos A y B, del Hospital de Clínicas en el periodo mayo- octubre de 2001” presentada en febrero del 2002, con las tutoras Miriam Gorrasi, Elizabeth Bozzo, en dicho trabajo se analizaron 40 historias clínicas (10% del total de las intervenciones realizadas) teniendo como objetivos: Identificar el registro en la Historia clínica realizado por enfermería y analizar su contenido; determinar calidad del registro de enfermería en base a lo elaborado.

A nivel internacional existe un estudio titulado “Registros de Enfermería, la importancia de lo escrito” realizado en España en el año 2006, publicado en la revista ROL en el 2008. En dicha investigación se estudiaron de forma aleatoria 500 registros realizados por los profesionales de Enfermería de las historias clínicas pertenecientes a los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Central de Asturias donde se evaluaron distintas variables cualitativas que definieran los principales puntos a tener en cuenta para la realización de unos registros conformes a estándares de calidad.

Teniendo en cuenta estos estudios decidimos abordar el tema en cuanto a la calidad de los registros por parte del personal de Enfermería de nuestro país, evaluando de esta manera el proceso de atención de Enfermería plasmado en la historia clínica de manera global.

MARCO CONCEPTUAL

CONCEPTO DE SALUD:

Es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad.²

CONCEPTO DE PROCESO SALUD-ENFERMEDAD.

Proceso que constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en el que el hombre se encuentra. En este proceso el hombre puede tener distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad reaccional y a la situación salud-enfermedad en la que se encuentre.³

DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA:

Es la disciplina encaminada a fortalecer la capacidad racional de personas, familias, grupos poblacionales. Realiza la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico, en los diferentes niveles de atención.⁴

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Es el método de trabajo de enfermería, realizado con las personas mediante el cual el profesional aborda las situaciones de salud-enfermedad con la finalidad de dar respuestas en base al diagnóstico, eliminando o disminuyendo los factores que perjudican y fortaleciendo los que potencian. Sus etapas están basadas en el método

² Salleras Sanmartí, L (1988)

³ Plan de estudios 1993, INDE

⁴ Plan de estudios 1993, INDE

científico, éstas son valoración, identificación del problema, planificación, ejecución y evaluación⁵

TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson define a la enfermería en términos funcionales y afirma que: “la única función de la enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), y que el realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”.

Considera la salud en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de enfermería, identificados como necesidades básicas del paciente, referidas a continuación:

1. respirar normalmente.
2. comer y beber de forma adecuada.
3. eliminar los residuos corporales.
4. moverse y mantener la posición deseada.
5. dormir y descansar.
6. elegir las prendas de vestir, vestirse y desvestirse.
7. mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales mediante la selección de la ropa y modificación del entorno.
8. mantener el cuerpo limpio y cuidado y los tegumentos protegidos.
9. evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros.
10. comunicarse con los demás, expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. realizar prácticas religiosas según la fe de cada uno.
12. trabajar de tal forma que nos sintamos satisfechos con lo realizado.
13. jugar o participar en alguna actividad recreativa.
14. aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normales, y utilizar los recursos sanitarios disponibles.

⁵ Material obtenido en clases teóricas dictadas en el módulo de adulto y anciano 2006.

Los supuestos principales de su teoría son:

- Enfermería: Los 14 componentes de la asistencia de enfermería abarcan todas las funciones posibles de la enfermería.
- Persona (paciente): El paciente requiere ayuda para ser independiente. Las necesidades del paciente están cubiertas por los 14 componentes de enfermería
- Salud: La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo. Representa calidad de vida.

En la fase de evaluación, la enfermera valoraría al paciente en cuanto a los 14 componentes de la asistencia básica de enfermería. Para la recopilación de los datos, la enfermera utiliza la observación, el olfato, el tacto y el oído. Para completar la fase de evaluación la enfermera tiene que analizar los datos que ha recogido, para lo cual es necesario saber que es normal en salud y en enfermedad.

Según Henderson la fase de planificación conlleva la elaboración de un plan adecuado a las necesidades del individuo, actualizando dicho plan según sea necesario, basándose en los cambios, utilizando el plan como un sistema de registro y garantizando que se corresponde con el plan prescrito por el médico.

En la fase de aplicación del plan, la enfermera ayuda al paciente a realizar actividades que conserven la salud, que le lleven a recuperarse de la enfermedad o que le ayuden a lograr una muerte tranquila. Las actuaciones serán individuales según los principios fisiológicos, edad, antecedentes culturales, equilibrio emocional y capacidades físicas e intelectuales.

CALIDAD:

Todos los productos/servicios que se hacen por profesionales preparados y con los procedimientos técnicos correctos, que satisfacen las necesidades de los clientes, con unos costes adecuados, proporcionando éxito a la empresa, con valores y principios éticos y satisfacción de los trabajadores. Las características del servicio de calidad son cumplir sus objetivos, servir para lo que se diseñó, ser adecuado para el uso, solucionar las necesidades y proporcionar resultados.⁶

⁶ Pagina web: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_gest_serv_sanit_4.htm

Grado en el que un conjunto de características o rasgos diferenciadores inherentes, es decir propios de los productos, le confieren la aptitud para satisfacer los requisitos o sea las necesidades o las expectativas establecidas, generalmente implícitas u obligatorias.⁷

CALIDAD DE ATENCIÓN

Es el cambio en el estado de salud actual y futuro del paciente que puede atribuirse a la atención precedente en salud.

La calidad es uno de los elementos estratégicos en que se fundamenta la transformación y mejora de los sistemas sanitarios modernos. La calidad de los servicios sanitarios será el resultado de las políticas sanitarias, de hacer bien lo correcto, de la imagen de la organización que perciben los prestadores y receptores de los cuidados, de la definición del servicio atendiendo al cliente interno y externo y de la adecuada interacción entre ambos.⁸

MODELO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD:

Para efectos del análisis y evaluación de la calidad se utiliza el enfoque sistémico diferenciando tres áreas, a saber: la estructura, los procesos y los resultados. La estructura se refiere a la organización de la institución y a las características de sus recursos humanos, físicos y financieros. Los procesos corresponden al contenido de la atención y a la forma como es ejecutada dicha atención. Los resultados representan el impacto logrado con la atención, en términos de mejoras en la salud y el bienestar de las personas, grupos o poblaciones, así como la satisfacción de los usuarios por los servicios prestados.⁹

⁷ Instituto Uruguayo de normas técnicas “Gestión de la calidad y sistemas integrados” (UNIT-ISO 9000:2000)

⁸ Donabedian, Avedis. “La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad” [Salud pública México](#). Marzo-Abril de 1990. México

⁹ García Cabrera H.; Hidalgo Jara, R.; Lic. Vigo Obando I.; Escobedo Palza S.; “Estándares de calidad para el primer nivel de atención en salud”, MSP, Lima Perú 2002

ESTÁNDARES DE CALIDAD:

Un estándar representa un nivel de desempeño adecuado que es deseado y factible de alcanzar. Adicionalmente, la comprobación de ese logro debe ser demostrada por la organización que dice haber obtenido el nivel deseado de desempeño, ante lo cual es necesario que se cree un sistema explícito para verificar y calificar el grado del logro alcanzado. Será de responsabilidad de los prestadores que ofrezcan el servicio integral, independientemente si éstos son contratados o asumidos directamente.

Los estándares están dirigidos a la minimización de los principales riesgos propios de la prestación de servicios de salud.¹⁰

INDICADORES:

Los indicadores constituyen la variable o conjunto de variables susceptibles de ser medidas, que permite identificar y comparar el nivel o estado de un aspecto o área determinada. Sus resultados insumos para el análisis e interpretación de los fenómenos relacionados con el quehacer de los servicios de salud. Son la base objetiva para realizar la evaluación de las actividades del sistema de prestación de salud, detectar desviaciones de lo esperado y tomar decisiones sobre el tipo de medidas dirigidas al mejoramiento continuo de la calidad de la atención.

En la evaluación del sistema se mide no solo la estructura y los resultados, sino principalmente los procesos que se dan en cada área o servicio, a través de indicadores adecuados, que permitan a los propios responsables conocer su desempeño y detectar situaciones.¹¹

¹⁰ García Cabrera H.; Hidalgo Jara, R.; Lic. Vigo Obando I.; Escobedo Palza S.; “Estándares de calidad para el primer nivel de atención en salud”, MSP, Lima Perú 2002

¹¹ García Cabrera H.; Hidalgo Jara, R.; Lic. Vigo Obando I.; Escobedo Palza S.; “Estándares de calidad para el primer nivel de atención en salud”, MSP, Lima Perú 2002

DOCUMENTO:

Es toda la información plasmada materialmente sobre diferentes soportes (papel, microfilm, electrónico), que puede ser utilizada para consulta, estudio o como prueba.¹²

REGISTRO

Según la OMS registrar implica llevar un registro permanente con identificación personal y con la intención de efectuar alguna acción posterior como la del seguimiento.

REGISTROS DE ENFERMERÍA:

Son testimonio documental sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente al paciente, su tratamiento y su evolución¹³

HISTORIA CLÍNICA:

Puede definirse como el conjunto de documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con el objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente.

En la actualidad la Historia Clínica es el documento médico-legal por excelencia, junto con el dictamen pericial son los de mayor importancia, pero aquella es donde se recogen la mayor parte de los datos sanitarios de una persona y de máxima importancia también asistencial y administrativa.

En la historia clínica se deben registrar los procesos asistenciales sanitarios de cada persona en su calidad de paciente o usuario del sistema de servicios de salud, así como

¹² Berro Rovira, G.; D'attole A. y Lucas Olivera H. "La peritación y otros medios probatorios". En IX Jornadas de Derecho Procesal. Ed. Universidad, pp 195-207. Año 1997. Montevideo. Uruguay

¹³ Martínez Ques, A. "Aspectos legales y prácticos de los registros de enfermería" Revista Gallega de Actualidad Sanitaria. Marzo 2004; Vol. 3(1):54-59. España

datos que lo ubican en el medio social, cultural y económico que integra y con arreglo a las disposiciones ético-deontológicas y legales, de Derecho Médico que rigen.

Actualmente en nuestro país (Uruguay) el Decreto vigente del Poder Ejecutivo No. 396, que reglamenta las disposiciones vinculadas a la historia clínica informatizada, en su artículo 1º le ha agregado a la definición clásica de historia clínica el concepto de valor de “prueba financiera” por lo que no solo están presentes los datos clínicos y sociales del paciente sino ahora también los financieros referidos a la salud de esa persona.

Si bien contamos en el Uruguay con varios modelos de historias clínicas, como por ejemplo la odontológica, psicológica, pediátrica, familiar, informatizada, en Internet y más recientemente la propuesta de una historia clínica penitenciaria, todas ellas con sus características peculiares cumplen con un objetivo en común: consignar la asistencia sanitaria brindada al paciente. No perdiendo de vista que debe ser completa pero concisa, clara, puntual, continuada y objetiva.

Se plasma en consecuencia en ella la diligencia, prudencia y pericia del equipo asistencial, reflejadas en los actos realizados y registrados o no.

La historia clínica actual deja de ser obra del médico para serlo del equipo de salud o asistencial.

Es un documento confidencial y único para cada paciente y deberá quedar siempre garantizado el derecho a la intimidad del paciente mediante el respeto del secreto profesional. Es un documento comprendido en la regla bioética de la confidencialidad.

Sus fines no son solo asistenciales, sino también científicos, para la docencia y la investigación.

Debe transmitir los hechos ocurridos para llegar en lo posible a un diagnóstico, justificar el tratamiento, elaborar un pronóstico y justificar un resultado final.

El concepto de historia clínica manejado en Uruguay abarca la totalidad de la documentación, independientemente del soporte, e incluye entonces también lo que en otros países se designa como “expediente médico o clínico”.

