

Evaluación de la comunicación para mejorar la calidad de la atención en salud en pediatría: estudio descriptivo

Avaliação da comunicação para melhoria da qualidade da assistência à saúde em pediatria: estudo descritivo

Assessment of communication to improve health care quality in pediatrics: a descriptive study

Francisca Raquel Monteiro de Melo¹

ORCID: 0000-0002-2773-3189

Bruna Vilar Soares da Silva¹

ORCID: 0000-0002-4199-238X

Evelin Beatriz Bezerra de Melo¹

ORCID: 0000-0003-1822-8022

Joyce Karolayne dos Santos
Dantas¹

ORCID: 0000-0002-5259-8556

Sara Cristina Matias de Araújo¹

ORCID: 0000-0002-1564-3063

Naryllenne Maciel de Araújo¹

ORCID: 0000-0003-4776-9282

Rodrigo Assis Neves Dantas¹

ORCID: 0000-0002-9309-2092

Daniele Vieira Dantas¹

ORCID: 0000-0003-0307-2424

1 Universidad Federal de Rio Grande do
Norte, RN, Brasil

Editores:

Ana Carla Dantas Cavalcanti

ORCID: 0000-0003-3531-4694

Paula Vanessa Peclat Flores

ORCID: 0000-0002-9726-5229

Liliane Faria da Silva

ORCID: 0000-0002-9125-1053

Autor correspondiente:

Daniele Vieira Dantas

E-mail: daniele00@hotmail.com

Sumisión: 19/10/2021

Aprobado: 13/06/2022

RESUMEN

Objetivo: evaluar la calidad de la comunicación escrita del equipo multidisciplinario en una Unidad de Ventilación Mecánica de un hospital pediátrico público. **Método:** investigación descriptiva cuantitativa realizada en un Hospital Pediátrico Público en cuatro etapas: identificación y priorización de un problema de calidad; análisis de las causas del problema; desarrollo de criterios para evaluar el nivel de calidad; evaluación del nivel de calidad. **Resultados:** el 75,0% de los incumplimientos de los criterios están relacionados con el registro de fecha y hora y el uso de la historia clínica electrónica que hacen los enfermeros, médicos y técnicos en enfermería. Los fisioterapeutas presentaron un 32,3% de incumplimiento en la identificación de los profesionales, los médicos un 8,3%, los enfermeros un 68,3% y los técnicos en enfermería un 86,7%. **Conclusión:** se observó que faltaba la fecha y hora en los registros que realizaron los médicos y enfermeros, baja adherencia de los médicos en la evolución nocturna de la historia clínica electrónica y limitado acceso y uso de este sistema por parte del equipo de enfermería.

Descriptor: Pediatría; Comunicación; Historia Clínica; Calidad de la Atención en Salud; Seguridad del Paciente.

RESUMO

Objetivo: avaliar a qualidade da comunicação escrita da equipe multiprofissional em uma Unidade de Dependentes de Ventilação Mecânica de um hospital público pediátrico. **Métodos:** pesquisa descritiva quantitativa, num Hospital Público Pediátrico, em quatro etapas: identificação e priorização de um problema de qualidade; análise das causas do problema; desenvolvimento de critérios para avaliar o nível de qualidade; avaliação do nível de qualidade. **Resultados:** 75,0% dos não cumprimentos de critérios são sobre registro da data e hora e a utilização do prontuário eletrônico pelos enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem. Os fisioterapeutas apresentaram 32,3% de descumprimento na identificação dos profissionais, os médicos tiveram 8,3%, os enfermeiros 68,3% e os técnicos de enfermagem 86,7%. **Conclusões:** foi observado ausência da data e hora nos registros dos médicos e da enfermagem, baixa adesão dos médicos na evolução noturna no prontuário eletrônico, e limitação no acesso e utilização desse sistema pela equipe de enfermagem.

Descriptor: Pediatría; Comunicação; Prontuários; Qualidade da Assistência à Saúde; Segurança do Paciente.

ABSTRACT

Objective: to assess the quality of the written communication of the multiprofessional team in a Unit for Mechanical Ventilation Dependents at a public pediatric hospital.

Methods: a quantitative and descriptive research study conducted at a Public Pediatric Hospital, in four stages, namely: identification and prioritization of a quality problem; analysis of the causes of the problem; development of criteria to evaluate the quality level; and assessment of the quality level. **Results:** 75.0% of the cases of criterion non-compliance are related to date and time recording and to use of electronic medical charts by nurses, physicians and nursing technicians. Physiotherapists presented 32.3% non-compliance in identification of the professionals; among the physicians, the percentage was 8.3%; in the nurses, 68.3%; and in the nursing technicians, 86.7%. **Conclusions:** absence of date and time in the physicians' and Nursing records was observed, as well as low adherence by the physicians to night evolution in electronic medical charts, and limited access and use of this system by the Nursing team.

Keywords: Pediatrics; Communication; Medical Charts; Health Care Quality; Patient Safety.

INTRODUCCIÓN

El factor humano asociado al mayor número de perjuicios en los servicios de salud son las fallas en los procesos de comunicación. Se considera un proceso complejo que involucra varios componentes y varios equipos asistenciales, la falla en el proceso de comunicación está relacionada con las prescripciones u órdenes verbales. Los estudios muestran que el 39% de las reacciones adversas a los medicamentos se debe a errores en las prescripciones⁽¹⁾.

