

CALIDAD DEL REGISTRO ENFERMERO EN HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE TENERIFE

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Máster Universitario en Investigación, Gestión y Calidad en Cuidados para la Salud

Itinerario de Gestión Sanitaria

Facultad de Ciencias de la Salud. Sección de Enfermería y Fisioterapia

Universidad de La Laguna

Alumna: Keila González González

Tutora: María Mercedes Novo Muñoz

Cotutora: Natalia Rodríguez Novo

RESUMEN

La variabilidad existente a la hora de realizar los registros de enfermería en la historia clínica o de salud electrónica, constituye un riesgo para la continuidad asistencial y la seguridad del paciente. Los registros enfermeros se consideran un elemento efectivo para coordinar y proporcionar cuidados de alta calidad, al mismo tiempo que son una pieza clave para garantizar la continuidad asistencial. El proceso enfermero representa el eje metodológico fundamental de la actividad enfermera, y junto con los lenguajes enfermeros estandarizados, permiten mejorar la calidad de los cuidados que se proporcionan a los usuarios del sistema sanitario. Por tanto, resulta primordial unificar criterios, homogeneizar el sistema de registro y establecer el uso de un lenguaje enfermero estandarizado para avanzar en un proceso asistencial seguro y de calidad.

El objetivo principal es analizar la calidad del registro enfermero en la historia clínica electrónica Drago AP en los centros de salud pertenecientes a la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Para ello, se plantea un estudio descriptivo transversal y retrospectivo que se llevará a cabo mediante la auditoría de historias clínicas en la aplicación Drago AP, evaluando diferentes aspectos relacionados con la metodología enfermería y el manejo del lenguaje estandarizado NANDA-I, NOC, NIC. Además, se pasarán dos encuestas a los profesionales de enfermería para averiguar, por un lado, el nivel de formación que poseen sobre metodología enfermera y lenguajes estandarizados y, por otro lado, la opinión que tienen sobre su uso en la práctica asistencial. El análisis estadístico de los datos se realizará con la aplicación Microsoft Excel para un primer tratamiento y depurado y, posteriormente, se utilizará el programa IBM SPSS Statistics V26.

PALABRAS CLAVE

Registros de Enfermería, Registros Electrónicos de Salud, Atención Primaria de salud, Proceso de Enfermería, Calidad de la Atención de Salud, Seguridad del Paciente.

ABSTRACT

The variability in performing nursing records in medical or electronic history poses a risk to continuity of care and patient safety. Nurse records are considered an effective element in coordinating and providing high-quality care, while being a key part of ensuring continuity of care. The nursing process represents the fundamental methodological axis of the nurse's activity, and together with standardized nursing languages, they improve the quality of care provided to users of the healthcare system. Therefore, it is essential to unify the criteria, homogenize the registration system and establish the use of standardized nurse language to advance a safe and quality care process.

The main objective is to analyze the quality of nursing enrolment in the electronic medical history Drago AP in the health centers belonging to the Primary Care Management of Tenerife. To this end, it is proposed to carry out a cross-cutting and retrospective descriptive study through the audit of medical records in the Drago AP application, evaluating different aspects related to nursing methodology and standardized language management NANDA-I, NOC, NIC. In addition, two surveys will be transmitted to nursing professionals to understand, on the one hand, the level of training they have on nursing methodology and standardized languages and, on the other hand, their opinion on their use in the practice of care. Statistical analysis of the data will be performed with the Microsoft Excel application for first processing and refining, and then the IBM SPSS Statistics V26 program will be used.

KEYWORDS

Nursing Records, Electronic Health Records, Primary Health Care, Nursing Process, Quality of Health Care, Patient Safety.

ÍNDICE

	Página
1. Introducción	1
1.1. Antecedentes	1
1.2. Marco conceptual	5
1.2.1. Calidad en el sistema sanitario	5
1.2.2. Historia clínica electrónica	7
1.2.3. El proceso enfermero como base de la actividad enfermera	10
1.2.4. Lenguajes enfermeros	12
1.2.5. Calidad de los registros en relación con la seguridad del paciente	14
1.3. Justificación	16
1.4. Hipótesis	19
1.5. Objetivos	19
1.5.1. Objetivo general	19
1.5.2. Objetivos específicos	20
2. Metodología	21
2.1. Búsqueda bibliográfica	21
2.2. Diseño del estudio	21
2.3. Población, muestra y muestreo	22
2.3.1. Ámbito de estudio	22
2.3.2. Población de estudio	22
2.3.3. Muestra	23
2.3.4. Criterios de selección	24
2.3.5. Muestreo	25
2.4. Instrumentos para la recogida de datos	25
2.5. Variables	26
2.6. Plan de acción	27
2.6.1. Análisis estadístico	27
2.7. Posibles limitaciones del estudio	28
2.8. Consideraciones éticas	28
2.9. Logística	29
2.9.1. Presupuesto	29
2.9.2. Cronograma	29
3. Bibliografía	31
4. Anexos	37

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años, ha ido cobrando protagonismo la idea de adecuar la práctica asistencial de los profesionales de enfermería en función de determinados estándares de calidad, respaldados siempre por la evidencia científica. Los esfuerzos se centran cada vez más en analizar elementos cualitativos y no tanto cuantitativos. La variabilidad existente a la hora de realizar los registros en la historia de salud electrónica pone en riesgo la continuidad asistencial y por ende la seguridad del paciente. En este sentido, existe una necesidad creciente de establecer indicadores válidos y fiables que permitan medir, entre otros aspectos, la calidad del registro enfermero en la historia clínica en cualquiera de sus formatos, ya sea en soporte papel o electrónico. Con estas premisas, cabría plantear si la calidad de los registros enfermeros en la historia clínica de salud influye en la mejora de la continuidad asistencial y la seguridad del paciente.

1.1. ANTECEDENTES

El avance tecnológico, junto con la introducción de las tecnologías de la información y la comunicación (TICs) en el sector sanitario, constituye una pieza clave que permite a los profesionales de la salud ofrecer cuidados eficientes y sostenibles (1,2). En plena era digital, tanto usuarios como profesionales, disponen de una amplia variedad de sistemas y aplicaciones que facilitan el acceso a una información de calidad sobre la salud individual. En esta línea, el último Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS) publicado en el año 2010, incluye, entre sus 6 grandes áreas de actuación, la utilización de las tecnologías de la información en el SNS para mejorar la atención a los ciudadanos (3).

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 (4), explica 2 conceptos importantes para el uso y manejo de la información sanitaria. Por una parte, define documentación clínica como *“el soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial”*. Por otra parte, establece que la historia clínica es *“el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación*

y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial”. La historia clínica tiene como objetivo principal facilitar la asistencia sanitaria y debe permitir la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente (2,4).

En España, las comunidades autónomas, haciendo uso de sus competencias en materia de gestión sanitaria, han implantado diferentes modelos de historia clínica para el uso interno de sus respectivos centros (3). La transición del soporte tradicional en papel a la historia clínica o de salud electrónica (HCE), se ha llevado a cabo de forma paulatina y se ha ido instaurando de forma progresiva en los distintos territorios. Actualmente, todas las comunidades autónomas sin excepción ya disponen de HCE. En Canarias, y más concretamente en el área de salud de Tenerife, la informatización de la historia clínica en Atención Primaria comenzó en el año 2004 y finalizó en el año 2008 con la implantación del programa Drago AP (5).

Entre las principales desventajas que ofrece la historia clínica en formato papel destacan: la falta de uniformidad en los documentos, el desorden dentro de una misma historia clínica derivado de la utilización por múltiples profesionales, la ilegibilidad de la letra escrita a mano, la posibilidad de que el contenido pudiera alterarse, perderse o deteriorarse, así como la escasa confidencialidad (2). Gracias a la aparición de la HCE se ha conseguido resolver gran parte de estos problemas.

La HCE constituye un pilar fundamental dentro del sistema sanitario, además de ser una herramienta clave que ofrece accesibilidad y continuidad asistencial (1,2,6,7). Este hecho coincide con lo recogido en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (8), donde se establece que uno de los principios para ejercer las profesiones sanitarias es la continuidad asistencial de los pacientes, tanto cuando son atendidos por diferentes profesionales como entre distintos ámbitos asistenciales. La HCE es un instrumento de gran valor utilizado por diversos perfiles profesionales y con diferentes fines. Por un lado, constituye la herramienta básica de trabajo para los profesionales de la salud en la atención al paciente, familia y comunidad. Del mismo modo, es una fuente de información para la investigación clínico-epidemiológica y la enseñanza en Ciencias de la Salud. Asimismo, se presenta como una base de datos indispensable para auditorías cuyo fin sea evaluar indicadores de calidad asistencial. A nivel de gestión, resulta útil para la coordinación

entre diferentes niveles asistenciales y el análisis de procesos con el objetivo de mejorar la calidad de la asistencia prestada. Por otro lado, los usuarios del sistema sanitario tienen derecho de acceso a los datos básicos sobre su salud mediante un resumen de la historia clínica, asumiendo así un papel proactivo en la toma de decisiones relacionadas con la salud. Por último, a nivel legal, hacer especial énfasis en la HCE como fuente de información veraz que constata la atención prestada a los usuarios en un determinado momento. Al mismo tiempo, de acuerdo con la legislación vigente en materia de confidencialidad (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal), permite instaurar medidas de control y registro exhaustivo del acceso a las historias clínicas (2,6,9,10). Este salto cualitativo, añade funcionalidades que ofrecen efectividad, eficiencia y seguridad al proceso de atención.

De cara a la investigación, la utilización de la HCE ofrece grandes oportunidades para trabajar sobre multitud de aspectos cuantitativos que en ella se recogen. Sin embargo, el análisis de variables de tipo cualitativo resulta más complicado.

Varios autores coinciden en la falta de motivación de los profesionales sanitarios como uno de los factores fundamentales que influyen en la deficiente calidad del registro en las historias clínicas. También señalan obstáculos como la usabilidad de la herramienta informática, la cultura de no registro, la falta de entrenamiento o la falta de tiempo como consecuencia de la presión asistencial, todo esto unido a la falta de hábito en la metodología del control de calidad (9). La variabilidad en la calidad del registro genera incertidumbre en el cumplimiento de varios elementos fundamentales dentro de la atención sanitaria, como son: la trazabilidad de los cuidados, la continuidad asistencial y la seguridad del paciente. La historia clínica requiere criterios de unidad, integración y seguridad con el único fin de garantizar una asistencia adecuada al paciente.

En este punto, resulta de vital importancia incorporar ciertos criterios de normalización de la información con el fin de permitir, entre otros aspectos, la interoperabilidad entre todos los servicios de salud de las comunidades autónomas. De acuerdo con la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (11), es indispensable que la documentación clínica de los pacientes esté disponible en cualquier servicio público del territorio español, independientemente del

lugar donde requieran ser atendidos o donde se haya generado la información. Se debe garantizar, por tanto, la homogeneidad de los contenidos de la documentación clínica que facilite el intercambio de información entre diferentes sistemas al servicio de los ciudadanos. Para cumplir este objetivo, nace el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, el cual aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud (12). Establece, por ejemplo, que el conjunto de datos del informe de cuidados de enfermería debe contener: datos del documento, datos de la institución emisora, datos del paciente, datos del proceso asistencial como antecedentes y entorno, diagnósticos enfermeros resueltos, protocolos asistenciales en los que está incluido, diagnósticos enfermeros activos, resultados de enfermería, intervenciones de enfermería, además de un apartado para información complementaria u observaciones (12,13).