En nuestro país la normativa de Salud Pública, en su ordenanza No. 363 de 1954, vigente desde entonces, señala la obligatoriedad de registrar el diagnóstico primario,

definitivo, procedimiento quirúrgico y tratamientos, ampliando en la ordenanza No. 33 de 1984 que ningún paciente con más de 24 horas de internación puede carecer de historia clínica. El incumplimiento puede generar responsabilidad y ser demostrativo de una mala praxis.¹⁴

HISTORIA CLÍNICA ELECTRONICA:

Conjunto de datos clínicos sociales y financieros referidos a la salud de una persona, procesados a través de medios informáticos o telemáticos.¹⁵

Toda historia clínica de medio electrónico constituye documentación autentica y como tal, será válida y admisible como medio probatorio, haciendo plena fe a todos los efectos, siempre que esté debidamente autenticada.¹⁶

LEX ARTIS:

Conjunto de reglas y preceptos para hacer bien las cosas, con adecuada técnica y diligencia. Por definición, es cambiante con el progreso técnico de la medicina, así como con las peculiaridades personales de cada paciente.¹⁷

MALA PRAXIS:

Existirá mala praxis en el área de la salud, cuando se provoque un daño en el cuerpo o en la salud de la persona humana, sea este daño parcial o total, limitado en el tiempo o permanente, como consecuencias de un accionar profesional realizado con imprudencia

¹⁴ Zawadzki Z Lic.; Berro Guido "Auditoria Medica". Montevideo, Uruguay 2002

¹⁵ Decreto N° 396. Poder Ejecutivo. Artículos 1 y 3. Setiembre de 2003. Montevideo. Uruguay

¹⁶ Decreto N° 396. Poder Ejecutivo. Artículos 1 y 3. Setiembre de 2003. Montevideo. Uruguay

¹⁷ Pagina web [http/ www.medicoscubanos.com/diccionario_medico](http://www.medicoscubanos.com/diccionario_medico)

o negligencia, impericia en su profesión o arte de curar o por inobservancia de los reglamentos o deberes a su cargo con apartamiento de la normativa legal aplicable.¹⁸

DERECHO DEL PACIENTE

La ley 18.335 regula los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud con respecto a los trabajadores de la salud y a los servicios de atención de la salud. El artículo 18 de dicha ley incluye dentro del derecho del paciente a conocer todo lo relativo a su enfermedad, el derecho a que “se lleve una historia clínica completa escrita o electrónica donde figure la evolución de su estado de salud desde el nacimiento hasta la muerte” Dicho artículo establece que el paciente tiene derecho a revisar su historia clínica y obtener una copia a sus expensas y en caso de indigencia le será proporcionada al paciente en forma gratuita.

DERECHOS DE PRIVACIDAD:

Artículo 22.- Todo paciente tiene derecho a que su historia clínica (artículo 17, lit. d) solo sea consultada por el equipo de asistencia médica y los encargados de la supervisión de la asistencia. El personal administrativo de las instituciones solo podrá acceder a la historia clínica con el único objeto de facilitar el acto asistencial, estando obligado a iguales limitaciones que cualquier otro integrante del equipo. En los casos en que la historia clínica esté informatizada y en red, solo podrán acceder a la información los responsables de la atención médica y el personal administrativo vinculado en ésta, mediante una clave de acceso.¹⁹

NORMAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS REGISTROS:

- Objetividad:

Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales.

¹⁸ Pagina web: http://www.ama-med.org.ar/peritos_articulos1.asp?id=102

¹⁹ Proyecto de ley título VI de los derechos de privacidad. Comisión de Salud Pública y Asistencia Social Carpeta N° 3932 de 2004. Repartido N° 1648. Cámara de senadores Julio de 2004. Montevideo. Uruguay

- No utilizar un lenguaje que sugiera una actitud negativa hacia el paciente, comentarios despectivos, acusaciones, discusiones o insultos.
- Describir de forma objetiva el comportamiento del paciente, sin etiquetarlo de forma subjetiva.
- Anotar la información subjetiva que aporta el paciente o sus familiares, entre comillas.
- Registrar sólo la información subjetiva de enfermería, cuando esté apoyada por hechos documentados.

• Precisión y exactitud:

Deben ser precisos, completos y fidedignos

- Los hechos deben anotarse de forma clara y concisa (breve, evitando palabras innecesarias o detalles irrelevantes)
- Expresar sus observaciones en términos cuantificables.
- Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, tipo, forma, tamaño y aspecto.
- Se debe hacer constar fecha, hora, (horario recomendado 0:00 a 24:00) firma legible de la enfermera responsable.
- Anotar todo de lo que se informa: Unos registros incompletos, podrían indicar unos cuidados de enfermería deficiente. “Lo que no está escrito, no está hecho”

• Actualizada Y Organizada:

Las decisiones en relación con la asistencia deben estar basadas en una información actual y exacta. Se debe registrar el problema y actividades de enfermería y la respuesta del usuario.

Debe comunicar la información siguiendo un formato y orden lógico.

• Legibilidad Y Claridad:

Deben ser claros y legibles, puesto que las anotaciones serán inútiles para los demás sino pueden descifrarlas.

- Si no se posee una buena caligrafía se recomienda utilizar letra de imprenta.

- Anotaciones correctas ortográfica y gramaticalmente
- Usar sólo abreviaturas de uso común y evitar aquellas que puedan entenderse con más de un significado, cuando existan dudas escribir completamente el término.
- Utilizar tinta azul o negra.
- No utilizar líquidos correctores ni emborronar. Corregir los errores, tachando solamente con una línea, para que sean legibles, anotar al lado “error” con firma de la enfermera responsable.
- Firma y categoría profesional legible: Inicial del nombre más apellido completo o bien iniciales de nombre y dos apellidos.
- No dejar espacios en blanco, ni escribir entre líneas.

• Simultaneidad:

Los registros deben realizarse de forma simultánea a la asistencia y no dejarlos para el final del turno.

- Evitando errores u omisiones.
- Consiguiendo un registro exacto del estado del paciente.
- Nunca registrar los procedimientos antes de realizarlos, puesto que estas anotaciones pueden ser inexactas e incompletas.

Hojas de Administración de Medicamentos

Se debe anotar TODA la información acerca de los medicamentos, para cada uno de ellos que se administre se debe anotar fecha, hora y las iniciales de la enfermera responsable.

Si las órdenes médicas no están claras o la caligrafía es ilegible, se debe pedir al médico que las aclare y lea la prescripción.

No se deben tomar órdenes verbales o telefónicas, en caso necesario, repita la orden confirmándola así, y pedir el nombre y apellidos del médico que lo prescribe; a continuación registrarlos.

Si otra enfermera administra medicación, también se deberá anotar su nombre y hora a la que lo realizó.

Aquello que no se debe anotar:

Los adjetivos que califiquen conductas o comportamientos del paciente, deben especificar que se refieren a dicha conducta o comportamiento, no descalificando al paciente.

No hacer referencia a la escasez de personal ni a conflictos entre compañeros.

No intentar explicar que se ha producido un error o utilizar expresiones como “accidentalmente”, “de alguna forma”.

No mencionar que se ha redactado un informe de incidencias, ya que esto, es un informe administrativo confidencial, hay que redactar los hechos tal y como ocurren

No referirse al nombre u otros datos personales de los compañeros de habitación en el registro de otro paciente, esto atenta contra la confidencialidad

No anotar que se ha informado a compañeros o superiores de determinados hechos, si ésta información se ha producido de forma informal o en determinados lugares o situaciones no apropiadas.²⁰

COMPAGINACION DE LA HISTORIA CLINICA

Una vez que la historia clínica se archiva, se ordena, en el Hospital de Clínicas Dr.

Manuel Quintela la historia clínica se ordena de la siguiente manera:

- Resumen
- Datos sociales
- Anamnesis y examen
- Interconsultas
- Informe de exámenes

²⁰ García Ramírez, Ana; Navío María, Morganizo Laura “Normas básicas para la elaboración de los Registros de Enfermería”. Marzo 2007.Madrid, España.

- Anestesia
- Descripción operatoria
- Post operatorio
- Evolución
- Indicación médica y de enfermería
- Gráfica
- Observaciones de Enfermería
- Anatomía patológica
- Autorizaciones y exoneraciones
- Historia de emergencia.²¹

En el Sanatorio Círculo Católico la historia clínica se ordena de la siguiente manera:

- Resumen de alta
- Consultas en policlínica
- Historia de emergencia
- Anestesia
- Descripción operatoria
- Post operatorio
- Evolución
- Interconsultas
- Indicación médica y de enfermería
- Gráfica

²¹ Datos obtenidos por personal de archivo médico del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela

- Exámenes y estudios.²²

LA RESPONSABILIDAD DEL PROFESIONAL CON LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA

Basado en la legislación, se define la responsabilidad, como la obligación que la persona tiene de responder por las actividades que realiza en función de su actividad profesional y su experiencia. La responsabilidad está relacionada, con la eficacia y la eficiencia. El registro de los cuidados que se proporciona puede reflejar la eficacia o proteger la responsabilidad legal, cuando ocurra un incidente fuera de lo normal.

Los profesionales sanitarios, además de las obligaciones señaladas en materia de información clínica, tienen el deber de cumplimentar los protocolos, registros, informes, estadísticas y demás documentación asistencial o administrativa, que guarda relación con los procesos clínicos en los que interviene y los que requieran los centros. Este deber de cumplimiento conlleva a la obligación legal de identificarse en las anotaciones realizadas, independientemente del soporte utilizado, ya sea papel o informático.²³

Todo profesional de enfermería debe cumplir con las normas establecidas tanto por los decretos, organizaciones profesionales e instituciones reguladoras. Los enfermeros deben responder ante los pacientes, el hospital (el centro de trabajo) la profesión, otros miembros del equipo, ante sí mismos y por su puesto ante la legislación²⁴

AUDITORÍA MÉDICA:

Es definida como el análisis crítico, sistemático y periódico de la “calidad de la atención sanitaria” que reciben los pacientes, usuarios o clientes de los servicios de salud. Incluyendo procedimientos diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de los recursos y resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de atención del usuario.²⁵

²² Datos obtenidos por personal de archivo médico del Sanatorio Círculo Católico

²³ García, M.A., Hernández Hernández, V., Ranz González R., Montero Arroyo, R.; “Principios de ética y legislación quirúrgica. Serie Cuidados Avanzados: Enfermería de quirófano”. Editorial. DAE.1ª Edición 2005. Valencia, España

²⁴ Ley 59 de “Firma electrónica”, Artículo 14. Parlamento Europeo. Jefatura del Estado. Año 2003. España

Es una evaluación crítica y periódica de la calidad de la atención médica que reciben los pacientes o usuarios de los servicios de salud, mediante la revisión y el estudio de las historias clínicas y las estadísticas hospitalarias. Su propósito fundamental es procurar que el usuario reciba la mejor atención técnica posible y su objetivo específico es elevar su calidad.²⁶

La auditoría médica mejora el servicio asistencial. Sus objetivos van dirigidos a prevenir el error médico y contribuir a elevar el estándar de calidad asistencial en una institución de servicios médicos.

Consiste en la realización de procedimientos de revisión e investigación de incumplimientos, faltas, omisiones y errores pasados, o por que no de aciertos y certezas, con control de los procedimientos de gestión.

El primer objetivo de la auditoría médica es evitar la repetición del hecho no deseable y la corrección de las deficiencias. Es indudable que la institucionalización de este tipo de procedimientos de investigación desemboca en una mejor prestación del servicio asistencial o sanitario. La Auditoría médica configura una exhaustiva investigación sobre toda la estructuración de un servicio, las fortalezas, aciertos y las causas de errores. La auditoría puede realizarse por personal del propio servicio o por personal externo.²⁷

Los datos que no podrían dejar de auditarse en una historia clínica deberían ser: datos sociales e identificatorios del paciente, forma de ingreso, historia clínica de emergencia escrita, que la misma contenga fecha y hora de llegada del paciente a la Institución que figure firma identificable del médico.

Una anamnesis completa con motivo de consulta, antecedentes personales y familiares, antecedentes gineco-obstétricos, ambientales, enfermedad actual, examen físico, factores de riesgo. Paraclínica solicitada y recibida, identificada, analizar que esté acorde a su evolución y a la anamnesis realizada, si la misma se justifica.

²⁵ Zawadzki Z, Lic. “Curso Introducción a la Ética Médica, Historia Clínica, Herramienta fundamental para las Auditorías” FEMI 2009. Montevideo, Uruguay

²⁶ Adriasola G. “La Confidencialidad de la Auditoría Médica”. Conferencia realizada en Jornadas de Ética Médica y Medicina Legal. Agosto 2006. Ciudad de Durazno, Uruguay.

²⁷ Berro Rovira, G. “El Derecho a la Intimidad, la protección de los datos personales en Medicina y el Secreto Médico” Conferencia en el III Congreso Latinoamericano de Derecho Médico. Septiembre de 2003. Murcia. España.

Si hubo procedimientos quirúrgicos o de riesgo importante, constatar que se haya solicitado correctamente el consentimiento informado. Analizar la descripción operatoria, fecha, hora de comienzo y finalización del acto quirúrgico, técnica empleada, si existió video filmación si está consignada dentro de la historia clínica, anestesia, si hubo complicaciones quirúrgicas si las mismas quedaron registradas.

Evolución clínica e indicaciones médicas, tipo de evolución si es diaria o día por medio, si contienen fecha, hora y firma identificable del médico tratante, lo mismo en las anotaciones del equipo de salud actuante.

Si se detectan enfermedades infecciosas si son reportadas al comité de infecciones, o enfermedades de notificación obligatoria al Ministerio de Salud Pública.