La mejora de la comunicación efectiva, propuesta como la segunda meta internacional para la Seguridad del Paciente (SP), es la única de las seis metas que aún no cuenta con un protocolo nacional disponible para guiar a los servicios de salud, convirtiéndola en un mayor desafío⁽¹⁾.

Sobre este tema, entre 2014 y 2015, un estudio analizó los eventos adversos en un servicio de salud pediátrica en México e identificó que la falta de comunicación entre los profesionales de la salud era uno de los principales factores desencadenantes de esos eventos⁽²⁾. Además, una investigación realizada en un centro obstétrico del sur de Brasil que analizó la cultura de la SP, determinó que la comunicación era la principal falencia, y ratificó la importancia de realizar los registros correctamente para brindar una atención segura⁽³⁾.

Una revisión de la literatura, que señala la evidencia que existe sobre la atención segura para pacientes pediátricos, indica que la calidad de los registros de los profesionales en las historias clínicas electrónicas de los pacientes y la falta de comunicación efectiva entre profesional-paciente-familia son factores que contribuyen a que ocurra gran parte de los incidentes. Por ende, fortalecer y evaluar la comunicación del equipo genera beneficios para una atención segura⁽⁴⁾.

Esto, a su vez, permite que haya un registro unificado de los profesionales sobre el paciente, por lo que la comunicación escrita es una importante herramienta para la prevención de incidentes⁽⁵⁾. Por consiguiente, se reafirma que la comunicación escrita en las unidades neonatales y pediátricas es fundamental debido a la complejidad que tiene la atención que se le brinda a estos pacientes, más aún cuando este público presenta Condiciones Crónicas Complejas (CCC)^(4,6).

Por lo tanto, la búsqueda por mejorar la calidad de los servicios de salud, combinada con los

avances tecnológicos y científicos, promueve la creación de herramientas que contribuyen a la SP en la atención pediátrica y neonatal⁽⁴⁾. Desde esta perspectiva, la comunicación eficiente del equipo optimiza la atención del traslado de estos pacientes del ámbito hospitalario al ámbito domiciliario, dado que la evaluación multiprofesional de los casos permite determinar el momento del alta hospitalaria segura para los pacientes crónicos, reduciendo la ocupación de camas críticas y aumentando el confort del paciente y las relaciones entre padres e hijos⁽⁶⁾. También hubo un cambio en el escenario epidemiológico de la atención pediátrica en Brasil, con la presencia de un conjunto de CCC que afecta a niños que ocupan camas en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y salas de pediatría⁽⁶⁾. Por otro lado, en Rio Grande do Norte, se ha observado que los pacientes pediátricos con CCC aún enfrentan grandes dificultades para lograr el pasaje de la atención del ambiente hospitalario al ambiente domiciliario⁽⁵⁾.

La integración de todos estos factores es necesaria para que haya un consenso sobre cómo proceder con dichos pacientes. La comunicación escrita del equipo multiprofesional es fundamental para la planificación de los cuidados necesarios para la deshospitalización y para la reducción del riesgo de incidentes de los pacientes con CCC, dados los largos períodos de hospitalización y la propia condición clínica del paciente⁽⁷⁾.

Por lo tanto, surge la necesidad de realizar un estudio para conocer la conformidad de una historia clínica "mixta" (parte electrónica y parte manuscrita) para garantizar la SP. Por ende, es importante determinar la calidad que tiene esa historia clínica, considerando que los criterios mencionados son relevantes para continuar con la atención, prevenir eventos adversos y promover la SP. Para los profesionales, la historia clínica tiene un carácter ético y legal porque es un registro del trabajo que realizaron y, para la institución, tiene un carácter financiero, debido a los costos que demanda su realización.

Además, el análisis realizado en este estudio también puede ser utilizado para orientar la implementación de intervenciones que propicien mejoras, según los resultados que se observen. Por último, este estudio tiene como objetivo evaluar la comunicación escrita del equipo multiprofesional de la Unidad de Ventilación Mecánica (UVM) de un hospital pediátrico.

MÉTODO

Diseño, período y lugar del estudio

Se trata de una investigación descriptiva cuantitativa transversal, realizada mediante la herramienta *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)*, entre diciembre de 2018 y febrero de 2021, en la UVM de un hospital pediátrico de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

Población y muestra, criterios de inclusión y exclusión

La muestra del estudio estuvo constituida por las historias clínicas de seis pacientes, con edades entre uno y 14 años. Estos registros fueron analizados durante un período de hospitalización equivalente en todos los casos. Se adoptó como criterio de inclusión las historias clínicas de los usuarios que estuvieron hospitalizados en la UVM, y el criterio de exclusión fue la muerte del paciente.

Protocolo del estudio

El estudio se desarrolló en cuatro etapas: 1ª) Identificación y priorización de un problema de calidad; 2ª) Análisis de las causas del problema; 3ª) Desarrollo de criterios para evaluar el nivel de calidad; 4ª) Evaluación del nivel de calidad.