En cuanto a la idea de definir un conjunto mínimo básico de datos (CMBD) en Atención Primaria, es requisito indispensable que se garantice una visión global de la asistencia. Para ello, hay que tomar como punto de partida los atributos esenciales de la Atención Primaria como son la longitudinalidad, accesibilidad, coordinación e integralidad (14). Debe permitir la recogida de datos de forma homogénea para facilitar la trazabilidad en los cuidados y el análisis longitudinal de la atención a la población.

El proceso enfermero (PE), entendido como un proceso sistemático y organizado de resolución de problemas en base a un método clínico para proporcionar cuidados de enfermería, es considerado un instrumento que mejora la calidad de atención que se presta a los usuarios. Consta de 5 etapas (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación) a través de las cuales se efectúa un abordaje integral del individuo, familia o comunidad. Es, por tanto, un lenguaje universal que contribuye a la calidad y seguridad de la atención (15-17). Evidenciar el PE resulta crucial para garantizar documentación y decisiones clínicas de alta calidad con el objetivo de mejorar la atención y garantizar la seguridad del paciente (18).

Con la perspectiva de evaluación de calidad, las historias clínicas se convierten en un foco de análisis de gran interés para profesionales e instituciones sanitarias. En cuanto a la calidad de los registros enfermeros en la HCE, la literatura científica oferta variedad de herramientas con propiedades psicométricas válidas y fiables, aunque

aplicadas en su gran mayoría al ámbito hospitalario y las unidades de hospitalización. Una de ellas, es el instrumento Quality of Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes (Q-DIO) disponible en diferentes versiones y validado para varios idiomas. Se compone de cuatro dominios (dominio de diagnósticos de enfermería como proceso, dominio de diagnósticos de enfermería como producto, dominio de intervenciones de enfermería y dominio de resultados de enfermería) y un total de 29 preguntas (19,20). Otro ejemplo, es el instrumento D-Catch que mide los siguientes ítems: precisión de la estructura del registro (de acuerdo con el proceso de enfermería), evaluación de enfermería en la admisión del paciente, precisión del diagnóstico de enfermería, intervenciones y resultados y legibilidad de la documentación de enfermería (21).

En resumen, los registros de enfermería en la historia clínica, se consideran un elemento efectivo para coordinar y proporcionar cuidados de alta calidad. Se deben introducir herramientas validadas para investigar la calidad de los registros haciendo uso, por ejemplo, de las terminologías estandarizadas (22,23).

1.2. MARCO CONCEPTUAL

1.2.1. CALIDAD EN EL SISTEMA SANITARIO

Mejorar la calidad del proceso asistencial es una de las principales inquietudes en el Sistema Nacional de Salud (SNS). La preocupación por aumentar la calidad de la asistencia que se presta se posiciona como uno de los ejes centrales de cualquier sistema sanitario, siendo a su vez una pieza clave dentro de las organizaciones, con el fin de proporcionar una asistencia segura y orientada a la excelencia.

Haciendo un recorrido por la legislación española en relación con este tema, ya desde el año 1986, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (24), en el Título I que aborda aspectos relacionados con el sistema de salud, recoge entre una de las actuaciones sanitarias del sistema, el control y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en todos los niveles. Más adelante, en el Título III donde se habla de la estructura del sistema sanitario público, y más concretamente dentro de la parte que se

ocupa de la organización general del sistema sanitario público, establece como una de las características fundamentales del SNS *"la prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados"*. Por último, en el artículo 69, determina que la evaluación de la calidad de la asistencia prestada, deberá ser un proceso continuado que informará todas las actividades del personal de salud y de los servicios sanitarios del SNS.

En esta misma línea, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (11), nace con el objetivo de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el SNS. Habría que destacar 2 de los principios generales recogidos en esta ley. Por una parte, la prestación de los servicios a los usuarios del SNS debe llevarse a cabo en condiciones de igualdad efectiva y calidad, y, por otra parte, es necesaria la actualización permanente de conocimientos, orientada a mejorar la calidad del proceso asistencial y garantizar la seguridad del usuario.

Llegados a este punto, es necesario aclarar qué se entiende por calidad. Para ello, a continuación, se resumen algunas definiciones del término calidad aportadas por diferentes autores, organismos e instituciones:

- En 1980, Avedis Donabedian afirma que *"calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes"*. Destaca la continuidad y la coordinación de los cuidados como atributos de la atención determinantes para su calidad (15).
- La International Organization for Standardization (ISO) considera que calidad es el *"grado en el que un conjunto de características inherentes de un objeto cumple con los requisitos"* (25). Esta definición transmite 2 conceptos básicos: la calidad de la asistencia puede medirse y la calidad es el grado de cumplimiento de un objetivo previamente establecido.
- La Organización Mundial de la Salud (OMS) certifica que *"una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite"* (26).

- En concordancia, la Real Academia Española define el término calidad como la *“propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor”* o bien la *“adecuación de un producto o servicio a las características especificadas”* (27).

Por último, la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS, define calidad asistencial como el grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados en los individuos y la población, y son al mismo tiempo consistentes con el conocimiento científico actual. Al mismo tiempo, el sistema sanitario debe velar por mejorar las siguientes áreas de la calidad asistencial: efectividad, eficiencia, accesibilidad, aceptabilidad, equidad y seguridad (28).

A efectos de este estudio, se utilizarán para la evaluación de la calidad de los registros enfermeros una serie de indicadores y criterios que se especifican en el apartado de metodología.

1.2.2. HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

De acuerdo con 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 (4), se define la historia clínica como *“el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial”*. Aglutina los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente. Además, esta ley incluye otras definiciones legales que resultan de interés:

- Documentación clínica: *“el soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial”*.
- Paciente: *“la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud”*.
- Usuario: *“la persona que utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria”*.

Asimismo, en cuanto al contenido de la historia clínica, deberá incorporar la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Dentro del contenido mínimo de la historia clínica, se hace mención específica a la evolución y planificación de los cuidados de enfermería. El fin principal será facilitar la asistencia sanitaria, se deberá llevar a cabo con criterios de unidad e integración y el acceso podrá ser con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, investigación o docencia.

En la misma línea, la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (8), dentro de sus principios generales, añade que deberá existir formalización escrita del trabajo reflejado en la historia clínica que deberá ser común para cada centro y única para cada paciente que se atienda en él. Esta ley va un paso más allá y afirma lo siguiente: *"la historia clínica tenderá a ser soportada en medios electrónicos y a ser compartida entre profesionales, centros y niveles asistenciales"*.

Con el desarrollo de los sistemas de información, el formato de la historia clínica ha ido evolucionando y adaptándose a los nuevos requerimientos derivados del auge de las tecnologías de la información. En este sentido, en los últimos años, se ha ido sustituyendo la historia tradicional en formato papel por la historia clínica o de salud electrónica (HCE).

En Canarias, y más concretamente en el ámbito de Atención Primaria, se concluyó la implantación de la HCE en el año 2010. Drago AP es el nombre que recibe el sistema de gestión administrativa y clínica utilizado en la práctica asistencial. En el periodo comprendido entre los años 2011-2014 se finalizó la implantación de la HCE en Atención Especializada, tanto en hospitales como centros ambulatorios de especialidades. En este caso, el programa utilizado se conoce con las siglas Drago AE y está formado por estaciones clínicas donde se registra la información clínica de los pacientes y se consultan los datos y documentos que forman la historia clínica. Una vez implantada la HCE en el Servicio Canario de Salud (SCS), uno de los siguientes pasos se centró en conseguir el intercambio de información entre sistemas, aspecto complicado que hoy en día sigue en continua mejora (29).

A nivel estatal, desde el año 2006, se trabaja en el proyecto de la Historia Clínica Digital del SNS (HCDSNS). La HCDSNS tiene como finalidad garantizar, tanto a ciudadanos como profesionales sanitarios, el acceso a la documentación clínica más relevante para la atención sanitaria. Se podría definir como una especie de registro central que incluye toda aquella documentación clínica que se encuentre disponible en soporte electrónico y que haya sido generada en cualquier servicio de salud público del SNS. Sin embargo, el sistema no permite acceder a la totalidad del contenido de la historia clínica, sino a determinados documentos clínicos. Existen un total de 9 tipos de documentos que pueden ser consultados:

- Historia clínica resumida.
- Informe clínico de alta.
- Informe clínico de consulta externa.
- Informe clínico de urgencias.
- Informe clínico de atención primaria.
- Informe de cuidados de enfermería.
- Informe de resultados de pruebas de laboratorio.
- Informe de resultados de pruebas de imagen.
- Informe de resultados de otras pruebas diagnósticas.

Gracias a este proyecto, en la actualidad es posible consultar parte de la documentación clínica de los pacientes/usuarios del SNS, en caso de requerir atención sanitaria en sus desplazamientos por todo el territorio nacional, al mismo tiempo que permite a los ciudadanos acceder a sus datos de salud siempre que se cumplan unos requisitos mínimos de seguridad. El último informe disponible que refleja la situación actual del proyecto (abril 2020), muestra cómo la práctica totalidad de las comunidades autónomas españolas son tanto emisoras como receptoras de información, con excepción de Cataluña, que únicamente tiene el perfil de emisor, y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla que están pendientes de la reactivación de los servicios (30).

1.2.3. EL PROCESO ENFERMERO COMO BASE DE LA ACTIVIDAD ENFERMERA

El proceso enfermero (PE), representa el eje metodológico fundamental de la actividad enfermera para proporcionar cuidados seguros y de calidad. Se podría definir como *"un proceso de resolución de problemas que se adecua a un método clínico para la praxis enfermera"* (16). El PE cumple las siguientes características: es sistemático, dinámico, humanístico y centrado en los objetivos o resultados. Consta de 5 fases que se solapan e interrelacionan: valoración, diagnóstico, planificación, implementación y ejecución (31). En este sentido, la fase de valoración y diagnóstico forman el juicio diagnóstico, y las fases de planificación, implementación y evaluación forman el juicio terapéutico. A continuación, se resumen las ideas principales de cada una de las fases:

- Valoración. Consiste en recoger datos sobre el estado de salud de las personas para identificar los problemas de salud y las respuestas humanas que se originan. Es útil en la planificación de cuidados a las personas, familias o comunidades, y no necesariamente en situación de enfermedad. La recogida de datos se divide en los siguientes pasos: obtención de la información, validación y contrastación y organización de la información (16). Actualmente, el sistema de valoración más utilizado es el propuesto por Marjory Gordon mediante la valoración por Patrones Funcionales de Salud (PFS). Se compone de 11 áreas de valoración que recogen los siguientes aspectos: percepción-manejo de la salud, nutricional-metabólico, eliminación, actividad-ejercicio, sueño-descanso, cognitivo-perceptivo, autocontrol-autoconcepto, rol-relaciones, sexualidad-reproducción, adaptación-tolerancia al estrés y valores-creencias. A su vez, esta valoración se complementa con los test y cuestionarios que se requieran para obtener una visión holística de la persona. Esta propuesta de valoración es la que se emplea en el SCS, aunque también habría que mencionar la valoración por necesidades básicas de Virginia Henderson, teniendo en cuenta su amplia aceptación y utilización en otros servicios de salud.
- Diagnóstico. Consiste en analizar los datos de la valoración para enunciar un juicio clínico sobre las necesidades de cuidados del paciente. Recoge las respuestas humanas del individuo, familia o comunidad ante sus problemas de salud reales o potenciales, así como las respuestas ante determinadas situaciones o crisis en el proceso vital (32). La clasificación de diagnósticos enfermeros de NANDA

Internacional, Inc. (NANDA-I) es la más difundida y aceptada a nivel mundial, por lo que un poco más adelante se profundizará sobre ella.