Resumen de egreso que contenga el diagnóstico definitivo, destino del paciente, indicaciones al alta, fecha, hora y firma del profesional actuante identificable.

En caso de egreso por fallecimiento que conste la hipótesis de causa de muerte y si se le solicitó y realizó autopsia o no. Corroborar si la causa de muerte es coincidente con la consignada en el certificado de defunción. Si correspondía y hubo comunicación al Instituto de Donación y Trasplantes.

Finalmente si la estadía del paciente fue la adecuada en días, si la historia clínica está prolija, ordenada y si es legible. Si se empleó la papelería oficial. Evaluar si el contenido es útil para la enseñanza e investigación. En definitiva se evalúan todos los registros, si fueron completos, parcialmente completos o existió ausencia de éstos.²⁸

METODOLOGIA

- Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, cualitativo-cuantitativo
- Universo: está constituido por la totalidad de los registros realizados por el personal de Enfermería en las historias clínicas de usuarios adultos del Hospital de Clínicas y del Sanatorio Círculo Católico en el mes de marzo del 2010, constituyendo un total de 1080 historias clínicas.
- Muestra: registros del personal de Enfermería en 108 historias clínicas de los usuarios adultos hospitalizados en el Hospital de Clínicas y Sanatorio Círculo

²⁸ Deccto P.E. N° 396/2003, de 30 de setiembre de 2003. Uruguay

Católico, correspondientes al 10% del total en el mes de marzo del 2010 en dichas instituciones.

- Selección de la muestra: Probabilístico. Muestreo aleatorio simple.
- Unidad de observación: Registros del personal de Enfermería en las historias clínicas de los en el Hospital de Clínicas y Sanatorio Círculo Católico en el mes de marzo del 2010.
- Unidad de análisis: Registros del personal de Enfermería en las historias clínicas de los usuarios del Hospital de Clínicas y Sanatorio Círculo Católico en el mes de marzo del 2010.
- Criterios de inclusión: Todas las historias clínicas de los usuarios que se encontraron hospitalizados en el Hospital de Clínicas y en Sanatorio Círculo Católico en el mes de marzo del 2010.
- Criterios de exclusión: Aquellas historias clínicas que se encuentren en movimiento al momento de recolectar los datos (el usuario consulta en policlínica o se encuentra Hospitalizado), historias clínicas de usuarios menores de 14 años de edad, historias clínicas que no presenten registros realizados por el personal de Enfermería.

METODOS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Para llevar a cabo este trabajo de investigación se utiliza como método la observación de los registros de las historias clínicas presentes en los archivos médicos del Hospital de Clínicas y el Sanatorio Círculo Católico de los usuarios hospitalizados en el mes de marzo el 2010.

Se utiliza como instrumento una planilla de recolección de datos (ver anexo 4) elaborada por los integrantes de esta investigación que contiene los elementos necesarios para la evaluación de un correcto registro de enfermería en las historias clínicas. Para dicha elaboración se tomaron en cuenta las “Normas básicas para la elaboración de los registros de Enfermería” citada anteriormente.

Realizamos una prueba piloto en una de las instituciones donde evaluamos una única historia clínica de manera de que todos los integrantes de la investigación estuviesen presentes para unificar los criterios al momento de recabar los datos y reducir el sesgo

de la investigación al mínimo. De esta manera también pudimos poner a prueba la planilla a utilizar para la recolección de datos. Decidimos no efectuarle ningún cambio ya que la misma resultó confiable y válida.

Para llevar a cabo la recolección de los datos primero se solicitó la autorización por medio de una carta a los jefes de Archivos Médicos y Dirección Técnica de cada institución (ver anexo 2)

Luego se realizó una entrevista a los jefes de Archivos Médicos de cada institución con el fin de obtener información sobre el funcionamiento del servicio y datos relevantes de las historias clínicas (ver anexo entrevistas 3)

A continuación, se establece el total de historias clínicas que se encuentran presentes en el archivo de cada institución en el mes de marzo del 2010 de los usuarios adultos hospitalizados. Se selecciona un 10% del total (constituye el 90% de confianza de una muestra poblacional) de las mismas para realizar la investigación.

El método por el cual se seleccionaron las historias clínicas a evaluar es el muestreo probabilístico ya que es útil para poblaciones grandes y reduce el sesgo de la investigación.

Mediante el muestreo aleatorio simple se seleccionan las historias clínicas que serán evaluadas. Esta etapa fue realizada por el personal, supervisado por el jefe de archivo médico de cada institución. Se realizó de esta manera ya que por normativa interna personal no autorizado no puede tomar historias clínicas de las estanterías, además nuestra presencia en el proceso podría ocasionar inconvenientes en el correcto funcionamiento del servicio.

Se llevó a cabo la recolección de datos en los días 10, 11 y 18 del mes de junio del presente año en el Hospital de Clínicas. En el Sanatorio Círculo Católico se tomaron los datos durante el día 3 de julio del presente año.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Se definirán a continuación de manera operativa y conceptualmente las variables utilizadas en la recolección de datos.

Estructura: Forma de organizar un conjunto de **datos** elementales con el objetivo de facilitar su manipulación.

Nombre del usuario: Es como se denomina al **nombre** atribuido a la **persona física**, considerado uno de los **Derechos fundamentales** del hombre, desde su nacimiento y que integra el individuo durante toda a su existencia y, a sí mismo después de su muerte, continua identificándolo. Está compuesto de **nombre** y **apellido**. El mismo debe encontrarse en los encabezados de cada hoja de la historia clínica.

Tipo de variable: Cualitativa nominal

Categorías que asume: Si está presente (completo o incompleto)

No está presente

Número de registro: Número que se adjudica a cada uno de los usuarios de la institución desde que ingresan al sistema que permanece inalterado hasta su defunción. El mismo debe encontrarse en los encabezados de cada hoja de la historia clínica.

Tipo de variable: Cualitativa nominal

Categorías que asume: Dicotómica (si presenta, o no presenta)

Ubicación: Posición física en relación a punto determinado. Se considera completa cuando detalla piso, sala y número de cama donde se encuentra el usuario. El mismo debe encontrarse en los encabezados de cada hoja de la historia clínica.

Tipo de variable: Cualitativa nominal

Categorías que asume: Dicotómica (si presenta, o no presenta)

Orden lógico: Secuencia con la que se compagina la historia clínica. Según normativa del Hospital de Clínicas el orden correcto es el siguiente: Cuadrícula, Evolución diaria, Evolución Clínica, Orden de Admisión, Hoja de internación, Descripción operatoria, Hoja de recuperación post-anestésica, Exámenes de laboratorio, Pedidos de consulta, Informe de electrocardiograma, Informe de Rayos, Informe de anestesia, Indicaciones medicas-indicaciones cumplidas, Pedidos de exámenes.

Según la normativa del sanatorio Círculo Católico el orden lógico es el siguiente: Resumen de alta, Consultas en policlínica, Historia de emergencia, Anestesia,

Descripción operatoria, Post operatorio, Evolución, Interconsultas, Indicación medica y de enfermería, Gráfica, Exámenes y estudios.

Tipo de variable: Cualitativa nominal,

Categorías que asume: dicotómica (si lo cumple, no lo cumple)

Objetividad: Independencia respecto a un sujeto. Los registros deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales.

Tipo de variable: Cualitativa nominal

Categorías que asume: dicotómica (si lo cumple, no lo cumple)

Escritura: Acción de escribir. Caracteres con los que se escribe. Los registros deben estar escritos con tinta negra o azul y correcta gramática (conjunto de reglas y principios que gobiernan el uso de un lenguaje determinado) y correcta ortografía (conjunto de normas que regulan el uso correcto de las letras y la puntuación). Además los registros en la historia clínica deben ser legibles y claros

Legibles: Escritura lo suficientemente clara para poder leerla.

Tipo de variable: Cualitativa nominal

Categorías que asume: Dicotómica (Si cumple, no cumple)

Ortografía: Es la parte de la gramática normativa que fija las reglas para el uso de las letras y signos de puntuación en la escritura. La ortografía se basa en la aceptación de una serie de convenciones por parte de una comunidad lingüística con el objetivo de mantener la unidad de la lengua escrita. En la historia clínica los registros deben presentar correcta ortografía.

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

Categorías que asume: Dicotómica (Si cumple, no cumple).

Tinta: Es un líquido que contiene varios pigmentos o colorantes utilizados para colorear una superficie con el fin de crear imágenes o textos. Comúnmente se considera que la tinta es utilizada en lapiceros, bolígrafos. Los registros en la historia clínica deben estar escritos con tinta azul o negra.

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

Categorías que asume: Dicotómica (Si cumple, no cumple).

Corrector: Es un fluido blanco y opaco, que se aplica en el papel para tapar errores en el texto. Una vez que está seco, se puede escribir sobre el mismo. En la historia clínica no se permite su uso.

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

Categorías que asume: Dicotómica (Si cumple, no cumple).

Exactitud: Los registros deben ser precisos, completos y fidedignos. Los hechos deben anotarse de forma clara y concisa (breve, evitando palabras innecesarias o detalles irrelevantes). Se debe hacer constar fecha, hora, firma legible de la enfermera responsable.

Fecha: Indicación del tiempo en que se realiza una cosa. Debe estar presente en cada hoja de la historia clínica en su parte superior.

Tipo de variable: Cualitativa nominal

Categorías que asume: Dicotómica (si presenta, o no presenta)

Turno: Orden en que van sucediéndose o alternándose las personas para realizar una tarea. En la historia clínica el mismo debe estar presente encabezando el registro al comienzo de cada guardia de enfermería.

Tipo de variable: Cualitativa nominal

Categorías que asume: Dicotómica (si presenta, o no presenta)

Hora: Cada una de las 24 partes en que se divide el día solar. Horario que se debe utilizar en la historia clínica 0:00 a 24:00. Debe estar presente en cada uno de los registros del personal de enfermería.

Tipo de variable: Cualitativa nominal

Categorías que asume: Dicotómica (si presenta, o no presenta)

Firma: Nombre de una persona con rúbrica que se pone al pie de un escrito para demostrar que es el autor o que se aprueba lo contenido en él. En la historia clínica debe estar presente al final de cada uno de los registros del personal de enfermería que lo realizó

Número de funcionario: Número que se adjudica a cada uno de los funcionarios de la institución que debe estar presente luego de cada registro en la historia clínica de manera legible adjunta a la firma.

Tipo de variable: Cualitativa nominal

Categorías que asume: Dicotómica (si presenta, o no presenta)

Contenido: Tema o asunto del que se habla o escribe. El mismo debe reflejar el accionar de Enfermería y su justificación de manera clara, concreta y precisa. Se debe registrar el problema y actividades de enfermería y la respuesta del usuario.

Valoración de enfermería: Recolección de datos para valorar los patrones funcionales de salud del individuo de manera integral. Se debe obtener información suficiente que permita valorar con la mayor precisión posible la situación de la salud real que pretendemos atender. Para considerar en esta investigación una valoración completa la misma debe tener al menos tres de los sistemas afectados del usuario.

Tipo de variable: Cualitativa nominal

Categorías que asume: Si presenta (completa o incompleta)

No presenta

Diagnósticos de enfermería: Enunciado que describe un tipo específico de problema o respuesta que la enfermera identifica. Juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales. Para considerar un diagnóstico de enfermería completo se debe relacionar el problema a una causa.

Tipo de variable: Cualitativa nominal

Categorías que asume: Dicotómica (si presenta, no presenta)

Intervención de enfermería: Es la fase en la que se llevan a cabo las actividades programadas. Para considerarla completa cada acción realizada debe estar descripta de forma exhaustiva.

Tipo de variable: Cualitativa nominal

Categorías que asume: Si presenta (completa o incompleta)

No presenta

Evaluación de las acciones de enfermería: Se determina como ha funcionado el plan de cuidados de enfermería. Para que se considere completa la evaluación se debe describir si se cumplieron los objetivos

Tipo de variable: Cualitativa nominal

Categorías que asume: Si presenta (completa o incompleta)

No presenta

Administración de fármacos: Procedimiento por medio del cual se introduce al organismo, por diferentes vías sustancias medicamentosas.

Fármaco: son sustancias químicas de origen animal, vegetal, mineral o sintético que se administran con fines diagnósticos, terapéuticos o paliativos.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Categorías que asume: Dicotómica (si presenta, o no presenta)

Dosis: Es la cantidad de fármaco necesaria para producir un efecto terapéutico deseado en un individuo determinado.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Categorías que asume: Dicotómica (si presenta, o no presenta)

Vía de administración: es la forma elegida de incorporar un fármaco al organismo.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Categorías que asume: Dicotómica (si presenta, o no presenta)

Hora de administración del fármaco: Cada una de las 24 partes en que se divide el día solar. Horario que se debe utilizar en la historia clínica 0:00 a 24:00. Debe estar presente en cada uno de los registros del personal de enfermería cada vez que se administra medicación.