1ª Etapa: Identificación y priorización de un problema de calidad - a través de la Técnica del Grupo Nominal y la Técnica de la Matriz de Priorización. En diciembre de 2018 se realizaron dos encuentros con cinco profesionales que trabajan en la UVM. Los participantes fueron seleccionados aleatoriamente entre los que estaban presentes y los que aceptaron participar. La situación que eligió el grupo fue la comunicación del equipo multidisciplinario, considerando que, trabajando con ella, sería posible abarcar las limitaciones del trabajo en equipo, una de las principales barreras de la atención. Además, constituye una iniciativa para mejorar otros problemas, como los relacionados con la asistencia ventilatoria del paciente agudo.

2ª Etapa: Análisis de las causas del problema - para el análisis del problema, fue construido el Diagrama de Causa y Efecto y el análisis de las causas con el equipo asistencial (un enfermero, un fisioterapeuta, un médico, dos técnicos en enfermería) de la UVM en año 2019. La falta de una historia clínica única, incluso cuando se usa la historia clínica electrónica, resultó ser un factor de causa y efecto de la fragmentación de

la atención y la dificultad del trabajo colectivo. 3ª Etapa: Desarrollo de criterios para evaluar el nivel de calidad - la evaluación de la comunicación escrita se realizó a través de una revisión de la literatura que tenía objetivos similares, para evaluar tanto la objetividad y claridad de los registros, como el cumplimiento de los requisitos éticos mínimos, a saber: registro de la fecha y hora antes de cualquier anotación/evolución en la historia clínica⁽⁸⁻⁹⁾; correcta identificación profesional en cada registro⁽⁸⁻¹⁰⁾; adherencia a la prescripción electrónica de medicamentos, que evaluarán los puntos esenciales para la SP - uso de abreviaturas; nombres genéricos; presencia de decimales y ceros⁽¹¹⁾; y adhesión al uso de la historia clínica electrónica⁽¹¹⁾.

De esa manera, se crearon cuatro criterios, tres de los cuales fueron estratificados en las categorías enfermero, fisioterapeuta, médico y técnico en enfermería, como se muestra en la Figura 1. La elección de estos profesionales se debe a que conforman el equipo mínimo que brinda atención a los pacientes internados en el sector. El cuarto criterio también se estratificó, pero en componentes importantes para la evaluación de la calidad de la prescripción médica. De esta forma, obtuvimos cuatro criterios estratificados en cuatro subcriterios, 16 criterios en total.

4ª Etapa: Evaluación del nivel de calidad - la evaluación de la comunicación se realizó en enero de 2021, con el análisis de las historias clínicas relativas al período de hospitalización de junio de 2020, mediante una selección aleatoria del sector de archivo de historias clínicas del hospital. Por lo tanto, luego de aplicar los criterios de elegibilidad se obtuvo un total de seis historias clínicas que cumplían los criterios de inclusión y exclusión.

Análisis de resultados y estadísticas

La unidad de análisis adoptada fue el número de días de hospitalización por usuario y, en los seis pacientes, se evaluó el mismo período de tiempo de registro en todas las historias clínicas elegibles, ya que cada paciente tuvo una estadía diferente. Por ende, para el análisis del cumplimiento de los criterios del estudio se consideraron los primeros 10 días de hospitalización. Luego, se analizaron 300 registros en las historias clínicas, de los cuales: 60 eran evoluciones del enfermero, 60 evoluciones del fisioterapeuta, 60 evoluciones médicas, 60 anotaciones del técnico en enfermería y 60 prescripciones de medicamentos. Los datos se presentan mediante estadística descriptiva (Tabla 1) y el Gráfico de Pareto.