- Planificación. Esta fase incluye los siguientes pasos: determinar prioridades en los problemas a atender, establecer los objetivos o resultados deseados y determinar las intervenciones enfermeras más adecuadas para alcanzar los objetivos propuestos (33). Para fijar los objetivos deseados o medir los resultados en salud, se va a emplear la clasificación de resultados de enfermería NOC (Nursing Outcomes Classification), mientras que para elegir las intervenciones enfermeras que más se ajusten al plan de cuidados, se utilizará la clasificación de intervenciones de enfermería NIC (Nursing Interventions Classification). En este punto, el modelo AREA (Análisis de Resultado del Estado Actual), resulta una herramienta de razonamiento clínico muy útil y eficaz a la hora de priorizar y racionalizar el trabajo con el paciente.
- Implementación. También conocida como fase de ejecución, consiste en llevar a cabo las acciones que se han planificado anteriormente para resolver los problemas que presenta el paciente. Nuevamente, la clasificación de intervenciones NIC es la elegida para estandarizar la denominación de las acciones enfermeras. En este paso, vuelve a ser importante priorizar las acciones a ejecutar y procurar que estén basadas en la evidencia clínica con el fin de aumentar las probabilidades de éxito. Valorando la eficacia de las actividades enfermeras y obteniendo su coste, se podría adecuar al plan el binomio coste-eficacia (34).
- Evaluación. Esta última fase del PE debería responder a las siguientes preguntas: ¿están bien hechas las intervenciones planificadas?, ¿se han conseguido los resultados esperados? y ¿eran las mejores intervenciones que se podían hacer? La evaluación debe realizarse durante todas las fases del PE para favorecer el juicio crítico de las enfermeras, garantizar unos cuidados de calidad orientados a la excelencia y mejorar la satisfacción de los usuarios (35).

Unificar criterios, homogeneizar el sistema de registro y establecer un lenguaje enfermero estandarizado resulta fundamental para avanzar en un proceso asistencial de calidad.

1.2.4. LENGUAJES ENFERMEROS

Los lenguajes enfermeros estandarizados permiten, entre otros aspectos, mejorar la calidad de los cuidados que se proporcionan a los usuarios del sistema sanitario. El objetivo es conseguir un lenguaje cada vez más sólido, basado en la evidencia científica y que resulte útil y operativo para la práctica clínica. No cabe duda de que la estandarización de los cuidados repercute positivamente en la autonomía y visibilidad de la profesión enfermera. Cuanto más y mejor se utilicen los lenguajes enfermeros en la práctica diaria, mejor será la calidad de los cuidados prestados. Actualmente, a la hora de hablar de lenguajes enfermeros estandarizados, unos de los más aceptados, extendidos y utilizados internacionalmente, son las taxonomías NANDA-I, NOC, NIC.

La actual NANDA Internacional, Inc. (NANDA-I) se fundó en el año 1982 bajo el nombre original de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Sin embargo, dado el aumento de la actividad, contribución y uso a nivel internacional, en el año 2002 se convirtió en NANDA Internacional y posteriormente en el año 2011 pasó a ser NANDA Internacional, Inc. Iniciaron su andadura interesados en el concepto de estandarizar la terminología de enfermería. En la actualidad, son líderes en terminología en diagnósticos de enfermería. NANDA-I define el diagnóstico enfermero como *"un juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud/proceso vital, o vulnerabilidad para esa respuesta, de una persona, familia, grupo o comunidad"* (36). La última edición publicada (Diagnósticos enfermeros, Definiciones y clasificación 2018-2020), incluye 244 diagnósticos de enfermería agrupados según la taxonomía II en 13 dominios y 47 clases (Anexo 1). Un dominio se define como un área de interés concreto y, a su vez, se divide en clases que son agrupaciones que comparten atributos comunes. Por último, los diagnósticos enfermeros pueden estar centrados en un problema (diagnóstico enfocado en el problema), en un estado de promoción de la salud (diagnóstico de promoción de la salud) o en un riesgo potencial (diagnóstico de riesgo). También se pueden encontrar síndromes, descritos como un juicio clínico en relación con un conjunto de diagnósticos enfermeros específicos que aparecen de manera conjunta (32,36).

Por su parte, la Clasificación de Resultados de Enfermería/Nursing Outcomes Classification (NOC), es de utilidad en el desarrollo del PE para definir y medir los objetivos o resultados en salud esperados. Esta clasificación nació en la década de 1990 para contribuir a la estandarización del lenguaje enfermero y complementar los lenguajes ya existentes de NANDA-I y NIC. Algunas de las fortalezas de este sistema de clasificación son: exhaustividad, basado en la investigación, desarrollo inductivo y deductivo, basado en la práctica clínica y en la investigación, organización estructurada y fácil de utilizar, los resultados pueden ser compartidos por todas las disciplinas, optimiza la información utilizada para la evaluación de la eficacia de la actividad enfermera, vinculado con otros lenguajes enfermeros y desarrollado como complemento de la NIC. Los resultados del paciente sensibles a la práctica enfermera se definen como un *"estado, conducta o percepción de una persona, familia o comunidad que se mide a lo largo de un continuo en respuesta a una intervención o intervenciones enfermeras. Cada resultado tiene un grupo asociado de indicadores que se usan para determinar el estado del paciente respecto al resultado. Para ser medido, el resultado necesita la identificación de una serie de indicadores más específicos"*. La última edición disponible contiene un total de 540 resultados (33,37).

Para terminar, la Clasificación de Intervenciones de Enfermería/Nursing Interventions Classification (NIC), se publicó por primera vez en el año 1992 con el objetivo de reunir un catálogo de intervenciones de enfermería para cualquier entorno clínico. Se define una intervención de enfermería como *"todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza una enfermera para favorecer el resultado esperado del paciente"* (38). Las intervenciones de enfermería incluyen tanto cuidados directos como indirectos, dirigidos a la persona, familia y comunidad, como tratamientos puestos en marcha por otros profesionales. Algunas de las fortalezas de esta clasificación son: basada en la investigación, completa, desarrollo inductivo basado en la práctica existente, refleja la práctica y la investigación clínica actual, lenguaje claro y con significado clínico, relacionada con otras clasificaciones de enfermería y de uso global. La última edición publicada está compuesta por 565 intervenciones (34,38).

Destacar que, en España, el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema

Nacional de Salud, regula el conjunto mínimo de datos de la historia clínica de cada paciente, ya sea en soporte electrónico o papel. En cuanto al conjunto de datos del informe de cuidados de enfermería, incorpora, además de una serie de datos sociodemográficos y otros aspectos como antecedentes y enfermedades previas, elementos que contribuyen a visibilizar la calidad de la atención enfermera y suponen un salto cualitativo como es la inclusión de la taxonomía NANDA-I, NOC, NIC para reflejar los problemas de salud de los pacientes (Anexo 2) (12).

Hace unos años, surge la terminología ATIC, siglas que, en catalán, hacen referencia a los términos Arquitectura, Terminología, Información-Interfase-Enfermera y Conocimiento. La terminología ATIC se define como un vocabulario estandarizado, orientado a conceptos, multiaxial, de alta especificidad, de interfase y validado que facilita la representación de las observaciones sobre el estado de salud, los juicios clínicos y las intervenciones enfermeras. Según afirma su creadora, esta nueva terminología no pretende sustituir a las ya existentes sino complementarlas, a la vez que contribuye a garantizar la seguridad de los pacientes, la continuidad de cuidados, fomentar la práctica reflexiva, generalizar el registro del proceso enfermero y facilitar la comunicación entre profesionales. En la actualidad, esta terminología se emplea como vocabulario enfermero en los registros de HCE en diversos centros sanitarios de Cataluña (39-41).

Siguiendo en esta misma línea, existen otras clasificaciones sobre diagnósticos de enfermería entre las que cabría destacar: la taxonomía de LUNNEY, la taxonomía de CAMPBELL o el sistema de clasificación OMAHA (enfocado a la enfermería comunitaria en el ámbito de Atención Primaria) (42).

1.2.5. CALIDAD DE LOS REGISTROS EN RELACIÓN CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Mejorar la seguridad de los pacientes se ha convertido en una necesidad y es una línea estratégica fundamental en los planes y programas de salud del sistema sanitario. A nivel hospitalario, son muy numerosos los estudios y proyectos puestos en marcha para garantizar prácticas seguras durante la atención sanitaria. Sin embargo, a nivel de

Atención Primaria, estos aspectos se encuentran menos desarrollados. Aun así, resulta de vital importancia la seguridad del paciente en este primer nivel asistencial.

El estudio APEAS (43), sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria, llevado a cabo por la Agencia de Calidad del SNS, es uno de los primeros estudios que abordan esta problemática en el ámbito de la Atención Primaria. Algunos de los resultados obtenidos son:

- La prevalencia de efectos adversos (EA) fue de un 11,18% de los cuales el 54,7% se consideraron leves, el 38% moderados y el 7,3% graves, entendiéndose como EA *"todo accidente imprevisto e inesperado identificado en el momento de la consulta, que ha causado lesión y/o incapacidad, que se deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente"*.
- Asimismo, en el 48,2% de los casos los factores causales estaban relacionados con la medicación, en el 25,7% con los cuidados, en el 24,6% con la comunicación, en el 13,1% con el diagnóstico, en el 8,9% con la gestión y en un 14,4% influían otras causas.

Por último, hay que resaltar que los EA pueden llegar a afectar a 7 de cada 100 ciudadanos en un año, siendo el 70% de ellos de carácter evitable.

Posterior a este estudio, en el año 2012, la Organización Mundial de la Salud (OMS) celebró una reunión sobre seguridad en atención primaria, con el fin de analizar los datos disponibles sobre frecuencia, características, posibilidades de prevención y gravedad de los eventos adversos, así como valorar los retos futuros. El resultado fue la elaboración de una serie de recomendaciones prioritarias para mejorar la seguridad del paciente en Atención Primaria entre las que se encuentran (28):

- Formación de los profesionales en seguridad del paciente.
- Promover estudios de seguridad del paciente utilizando diferentes metodologías.
- Desarrollar políticas para promover la seguridad del paciente en atención primaria.
- Mejorar las definiciones sobre errores y su clasificación.
- Facilitar el aprendizaje de los errores.
- Asegurar que los sistemas para mejorar la seguridad de los pacientes en atención primaria se ponen en práctica.

Con todo esto, es evidente la importancia que tiene la cultura de seguridad del paciente para reducir los eventos adversos ligados a la asistencia sanitaria, tanto en hospitales como Atención Primaria.