Tipo de variable: Cualitativa nominal

Categorías que asume: Dicotómica (si presenta, o no presenta)

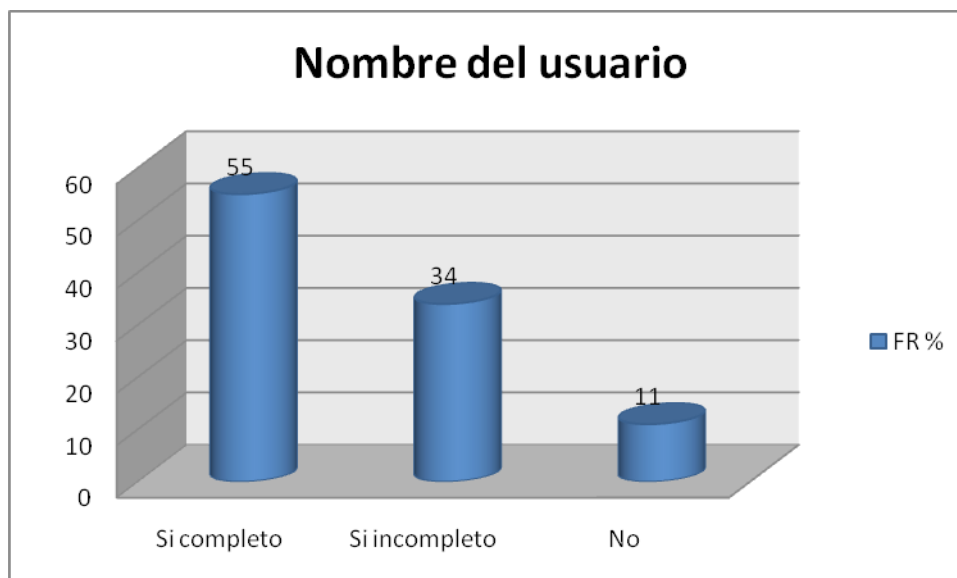
TABULACION Y DE LOS DATOS

A partir de los datos que se obtengan mediante la observación de los registros de Enfermería en las historias clínicas de los usuarios hospitalizados durante el mes de marzo de 2010 en el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela y Sanatorio Círculo Católico, se realizará la tabulación de los datos en planillas Excel, que luego serán graficados en frecuencia relativa porcentual para una mejor interpretación y análisis de los resultados.

El análisis de los resultados será de tipo descriptivo, univariado.

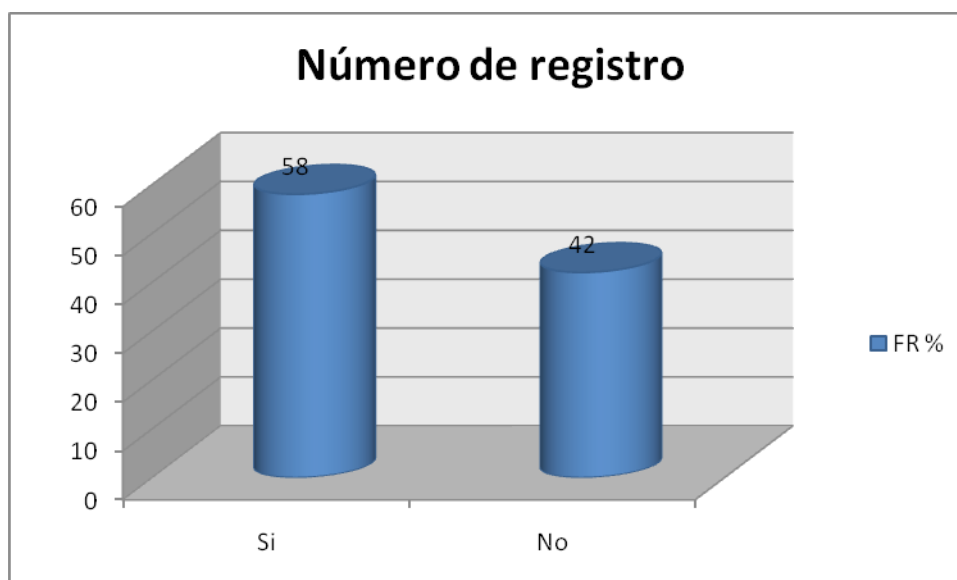
Nombre del usuario	FA	FR %
Si completo	59	55
Si incompleto	37	34
No	12	11
Total	108	100%

Fuente: Observación de los registros de Enfermería en las historias clínicas pertenecientes al archivo médico del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela y Sanatorio Círculo Católico de Obreros del Uruguay.



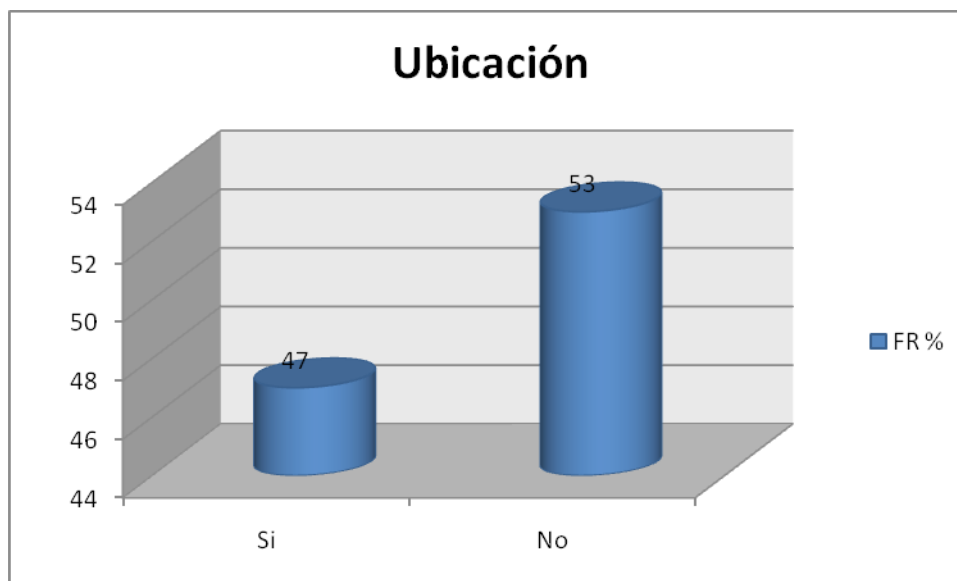
Nº de registro	FA	FR %
Si	63	58
No	45	42
Total	108	100%

Fuente: Observación de los registros de Enfermería en las historias clínicas pertenecientes al archivo médico del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela y Sanatorio Círculo Católico de Obreros del Uruguay.



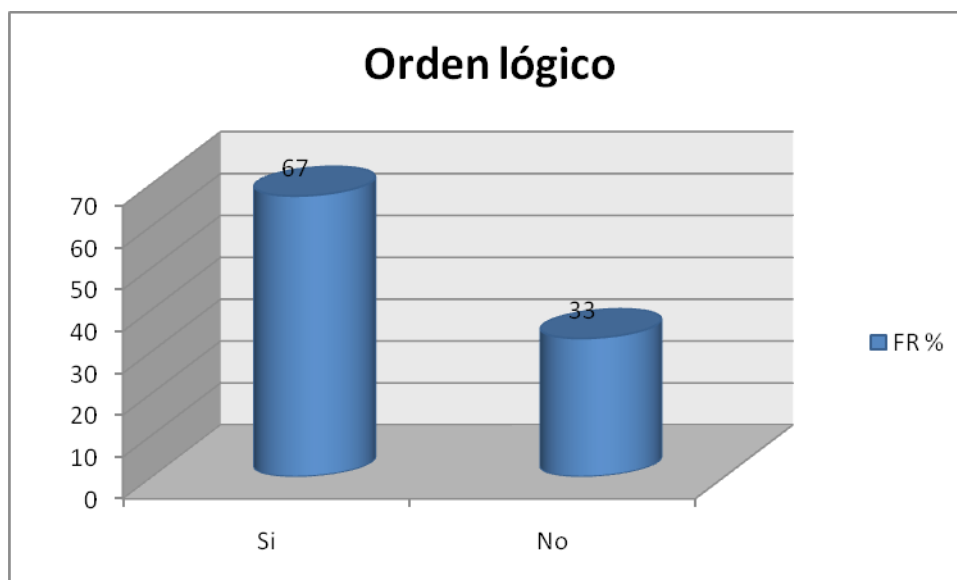
Ubicación	FA	FR %
Si	51	47
No	57	53
Total	108	100%

Fuente: Observación de los registros de Enfermería en las historias clínicas pertenecientes al archivo médico del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela y Sanatorio Círculo Católico de Obreros del Uruguay.



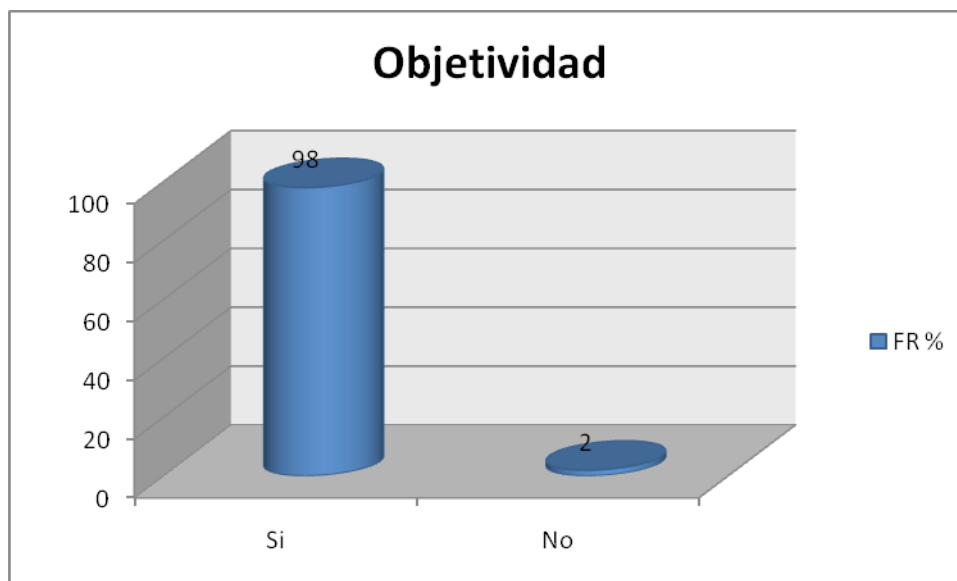
Orden lógico	FA	FR %
Si	72	67
No	36	33
Total	108	100%

Fuente: Observación de los registros de Enfermería en las historias clínicas pertenecientes al archivo médico del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela y Sanatorio Círculo Católico de Obreros del Uruguay.



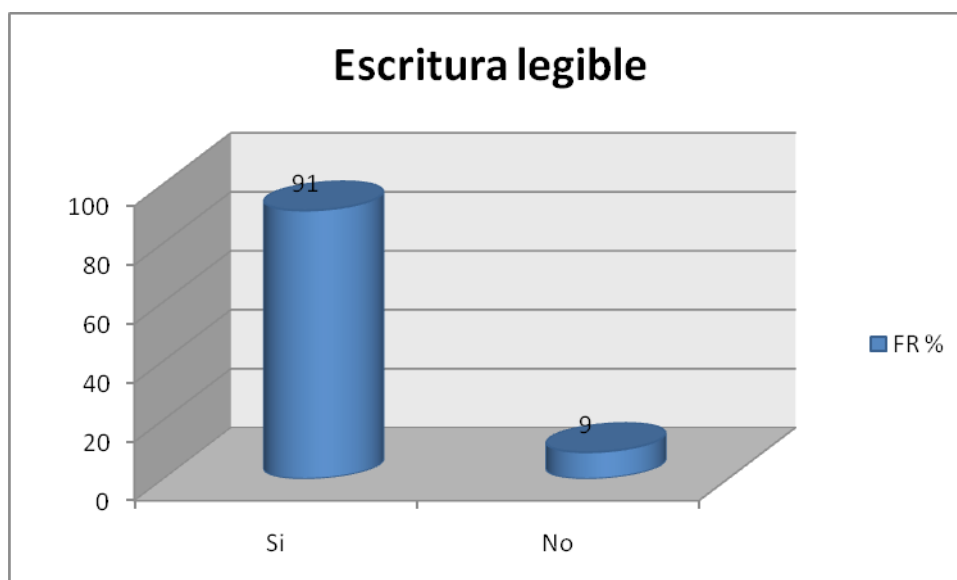
Objetividad	FA	FR %
Si	106	98
No	2	2
Total	108	100%

Fuente: Observación de los registros de Enfermería en las historias clínicas pertenecientes al archivo médico del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela y Sanatorio Círculo Católico de Obreros del Uruguay.