CRITERIO	EXCEPCIÓN	ACLARACIÓN
1. Fecha y hora en todos los registros realizados en la historia clínica del paciente.	A pesar de que el registro es automático, los profesionales pueden registrar la hora en que ocurrió un determinado evento, por ejemplo.	La Resolución del Consejo Federal de Medicina (CFM) n.º 1638/2002 determina que todos los registros en la historia clínica del paciente deben tener fecha y hora(8). La Guía de Recomendaciones sobre registros de enfermería reafirma las directrices del CFM(9). Sólo se considerará cumplimiento los registros que contengan la fecha y hora, en todos los turnos.
1.1 Por el médico.		
1.2 Por el fisioterapeuta.		
1.3 Por el enfermero.		
1.4 Por el técnico en enfermería.		
2. Identificación del registro realizado con la firma del profesional y sello con nombre legible y número de registro en el consejo profesional respectivo.		Éticamente, todos los consejos profesionales exigen la correcta identificación en la historia clínica del paciente (Resoluciones: CFM N.º 2217/2018(8); Consejo Federal de Enfermería N.º 514/2016(9); Consejo Federal de Fisioterapia y Terapia Ocupacional N.º 414/2012 (10)). Solo se considerará cumplimiento los registros con firma y sello, en todos los turnos.
2.1 Por el médico.		
2.2 Por el fisioterapeuta.		
2.3 Por el enfermero.		
2.4 Por el técnico en enfermería.		
3. Prescripción de medicamentos en la historia clínica electrónica.	Excepto las prescripciones de medicamentos de urgencias y emergencias, que pueden ser manuscritas.	La prescripción en la historia clínica electrónica garantiza la legibilidad del texto, y la estandarización de la prescripción facilita la interpretación del equipo para distribuir, preparar y administrar el medicamento(11).
3.1 Prescripción sin abreviaturas y símbolos no estandarizados.	Las vías de administración y las unidades decimales están estandarizadas.	El uso de abreviaturas y símbolos estandarizados reduce el riesgo de falla en el proceso de medicación(11).
3.2 Prescripción con inclusión de dosis y uso de decimales y ceros.		Los pacientes pediátricos requieren dosis de medicación proporcionales a su peso y edad, por lo que las dosis deben tener decimales y ceros para evitar errores de medicación(11).
3.3 Prescripción con nombre genérico de los medicamentos.		Los medicamentos prescritos en el hospital están estandarizados en el sistema de la historia clínica electrónica. Esto genera que haya una estandarización en la comunicación, minimizando los riesgos de errores de medicación.
4. Evolución en la historia clínica electrónica, en los turnos diurno y nocturno.		Como el servicio cuenta con historias clínicas tanto electrónicas como manuscritas, el objetivo es conocer cómo se conforma esta historia clínica en dos modalidades. Sólo se considerará que hay cumplimiento si la evolución se realiza en la historia clínica electrónica en todos los turnos analizados.
4.1 Por el médico.		En los turnos diurno y nocturno.
4.2 Por el fisioterapeuta.		En los turnos matutino y vespertino.
4.3 Por el enfermero.		En los turnos diurno y nocturno.
4.4 Por el técnico en enfermería.		En los turnos matutino, vespertino y nocturno.

Figura 1 - Criterios para evaluar la calidad de la comunicación escrita de la UVM del HPMF. Natal, RN, Brasil, 2021

Fuente: Elaborado por los autores, 2021.

Aspectos éticos

El estudio fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario Onofre Lopes (HUOL). CAAE: 19679119.0.0000.5292.

RESULTADOS

Los datos de la investigación están organizados a partir del cumplimiento de los criterios en la muestra de 60 días de hospitalización de los seis pacientes de la UVM y, en la Figura 2, se exponen las frecuencias de esos cumplimientos.

Los datos sobre el incumplimiento de los criterios analizados en las historias clínicas también se plasmaron en el Diagrama de Pareto (Figura 2), luego de calcular las frecuencias relativas, absolutas y acumuladas. Este gráfico, expone con mayor claridad los criterios en los que hay una mayor concentración de incumplimiento y, por ende, aquellos que necesitan intervenciones, por lo que se consideran "pocos vitales". La letra C (criterio) representa los criterios, los números el contenido del criterio (1 - registro de fecha y

hora, 2 - identificación profesional en el registro, 3 - prescripción médica, 4 - adhesión a la historia clínica electrónica), las letras iniciales de los profesionales los criterios estratificados (E - enfermero, F - fisioterapeuta, M - médico, TE - técnico en enfermería).

En el Gráfico 2 se puede ver que hay un 75,0% de incumplimiento en seis criterios estratificados por categoría profesional, que corresponden a dos criterios generales. Estos criterios considerados "pocos vitales" concentran la mayor parte de los problemas de la muestra. La mitad de los "pocos vitales" están relacionados con el Criterio 1 - "Fecha y hora en todos los registros realizados en la historia clínica del paciente" por profesionales de enfermería, médicos y técnicos en enfermería. Y la otra mitad está relacionada con el Criterio 4 - "Evolución de la historia clínica electrónica, turnos diurno y nocturno" por parte de enfermeros, médicos y técnicos en enfermería.

Con respecto a las categorías profesionales, los resultados fueron similares entre ellas en cuanto al incumplimiento. El registro de los profesiona-

Tabla 1 - Cumplimiento de los criterios de evaluación de la calidad de la comunicación escrita de la UVM del HPMF. Natal, RN, Brasil, 2021 (n=60)

CRITERIOS	FRECUENCIA DE CUMPLIMIENTO		
	n	%	
CRITERIO 1	1.1 Por el enfermero.	0	0,0
	1.2 Por el fisioterapeuta.	60	100,0
	1.3 Por el médico.	5	8,3
	1.4 Por el técnico en enfermería.	5	8,3
CRITERIO 2	2.1 Por el enfermero.	19	31,7
	2.2 Por el fisioterapeuta.	40	66,7
	2.3 Por el médico.	55	91,7
	2.4 Por el técnico en enfermería.	8	13,3
CRITERIO 3		60	100,0
3.1 Prescripción sin abreviaturas, símbolos no estándar.		60	100,0
3.2 Prescripción con inclusión de dosis y uso de decimales y ceros.		60	100,0
3.3 Prescripción con nombre genérico de los medicamentos.		60	100,0
CRITERIO 4	4.1 Por el enfermero.	0	0,0
	4.2 Por el fisioterapeuta.	60	100,0
	4.3 Por el médico.	5	8,3
	4.4 Por el técnico en enfermería.	0	0,0

Fuente: Elaborado por los autores, 2021.