1.3. JUSTIFICACIÓN

Como ya se ha visto, la historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada. Comprende el conjunto de documentos relativos a los procesos asistenciales del paciente y cumple fines asistenciales, docentes, de investigación clínica y epidemiológica, de gestión y planificación de recursos asistenciales, jurídico-legales y de calidad asistencial (44). Su tratamiento y uso está sujeto a normativa de índole sanitaria, deontológica, administrativa, civil y penal.

Con estas premisas, no hay duda sobre el papel fundamental que desempeñan los registros enfermeros para garantizar la calidad, seguridad y continuidad del proceso asistencial. Durante muchos años, estos registros se han venido realizando en las HCE en el formato de "texto libre", lo que supone la ausencia de un lenguaje común en la práctica clínica diaria. Además, con esta praxis, se corre el riesgo de perder la uniformidad del lenguaje y contribuye a las variaciones en la evaluación inter-observador (45). Conviene recordar que la calidad del registro se posiciona como una pieza clave en la seguridad del paciente. Para intentar resolver estos problemas, es necesario medir la calidad de los registros mediante indicadores válidos y fiables que permitan unificar criterios y estandarizar la práctica enfermera.

El Servicio Canario de la Salud (SCS) cuenta desde hace años con un sistema de gestión administrativa y clínica en Atención Primaria que recibe el nombre de Drago AP. Se trata de una aplicación consolidada y versátil que se actualiza periódicamente para adaptarse a las nuevas necesidades, logrando así la optimización de los procesos, eficiencia y mejora de la calidad en el entorno sanitario (29). Esta aplicación de historia clínica proporciona un sistema de registro normalizado de la actividad asistencial en Atención Primaria.

Dentro de la aplicación, la herramienta principal de trabajo de los profesionales que utilizan la historia clínica es la llamada hoja de seguimiento ya que recoge los datos de cada una de las consultas a las que asiste el paciente. Está formada por 5 apartados que posibilitan la recogida de la información: motivos, anamnesis, exploración, juicio diagnóstico y plan de actuación (46).

Otro punto clave para los profesionales de enfermería es el apartado dedicado a la metodología enfermera. El módulo de metodología enfermera se introdujo en el año 2005 y está integrado por 2 grandes bloques temáticos que permiten aplicar el proceso enfermero desde un punto de vista biopsicosociocultural con un lenguaje concreto y común: la valoración por Patrones Funcionales de Salud (PFS) de Marjory Gordon y el lenguaje estandarizado NANDA-I, NOC, NIC (46,47). La valoración por PFS permite recoger información sobre cada uno de los 11 patrones y al mismo tiempo cada patrón va generando una serie de test y cuestionarios que facilitan la obtención de una visión integral del paciente (Anexos 3 y 4). Por otra parte, la aplicación integra un buscador de diagnósticos enfermeros que permite la selección de diagnósticos NANDA-I, objetivos/resultados NOC e intervenciones NIC. Además, incluye una funcionalidad extra y es que, al elegir un diagnóstico, la aplicación directamente sugiere posibles objetivos/resultados e intervenciones. En caso de no adaptarse a las necesidades del paciente, también permite la búsqueda libre y la búsqueda taxonómica.

En la búsqueda de un instrumento adecuado para medir la calidad de los registros, se encontraron algunas herramientas que abordan estos aspectos. Por un lado, Müller-Staub publicó, en el año 2008, la versión original del cuestionario Quality of Diagnoses, Interventions and Outcomes (Q-DIO) que permite medir la calidad de la documentación de enfermería. Utilizando como referencia las clasificaciones NANDA-I, NIC, NOC, se desarrollaron 4 dimensiones y un total de 29 ítems (19,20):

- Diagnósticos de enfermería como proceso: valora dimensiones personales bajo una visión holística y contiene 11 ítems.
- Diagnósticos de enfermería como producto: aborda criterios cualitativos según el formato del proceso enfermero mediante 8 ítems.

- Intervenciones de enfermería: incluye intervenciones planificadas, implementadas y relacionadas con los diagnósticos de enfermería. Contiene 3 ítems.
- Resultados de enfermería: evalúa las intervenciones, los resultados alcanzados y la correlación entre resultados, intervenciones y diagnósticos de enfermería. Contiene 7 ítems.

En España, en el año 2017, se hizo una adaptación del cuestionario Q-DIO original, obteniendo el instrumento de medida Q-DIO modificado-22 versión española. Sus autoras, consiguieron un instrumento de medida adaptado y validado al español que evalúa la calidad de la documentación enfermera en la historia clínica digital. Tras varias modificaciones, el cuestionario final consta de 4 dimensiones (valoración, diagnósticos, resultados e intervenciones) y 22 ítems a valorar. Se trata de un instrumento con buena fiabilidad y validez para medir la calidad de los registros electrónicos enfermeros en las unidades de hospitalización médico-quirúrgicas (45).

Por otro lado, el instrumento D-Catch (Paans, Sermeus, Nieweg, van der Schans, 2010), basado a su vez en el instrumento Cat-ch-Ing y el Scale for Degrees of Accuracy in Nursing Diagnoses, es un instrumento de medición válido y fiable para valorar la documentación de enfermería en entornos hospitalarios. Por medio de las siguientes 6 categorías evalúa (21):

- Precisión de la estructura del registro (basada en el proceso enfermero).
- Datos de admisión (información de la entrevista inicial).
- Diagnósticos de enfermería (según el formato PES → Problema, Etiología, Signos/síntomas).
- Intervenciones de enfermería (relacionadas con los diagnósticos de enfermería).
- Progreso y evaluación de resultados (relacionados con los diagnósticos de enfermería).
- Legibilidad (escritura legible o informatizada).

Sin embargo, actualmente no se dispone de ninguna herramienta validada y adaptada a la población española que permita medir o evaluar la calidad del registro enfermero en el ámbito de la Atención Primaria.

Por tanto, optimizar el manejo de la información, promover el uso de lenguajes enfermeros estandarizados y mejorar la cultura de seguridad en las organizaciones sanitarias, resulta fundamental en la búsqueda continua de la calidad, eficacia y eficiencia.

El presente proyecto de investigación surge con la finalidad de analizar la calidad del registro enfermero, empleando indicadores relacionados con la cumplimentación de diferentes aspectos del módulo de metodología enfermera de la historia de salud electrónica Drago AP. La principal contribución del estudio se espera que sea la mejora de la asistencia sanitaria de acuerdo con unos estándares de calidad que garanticen la continuidad asistencial y la seguridad del paciente, ayudando de esta forma a mejorar la visibilidad del trabajo enfermero.

1.4. HIPÓTESIS

Como hipótesis del proyecto se plantea: la calidad de los registros de enfermería en la historia de salud electrónica influye positivamente en la mejora de la continuidad asistencial y la seguridad del paciente.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. GENERAL

- Analizar la calidad del registro enfermero en la historia clínica electrónica Drago AP en los centros de salud pertenecientes a la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

1.5.2. ESPECÍFICOS

- Exponer el grado de cumplimentación de la valoración por Patrones Funcionales de Salud (PFS) en la historia clínica electrónica (HCE) Drago AP e identificar cuáles son los datos que se registran con mayor frecuencia.
- Describir el grado de utilización, en la historia clínica electrónica (HCE) Drago AP, de la terminología estandarizada NANDA-I, NOC, NIC.
- Averiguar el nivel de formación sobre metodología enfermera y lenguajes estandarizados, de los profesionales de enfermería que desarrollan su actividad laboral en los centros de salud pertenecientes a la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.
- Averiguar la opinión de las enfermeras/os que desarrollan su actividad laboral en los centros de salud pertenecientes a la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife, sobre el uso de la metodología enfermera y los lenguajes estandarizados en la práctica asistencial.

2. METODOLOGÍA

2.1. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Una vez identificado el problema susceptible de estudio y con el objetivo de evaluar la calidad de los registros de enfermería en la historia de salud electrónica, se llevaron a cabo una serie de búsquedas bibliográficas sucesivas relacionadas con el tema a estudiar en los buscadores: Google Académico y PuntoQ, y en las bases de datos: PubMed y SciELO. Como estrategia de búsqueda, se combinaron diferentes palabras clave adaptadas del lenguaje natural al lenguaje controlado DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) y al tesaurus MeSH (Medical Subject Headings).

- DeCS: Registros de Enfermería, Registros Electrónicos de Salud, Atención Primaria de salud, Proceso de Enfermería, Calidad de la Atención de Salud, Seguridad del Paciente.
- MeSH: Nursing Records, Electronic Health Records, Primary Health Care, Nursing Process, Quality of Health Care, Patient Safety.

El perfil de búsqueda se fue adaptando en función de las palabras clave seleccionadas y los resultados obtenidos. No se fijó ningún filtro de idioma y se procuró que los artículos estuvieran publicados en los últimos 5 años, salvo algunas excepciones teniendo en cuenta la naturaleza de algunos de los aspectos a tratar. Además, se completó el proceso con búsquedas dirigidas sobre ciertos temas, como la legislación española relacionada con el tema y la lectura y rastreo de parte de la bibliografía referenciada en los documentos seleccionados.

2.2. DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio descriptivo transversal y retrospectivo, con el fin de evaluar la calidad de los registros enfermeros durante el año 2019, que se ejecutará mediante la auditoría de historias clínicas en la aplicación Drago AP en determinados centros de salud adscritos a la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Al mismo tiempo, se pasarán 2 encuestas a los profesionales de enfermería para averiguar, por un

lado, el nivel de formación que poseen sobre metodología enfermera y lenguajes estandarizados y, por otro lado, la opinión que tienen sobre su uso en la práctica asistencial.

2.3. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

2.3.1. ÁMBITO DE ESTUDIO

Los datos de población del Instituto Canario de Estadística (ISTAC), sobre el padrón municipal, a fecha 1 de enero de 2019, muestran una población de la isla de Tenerife de 917.841 habitantes, de los cuales 888.220 (cifra referida a mayo de 2020) están adscritos al Servicio Canario de la Salud (SCS) a través del sistema de Tarjeta Sanitaria Individual (TSI). La TSI es el documento mediante el cual se facilita el acceso de la población a las prestaciones de atención sanitaria que proporciona el SNS.

2.3.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Teniendo en cuenta que el ámbito de la atención primaria abarca cuidados a lo largo de todas las etapas de la vida, en este estudio, se ha decidido establecer un punto de corte e incluir únicamente a los usuarios del sistema sanitario con 15 años o más, coincidiendo con el momento etario en el que se produce el cambio de las consultas de pediatría a las consultas de adultos. Este criterio se justifica debido a la especificidad del trabajo realizado en la atención pediátrica y las diferencias existentes respecto al modelo de consulta seguido en la atención a adultos, aspecto que podría dificultar la equiparación entre ambas.

La demarcación geográfica y poblacional en la cual prestan servicios los equipos de atención primaria está dividida en 41 zonas básicas de salud (ZBS) formadas, a su vez, por 37 centros de salud (CS) y 63 consultorios periféricos (CP) repartidos a lo largo de la isla de Tenerife.