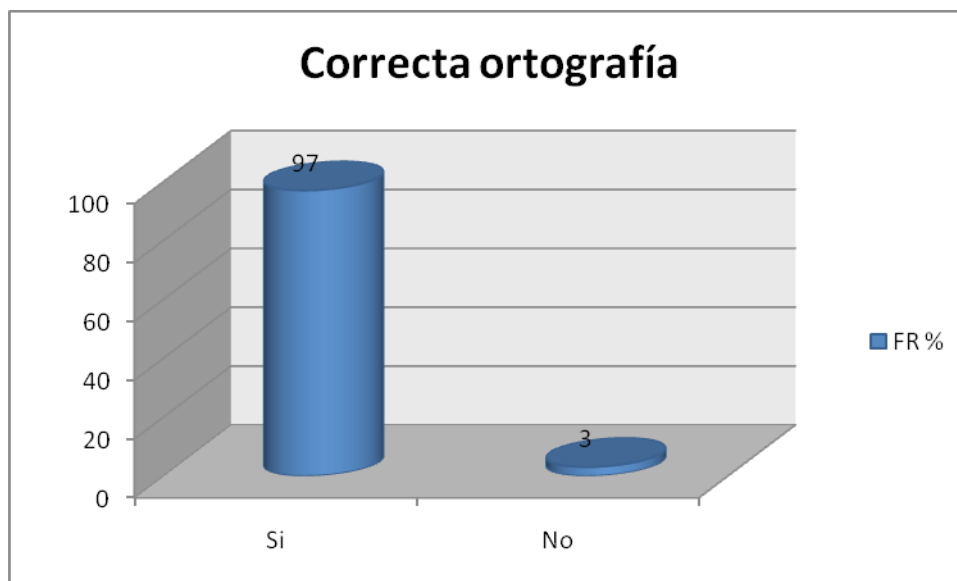
Escritura legible	FA	FR %
Si	98	91
No	10	9
Total	108	100%

Fuente: Observación de los registros de Enfermería en las historias clínicas pertenecientes al archivo médico del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela y Sanatorio Círculo Católico de Obreros del Uruguay.



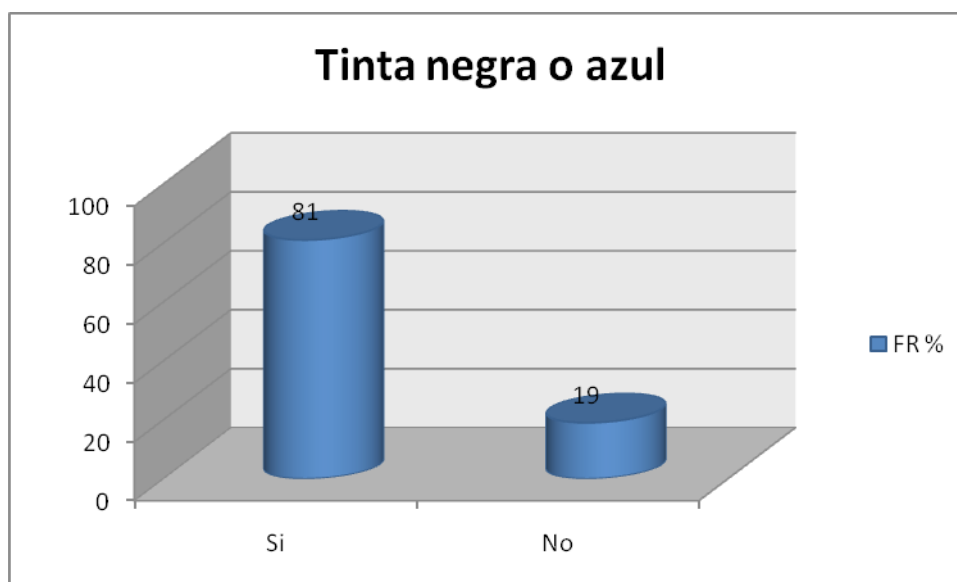
Correcta ortografía	FA	FR %
Si	105	97
No	4	3
Total	108	100%

Fuente: Observación de los registros de Enfermería en las historias clínicas pertenecientes al archivo médico del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela y Sanatorio Círculo Católico de Obreros del Uruguay.



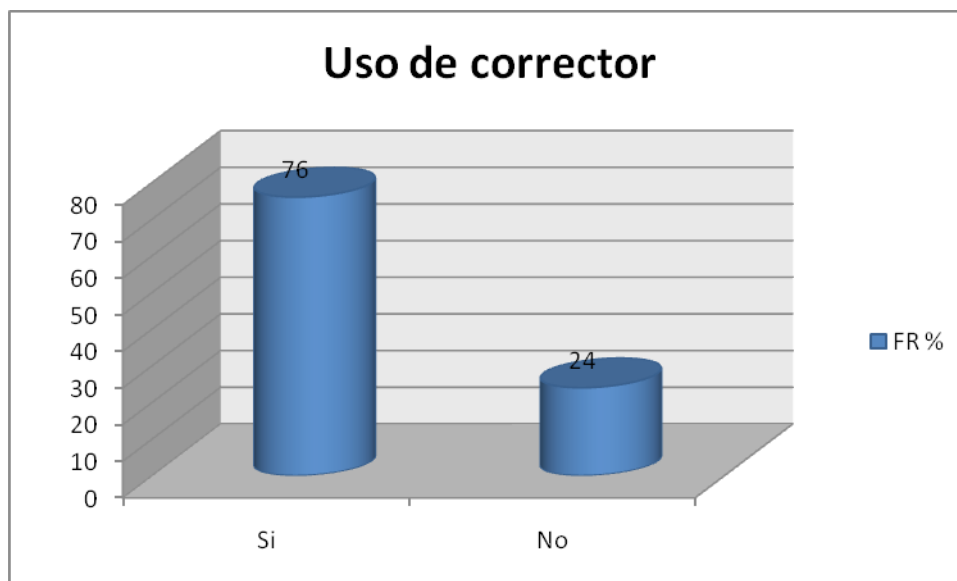
Tinta negra o azul	FA	FR %
Si	87	81
No	21	19
Total	108	100%

Fuente: Observación de los registros de Enfermería en las historias clínicas pertenecientes al archivo médico del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela y Sanatorio Círculo Católico de Obreros del Uruguay.



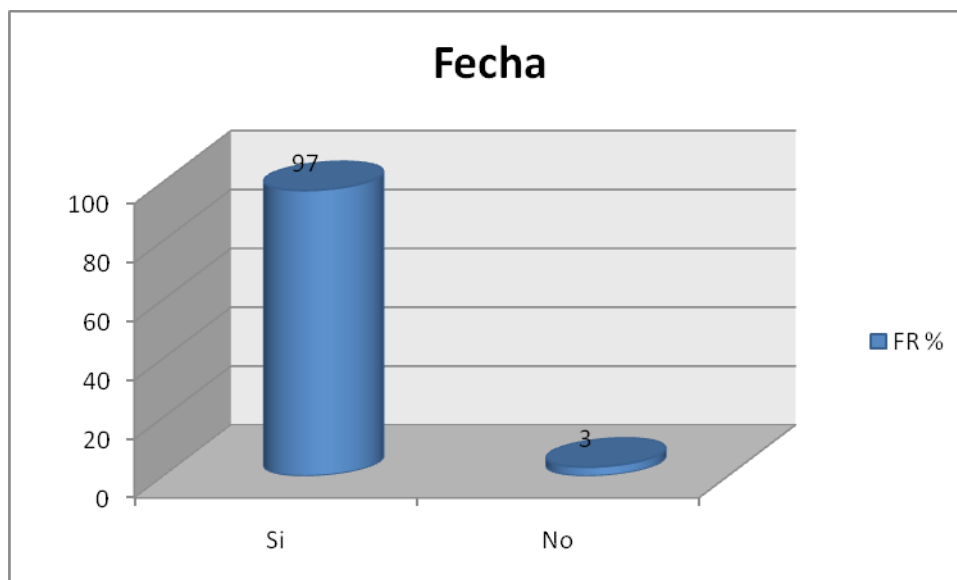
Uso de corrector	FA	FR %
Si	26	76
No	82	24
Total	108	100%

Fuente: Observación de los registros de Enfermería en las historias clínicas pertenecientes al archivo médico del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela y Sanatorio Círculo Católico de Obreros del Uruguay.



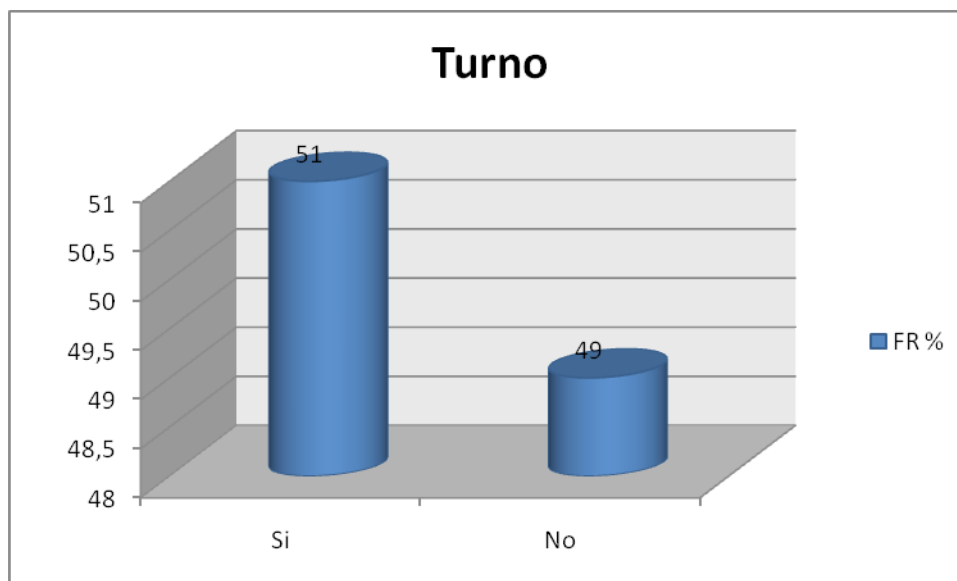
Fecha	FA	FR %
Si	105	97
No	3	3
Total	108	100%

Fuente: Observación de los registros de Enfermería en las historias clínicas pertenecientes al archivo médico del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela y Sanatorio Círculo Católico de Obreros del Uruguay.



Turno	FA	FR %
Si	55	51
No	53	49
Total	108	100%

Fuente: Observación de los registros de Enfermería en las historias clínicas pertenecientes al archivo médico del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela y Sanatorio Círculo Católico de Obreros del Uruguay.



Hora	FA	FR %
Si	108	100
No	0	0
Total	108	100%

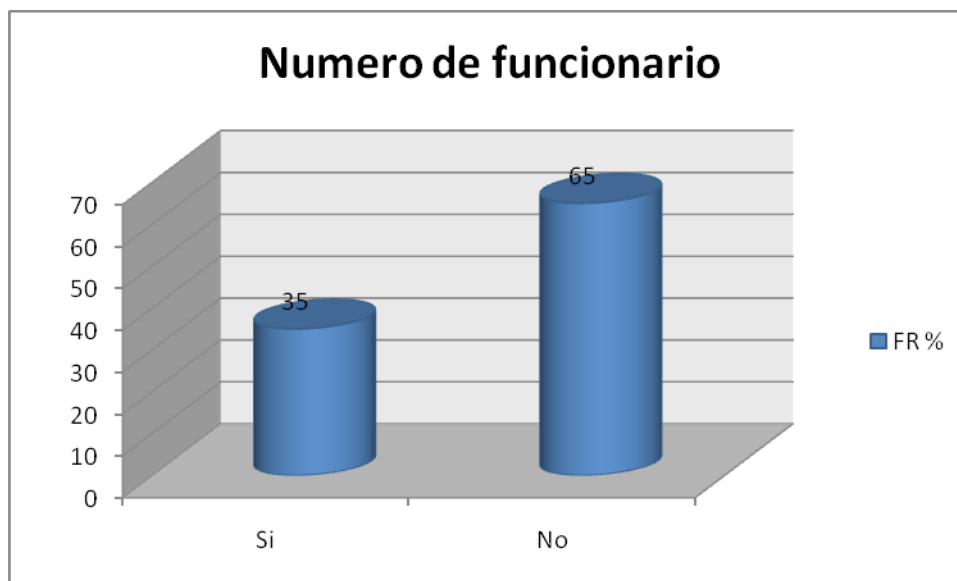
Fuente: Observación de los registros de Enfermería en las historias clínicas pertenecientes al archivo médico del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela y Sanatorio Círculo Católico de Obreros del Uruguay.