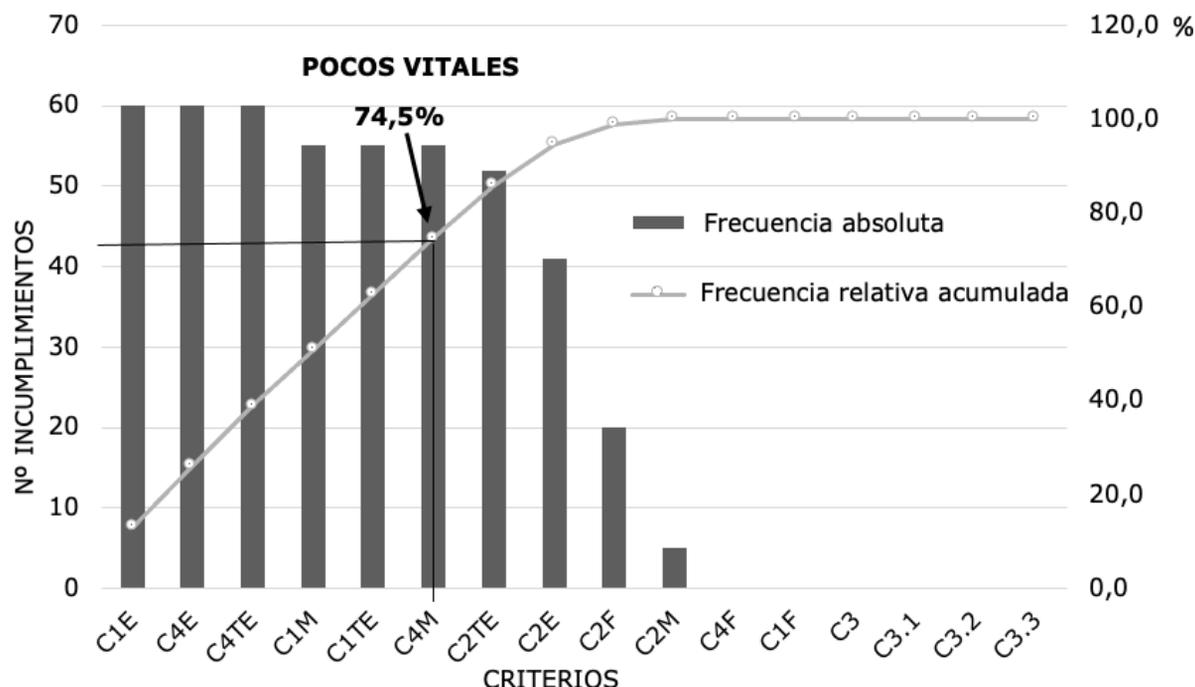


Figura 2 - Diagrama de Pareto que muestra las frecuencias absolutas, relativas y acumuladas de incumplimiento de los criterios para evaluar la calidad de la comunicación escrita de la UVM del HPMA. Natal, RN, Brasil, 2021 (n=60)

Fuente: Elaboración de los autores, 2021.

Nota: C1E: Fecha y hora del registro realizado por el enfermero; C1F: Fecha y hora del registro realizado por el fisioterapeuta; C1M: Fecha y hora del registro realizado por el médico; C1TE: Fecha y hora del registro realizado por el técnico en enfermería; C2E: Identificación del registro realizado por el enfermero con firma y sello con nombre legible y número de registro en el consejo profesional; C2F: Identificación del registro del fisioterapeuta con firma y sello con nombre legible y número de registro en el consejo profesional; C2M: Identificación del registro del médico con firma y sello con nombre legible y número de registro en el consejo profesional; C2TE: Identificación del registro del técnico en enfermería con firma y sello con nombre legible y número de registro en el consejo profesional; C3: Prescripción de medicamentos en la historia clínica electrónica; C3.1: Prescripción sin abreviaturas, símbolos no estándar; C3.2: Prescripción con inclusión de dosis y uso de decimales y ceros; C3.3: Prescripción con el nombre genérico de los medicamentos; C4E: Evolución del enfermero, en los turnos diurno y nocturno; C4F: Evolución del fisioterapeuta, en los turnos matutino y vespertino; C4M: Evolución del médico, turnos diurno y nocturno; C4TE: Anotaciones del técnico en enfermería, en los turnos matutino, vespertino y nocturno.

les médicos, tuvo mayor desempeño en el turno diurno en historias clínicas electrónicas, mientras que en el turno nocturno el registro se realizó en historias clínicas físicas y sin registro horario. Por lo tanto, los resultados finales fueron similares para esas tres categorías profesionales.

Dichas categorías profesionales presentaron resultados muy similares en cuanto al incumplimiento, pero esto se debe a que el cumplimiento del criterio debe realizarse durante el día y durante la noche para ser contabilizado como cumplimiento. En el caso de las historias clínicas, la mayoría de los registros se realizó durante el turno diurno en historias clínicas electrónicas, mientras que, en el turno nocturno, además de haber sido realizado a mano, no se registró la

hora. Por lo tanto, dado que el cumplimiento fue parcial, los resultados finales fueron similares para esas tres categorías profesionales.