Para la puesta en marcha del proyecto, de esas 41 ZBS que conforman el mapa sanitario de Tenerife, se seleccionarán 6 (incluyendo tanto los centros de salud como los consultorios periféricos que las componen) distribuidas de la siguiente forma: 2 ZBS de la zona sur, 2 ZBS de la zona centro y 2 ZBS de la zona norte de la isla. A continuación, se enumeran las ZBS elegidas y los datos de población con fecha de mayo de 2020:

- ZBS Guía de Isora (CS Guía de Isora, CP Alcalá, CP Playa San Juan, CP Santiago del Teide, CP Tamaimo, CP Puerto Santiago, CP Chío). Población de 15 años o más = 17817
- ZBS Güimar (CS Güimar, CP Arafo, CP Fasnia, CP La Zarza, CP El Escobonal, CP Puertito de Güimar). Población de 15 años o más = 22739
- ZBS La Laguna (Universidad) (CS Laguna-Universidad). Población de 15 años o más = 14732
- ZBS Ofra-Miramar (S/C de Tenerife VIII) (CS Ofra-Miramar). Población de 15 años o más = 12038
- ZBS San Antonio (La Orotava I) (CS San Antonio, CP Barroso, CP La Perdoma, CP Chasna). Población de 15 años o más = 12002
- ZBS Casco-Botánico (Puerto de la Cruz II) (CS Casco-Botánico). Población de 15 años o más = 19831

Con estos datos, la población de estudio será igual a la suma de las poblaciones de las 6 ZBS obteniendo así, una población total de 15 años o más igual a 99159. En este proyecto, se considera que el sujeto de estudio es la historia clínica electrónica, por lo que se hablará de 99159 historias clínicas informatizadas para hacer referencia a la población de estudio.

2.3.3. MUESTRA

Para calcular la muestra se empleará un método de muestreo no probabilístico seleccionando la muestra de forma intencional o por conveniencia.

El tamaño muestral se calculará para un nivel de confianza del 95%, un error del 3% y un cumplimiento esperado del 50%, considerando de esta forma la situación más

desfavorable que precisará una muestra mayor y que por tanto garantizará la potencia del estudio para cualquiera de los objetivos.

Al tratarse de una población finita, el cálculo de la muestra se hará en base a la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{\varepsilon^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

N = población de estudio = 99159

$Z_{\alpha}^2 = 1,96^2$ (para un nivel de confianza del 95%)

p = proporción esperada (en este caso 50% = 0,5)

q = 1 - p (en este caso 1 - 0,5 = 0,5)

ε = precisión (para un error muestral del 3% = 0,03)

Al aplicar la fórmula, se calcula una muestra de 1056 historias que, ajustada a las pérdidas, estimadas en un 15%, se obtiene una muestra final de 1242 historias clínicas informatizadas.

2.3.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Se aplicarán los siguientes criterios de selección:

- Criterios de inclusión:
 - Edad mayor o igual a 15 años.
 - Haber sido atendidos en la consulta de enfermería al menos en 3 ocasiones en el último año.
 - Haber acudido a consulta con cita previa.
- Criterios de exclusión:
 - No haber acudido a la cita programada.

2.3.5. MUESTREO

Para la elección final de las historias clínicas a evaluar, se utilizará un muestreo aleatorio simple, de modo que, el 100% de la muestra (1242) se dividirá de forma proporcional entre cada una de las 6 ZBS seleccionadas para el estudio. De esta manera, a cada ZBS le correspondería un 16,7% de la muestra, cifra que variará en función de la población de cada ZBS. Las historias clínicas susceptibles de análisis se elegirán al azar entre todas aquellas que cumplan los criterios de selección establecidos.

2.4. INSTRUMENTOS PARA LA RECOGIDA DE DATOS

En este proyecto de investigación, se medirá la calidad del registro enfermero en la historia clínica Drago AP mediante una hoja de recogida de datos de elaboración propia (Anexo 5), que permitirá verificar la cumplimentación de los diferentes apartados y su posterior análisis estadístico. De esta forma, se evaluará:

- Número de consultas con enfermería con cita previa y motivo de las mismas.
- Historia de salud abierta: de acuerdo con los criterios de calidad establecidos por la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife dentro del programa anual de productividad, se considera que una historia de salud está abierta cuando como mínimo tiene cumplimentados los antecedentes personales, antecedentes familiares, problemas fundamentales y alergias.
- Cumplimentación de los 5 ítems recogidos en el módulo de hábitos y estilos de vida: consumo de tabaco, alcohol, drogas, actividad física y alimentación.
- Cumplimentación de la valoración por PFS: cuántos y cuáles están realizados.
- Tiempo transcurrido desde la última valoración.
- Existencia de al menos un diagnóstico enfermero de la taxonomía NANDA-I vinculado a cada una de las visitas en la hoja de seguimiento.
- Presencia de los siguientes componentes en función del tipo de diagnóstico:
 - Características definitorias + factores relacionados en diagnósticos enfocados en el problema.
 - Factores de riesgo en diagnósticos de riesgo.
 - Características definitorias en diagnósticos de promoción de la salud.

- En caso de no tener un diagnóstico enfermero asociado, se indagará sobre si se ha utilizado la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), o bien, no se ha asociado ningún diagnóstico a la visita.
- Presencia de al menos un resultado enfermero de la clasificación NOC asociado a cada diagnóstico NANDA-I.
- Medición del objetivo/resultado mediante escala Likert.
- Presencia de, al menos, una intervención enfermera de la clasificación NIC asociada a cada resultado NOC.
- Presencia de actividades en cada una de las NIC seleccionadas.

Simultáneamente a la evaluación de las historias clínicas, se pasarán 2 cuestionarios a todo el personal de enfermería de los centros de salud que hayan sido seleccionados, con el objetivo de averiguar, por una parte, la formación e información que poseen sobre metodología enfermera y lenguajes estandarizados (Anexo 6) y, por otra parte, la opinión que tienen sobre su uso en la práctica asistencial diaria (Anexo 7). Ambos cuestionarios son de elaboración propia, anónimos, de carácter voluntario y están pendientes de validar. El cuestionario de conocimientos teóricos consta de 18 preguntas tipo test con 4 opciones de respuesta posibles, donde solo 1 de ellas es correcta, más 2 preguntas de relacionar conceptos con sus respectivas definiciones. La nota obtenida se calculará sobre 10 puntos y los errores no restan puntuación.

En función de la disponibilidad del personal, se valorará la posibilidad de realizar los cuestionarios online a través de una aplicación de administración de encuestas con el fin facilitar la difusión de estos y hacer más operativa la recogida de datos.

2.5. VARIABLES

A continuación, se enumeran las variables de estudio.

- Variables incluidas en la hoja de recogida de datos para la evaluación de historias clínicas:
 - ZBS, centro de salud/consultorio periférico, número de consultas con enfermería, motivos de consulta, historia de salud abierta, antecedentes personales, antecedentes familiares, problemas fundamentales, alergias,

hábitos y estilos de vida, tabaco, alcohol, drogas, actividad física, alimentación, número de PFS, PFS realizados, tiempo desde la última valoración, diagnóstico enfermero, diagnóstico enfocado en el problema, diagnóstico de riesgo, diagnóstico de promoción de la salud, CIE, ningún diagnóstico, NOC, escala Likert, NIC, intervenciones.

- Variables incluidas en cuestionario de evaluación sobre conocimientos en metodología enfermera y lenguajes estandarizados:
 - o Sociodemográficas (edad, sexo), tiempo transcurrido desde la finalización de los estudios, experiencia profesional, experiencia en Atención Primaria, tipo de contrato, especialidad de enfermería, formación sobre metodología enfermera, listado de las 20 preguntas tipo test.
- Variables incluidas en el cuestionario de opinión sobre el uso de la metodología enfermera y lenguajes estandarizados:
 - o Sociodemográficas (edad, sexo), tiempo transcurrido desde la finalización de los estudios, experiencia profesional, experiencia en Atención Primaria, tipo de contrato, especialidad de enfermería, formación sobre metodología enfermera, listado de los 10 ítems que valoran la opinión.

2.6. PLAN DE ACCIÓN

En esta primera fase del proyecto, el trabajo de campo se llevará a cabo mediante la auditoría directa de historias clínicas, utilizando la hoja elaborada para tal fin con el propósito de garantizar la homogeneidad, operatividad y minimización de errores durante el proceso de recogida de datos. Al mismo tiempo, se iniciará la difusión de los cuestionarios entre el personal de enfermería de las ZBS elegidas, expresadas anteriormente. El tiempo estimado para realizar el trabajo será de 15 meses.

2.6.1. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico de los datos se realizará con la aplicación Microsoft Excel para un primer tratamiento y depurado de los resultados y, posteriormente, se utilizará el programa estadístico IBM SPSS Statistics V26.

Se utilizará la estadística descriptiva a través del análisis de frecuencias y medidas de posición, centralización, dispersión y forma. Se comprobará si las variables siguen una distribución normal. En caso afirmativo, se realizarán pruebas paramétricas y en caso contrario, se efectuarán pruebas no paramétricas. Para la comparación de variables cualitativas se empleará la prueba de chi-cuadrado (χ^2) y para variables numéricas el análisis de la varianza. Se considerará significación estadística para $p < 0,05$.

2.7. POSIBLES LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las posibles limitaciones de este estudio se podrían resumir en 3 grandes bloques. Por un lado, en cuanto a la evaluación de las historias clínicas habría que tener en cuenta los siguientes aspectos: infrarregistro de la actividad realizada, registro de los cuidados en formato de "texto libre", variabilidad en los registros, nivel de conocimientos informáticos o reticencia en el uso de la metodología enfermera y los lenguajes estandarizados. Otra posible limitación que habría que tener en cuenta, está relacionada con la situación de pandemia actual motivada por la COVID-19, que, en muchos casos, puede haber ocasionado una distorsión de los registros, debido a la nueva organización en los centros sanitarios, la sobrecarga de trabajo y la salud social. Asimismo, para llevar a cabo la evaluación de la calidad de las historias, lo ideal sería poder disponer de un instrumento de medida validado y fiable para el ámbito de la atención primaria en España, pero en la búsqueda realizada no se ha encontrado ninguno. Por otro lado, en relación con los cuestionarios destinados a los profesionales de enfermería, sería deseable poder contar con una alta participación, pero al tratarse de encuestas de carácter voluntario el resultado será impredecible. Y, por último, otra de las posibles limitaciones surge del tipo de muestreo utilizado ya que al seleccionar la muestra por conveniencia cabría esperar un sesgo en la misma.