Firma	FA	FR %
Si	108	100
No	0	0
Total	108	100%

Fuente: Observación de los registros de Enfermería en las historias clínicas pertenecientes al archivo médico del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela y Sanatorio Círculo Católico de Obreros del Uruguay.

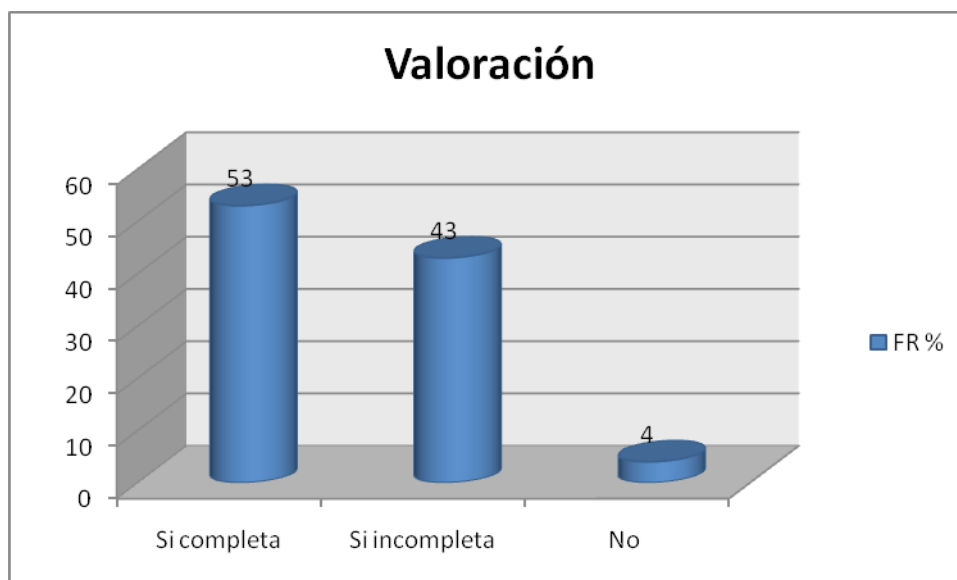
Nº Funcionario	FA	FR %
Si	38	35
No	70	65
Total	108	100%

Fuente: Observación de los registros de Enfermería en las historias clínicas pertenecientes al archivo médico del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela y Sanatorio Círculo Católico de Obreros del Uruguay.



Valoración	FA	FR %
Si completa	57	53
Si incompleta	47	43
No	4	4
Total	108	100%

Fuente: Observación de los registros de Enfermería en las historias clínicas pertenecientes al archivo médico del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela y Sanatorio Círculo Católico de Obreros del Uruguay.

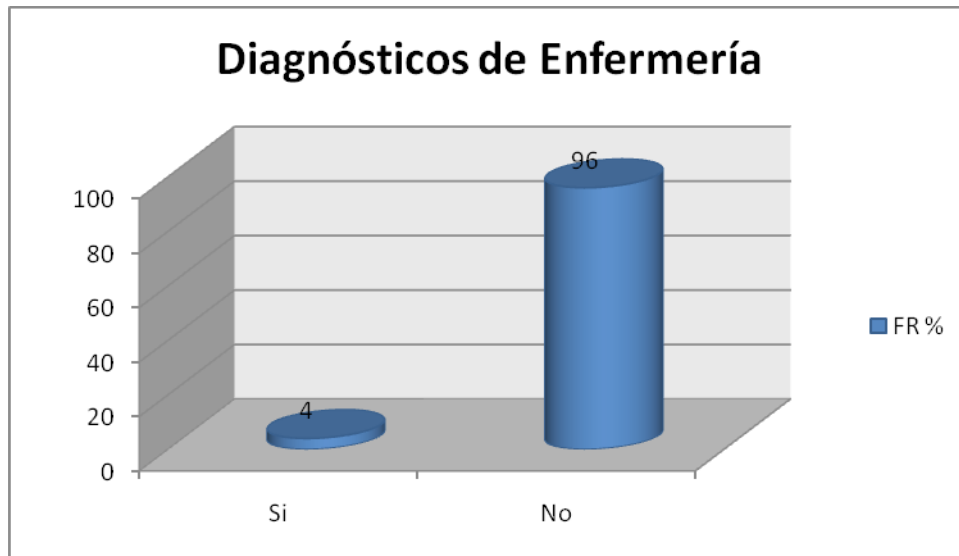


Diagnósticos de enf	FA	FR %
Si	4	4
No	104	96
Total	108	100%

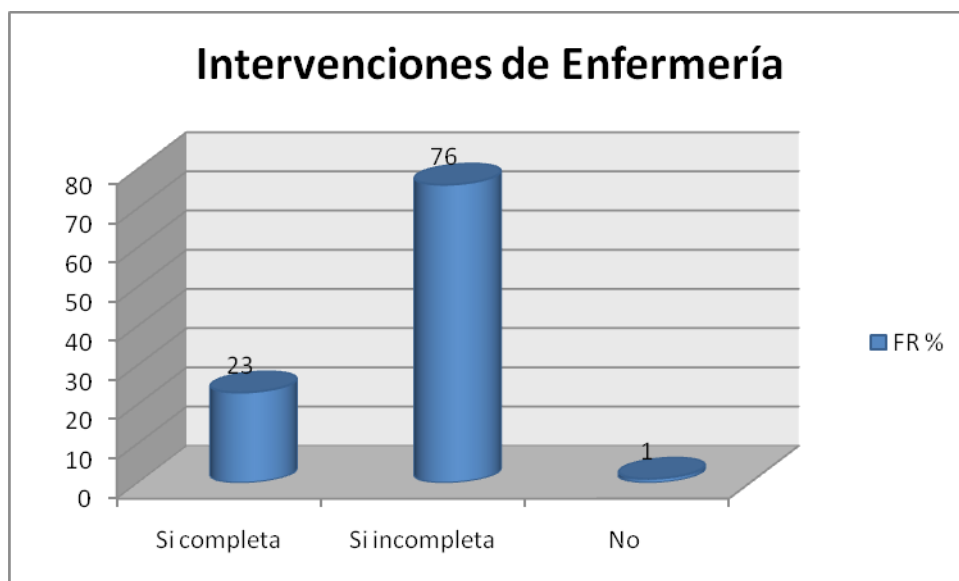
Fuente: Observación de los registros de Enfermería en las historias clínicas pertenecientes al archivo

Intervenciones de enf	FA	FR %
Si completa	25	23
Si incompleta	82	76
No	1	1
Total	108	100%

médico del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela y Sanatorio Círculo Católico de Obreros del Uruguay.

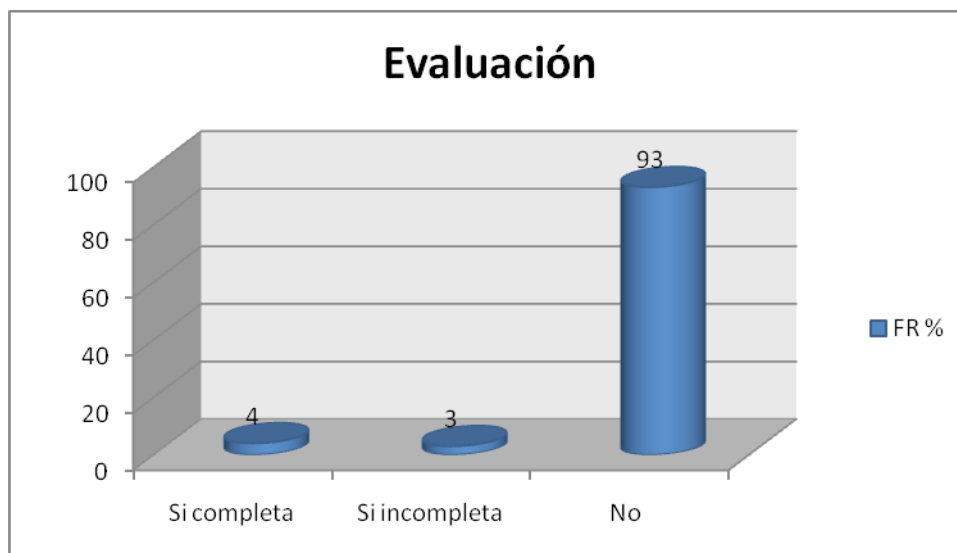


Fuente: Observación de los registros de Enfermería en las historias clínicas pertenecientes al archivo médico del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela y Sanatorio Círculo Católico de Obreros del Uruguay.



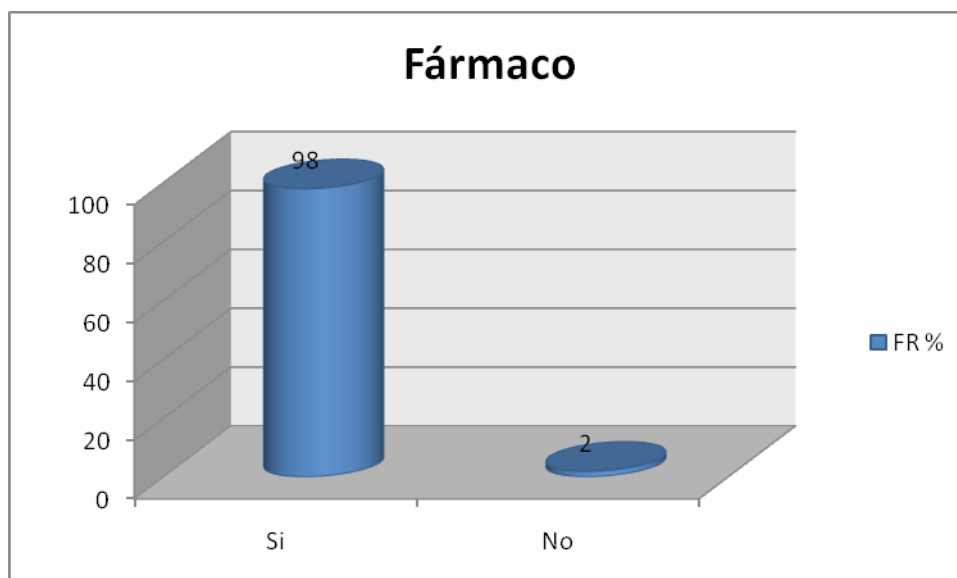
Evaluación	FA	FR %
Si completa	4	4
Si incompleta	3	3
No	101	93
Total	108	100%

Fuente: Observación de los registros de Enfermería en las historias clínicas pertenecientes al archivo médico del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela y Sanatorio Círculo Católico de Obreros del Uruguay.



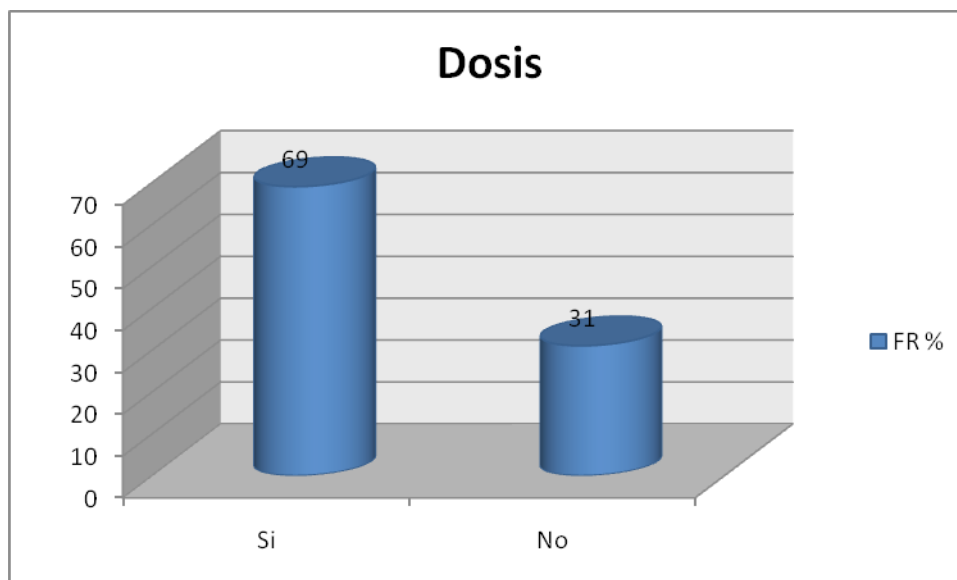
Fármaco	FA	FR %
Si	106	98
No	2	2
Total	108	100%

Fuente: Observación de los registros de Enfermería en las historias clínicas pertenecientes al archivo médico del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela y Sanatorio Círculo Católico de Obreros del Uruguay.