DISCUSIÓN

El registro de la fecha y hora (Criterio 1) en cada anotación o evolución registrada en la historia clínica es fundamental para comprender los hechos y la evolución del paciente, además de ser un apoyo para el equipo que asiste al paciente^(9,12). Este fallo de horario en el registro indica que hay una falencia y puede exponer al paciente a posibles repeticiones de conductas y a una mala interpretación de la evolución⁽⁸⁾. A pesar de que las evoluciones fueron registradas en la historia clínica electrónica, el registro de los cambios

genera dudas porque aparecen en más de un día y no aclaran, para quien lee la historia clínica, el momento en que se realizó.

Sin embargo, es común encontrar en la historia clínica física registros que mencionan el turno (07:00-13:00 o 19:00-07:00) pero que no especifican el horario, como en un estudio que analizó hospitales públicos de Rio Grande del Norte⁽⁵⁾. En ese patrón de registro, no se le da importancia al registro de los cambios según el momento en el que ocurrieron⁽¹²⁾.

Pero, es importante conocer el intervalo de tiempo entre la atención brindada y los cambios que presenta el paciente. Esto se observó más en el registro físico, principalmente en el turno nocturno en los registros de los profesionales médicos que no incluyeron el horario en el que brindaron la atención.

El criterio 2, fundamental desde el punto de vista ético y obligatorio según los consejos profesionales, presentó incumplimiento significativo en las historias clínicas de la UVM, principalmente por parte del equipo de enfermería, al igual que en otros estudios analizados^(5,12).

La identificación de los profesionales de enfermería aún presenta fallas en los registros de sus actividades, tiene poca adherencia de los profesionales, lo que puede estar relacionado con la desvalorización de esta herramienta y la sobrecarga de trabajo o mecanización del registro, en el que se repite el mismo patrón sin tomar en cuenta la atención y los cambios, generando riesgos para la continuidad de la atención y favoreciendo eventos adversos⁽¹²⁾.

En esta investigación, a diferencia de los enfermeros, los profesionales médicos y fisioterapeutas mostraron mayor adherencia a la identificación profesional estandarizada por los respectivos consejos⁽¹²⁾. La formación, actuación de los consejos y cuestiones culturales de valoración profesional pueden influir en esa adhesión. En el Criterio 3, en la evaluación de la prescripción médica, hubo un 100% de cumplimiento de los subcriterios. Con respecto a este tema, una revisión de la literatura sobre errores de medicación identificó que la receta electrónica es una herramienta importante para la reducción de las no conformidades en las prescripciones, que puede tener limitaciones por la necesidad de recursos y limitaciones de uso en situaciones de emergencia⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Un estudio sobre el análisis de las no conformidades en las prescripciones de un hospital reveló que con la implementación de la receta

electrónica estas fallas se redujeron un 78,5%⁽¹⁴⁾. Considerando que el hospital estudiado en esta investigación ya implementó la receta electrónica hace muchos años, se puede considerar que ha habido cambios en la atención debido al uso de la historia clínica, dado que la implementación de formularios electrónicos corrobora la sistematización de la atención⁽⁴⁾.

Hay otros puntos que también favorecen este comportamiento. El primero es que no haya rotación de pacientes, lo que facilita la existencia de datos prefijados en la historia clínica, como la prescripción que se puede sólo ajustar, y favorecen la continuidad de la atención de los pacientes crónicos.

Otro punto es el registro de nombres de medicamentos y abreviaturas y siglas estandarizadas, eso favorece que el equipo del sector interprete la información y minimiza errores en la administración de medicamentos. Estos aspectos son puntos importantes de la historia clínica electrónica a los que la gerencia debe prestarles atención para proveerle herramientas estandarizadas al equipo de atención.

A pesar de que la historia clínica electrónica está disponible en la institución estudiada desde hace algunos años, el uso de la misma (Criterio 4) fue uno de los principales incumplimientos observados en la investigación. Esto puede estar relacionado con la transición de la historia clínica física a la electrónica, que está limitada por los equipos informáticos. Este tema debe ser abordado por el equipo y la dirección de la unidad, que debe proveer capacitación y material suficiente para llevar a cabo el servicio.

Dicha transición no es simple e involucra, además de la parte estructural, aspectos culturales relacionados con la organización de los procesos de trabajo, las competencias técnicas de los profesionales en informatización y la aceptación del equipo⁽¹⁵⁾.

El escenario de este estudio presenta, por lo tanto, una historia clínica "mixta", con un sistema de historia clínica electrónica, pero que aún coexiste con la impresión de documentos y formularios manuscritos. También hay una división entre los profesionales que utilizan la historia clínica electrónica (médicos y fisioterapeutas) y los que utilizan la historia clínica física (personal de enfermería). Esta división entre profesionales es clara y puede tener consecuencias para el cuidado de los pacientes con CCC, dado que la comunicación efectiva genera seguridad en la atención que se brinda, reduciendo eventos

adversos y resultados desfavorables^(4,7).

Este dato es preocupante porque el equipo de enfermería es la clave para fortalecer la comunicación entre los diferentes equipos, dado que brinda atención ininterrumpida a los pacientes y puede ser un enlace entre los distintos tipos de profesionales, y es importante que sus registros puedan ser leídos y evaluados de forma multiprofesional^(7,16). Por ende, dicha división en la comunicación puede dar lugar a graves fallas en el proceso de atención.