2.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Antes de la puesta en marcha del estudio, se solicitarán los permisos pertinentes tanto a la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife (Anexo 8), como al Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, al cual

pertenece la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife (Anexo 9). Los datos obtenidos del estudio se tratarán con total confidencialidad y protección de acuerdo con la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

2.9. LOGÍSTICA

2.9.1. PRESUPUESTO ESTIMADO

De forma orientativa se ha planteado el siguiente presupuesto:

CONCEPTO	UNIDADES	COSTE UNITARIO	TOTAL (€)
Material fungible			
Bolígrafos	100	0,30 € / bolígrafo	30
Folios	4000	4 € / paquete de 500 folios	32
Material de papelería	-	-	100
Gastos de impresión	-	-	300
Material inventariable			
Ordenador portátil	1	1000 € / portátil	1000
Licencia software Microsoft	12	69 € suscripción anual	69
Servicios de apoyo			
Estadístico	1	Pago único	1300
Traducción	1	Pago único	600
Desplazamientos	-	-	200
Otros gastos			
Difusión del proyecto	-	-	2000
			5631 €

2.9.2. CRONOGRAMA

El proyecto se realizará aproximadamente en un periodo de 15 meses de acuerdo con el siguiente cronograma:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Elección del tema de investigación															
Revisión bibliográfica															
Elaboración del marco teórico															
Problema, hipótesis y objetivos															
Solicitud de permisos															
Diseño y aplicación de los instrumentos															
Análisis de resultados															
Discusión y conclusiones															
Logística y bibliografía															
Redacción del informe final															
Difusión del proyecto															

3. BIBLIOGRAFÍA

1. Galimany Masclans J, Garrido Aguilar E, Roca Roger M, Girbau García MR. Enfermería y nuevas tecnologías [Internet]. Rev ROL Enferm. 2012 [citado 1 de abril de 2020]; 35(9):602-605. Disponible en: <https://hdl.handle.net/2445/106015>
2. Aleixandre Benavent R, Ferrer Sapena A, Peset F. Informatización de la historia clínica en España [Internet]. El profesional de la información. 2010 [citado 1 de abril de 2020];19(3):231-239. Disponible en: <https://doi.org/10.3145/epi.2010.may.02>
3. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010 [citado 26 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>
4. 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. BOE núm. 274, págs. 40126-40132 (15 de noviembre de 2002). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>
5. Brito Brito PR, de Armas Felipe JM, Crespo Gómez A, Aguirre Jaime A. Factores asociados al incremento en el uso de la metodología enfermera en Atención Primaria [Internet]. Enf Global. 2011 [citado 30 de marzo de 2020];10(4):189-199. doi: 10.4321/S1695-61412011000400016
6. González Cocina E, Pérez Torres F. La historia clínica electrónica. Revisión y análisis de la actualidad. Diraya: la historia de salud electrónica de Andalucía [Internet]. Rev Esp Cardiol Supl. 2007 [citado 1 de abril de 2020];7(C):37C-46C. doi: 10.1016/S1131-3587(07)75248-2
7. Galimany Masclans J, Roca Roger M (dir), Tresserras Gaju R (dir). Historia clínica electrónica de atención primaria de salud: Valoración de las enfermeras [tesis en Internet]. Universidad de Barcelona; 2013 [citado 3 de abril de 2020]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2445/53771>

8. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE núm. 280, págs. 41442-41458 (22 de noviembre de 2003). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21340-consolidado.pdf>
9. Reyes-García Bermúdez EM, Rodríguez Fajardo AM, Thomas Carazo E, Raya Berral L, Gastón Morata JL, Molina Díaz R. Calidad de registro en la historia clínica informatizada de Atención Primaria. Med fam Andal. 2012 [citado 3 de abril de 2020];13(2):126-135. Disponible en: <https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/07/v13n2.pdf>
10. Conesa González A, Pastor Duran X, Lozano-Rubí R. Efectividad de la evaluación de historias clínicas informatizadas en un hospital universitario [Internet]. Rev Calid Asist. 2017 [citado 7 de abril de 2020];32(6):328-334. doi: 10.1016/j.cali.2017.09.004
11. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 128, págs. 20567-20588 (29 de mayo de 2003). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>
12. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 225, págs. 78742-78767 (16 de septiembre de 2010). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2010/BOE-A-2010-14199-consolidado.pdf>
13. Fusté J, Bolívar B, Castillo A, Coderch J, Ruano I, Sicras A. Hacia la definición de un conjunto mínimo básico de datos de atención primaria [Internet]. Aten Primaria. 2002[citado 7 de abril de 2020];30(4):229-235. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-hacia-definicion-un-conjunto-minimo-13036728>
14. Salas T, Fusté J, Bustins M. La información de la actividad en atención primaria: un recurso básico para conocer la salud de la población [Internet]. Revista clínica electrónica en atención primaria. 2005 [citado 3 de abril de 2020];(7):1-8. Disponible en: <https://ddd.uab.cat/record/98872>
15. Torres Santiago M, Zárata Grajales RA, Matus Miranda R. Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación [Internet]. Enferm univ. 2011 [citado 1 de abril de 2020];8(1):17-25. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000100003&lng=es

16. Brito Brito, PR. El Proceso Enfermero en Atención Primaria (I) [Internet]. Ene. 2007 [citado 30 de marzo de 2020];1(2):17-26. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/50/44>
17. Pérez Rivas FJ, Martín-Iglesias S, Pacheco del Cerro JL, Minguet Arenas C, García López M, Beamud Lagos M. Effectiveness of Nursing Process Use in Primary Care [Internet]. Int J Nurs Knowl. 2016 [citado 6 de abril de 2020];27(1):43-48. doi: 10.1111/2047-3095.12073
18. Akhu-Zaheya L, Al-Maaitah R, Bany Hani S. Quality of nursing documentation: Paper-based health records versus electronic-based health records [Internet]. J Clin Nurs. 2017 [citado 6 de abril de 2020];27(3-4):e578-e589. doi: 10.1111/jocn.14097
19. Müller-Staub M, Lunney M, Odenbreit M, Needham I, Lavin MA, van Achterberg T. Development of an instrument to measure the quality of documented nursing diagnoses, interventions and outcomes: the Q-DIO [Internet]. J Clin Nurs. 2009 [citado 6 de abril de 2020];18(7):1027-1037. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02603.x
20. Müller-Staub M, Lunney M, Lavin MA, Needham I, Odenbreit M, van Achterberg T. Testing the Q-DIO as an Instrument to Measure the Documented Quality of Nursing Diagnoses, Interventions, and Outcomes [Internet]. Int J Nurs Terminol Classif. 2008 [citado 6 de abril de 2020];19(1):20-27. doi: 10.1111/j.1744-618X.2007.00075.x
21. Paans W, Sermeus W, Nieweg RM, van der Schans CP. D-Catch instrument: development and psychometric testing of a measurement instrument for nursing documentation in hospitals [Internet]. J Adv Nurs. 2010 [citado 6 de abril de 2020];66(6):1388-1400. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05302.x
22. Cerezo Sanmartín M, Gutiérrez Aranda JM, Perán Artero S, Gómez González G, Carrasco Gutiérrez P. Historia clínica informatizada de enfermería en el Departamento de Torre Vieja Salud como instrumento de gestión de calidad [Internet]. Enf Global. 2009 [citado 1 de abril de 2020];8(3). Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/75241>

23. Rabelo-Silva ER, Dantas Cavalcanti AC, Ramos Goulart Caldas MC, de Fátima Lucena A, de Abreu Almeida M, da Costa Linch GF, et al. Advanced Nursing Process quality: Comparing the International Classification for Nursing Practice (ICNP) with the NANDA-International (NANDA-I) and Nursing Interventions Classification (NIC) [Internet]. J Clin Nurs. 2017 [citado 7 de abril de 2020];26(3-4):379-387. doi: 10.1111/jocn.13387
24. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE núm. 102, págs. 15207-15224 (29 de abril de 1986). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>
25. International Organization for Standardization (ISO). Sistemas de gestión de la calidad – Fundamentos y vocabulario [Internet]. 2015 [citado 8 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9000:ed-4:v1:en:term:3.6.4>
26. WHO Working Group. The principles of quality assurance [Internet]. Qual Assur Health Care. 1989 [citado 8 de abril de 2020];1(2-3):79-95. doi:10.1093/intqhc/1.2-3.79
27. Real Academia Española: Diccionario de la lengua española, 23ª ed., [versión 23.3 en línea] [citado 8 de abril de 2020]. Disponible en: <https://dle.rae.es>
28. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020 [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016 [citado 30 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2>
29. Balance de Actividad SCS 2011-2014. Sistemas de información [Internet]. Servicio Canario de la Salud. Gobierno de Canarias. Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/996d33e2-09d6-11e5-9e16-d107cd1682ec/8_SistemasInformacion2011_2014.pdf
30. El sistema de Historia Clínica Digital del SNS [Internet]. Instituto de Información Sanitaria. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/HCDSNS_Castellano.pdf

31. Alfaro-LeFevre, R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5ª ed. Barcelona: Masson; 2003.
32. Brito Brito, PR. El Proceso Enfermero (II): Diagnóstico [Internet]. Ene. 2008 [citado 30 de marzo de 2020];2(2):8-18. Disponible en: <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/184/167>
33. Brito Brito, PR. El Proceso Enfermero (III): Planificación [Internet]. Ene. 2008 [citado 30 de marzo de 2020];2(3):6-15. Disponible en: <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/174/157>
34. Brito Brito, PR. El Proceso Enfermero (IV): Implementación [Internet]. Ene. 2008 [citado 30 de marzo de 2020];2(4):6-12. Disponible en: <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/163/146>
35. Brito Brito, PR. El Proceso Enfermero (V): Evaluación [Internet]. Ene. 2009 [citado 30 de marzo de 2020];3(1):15-19. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/152/135>
36. Heather Herdman T, Kamitsuru S, editores. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020. 11ª ed., de NANDA Internacional. Barcelona: Elsevier España; 2019.
37. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas ML, editoras. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud. 6ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2019.
38. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2019.
39. Juvé-Udina ME. Evaluación de la validez de una terminología de interfase. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona. 2012
40. Juvé-Udina, ME. La Terminología ATIC: eje diagnóstico. www.atic.com.es [Último acceso: 6 de abril de 2020].
41. Juvé-Udina, ME. ATIC. Eje diagnóstico. 1a Ed. Barcelona: Naaxpot SLU; 2016.
42. Novo Muñoz MM, Sierra López A (dir), Torres Lana A (dir). Sistemas de clasificación de pacientes: validación y coste de intervenciones enfermeras [tesis en Internet]. [San Cristóbal de La Laguna]: Universidad de La Laguna; 2008 [citado 10 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarRef.do?ref=432783#>

43. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud [Internet]. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008 [citado 4 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2008/APEAS.pdf>
44. Decreto 178/2005, de 26 de julio, por el que se aprueba el Reglamento que regula la historia clínica en los centros y establecimientos hospitalarios y establece el contenido, conservación y expurgo de sus documentos. Boletín Oficial de Canarias núm. 154, págs. 15075-15139 (8 de agosto de 2005). Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org/boc/2005/154/boc-2005-154-002.pdf>
45. Mateos García, MD (2017). Metodología enfermera y sistemas estandarizados de lenguaje enfermero en la historia clínica digital [Tesis doctoral inédita]. Universidad de Sevilla, Sevilla. Disponible en: <https://hdl.handle.net/11441/69103>
46. Manual para el uso de la historia de salud de Atención Primaria. Técnicas Competitivas; 2002.
47. Barrios Torres R. Módulo de metodología enfermera en Drago- AP [Internet]. Ene. 2008 [citado 1 de abril de 2020];2(2):41-51. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/190>

4. ANEXOS

- ANEXO 1. Taxonomía II de NANDA-I.
- ANEXO 2. Conjunto de datos del informe de cuidados de enfermería.
- ANEXO 3. Valoración por PFS en Drago AP.
- ANEXO 4. Clinimetría disponible en Drago AP.
- ANEXO 5. Hoja de recogida de datos para la evaluación de historias clínicas.
- ANEXO 6. Cuestionario sobre formación en metodología enfermera/lenguajes estandarizados.
- ANEXO 7. Opinión sobre el uso de la metodología enfermera/lenguajes estandarizados.
- ANEXO 8. Solicitud de autorización a la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife para la realización del proyecto de investigación.
- ANEXO 9. Solicitud de autorización al Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria para la realización del estudio de investigación.