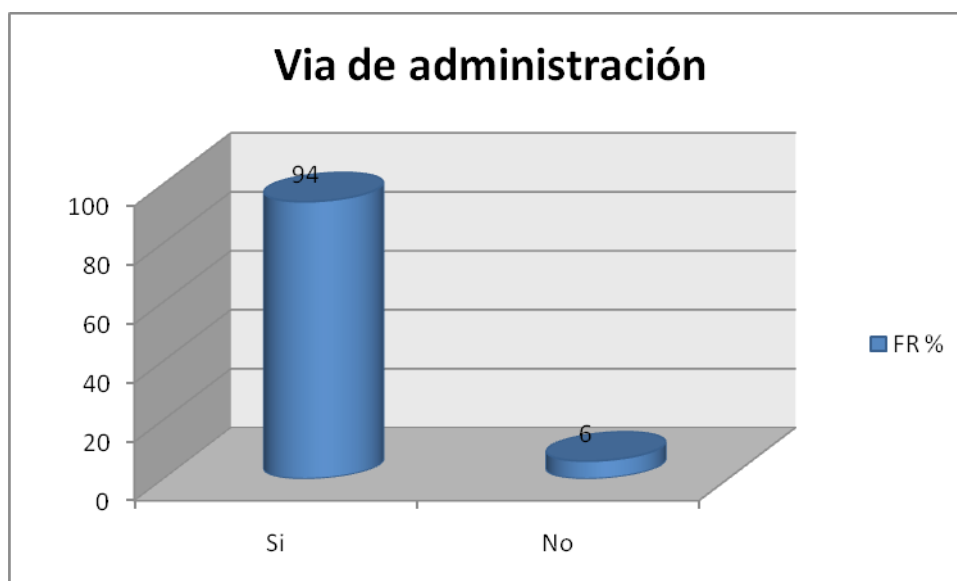
Dosis	FA	FR %
Si	75	69
No	33	31
Total	108	100%

Fuente: Observación de los registros de Enfermería en las historias clínicas pertenecientes al archivo médico del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela y Sanatorio Círculo Católico de Obreros del Uruguay.



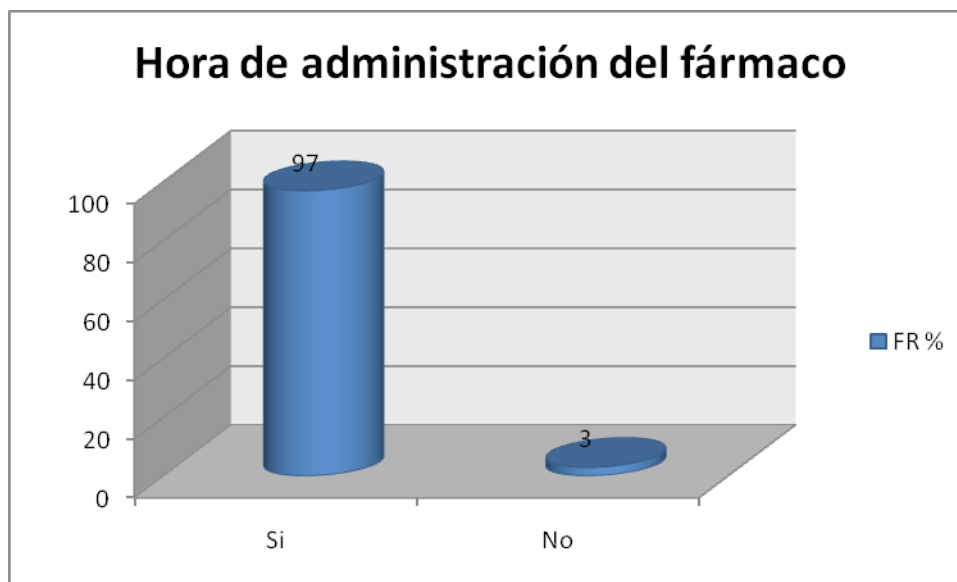
Vía de adm	FA	FR %
Si	102	94
No	6	6
Total	108	100%

Fuente: Observación de los registros de Enfermería en las historias clínicas pertenecientes al archivo médico del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela y Sanatorio Círculo Católico de Obreros del Uruguay.



Hora de adm	FA	FR %
Si	105	97
No	3	3
Total	108	100%

Fuente: Observación de los registros de Enfermería en las historias clínicas pertenecientes al archivo médico del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela y Sanatorio Círculo Católico de Obreros del Uruguay.



ANALISIS

En el período comprendido entre junio-julio del corriente año se lograron observar 108 historias clínicas utilizando la planilla de recolección de datos conteniendo diferentes variables con el fin de analizar las características de los registros en la historia clínica por parte del personal de Enfermería. Dichas historias clínicas se encontraban presentes en los archivos médicos del Hospital de Clínicas y el Sanatorio Círculo Católico correspondientes al 10% del total de los usuarios adultos hospitalizados en el mes de marzo del 2010.

A partir de la tabulación de los datos podemos observar que el *nombre completo del usuario* en el encabezado de cada hoja de la historia clínica se encuentra presente un 55% de manera completa, un 34% de manera incompleta y no se encuentra presente en un 11% del total de historias clínicas observadas. El nombre completo es uno de los requisitos fundamentales al momento de registrar ya que la falta del mismo favorece posibles errores. Cabe destacar que se observaron historias clínicas que en ninguna de sus hojas presentaba el nombre del usuario al que se le brindó asistencia, solamente era identificable en la carpeta perteneciente al archivo médico. Resulta impactante la

frecuencia de historia clínicas observadas que presentaron errores en la escritura del nombre del usuario ya sea por la ausencia del mismo o por registrarlo de manera incompleta o con faltas de ortografía.

El *número de registro* es aquel adjudicado a cada usuario de manera cronológica en cada institución, con respecto a la presencia del mismo en las hojas de la historia clínica hallamos que se encuentra presente con una frecuencia de 58% y no se encuentra dicho número un 42% de las veces. Este dato resulta relevante ya que es un número único para cada usuario, su presencia permite evitar el error en el registro si se encuentran hospitalizados dos usuarios con el mismo nombre, además facilita el archivado de la historia y la recopilación estadística de datos donde la identidad de la persona no puede ser revelada. En este caso consideramos elevada la frecuencia de historias clínicas en las que no se encontraba el número de registro en el encabezado de cada hoja.

Sobre la *ubicación* del usuario durante su internación se observa que el 47% de las historias clínicas presentan registrado el piso, sala y cama donde se encontraba el usuario, un 53% de las veces no se halló dicho registro. Conocer la ubicación espacial del usuario que recibe la asistencia es esencial porque permite saber el lugar de su internación, el personal que desempeña allí sus tareas y la especialidad de dicha área. Con respecto a los datos que fueron obtenidos podemos decir que la frecuencia de existencia de dicho dato no es elevada.

Las hojas de indicaciones de las instituciones donde los datos fueron recabados presentan un formato preestablecido con una sección especial para completar el nombre completo del usuario, el número de registro y el lugar de internación (piso, sala y cama).

Resultan impactantes las dificultades que se hallaron en los registros del personal de enfermería para completar estos datos ya que su llenado forma parte del formato de cada hoja.

El *orden de compaginación* de la historia clínica es diferente y propio de cada institución, pudimos observar que el 67% se encuentra de acuerdo a lo establecido, y el restante 33% no cumple con dicho orden.

Cabe destacar que el compaginado de la historia clínica es realizado por el personal de Archivo Médico una vez que ésta ingresa al servicio. Si bien cuando la historia clínica se encuentra en el área de internación, ésta tarea es responsabilidad del personal de

Enfermería. Al recabar los datos se detectaron hojas de la historia clínica que presentaban leucoplasto cubriendo el encabezado original y escribiendo sobre éste el título de la hoja que le correspondería.

La correcta compaginación de la historia clínica es útil para el personal de salud y sección de estadística que utiliza la misma ya que facilita su manejo y el acceso rápido a la información que se pretende hallar.

Consideramos que el porcentaje de las historias clínicas que presentan el orden establecido es elevado, sin embargo el mismo debería ser aún mayor, dado que una vez que la historia ingresa al archivo medico cuenta con personal dedicado a esta tarea.

Con respecto a la *objetividad* de los registros hallamos que el 98% de los mismos son objetivos, y el 2% no cumplen con dicha característica. Encontramos positivo esta frecuencia elevada, debido a que la historia clínica como documento legal no debe presentar juicios de valor subjetivos.

El 91% de las historias clínicas observadas presentan *escritura legible* y el restante 9% carecen de dicha condición. Consideramos que el porcentaje obtenido es favorable, siendo este dato relevante ya que el equipo de salud que asiste al usuario es interdisciplinario, por lo que la misma debe permitir el acceso a su contenido de manera clara a todo el personal de salud involucrado, permitiendo la mejora de la calidad en la asistencia.

Con respecto a la *ortografía*, no se encuentran faltas de ortografía en el 97% de las historias clínicas observadas, el restante 3% presenta errores ortográficos en los registros. Realizar el registro en la historia clínica con ortografía correcta, de manera que el mismo sea claro y legible es imprescindible a la hora de evitar errores de comprensión e interpretación por parte del personal que utiliza dicho documento. A su vez es necesario escribir los registros en la historia clínica utilizando un lenguaje técnico propio de la profesión y los mismos deben permitir su lectura. La frecuencia hallada de registros ortográficamente correctos es elevada, siendo esto algo muy positivo.

Los registros escritos con *tinta negra o azul* presentan una frecuencia de 81%, mientras el 19% se encuentran escritos con tinta roja y/o resaltadores de diferentes colores. Éstos correspondían a información del usuario donde se pretendía destacar su importancia.

El uso de *corrector* en los registros se observa reiteradamente, con un total de 76% de las de las historias clínicas examinadas y el 24% no presenta el mismo. La elevada presencia de registros con corrector es un dato llamativo, ya que su uso no está permitido en documentos legales, siendo esta información lo suficientemente difundida para evitar este hecho. La normativa para el correcto llenado de la historia clínica establece corregir los errores tachando solamente con una línea y anotar al lado “error” con firma del personal de enfermería responsable. Esta manera permite identificar el error escrito y el personal responsable, evitando su ocultamiento.

La historia clínica como documento médico- legal debe evitar escrituras que permitan interpretaciones erróneas para todo aquel que consulte la misma.

Con respecto al registro de la *fecha* encontramos que se halla presente en el 97% de las historias clínicas, y el restante 3% no la presenta. Su presencia permite establecer un orden cronológico en el proceso asistencial del usuario de manera de poder observar diagnósticos, tratamiento y evolución acorde a la información obtenida en cada momento y de esta manera justificar la labor del equipo de salud. Por estas razones la colocación de la fecha en cada hoja de la historia clínica resulta imprescindible al momento de brindar la asistencia al usuario, por lo que consideramos que si bien es un porcentaje alto las que la presentan, no es el valor óptimo.

En lo que refiere al *turno* el 51% de las historias lo tiene presente encabezando el registro al comienzo de cada guardia de enfermería, mientras que el 49% no lo presenta. Resulta impactante que prácticamente la mitad de las historias clínicas observadas no presentan dicho registro ya que el turno establece el orden en que van sucediéndose o alternándose las personas para realizar una actividad, facilitando la tarea en el caso de buscar o verificar si se cumplió con las indicaciones médicas o cómo ha evolucionado el paciente.

En cuanto al registro de la *hora* observamos que se halla presente en el 100% del total de historias clínicas, siendo este un porcentaje óptimo. La existencia de dicho dato es fundamental, ya que la misma permite plasmar el momento exacto evidenciando si la actuación de enfermería fue oportuna.

Destacamos como positivo que el 100% de las historias clínicas observadas presenta la *firma* del funcionario responsable luego de cada registro. A pesar que dicho dato es un

requisito obligatorio, muchas veces resulta ilegible, por esta razón el *número de funcionario* debe estar presente de manera adjunta a la firma. El mismo se adjudica a cada uno de los funcionarios de la institución permitiendo identificar fácilmente a la persona responsable. Más de la mitad de las historias clínicas no presentan dicho número, correspondiéndose al 65% y el 35% restante si lo contienen. Cabe destacar que se esperaba encontrar este dato con una frecuencia mayor, correspondiéndose con el valor obtenido al registro de la firma ya que ambos datos son un requisito obligatorio.

Al recolectar los datos de las historias clínicas destacamos que en la gran mayoría no se encontraba junto a la firma el cargo del personal responsable, no pudiéndose diferenciar si el registro correspondía a un Auxiliar de Enfermería o a un Licenciado de Enfermería.

La *valoración de enfermería* es una recolección de datos para valorar los patrones funcionales de salud del individuo de manera integral. Se debe obtener información suficiente que permita plasmar con la mayor precisión posible la situación de salud real que pretendemos atender. Para considerar en esta investigación una valoración completa la misma debe tener al menos tres de los sistemas afectados del usuario detallados exhaustivamente.