Sobre este tema, en un estudio realizado en un hospital universitario, se observó que una de las barreras para la implementación de la historia clínica electrónica es la obtención de recursos para su adquisición, además de la adhesión del equipo. Por lo tanto, dado que el hospital posee un sistema de historia clínica electrónica, es fundamental reducir la subutilización para mejorar la calidad de los registros⁽¹⁶⁾.

En esta investigación podemos ver que aproximadamente el 75% de los incumplimientos se concentran en los criterios generales de fecha y hora y evolución profesional. Estos criterios considerados "pocos vitales" son oportunidades importantes para mejorar, que la dirección puede abordar con los profesionales del sector, dado que concentran la mayor parte de los problemas en la muestra analizada.

Las categorías profesionales analizadas en este estudio mostraron resultados muy similares en cuanto al incumplimiento, pero esto se debe a que el cumplimiento del criterio debía darse durante el día y durante la noche para ser contabilizado como cumplimiento. Por ende, el incumplimiento podría ser menos frecuente si los profesionales adhirieran a la historia clínica electrónica.

Los registros de fecha y hora (Criterio 1) son automáticos cuando se realizan electrónicamente, por lo tanto, para ello sería necesario capacitar al equipo, contar con la infraestructura adecuada y que los profesionales presten atención al registrar la hora de los cambios durante el turno. La identificación del profesional en la historia clínica electrónica también es automática, lo que podría generar un mayor cumplimiento del Criterio 2. Estudios realizados para analizar las causas que conducen a fallas en los registros de las historias clínicas indican que las principales causas son la falta de atención e interés del profesional; sobrecarga de trabajo; falta de conocimiento sobre la legalidad de los registros; interferencia en la relación médico-paciente; el tiempo que lleva

realizar el registro en el sistema, que es más largo al principio y se reduce cuando se adapta e incorpora a la rutina de trabajo; y miedo y desconfianza del recurso tecnológico y la posible inestabilidad del recurso tecnológico^(4,7,16-17).

Como se hizo en estos estudios, diseñar el escenario y reconocer las limitaciones que afectan la adherencia al uso de la historia clínica electrónica son pautas fundamentales para diseñar las intervenciones necesarias para lograr una mejor adherencia a la historia clínica electrónica y las buenas prácticas en los registros. Es posible lograr la integración del equipo multiprofesional a través de herramientas de comunicación efectivas, además tiene consecuencias positivas para la calidad de los servicios y la seguridad del paciente, puede optimizar recursos y elaborar planes más resolutivos de atención al usuario⁽⁵⁾. Por lo tanto, es necesario elaborar planes terapéuticos para el niño con CCC, con el fin de responsabilizar a todos los profesionales involucrados en este proceso, para brindar la atención correspondiente y garantizar el análisis multidisciplinario, desarrollado con la mejora de la comunicación entre los profesionales^(7,12,16-17). Por ende, una estrategia importante sería invertir en mejorar la herramienta de comunicación escrita ya disponible, debido al impacto que puede tener en la vida de esos niños.

Los resultados también permiten una mayor integración del equipo, para lo cual es fundamental concientizar a los profesionales sobre importancia de la comunicación verbal y no verbal. En ese escenario, la realización del presente estudio contribuye considerablemente a mejorar la atención en salud, dado que reveló que es necesario crear y fortalecer una comunicación efectiva entre los profesionales, lo que, además, refuerza lo indispensable que es el trabajo del equipo de enfermería en este contexto.

CONCLUSIÓN

En la evaluación de la comunicación escrita del equipo multidisciplinario de la Unidad de Ventilación Mecánica del Hospital Pediátrico, se observaron algunas oportunidades de mejora, entre ellas: ausencia de fecha y hora en los registros de los médicos y del personal de enfermería; baja adherencia de los médicos en la evolución nocturna de la historia clínica electrónica; y limitación en el acceso y uso de este sistema por parte del equipo de enfermería.

En cuanto al cumplimiento de los criterios, hubo una excelente adherencia a la prescripción elec-

trônica. En este escenario, hay un sistema de historia clínica electrónica infrautilizado que tiene mucho que aportar a la integración del equipo, el intercambio de información y la mejora de la calidad de los registros. Por lo tanto, es importante que se realicen nuevos estudios para garantizar la implementación de intervenciones y

