

III CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales al paciente como derecho del ciudadano"

EL USO DE MEDIOS INFORMÁTICOS EN EL PROCESO ENFERMERO COMO HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS INTEGRALES AL PACIENTE

Autor principal ALVARO ALONSO FLORES

CoAutor 1 MIRYAM ALONSO FLORES

CoAutor 2

Área Temática Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales en el Área Médica

Palabras clave ATENCIÓN DE ENFERMERÍA INFORMÁTICA APLICADA A LA ENFERMERÍA PLANIFICACIÓN DE ATENCIÓN AL PACIENTE REGISTROS DE

» Resumen

El proceso de atención de enfermería se basa en la aplicación del método científico para proporcionar unos cuidados personalizados a los usuarios de los servicios sanitarios (individuo, familia y/o comunidad) permitiendo su participación activa en los mismos. El registro de las actividades que realizan los profesionales de enfermería es una parte importante de la historia clínica. Estos registros se han realizado históricamente en papel, sin embargo, en los últimos años están siendo sustituidos en muchas instituciones por formatos electrónicos. En el presente trabajo se pretende exponer los principales beneficios y desventajas que han tenido sobre la atención enfermera y los usuarios el uso de estos registros informatizados.

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

El acto de proporcionar cuidados es tan antiguo como el ser humano, entendiéndose estos como la ayuda que unos ofrecían a otros para realizar actividades habituales que no eran capaces de realizar por sí mismos. Sin embargo, no se dan los primeros pasos para dotar a la disciplina enfermera de un carácter científico hasta la segunda mitad del siglo XIX, con la aparición de F. Nightingale.

En la actualidad, el proceso de atención de enfermería sigue un método lógico, racional y sistemático que persigue que los profesionales de enfermería presten unos cuidados de calidad basándose en el método científico.

El proceso de atención de enfermería se divide en cinco etapas que están interrelacionadas entre sí:

1. Valoración: en esta etapa trataremos de recoger, organizar y analizar toda la información relevante de la persona y su entorno para determinar su estado de salud real y sentido y sus capacidades y respuestas ante la situación. La información la podremos obtener tanto de fuentes primarias (usuario, familia, historia clínica, etc.) como de fuentes secundarias (textos de referencia, publicaciones científicas, etc.). Atendiendo al modelo enfermero empleado, los sistemas de valoración más habituales en nuestro medio son el de Necesidades Básicas de V. Henderson y el de Patrones Funcionales de M. Gordon.
2. Diagnóstico: es la fase en la que se emite un juicio clínico sobre los problemas de cuidados reales o potenciales detectados en la fase de valoración. La North American Nurses Diagnosis (NANDA) define los diagnósticos enfermeros como los juicios sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad a sus problemas de salud reales o potenciales y a procesos vitales que proporcionan las bases para la selección de las intervenciones y el logro de objetivos, para los que la enfermera es la responsable. Abordan y definen situaciones y problemas derivados de las respuestas humanas que son susceptibles de ser tratados por los profesionales a través de intervenciones enfermeras. Constan de 5 apartados: título o etiqueta diagnóstica, definición, características definitorias, factores etiológicos, concurrentes o de riesgo y un código numérico único de 5 cifras para cada diagnóstico. Se pueden clasificar en diagnósticos reales, diagnósticos de riesgo o potenciales, diagnósticos de salud o de bienestar y diagnósticos posibles.
3. Planificación: en esta etapa marcaremos unos objetivos que queremos alcanzar con nuestro plan de cuidados y seleccionaremos las intervenciones enfermeras que debemos desarrollar para alcanzarlos. Para ello usaremos la Taxonomía NOC (Nursing Outcomes Classification), que es la clasificación estandarizada para medir los resultados del proceso de atención de enfermería tras haber realizado las intervenciones oportunas. Tienen 3 niveles de abstracción: 7 dominios, 31 clases y 385 resultados.
4. Ejecución: en esta fase el profesional de enfermería realiza las intervenciones que considera más eficaces para lograr los objetivos que programó en la fase de planificación y que, en función de su grado de autonomía, se pueden clasificar en independientes, colaborativas o administrativas. Para desarrollar una intervención, deberá seleccionar y llevar a cabo una serie de actividades concretas y específicas. Las intervenciones se organizan siguiendo la Taxonomía NIC (Nursing Interventions Classification). Existen más de quinientas y constan de un código numérico único, una denominación, una definición, una serie de actividades y una bibliografía de referencia.
5. Evaluación: Es un proceso continuo que se lleva a cabo a lo largo de todo el proceso de atención de enfermería. Se puede hablar de evaluación inicial (presenta el estado de partida de la persona), evaluación continua o procesal (se hace un control de la evolución del paciente y se decide si persistir con las intervenciones iniciadas o modificarlas) y evaluación final (se pone de manifiesto la efectividad o no del plan ejecutado).