En las historias clínicas observadas se encuentra presente de manera completa en un 53% de los casos, un 43% de forma incompleta y un 4% no presenta valoración. A pesar que el porcentaje de historias clínicas que presentan valoración ya sea realizada de manera completa o incompleta es alto, no colmó con nuestras expectativas ya que la presencia de la misma es fundamental sin importar el cargo que desempeña cada funcionario, sea Auxiliar o Licenciado de Enfermería. Ésta nos detalla la situación y el estado en que se encuentra el usuario permitiendo brindar una atención planificada e individualizada actuando a partir de los problemas detectados.

En cuanto a los *diagnósticos de enfermería* se encuentran presentes en un 4% de las historias clínicas, mientras que el 96% no los presentan. Los diagnósticos de enfermería son un enunciado que describe un tipo específico de problema o respuesta que la enfermera identifica. Son un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales. En los diagnósticos de enfermería se debe relacionar el problema a una causa. Destacamos que únicamente el 4% de las historias clínicas observadas presentan diagnósticos de enfermería, la mayoría de los

mismos fueron realizados por Internas de Enfermería, siendo éstas las que especificaban el cargo adjunto a la firma. De los diagnósticos de enfermería se desprenden las intervenciones y el plan de cuidados que se realizara a partir de un problema detectado en la valoración.

Sobre la *intervención de enfermería* el 23% de las historias lo presentan de forma completa, el 76% incompleta y un 1% no lo presenta. La intervención de enfermería es la fase en la que se llevan a cabo las actividades programadas. Para considerarla completa cada acción realizada debe estar descrita de forma exhaustiva. La mayoría se consideran incompletas ya que se limitan a registrar los controles de signos vitales y la administración de medicación, no desprendiéndose las mismas de un diagnóstico de enfermería.

Con respecto a la *evaluación* obtuvimos que el 4% presenta la misma de forma completa, un 3% de forma incompleta y el 93% no presenta evaluación. En la misma se determina como ha funcionado el plan de cuidados de enfermería. Para que se considere completa la evaluación se debe describir si se cumplieron los objetivos planteados y la respuesta del usuario a las intervenciones realizadas. A pesar que la frecuencia hallada de las historias clínicas que no presentan evaluación es alarmante, dicho valor se corresponde con el porcentaje detallado anteriormente sobre los registros de los diagnósticos de enfermería.

En lo que refiere a la administración de medicación, se considera completo un registro al detallar el nombre del fármaco, dosis del mismo, vía de administración y hora de administrado.

La presencia del *fármaco* figura en el 98% de los registros observados, y el 2% restante no. Siendo dicho valor favorable, ya que evidencia parte del accionar de enfermería en lo que respecta a indicaciones médicas cumplidas. Es de destacar que el 2% mencionado corresponde a usuarios con internaciones cortas, que no presentaron indicación de administración de fármacos.

Con respecto a la *dosis* del fármaco administrado se observa que aparece su registro en el 61% de las historias clínicas, y el 39% restante no lo especifica. Dentro de la frecuencia que no presenta la dosis, encontramos que la mayoría de los registros se basan en especificar la cantidad de comprimidos que se administran, no detallando la

dosis exacta; pudiendo generar confusión ya que los medicamentos se presentan diferentes composiciones en función a los laboratorios.

En cuanto a la *vía de administración* de medicamentos encontramos que el 94% de las historias clínicas observadas la presentan, mientras que el 6% restante no. Si bien encontramos un alto porcentaje que presenta especificada la vía de administración, consideramos que el 6% que no lo presenta no es un dato menor, ya que la administración de medicación es una tarea inherente a enfermería, quedando incompleta la acción.

La *hora* de administración del fármaco se encuentra en el 97% de los registros observados, y el 3% no lo presenta. El hecho de especificar la hora es un dato importante, ya que es un respaldo para el personal de enfermería al momento de administrar la medicación.

CONCLUSIONES

El registro en la historia clínica forma parte del accionar diario de todo el personal de enfermería, es una tarea inherente a la profesión ya que gracias a ella se planifican las actividades, se plasman las intervenciones realizadas y se evalúa la condición del usuario a partir de los cuidados brindados, permitiendo de esta manera evidenciar el proceso de salud-enfermedad del mismo. Los registros realizados de manera correcta, acorde a normas preestablecidas facilita el accionar diario de los profesionales de la salud que se ven involucrados en la atención del usuario. La posible incomprensión de lo registrado, su incorrecto orden o la existencia de incoherencias en la historia clínica pueden ocasionar errores en la atención, pudiendo llegar a infringir un daño al usuario y es responsabilidad de enfermería procurar que ello no ocurra.

Registros de enfermería completos, detallados y acordes a las normas favorecen al resto del equipo sanitario ya que proporcionan mayores herramientas a la hora de tomar decisiones y brindar asistencia integral.

Es un deber no sólo moral sino ético-legal el correcto registro en la historia clínica por ello consideramos tan importante su cumplimiento. Es un acto que compete a todo profesional de la salud y poseer el conocimiento de las normas vigentes para su correcto llenado es responsabilidad de cada persona que se ve involucrada con dicho acto. La historia clínica es un documento medico-legal y como tal se encuentra regido

por la normativa actual, constituyendo la omisión de las reglas en el correcto llenado una irresponsabilidad mayor con su correspondiente penalización ante la ley.

Una frase común que se escucha al ingresar en una institución referente al tema es “Lo que no está escrito no está hecho” la cual cobra mayor importancia a la hora de evaluar aquello que se desea plasmar en la historia clínica, y la mayor descripción de los hechos ocurridos, escritos con letra clara, legible constituye un respaldo ante la ley.

Puede ocurrir que la falta de conocimiento y/o información influya en el correcto llenado de la historia clínica pero ante la ley nos compete registrar de manera acorde a normativa estatal y propia de la institución y poseer el conocimiento para ello. Es real que en la institución donde nos formamos este tipo de información resulta accesible, y una vez que ingresamos al ámbito laboral en servicios sanitarios también podemos acceder a dicha información.

Con respecto a los objetivos propuestos consideramos que los mismos se lograron cumplir satisfactoriamente.

A partir de la revisión bibliográfica se obtuvo la información necesaria para conocer las normas básicas para la elaboración de los registros de Enfermería, basadas en García Ramírez, Navío y Morganizo (España 2007). De las mismas establecimos las variables correctas que nos permitieron evaluar si los registros cumplen con los estándares de calidad.

Mediante el análisis de los datos recolectados podemos concluir que, a grandes rasgos, el personal de enfermería presenta dificultades a la hora de realizar los registros de manera que cumplan con los estándares de calidad.

Únicamente dos de las variables evaluadas presentaron una frecuencia del 100% de cumplimiento, siendo éstas la firma de funcionario responsable y el registro de la hora en que se realiza el accionar de enfermería (exceptuando la hora de administración de medicamentos, ya que esta fue considerada como otra variable diferente).

En lo que respecta a las variables relacionadas al proceso de atención de enfermería obtuvimos que las mismas no alcanzaron los valores deseados. Hacemos hincapié en las variables de valoración, diagnósticos, intervenciones de enfermería y evaluación, ya que

el método científico es la base del accionar del profesional de enfermería y como tal debería encontrarse plasmado en los registros de las historias clínicas.

Sobre el resto de las variables analizadas concluimos que el cumplimiento de las normas para el correcto llenado de la historia clínica se halla presente con frecuencias elevadas aunque no logran alcanzar valores óptimos.

Finalmente podemos concluir que la calidad de la atención es un requisito fundamental orientado a otorgar seguridad a los usuarios, minimizando los riesgos en la prestación de servicios; lo cual cobra mayor relevancia teniendo en cuenta los cambios del Sistema Nacional Integrado de Salud que se han producido en nuestro país.

Uno de los pilares fundamentales de la calidad de atención es el cumplimiento de las normas del correcto llenado en las historias clínicas ya que mediante esto se puede evaluar la calidad de atención brindada a los usuarios.

Consideramos que la realización de este trabajo de investigación fue enriquecedora para nuestra formación como futuros profesionales de la salud. Esperamos que el mismo constituya un aporte en esta área de estudio, pudiendo contribuir como punto de partida para futuras investigaciones.

SUGERENCIAS

Una forma útil de organizar y plasmar en la historia clínica cada una de las etapas del proceso de atención de enfermería es identificar las necesidades, problemas e intereses de los usuarios, según un modelo de cuidados de enfermería, sugerimos que el más acorde a esta tarea el de las necesidades básicas de Virginia Henderson.

Al realizar el análisis de los datos obtenidos nos surgió la interrogante sobre los motivos del por qué no se alcanza con los valores deseados del 100% en el cumplimiento de los estándares de calidad en los registros del personal de enfermería en la historia clínica, pudiendo ser este el punto de partida de futuras investigaciones.

Otra sugerencia propuesta para favorecer el cumplimiento del correcto llenado de la historia clínica es brindar educación actualizada al personal de enfermería durante su formación académica y dentro del ámbito laboral sobre la normativa vigente de la misma.

BIBLIOGRAFÍA

- Adriasola G. La confidencialidad de la auditoria médica. Durazno: Jornadas de Ética Médica y Medicina Legal; 2006.
- Ariza C, Daza de Caballero R. Calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado en un hospital de tercer nivel en Bogotá. Bogotá: [s.n.]; 2005.
- Berro Rovira G. El Derecho a la intimidad, la protección de los datos personales en medicina y el secreto médico. 3 Congreso Latinoamericano de Derecho Médico. Murcia; 2003.
- Berro Rovira G, D'attole A, Lucas Olivera H. La peritación y otros medios probatorios. En IX Jornadas de Derecho Procesal. Montevideo: Udelar; 1997. p. 195-207
- Cabrera A. Manual de estándares e indicadores para la acreditación de servicios de enfermería. Montevideo: INDE; 2000.
- Cisneros F G. Introducción a los modelos y teorías de enfermería. Universidad del Cauca. Programa de Enfermería. Popayan; 2002.
- Cuesta Gómez A, Ruiz Moreno, Gutiérrez Marti. La calidad de la asistencia hospitalaria. [s.l.]: Doyma; 1986.
- Decreto N° 396. Poder Ejecutivo. Artículos 1 y 3. Montevideo; 2003.
- Donabedian A. La investigación sobre la calidad de la atención médica. México: Salud Pública; 1986.
- Donabedian A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. México: Salud pública; 1990.
- García Cabrera H, Hidalgo Jara R., Vigo Obando I, Escobedo Palza S. Estándares de calidad para el primer nivel de atención en salud. Lima: MSP; 2002.

- García García M A , Hernández Hernández V, Ranz González R, Montero Arroyo R. Principios de ética y legislación quirúrgica. Valencia: DAE; 2005.
- García Ramírez A, Navío M, Morganizo L. Normas básicas para la elaboración de los Registros de Enfermería. Madrid: [s.n.]; 2007.
- Hernández. Sampieri R. Metodología de la investigación. México: Interamericana; 1996.
- Instituto Uruguayo de normas técnicas. Gestión de la calidad y sistemas integrados (UNIT-ISO 9000:2000).
- Ley 59 de Firma electrónica. Artículo 14. España: Parlamento Europeo; 2003.
- Mason E J. Normas de calidad de enfermería. 2ª ed. Barcelona: Doyma; 1988.
- Martínez Ques A. Aspectos legales y prácticos de los registros de enfermería Revista Gallega de Actualidad Sanitaria. 3 (1) 2004. p. 54-59.
- Organización Panamericana de la salud. Guía para escribir un protocolo de investigación. Programa de subvenciones para la investigación. Washington: OPS; [s.d.].
- [http/ www.medicoscubanos.com/diccionario_medico](http://www.medicoscubanos.com/diccionario_medico)
- http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_gest_serv_sanit_4.htm
- http://www.ama-med.org.ar/peritos_articulos1.asp?id=102
- <http://es.wikipedia.org/wiki>
- Pineda E, Hernandez F, Alvarado E. Metodología de la investigación. Washintong: OPS; 1994.
- Plan de estudios INDE, 1993
- Proyecto de ley título VI de los derechos de privacidad. Comisión de Salud Pública y Asistencia Social Carpeta N° 3932 de 2004. Repartido N° 1648. Cámara de senadores. Montevideo: Cámara de Senadores; 2004.

- Romero de San Pío M. J. Registros de enfermería. Revista ROL Enfermería. 31 (9) 2008. p. 580-582. Madrid: Salleras Sanmartí; 1988
- Zawadzki Z, B. Auditoria Medica. Montevideo; 2002
- Zawadzki Z. Curso Introducción a la Ética Médica. Historia Clínica: Herramienta fundamental para las Auditorias. Montevideo: FEMI; 2009.

ANEXOS