ANEXO 1. Taxonomía II de NANDA-I

DOMINIOS	CLASES
PROMOCIÓN DE LA SALUD	Toma de conciencia de la salud Gestión de la salud
NUTRICIÓN	Ingestión Digestión Absorción Metabolismo Hidratación
ELIMINACIÓN / INTERCAMBIO	Función urinaria Función gastrointestinal Función tegumentaria Función respiratoria
ACTIVIDAD / REPOSO	Sueño/reposo Actividad/ejercicio Equilibrio de la energía Respuestas cardiovasculares/pulmonares Autocuidado
PERCEPCIÓN / COGNICIÓN	Atención Orientación Sensación/percepción Cognición Comunicación
AUTOPERCEPCIÓN	Autoconcepto Autoestima Imagen corporal
ROL Y RELACIONES	Roles de cuidador Relaciones familiares Desempeño del rol
SEXUALIDAD	Identidad sexual Función sexual Reproducción
AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS	Respuestas pos-traumáticas Respuestas de afrontamiento Estrés neurocomportamental
PRINCIPIOS VITALES	Valores Creencias Congruencia entre valores/creencias/acciones

SEGURIDAD / PROTECCIÓN	Infección Lesión física Violencia Peligros del entorno Procesos defensivos Termorregulación
CONFORT	Confort físico Confort del entorno Confort social
CRECIMIENTO / DESARROLLO	Crecimiento Desarrollo

Elaboración propia. Fuente: Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020 (36).

ANEXO 2. Conjunto de datos del informe de cuidados de enfermería

DATOS DEL DOCUMENTO	<p>Tipo de documento Fecha de firma Fecha Valoración de Enfermería Fecha Alta de enfermería/Fecha de derivación enfermera Enfermera responsable 1/Categoría profesional enfermera responsable 1 Enfermera responsable 2/Categoría profesional enfermera responsable 2 Dispositivo asistencial</p>
DATOS DE LA INSTITUCIÓN EMISORA	<p>Denominación del servicio de salud Denominación del provisor de servicios Denominación del centro Dirección del centro Dirección web/correo electrónico</p>
DATOS DEL PACIENTE	<p>Nombre completo Fecha de nacimiento Sexo DNI/T. residencia/Pasaporte NASS CIP de Comunidad autónoma/CIP europeo/Código SNS Nº historia clínica Domicilio Persona de referencia/Teléfono de referencia</p>
DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL	<p>Causas que generan la actuación enfermera Motivo de alta/Derivación enfermera Antecedentes y entorno Enfermedades previas, intervenciones quirúrgicas, tratamientos farmacológicos, alergias, actuaciones preventivas, factores personales, familiares, sociales, culturales y laborales destacables <i>Diagnósticos enfermeros resueltos (Literal NANDA + código NANDA)</i> Protocolos asistenciales en los que está incluido Valoración activa Modelo de referencia utilizado, resultados destacables <i>Diagnósticos enfermeros activos (Literal NANDA + código NANDA)</i> <i>Resultados de enfermería (Literal NOC + código NOC)</i> <i>Intervenciones de enfermería (Literal NIC + código NIC)</i> Cuidador principal Información complementaria/observaciones</p>

Elaboración propia. Fuente: Real Decreto 1093/2010, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud (12).

ANEXO 3. Valoración por PFS en Drago AP

1. PERCEPCIÓN – CONTROL DE LA SALUD

Percepción subjetiva del estado de salud

Actitud estado de salud *

Investigar antecedentes familiares y personales de EVA o FRCV *

Problemas de salud desde la última visita

Control de la salud: revisiones

Conoce la medicación, tanto su indicación como la posología

 Test de Morisky-Green-Levine

 Test de adhesión a los inhaladores

¿Ha tenido algún problema con la medicación? (Efecto secundario o RAM) *

¿Toma 6 o más fármacos?

¿Toma fármacos que no figuran en el plan de tratamiento?

Seguimiento terapéutico

Alergias *

Hábitos tóxicos (Tabaco, alcohol, ¿consume drogas?) *

Estado vacunal *

* Resultado valoración Patrón 1

Observaciones generales

2. NUTRICIONAL – METABÓLICO

¿Hace usted alguna dieta especial? *

Alimentación *

 Cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea

Consumo de líquidos *

Suplementos

Apetito

¿Tiene dificultades con la alimentación? *

Dentición

Exploración bucodental

Estado de la mucosa oral

Estado de la piel

Alteración de la piel *

Presencia de edemas *

 Exploración neuropatía diabética

 Acceder al protocolo del pie diabético

Lesiones

UPP

 Acceder al protocolo de control de úlceras-heridas y tratamiento

Higiene

Estado de uñas

Catéteres venosos

* Resultado valoración Patrón 2

Observaciones generales

3. ELIMINACIÓN

Problemas con la eliminación *

- Intestinal
- Estreñimiento
- Otros problemas de eliminación
- Eliminación urinaria
- Problemas de eliminación urinaria *
- Ostomías
- Problemas eliminación cutánea

* Resultado valoración Patrón 3

Observaciones generales

4. ACTIVIDAD – EJERCICIO

Movilidad *

Actividad física *

Investigar síntomas cardiovasculares: *

- Síntomas de cardiopatía isquémica
- Síntomas de ictus
- Síntomas de insuficiencia cardiaca
- Síntomas de arteriopatía periférica

Independencia para las AVD básicas

Independencia para las AVD instrumentales

Tos ineficaz

Oxigenoterapia

Sistemas de aspiración

Traqueostomía

Situación laboral

Actividades de ocio

* Resultado valoración Patrón 4

Observaciones generales

5. SUEÑO – DESCANSO

Problemas con el sueño *

- Horario
- Siesta
- Insomnio
- Descansado al levantarse
- Nivel de energía durante el día

* Resultado valoración Patrón 5

Observaciones generales

6. COGNITIVO – PERCEPTIVO

- Alteración visual *
- Alteración auditiva *
- ¿Otras alteraciones sensoriales?
- Dolor

Alteración del nivel de conciencia
Dificultad de comprensión
Alteración de la conducta
Habla clara
Discurso coherente
Nivel de estudios
* Resultado valoración Patrón 6
Observaciones generales

7. AUTOCONTROL – AUTOCONCEPTO

Ansiedad *
Temor o preocupación expresa *
 Test de ansiedad y depresión de Goldberg
¿Está satisfecho/a consigo mismo/a? *
Se encuentra triste o desganado/a
Expectativas r/c enfermedad
¿Cambios en su cuerpo que representen algún problema?
Autoestima
¿Está dispuesto/a a mejorar su situación?
* Resultado valoración Patrón 7
Observaciones generales

8. ROL – RELACIONES

¿Vive solo/a?
Relaciones familiares *
Relaciones con amigos *
Relaciones en el trabajo *
Pertenencia a grupo organizado
¿Se encuentra integrado en la zona donde reside?
Duelo
¿Tiene persona cuidadora?
¿Cuida a alguna persona con dependencia en las AVD básicas y/o instrumentales?
* Resultado valoración Patrón 8
Observaciones generales

9. SEXUALIDAD – REPRODUCCIÓN

Disfunción sexual expresa *
Disfunción reproductiva *
Actividad sexual
¿Vive su sexualidad de forma positiva?
Satisfacción con su vida sexual
¿Los problemas de salud le influyen en sus relaciones sexuales?
Métodos anticonceptivos
* Resultado valoración Patrón 9
Observaciones generales

10. ADAPTACIÓN – TOLERANCIA AL ESTRÉS

¿Cambios importantes en los dos últimos años?

Manejo de situaciones difíciles *

¿Sospecha de malos tratos?

Con quien sueles hablar, ¿está disponible?

Ayudas para relajación

* Resultado valoración Patrón 10

Observaciones generales

11. VALORES – CREENCIAS

¿Qué es importante para usted?

¿Qué es importante para su familia?

¿Las creencias ayudan cuando existen dificultades?

¿Tiene importancia la religión en su vida?

¿Todo esto le influye en tomar decisiones?

¿Su estado de salud actual le interfiere en sus prácticas religiosas?

Objetivos en la vida

¿Le preocupa su futuro?

¿Le preocupa su situación económica?

¿Dónde quiere morir?

Existencia de testamento vital

Conflicto/preocupación vida/muerte

Actitud personal ante la vida

Conflicto/preocupación sufrimiento-dolor

Actitud personal ante el dolor

Conflicto/preocupación enfermedad

Actitud personal ante la enfermedad

* Resultado valoración Patrón 11

Observaciones generales

* Valoración recomendada

* Pregunta obligatoria

Elaboración propia. Fuente: Aplicación de historia clínica Drago AP.

ANEXO 4. Clinimetría disponible en Drago AP

ÁREA PARA VALORAR	INSTRUMENTO
DOLOR	Escala Visual Analógica (VAS)
HÁBITOS	Test de Fagerström Test de Richmond Test de motivación externa (tabaco) Evaluación del estado nutricional MNA Cuestionario AUDIT Cuestionario CAGE Cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea Test de Morisky-Green-Levine Evaluación del fototipo (Fitzpatrick)
ÚLCERAS	Clasificación de Texas Escala Resvech 2.0 Escala de Norton Escala de Braden
FUNCIONAL	Índice de Comorbilidad de Charlson (versión abreviada) Índice de Katz Índice de Barthel Escala de Lawton y Brody Cuestionario de valoración de la incontinencia urinaria de esfuerzo Cuestionario de valoración de la incontinencia urinaria de urgencia Valoración auditiva Valoración visual
RESPIRATORIO	Test de adhesión a los inhaladores
EMOCIONAL	Test de ansiedad de Goldberg Test de ansiedad y depresión de Goldberg Escala de depresión geriátrica de Yesavage Escala de depresión Montgomery-Asberg Escala de autoestima de Rosenberg

SOCIAL	Cuestionario de Zarit APGAR familiar Índice de esfuerzo del cuidador/a Escala de valoración sociofamiliar de Gijón Cuestionario Duke-UNC
MENTAL-COGNITIVA	Test de Pfeiffer Mini Examen Cognoscitivo (MEC) de Lobo Test del Informador (TIN) corto Escala de Beck Cuestionario M-CHAT
VALORACIÓN SÍNTOMAS	Escala de riesgo embólico CHA2DS2-VASc Índice internacional de síntomas prostáticos Escala de riesgo hemorrágico HAS-BLED Escala Child-Pugh Glasgow Palliative Prognostic Score (PaP Score) Escala de valoración funcional de Karnofsky
PEDIATRÍA	Escala LATCH

Elaboración propia. Fuente: Aplicación de historia clínica Drago AP.