Durante todo el proceso, los registros de enfermería han demostrado ser útiles tanto para mejorar la calidad de los cuidados que se prestan a los usuarios como para el desarrollo científico de la profesión, siendo la única manera de dejar constancia de que se ha seguido el método científico en la prestación de los cuidados de enfermería.

En España, los registros están regulados por el artículo 15 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; y el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

Tradicionalmente, la historia clínica de los pacientes se ha realizado en formato papel, sin embargo, con los avances tecnológicos que se han ido produciendo en las últimas décadas, estos documentos en papel están siendo reemplazados en muchas instituciones por otros en formato informatizado.

Según los defensores de este método, el cambio a formato digital nos permite realizar un registro de las actividades que llevamos a cabo durante

nuestra jornada laboral de una forma más ágil, invirtiendo menos tiempo y facilitando su consulta. Ayuda a transmitir la información tanto al resto del personal de enfermería como a otros profesionales que componen el equipo interdisciplinar, así como a profesionales de otros niveles asistenciales. Además, podría aumentar la seguridad y la calidad de la atención ya que suelen disponer de guías y alarmas que nos pueden avisar de omisiones y/o errores en las actividades que llevamos a cabo.

El uso de los sistemas informáticos nos permite la estandarización y unificación de criterios en los registros, esto se consigue usando un leguaje común a toda la profesión, mediante las taxonomías NANDA, NOC y NIC (NNN), facilitando el uso de los datos en ellos contenidos para realizar estudios de investigación o análisis estadísticos de los mismos.

Los registros de enfermería informatizados permiten elaborar planes de cuidados personalizados para cada usuario, asignándose a cada enfermo una enfermera referente de sus cuidados.

El proceso a seguir es el mismo que el que se venía haciendo de antes de la introducción de estos medios tecnológicos. El profesional referente realiza una valoración inicial del paciente que tiene a su cargo para, a continuación, proceder a seleccionar los diagnósticos de enfermería y aplicar un plan de cuidados personalizado para resolver los problemas de cuidados detectados. Diariamente, la aplicación informática ofrece a los profesionales, tanto enfermeras como auxiliares, una agenda con las actividades que deben llevar a cabo durante su jornada laboral. Cuando el paciente recibe el alta clínica, la aplicación nos permite emitir un informe de continuidad de cuidados para coordinar la atención de enfermería entre la atención especializada y el centro de atención primaria del usuario.

Entre los principales inconvenientes que se observan para la implantación de los métodos informatizados, se encuentran:

La resistencia al cambio. Se da fundamentalmente por 3 causas: falta de información, sensación de incapacidad para llevarlo a cabo y la falta de implicación o motivación para hacerlo.

Escasez de medios técnicos. En muchas ocasiones en los complejos sanitarios no se dispone de una dotación suficiente de ordenadores para que varios profesionales realicen sus registros de manera simultánea.

Tiempo empleado para realizar los registros. Aunque la digitalización de la información facilite su consulta y análisis, el tiempo que se emplea en realizar los registros con papel y bolígrafo suele ser menor que el que hay que dedicar para mecanografiarlo.

Información a pie de cama. Con el método tradicional de los registros en papel se puede registrar y consultar la información en la misma habitación del paciente. Por ejemplo, cuando ingresa un paciente disponemos de unos cuestionarios estructurados para realizar la valoración inicial junto al paciente. Con los medios informatizados, se requieren dispositivos tipo PDA para poder hacerlo, pero en la mayoría de las ocasiones no se cuenta con estos, por lo que el profesional deberá memorizar todos los datos que obtiene de la entrevista para poder registrarlos posteriormente o seguir haciendo anotaciones en papel que deberá volcar al sistema informático a posteriori.

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

La institución debe ofrecer suficiente información y formación a los enfermeros sobre las nuevas aplicaciones informáticas, desarrollar cursos que los capacite para manejarla, hacerles sentir que son capaces de hacerlo y motivarles remarcando los beneficios que puede tener tanto sobre los cuidados del paciente como sobre la calidad de los registros.