nuevas evaluaciones sobre la comunicación en lo que respecta a la historia clínica y a los criterios evaluados en este estudio.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Brasília (DF): Anvisa; 2017 [citado 2021 apr 20]. Disponible en: https://www.saude.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2017-09/2017-anvisa---caderno-1---assistencia-segura---uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica.pdf
2. Barrientos Sanchez J, Hernandez Zavala M, Zarate Grajales RA. Factors related to safety and quality of attention in hospitalized pediatric patients. *Enferm Univ*. 2019;16(1):52-62. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.1.592>
3. Pedroni VS, Gouveia HG, Vieira LB, Wegner W, Oliveira ACS, Santos MC, et al. Patient safety culture in the maternal-child area of a university hospital. *Rev Gaucha Enferm*. 2020;41:1-9. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190171>
4. Wegner W, Silva MUM, Peres MA, Bandeira LE, Frantz E, Botene DZA, et al. Patient safety in the care of hospitalised children: evidence for paediatric nursing. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(1). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.68020>
5. Alves KYA. Comunicação escrita dos profissionais de saúde em hospitais públicos do Rio Grande do Norte [disertación de maestría en la internet]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2017 [citado 2021 Feb 04]. Disponible en: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/24515/1/KisnaYasminAndradeAlves_TESE.pdf
6. Moreira MCN, Albernaz LV, Sá MRC, Correia RF, Tanabe RF. Guidelines for a line of care for children and adolescents with complex chronic health conditions. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(11):1-13. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00189516>
7. Biasibetti C, Hoffmann LM, Rodrigues FA, Wegner W, Rocha PK. Communication for patient safety in pediatric hospitalizations. *Rev Gaúch Enferm*. 2019;40(esp):1-9. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180337>
8. Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução Nº 2217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o código de ética médica [Internet]. Brasília (DF): CFM; 2002 [citado 2021 Feb 01]. Disponible en: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/48226289#wrapper
9. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução Nº 514, de 05 de maio de 2016. Guia de recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem [Internet]. Brasília (DF): COFEN; 2016 [citado 2021 Feb 01]. Disponible en: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/RESOLU%C3%87%C3%83O-COFEN-N%C2%BA-0514-2016-GUIA-DE-RECOMENDA%C3%87%C3%95ES-vers%C3%A3o-web.pdf>
10. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (BR). Resolução Nº 414/2012, de 23 de maio de 2012. Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro em prontuário pelo fisioterapeuta, da guarda e do seu descarte e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF): COFFITO; 2012 [citado 2021 Feb 01]. Disponible en: <http://www.crefito.com.br/repository/legislacao/resolu%C3%A7%C3%A3o%20414.pdf>

11. Gama ZAS, Saturno-Hernández PJ, Batista A, Barreto A, Lira B, Medeiros C, et al. Mensuração de boas práticas de segurança do paciente [Internet]. Natal: EDUFRN; 2018 [citado 2021 Feb 01]. 164 p. Disponible en: <https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/25874/1/Mensura%C3%A7%C3%A3o%20de%20boas%20pr%C3%A1ticas%20em%20seguran%C3%A7a%20do%20paciente.pdf>
12. Badaró RMMR. Segurança do paciente: avaliação da qualidade da assistência através dos registros em prontuários de pacientes. Rev UNILUS Ensino Pesqui [Internet]. 2019 [Cited 2021 Feb 23];16(43):62-73. Disponible en: <http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/1126/u2019v16n43e1126>
13. Paim RSP, Bellaver DC, Belmonte J, Azeredo JC. Erros de medicação e segurança do paciente: uma revisão integrativa da literatura. Rev G&S [Internet]. 2016 [citado 2021 Feb 04];7(3):1256-1270. Disponible en: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3660>
14. Souza AFFS, Silveira MM, Beloni Neto MR. Impacto da implantação da prescrição eletrônica nas não conformidades de prescrição em um hospital filantrópico de Presidente Prudente – SP. Colloq Vitae. 2017;9:118 -121. <https://doi.org/10.5747/cv.2017.v09.nesp.000307>
15. Santos BRP, Damian IPM. Analysis of information competency through the transition from paper-based to electronic medical records. Rev Cuba Inf Cienc Salud [Internet]. 2017 [citado 2021 Feb 04];28(4):1-13. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3776/377654835003.pdf>
16. Ribeiro MC, Dalaneze BS, Peruchi MPO, Cintra RB. Analysis of medical records of a university hospital in Mogi das Cruzes, São Paulo, Brazil. Rev Bioét. 2021;28(4):740-745. <https://doi.org/10.1590/1983-80422020284438>
17. Ghiglia MMC. Historia clínica electrónica: factores de resistencia para su uso por parte de los médicos. Rev méd Urug. 2020;36(2):122-143. <http://dx.doi.org/10.29193/rmu.36.2.6>

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Concepción del proyecto: Melo FRM, Silva BVS, Melo EBB, Dantas JKS, Araújo SCM, Dantas RAN, Dantas DV

Obtención de los datos: Melo FRM, Silva BVS, Melo EBB, Dantas JKS, Araújo SCM

Análisis e interpretación de los datos: Melo FRM, Melo EBB, Dantas JKS, Araújo SCM, Araújo NM, Dantas RAN, Dantas DV

Redacción textual y/o revisión crítica del contenido intelectual: Melo FRM, Melo EBB, Dantas JKS, Araújo SCM, Araújo NM

Aprobación final del texto a publicar: Melo FRM, Silva BVS, Araújo NM, Dantas RAN, Dantas DV

Responsabilidad por el contenido del texto, garantía de exactitud e integridad de cualquier parte de la obra: Melo FRM, Silva BVS, Melo EBB, Dantas JKS, Araújo SCM, Araújo NM, Dantas RAN, Dantas DV



Copyright © 2022 Online Brazilian Journal of Nursing

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License CC-BY, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. This license is recommended to maximize the dissemination and use of licensed materials.