ANEXO 5. Hoja de recogida de datos para la evaluación de historias clínicas

Fecha:

Evaluador/a:

Zona Básica de Salud:

Centro de salud/Consultorio Periférico:

Código asignado a la historia clínica:

Número de consultas con enfermería:

Motivos de consulta (especificar):

ASPECTO PARA EVALUAR	SI	NO
Historia de salud abierta		
Antecedentes personales		
Antecedentes familiares		
Problemas fundamentales		
Alergias		
Hábitos y estilos de vida		
Tabaco		
Alcohol		
Drogas		
Actividad física		
Alimentación		
Patrones Funcionales de Salud		
Número de patrones con valoración		
Especificar cuáles		
Fecha última valoración		
Diagnóstico enfermero NANDA-I		
Características definitorias + factores relacionados (Diagnósticos enfocados en el problema)		
Factores de riesgo (Diagnósticos de riesgo)		
Características definitorias (Diagnósticos de promoción de la salud)		
Otro diagnóstico		
CIE		
Ninguno		
Resultado NOC		
Escala Likert		
Intervenciones NIC		
Actividades		

ANEXO 6. Cuestionario sobre formación en metodología enfermera/lenguajes estandarizados

Mediante este cuestionario anónimo, nos gustaría saber los conocimientos que posees sobre metodología enfermera y lenguajes estandarizados. Son 20 preguntas tipo test y solo 1 de las respuestas es correcta.

Edad:

Sexo:

Femenino

Masculino

Años desde la finalización de la carrera:

Menos de 1 año

De 10 a 15 años

De 1 a 5 años

Más de 15 años

De 5 a 10 años

Experiencia profesional:

Menos de 1 año

De 10 a 15 años

De 1 a 5 años

Más de 15 años

De 5 a 10 años

Experiencia en Atención Primaria:

Menos de 1 año

De 10 a 15 años

De 1 a 5 años

Más de 15 años

De 5 a 10 años

Tipo de contrato:

Eventual

Plaza en propiedad

Interinidad

Otro

Especialidad de Enfermería:

SI

Especifica cuál:

NO

¿Has recibido formación sobre metodología enfermera o lenguajes estandarizados en los últimos 3 años?

Formación online

SI

NO

Formación presencial

SI

NO

1. Las 5 fases del proceso enfermero son:
 - a. Valoración, diagnóstico, planificación, implementación, evaluación
 - b. Planificación, evaluación, implementación, orientación, diagnóstico
 - c. Valoración, análisis, implementación, valoración, evaluación
 - d. Valoración, diagnóstico, planificación, implementación, resolución
2. Señala la correcta respecto a la valoración por Patrones Funcionales de Salud:
 - a. Patrón 6: Percepción-manejo de la salud
 - b. Patrón 8: Cognitivo-perceptivo
 - c. Patrón 7: Autocontrol-autoconcepto
 - d. Patrón 10: Valores-creencias
3. La presencia de heridas o el estado de la piel se refleja en el patrón:
 - a. 1
 - b. 6
 - c. 2
 - d. Ninguno de los anteriores
4. El formato PES responde a:
 - a. Problema, etiqueta, síntomas
 - b. Problema, evaluación, signos/síntomas
 - c. Problema, etiología, signos/síntomas
 - d. Problema, etiqueta, signos
5. Según la taxonomía II de NANDA-I, los diagnósticos se agrupan en:
 - a. Dominios y características definitorias
 - b. Factores relacionados y características definitorias
 - c. Dominios y clases
 - d. Clases y factores relacionados
6. Los diagnósticos enfocados en el problema contienen:
 - a. Características definitorias + factores de riesgo + factores relacionados
 - b. Características definitorias + factores relacionados
 - c. Características definitorias + factores de riesgo
 - d. Factores de riesgo + factores relacionados
7. Los diagnósticos de riesgo contienen:
 - a. Factores relacionados
 - b. Factores de riesgo
 - c. a y b son correctas
 - d. Ninguna de las anteriores
8. Los diagnósticos de promoción de la salud contienen:
 - a. Características definitorias
 - b. Características definitorias + factores relacionados
 - c. Características definitorias + factores de riesgo
 - d. Todas son correctas

9. ¿Durante qué fase del proceso enfermero se ejecutan las intervenciones planificadas?

- a. Planificación
- b. Implementación
- c. Valoración
- d. Evaluación

10. Relaciona las siguientes definiciones:

Etiologías, circunstancias, hechos o influencias que tienen algún tipo de relación con el diagnóstico enfermero (Factores relacionados)

Características
definitorias

Influencias que aumentan la susceptibilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad ante un evento no saludable (Factores de riesgo)

Factores relacionados

Indicios o inferencia observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico (Características definitorias)

Factores de riesgo

11. Relaciona las siguientes definiciones:

Estado, conducta o percepción de una persona, familia o comunidad que se mide a lo largo de un continuo en respuesta a una intervención o intervenciones enfermeras (Resultado sensible a la práctica enfermera)

Diagnóstico enfermero

Juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud/proceso vital, o susceptibilidad para esa respuesta, de una persona, familia, grupo o comunidad (Diagnóstico enfermero)

Intervención de
enfermería

Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza una enfermera para favorecer el resultado esperado del paciente (Intervención de enfermería)

Resultado sensible a la
práctica enfermera

12. La taxonomía NOC se organiza en los siguientes niveles:

- a. Nivel 1: Resultados, Nivel 2: Clases, Nivel 3: Dominios
- b. Nivel 1: Dominios, Nivel 2: Clases, Nivel 3: Resultados
- c. Nivel 1: Dominios, Nivel 2: Resultados, Nivel 3: Clases
- d. Ninguna de las anteriores

13. Todos los siguientes son resultados NOC excepto:
- Nivel del dolor
 - Curación de la herida: por primera intención
 - Prevención de caídas
 - Signos vitales
14. ¿Qué significan las siglas NIC?
- Nursing Interventions Collection
 - Nursing Interventions Taxonomy
 - Nursing Interventions Classification
 - a y c son correctas
15. Señala la correcta. Son intervenciones de enfermería NIC:
- Educación para la salud
 - Facilitar el duelo
 - Apoyo al cuidador principal
 - Todas son correctas
16. Señala la incorrecta. Son actividades de la intervención 3520 Cuidados de las úlceras por presión:
- Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño (longitud x anchura x profundidad), estadio (I-IV), posición, exudación, granulación o tejido necrótico y epitelización
 - Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y el aspecto de la piel circundante
 - Limpiar la piel alrededor de la úlcera con jabón suave y agua
 - Cambiar de posición cada 3-4 horas para evitar la presión prolongada
17. Para la medición de un resultado se utiliza:
- Escala tipo Likert de 5 puntos
 - Las escalas utilizadas con más frecuencia son las de demostración y de conocimiento
 - Una puntuación de 5 es siempre la mejor puntuación posible y una puntuación de 1 es la peor puntuación posible
 - Todas son correctas
18. ¿Qué significan las siglas NOC?
- Nursing Outcomes Classification
 - Nursing Outcomes Organization
 - Nursing Outcomes Association
 - Ninguna es correcta
19. Señala la incorrecta. Son diagnósticos enfermeros:
- Ansiedad
 - Hipotermia
 - Vómitos
 - Insomnio

20. El Real Decreto 1093/2010 por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, establece que para reflejar los diagnósticos, resultados e intervenciones en el informe de cuidados de enfermería se debe utilizar el lenguaje estandarizado NANDA-I, NOC, NIC:
- a. No es cierto
 - b. Sí es cierto
 - c. Se puede utilizar cualquier otro lenguaje mientras sea estandarizado
 - d. Ninguna es correcta

¡Muchas gracias por participar!

ANEXO 7. Opinión sobre el uso de la metodología enfermera/lenguajes estandarizados

Mediante esta encuesta anónima, solicitamos tu opinión sobre el uso de la metodología enfermera y el lenguaje estandarizado NANDA-I, NOC, NIC en la práctica asistencial.

Edad:

Sexo:

Femenino

Masculino

Años desde la finalización de la carrera:

Menos de 1 año

De 10 a 15 años

De 1 a 5 años

Más de 15 años

De 5 a 10 años

Experiencia profesional:

Menos de 1 año

De 10 a 15 años

De 1 a 5 años

Más de 15 años

De 5 a 10 años

Experiencia en Atención Primaria:

Menos de 1 año

De 10 a 15 años

De 1 a 5 años

Más de 15 años

De 5 a 10 años

Tipo de contrato:

Eventual

Plaza en propiedad

Interinidad

Otro

Especialidad de Enfermería:

SI

Especifica cuál:

NO

¿Has recibido formación sobre metodología enfermera o lenguajes estandarizados en los últimos 3 años?

Formación online

SI

NO

Formación presencial

SI

NO

A continuación, solicitamos que nos des tu opinión sobre diferentes aspectos relacionados con la metodología enfermera, y señales la respuesta que más se adapte a tu situación:

	SÍ	NO	NS/NC
Utilidad del proceso enfermero			
Utilidad de la valoración por Patrones Funcionales de Salud (PFS)			
¿Sueles utilizar la valoración por PFS con frecuencia?			
Utilidad de los diagnósticos enfermeros NANDA-I			
Utilidad de los resultados NOC			
Utilidad de las intervenciones NIC			
¿Sueles utilizar el lenguaje NANDA-I, NOC, NIC con frecuencia?			
¿Te parece fácil su uso en la práctica diaria?			
¿Consideras que representa los cuidados que prestas a los pacientes/usuarios?			
¿Consideras que su uso mejora la calidad de los cuidados y contribuye al desarrollo de nuestra profesión?			

¿Quieres aportar algo más?

¡Muchas gracias por participar!

ANEXO 8. Solicitud de autorización a la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife para la realización del proyecto de investigación

A/A Gerencia de Atención Primaria de Tenerife

Investigadora principal: Keila González González

Datos de contacto:

Teléfono: 625180588

Correo electrónico: keigon86@gmail.com

Por la presente, se solicita autorización para la realización del proyecto de investigación con título "CALIDAD DEL REGISTRO ENFERMERO EN HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE TENERIFE".

Información del proyecto:

El objetivo principal del estudio es analizar la calidad del registro enfermero en la historia clínica electrónica Drago AP en los centros de salud pertenecientes a la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Para ello, se medirá la calidad del registro mediante la auditoría directa de historias clínicas utilizando una hoja de recogida de datos elaborada para tal fin. Además, se pasarán 2 cuestionarios, de carácter voluntario, a todo el personal de enfermería de los centros de salud que hayan sido seleccionados, con el objetivo de averiguar la formación que poseen sobre metodología enfermera y lenguajes estandarizados, así como la opinión que tienen sobre su uso en la práctica asistencial.

Los datos obtenidos se tratarán con total confidencialidad y protección de acuerdo con la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

En La Laguna a de de 2020

ANEXO 9. Solicitud de autorización al Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria para la realización del estudio de investigación

A/A Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria

Investigadora principal: Keila González González

Datos de contacto:

Teléfono: 625180588

Correo electrónico: keigon86@gmail.com

Por la presente, se solicita autorización para la realización del proyecto de investigación con título "CALIDAD DEL REGISTRO ENFERMERO EN HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE TENERIFE".

Información del proyecto:

El objetivo principal del estudio es analizar la calidad del registro enfermero en la historia clínica electrónica Drago AP en los centros de salud pertenecientes a la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Para ello, se medirá la calidad del registro mediante la auditoría directa de historias clínicas utilizando una hoja de recogida de datos elaborada para tal fin. Además, se pasarán 2 cuestionarios, de carácter voluntario, a todo el personal de enfermería de los centros de salud que hayan sido seleccionados, con el objetivo de averiguar la formación que poseen sobre metodología enfermera y lenguajes estandarizados, así como la opinión que tienen sobre su uso en la práctica asistencial.

Los datos obtenidos se tratarán con total confidencialidad y protección de acuerdo con la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

En La Laguna a de de 2020