Del mismo modo, se debe dotar de los medios técnicos necesarios para llevar estos registros a efecto. En ocasiones no se trata tanto de una falta de recursos como de una mala distribución y gestión de los mismos.

Respecto al tiempo empleado para cumplimentar los registros, si bien es cierto que al principio hay que dedicar más tiempo para realizarlos, pueden ser mucho más completos y exhaustivos que los realizados de forma tradicional, incluyendo toda una serie de actividades que se suponía que se realizaban pero de las que en la práctica no había constancia escrita. Como es lógico, con la experiencia y el uso diario, el tiempo para realizar los registros de manera informatizada se acorta significativamente.

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

Para iniciar el proceso de informatización de los registros de enfermería es imprescindible la aceptación de los profesionales y su implicación con el mismo. Es por ello que los gestores deben hacer un gran esfuerzo para concienciar a los enfermeros sobre la importancia de adoptar el nuevo método y asegurar un correcto adiestramiento para que estén formados y se sientan seguros utilizándolo. Igualmente, deben garantizar unas nociones sobre la aplicación al personal de nueva incorporación, que puede desconocer por completo como usarlo.

Otra cuestión importante radica en que la elevada carga asistencial que soportamos puede hacer que en ocasiones sea difícil poder llevar a cabo unos registros de calidad sin que ello suponga una disminución del tiempo que dedicamos al cuidado del paciente. Sin embargo, no podemos olvidar que los registros de enfermería son la única prueba documental del trabajo realizado.

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

Los enfermeros deben implicar en los cuidados de una manera activa tanto al paciente como a la familia. El personal de enfermería, tanto al realizar la valoración inicial como el seguimiento del paciente, debe primar la participación del mismo y su familia como sujetos activos de sus cuidados.

El paciente debe ser consciente de los problemas que su enfermera ha identificado, los objetivos de salud que se han planteado y las medidas que se están llevando a la práctica o se van a desarrollar para intentar solventarlos, de este modo, puede participar en la toma de decisiones y desempeñar un papel principal en la misma.

» Propuestas de líneas de investigación.

Aunque el uso de los medios digitales al principio puede suponer un gran esfuerzo para los profesionales en cuanto al adiestramiento y adaptación a los mismos, pensamos que a la larga puede suponer una herramienta de gran utilidad y que los beneficios que se obtienen posteriormente en el trabajo diario compensan ese esfuerzo inicial.

La bibliografía consultada nos confirma que el uso de medios informatizados para realizar los registros facilita su consulta, registro, envío a otras entidades asistenciales y el análisis de esta información, de modo que nos da la posibilidad de realizar estudios clínicos y epidemiológicos que provoquen una mejora de la calidad de la asistencia que proporcionamos.

Algunos de los estudios analizados afirman que el uso de medios informáticos o de los tradicionales no proporciona ninguna diferencia en la calidad de la atención ofrecida ni en la solución a los problemas detectados en los pacientes.

No se ha detectado ningún estudio que afirme que la informatización de los registros de enfermería perjudique la calidad de la atención enfermera ni la de los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

Alfaro Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero. Guía práctica. 3ª ed. Madrid: Mosby/Doyma. 1996.

Carpenito L. Planes de cuidados y documentación en enfermería. Madrid: McGraw-Hill Interamericana. 1999.

Currell R.; Urquhart C. Sistemas de registro de enfermería: efectos sobre la práctica de la enfermería y resultados en la asistencia sanitaria (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update->

software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Última consulta el 10 de abril de 2012.

Medina-Valverde MJ et al. Estudio evaluativo sobre una herramienta informática de gestión enfermera en el periodo 2005-2010. *Enferm Clin.* 2012.

Méndez Calixto et al. La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica.* 2001.

Ortega Vargas C.; Suárez Vázquez M.G. Manual de evaluación de la calidad del servicio de Enfermería. Estrategias para su aplicación, 2ª ed. Editorial Médica Panamericana. 2009.

Poletti R. Cuidados de Enfermería. Tendencias y Conceptos Actuales. Barcelona: Rol. 1980.

Ruiz Hontangas A. Calidad en los registros de enfermería. Conferencia web. <http://www.fac.org.ar/ccvc/llave/c028/ruizhont.php>. Última consulta el 10 de abril de 2012.

Tejero Álvarez M. Documentación clínica y archivo. Díaz de Santos. 2003.