

NORMAS BÁSICAS PARA LA ELABORACIÓN DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA

BASIC RULES TO FILL THE NURSING REGISTERS

Autores: Silvia García Ramírez, Ana María Navío Marco, Laura Valentín Morganizo

Centro de Trabajo: (1) D.U.E. Medicina Interna I del Hospital Universitario Gregorio Marañón (Madrid, España)

Fecha del trabajo: 08/03/2007

RESUMEN:

Los registros de enfermería forman parte del trabajo que desarrolla la enfermera en su labor de asistencial de atención a las necesidades de cuidados de la población, por ello, los profesionales, debemos ser conscientes de su importancia, y relevancia, así como conocer la adecuada forma de cumplimentación los mismos, así como las repercusiones tanto a nivel profesional, fomentando el desarrollo de la profesión, como a nivel legal, conociendo la legislación y las responsabilidades que debemos asumir en el trabajo diario.

Debido a la relevancia de esta parte del trabajo en enfermería y a través de una exhaustiva revisión bibliográfica de diversos textos, publicaciones y trabajos científicos, hemos desarrollado un protocolo no sólo sobre la importancia y adecuada cumplimentación de los registros sino también su repercusión tanto a nivel profesional como legal.

PALABRAS CLAVE:

Registros de enfermería, historia clínica, desarrollo de enfermería, calidad de información, responsabilidad

ABSTRACT:

Nursing registers are part of the nursing activities in the clinical practice. That is why professionals must recognize the importance and relevance, as well as we must know how to fill registers correctly and the consequences both in the professional area (reinforcing its development), and the legal area, by knowing the laws concerned and the responsibilities we must assume in our daily work.

Because of the importance of this part in our profession, and thanks to a deep bibliographical analysis of different studies, documents and scientific researches, a protocol has been developed regarding the importance and appropriate way of filling of nursing registers, in terms of professional and legal ambit.

KEY WORDS:

Nursing registers, clinical background, nursing development, information quality, responsibility

INTRODUCCIÓN:

Los registros de enfermería constituyen una parte fundamental de la asistencia sanitaria, estando integrados en la historia clínica del paciente, lo que conlleva unas repercusiones y responsabilidades de índole profesional y legal, que precisa llevarlos a la práctica con el necesario rigor científico, que garantice la calidad de los mismos.

Hacer el registro de los cuidados que la enfermería proporciona diariamente a los pacientes, es una tarea esencial, tanto para dar una adecuada calidad sanitaria como para el desarrollo de la profesión. Por ello, los profesionales, deben conocer no sólo el adecuado cumplimiento de los registros sino también la legislación vigente que afecte tanto a usuarios como a los profesionales de la salud

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es el método científico aplicado en la práctica asistencial enfermera, que permite prestar cuidados de forma racional y sistemática, individualizando y cubriendo las necesidades del paciente, familia y comunidad.

Este proceso dispone de cinco etapas interrelacionadas, abordadas desde la teoría de forma individual, pero superpuestas en la práctica diaria, y que son: VALORACIÓN, DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA, PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN, EVALUACIÓN.

Cada una de las etapas del PAE, debe disponer de su correspondiente **registro de enfermería** constituyendo así:

- Un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Calidad de cuidados, al poder compararse con determinadas normas de calidad.
- Un sistema de evaluación para la gestión de servicios enfermeros, permitiendo: La investigación en enfermería; la formación pre/post-grado y una prueba de carácter legal.

Para poder organizar y registrar cada una de las etapas del proceso de atención de enfermería, debemos clasificar las necesidades y demandas de los pacientes, según un modelo de cuidados, siendo los más utilizados: Necesidades Básicas de Virginia Henderson o Patrones Funcionales de Gordon. En base al modelo de cuidados escogido, se desarrollará el plan de cuidados de enfermería pudiendo ser estandarizado o no estandarizado, con soporte informático o en papel y cuyo contenido permita el conocimiento del estado del paciente en cada momento del proceso de hospitalización (1).

Los registros de enfermería:

Son testimonio documental sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente al paciente, su tratamiento y su evolución (2).

Son fundamentales para:

1. Desarrollo de la enfermería:

La enfermería como disciplina profesional se desarrolla en base a la existencia de documentos a través de los cuales los profesionales dejemos constancia de todas las actividades que llevemos a cabo en el proceso de cuidados:

- Posibilitan el intercambio de información sobre cuidados, mejorando la calidad de la atención que se presta y permitiendo diferenciar la actuación propia, de la del resto del equipo; manifestando así el rol autónomo de la enfermería.
- Facilitan la investigación clínica y docencia de enfermería, ayudando así, a formular protocolos y procedimientos específicos y necesarios para cada área de trabajo.
- Conforman una base importante para la gestión de recursos sanitarios tanto, materiales como personales, adecuándolos a las necesidades generadas en cada momento, permitiendo por un lado, el análisis del rendimiento, y por otro el análisis estadístico.
- Tienen una finalidad jurídico-legal, considerándose una prueba objetiva en la valoración del personal sanitario respecto a su conducta y cuidados al paciente.

Por lo tanto, sólo a través del registro de todo aquello que la enfermera realiza, podremos transformar el conocimiento común sobre los cuidados en conocimiento científico y contribuir con ello al desarrollo disciplinario y profesional.

2. Calidad de información:

La calidad de la información registrada, influye en la efectividad de la práctica profesional, por tanto los registros de enfermería deben cumplir unos estándares básicos que favorezcan la eficacia de los cuidados en las personas y legitimesen la actuación del profesional sanitario.

Todas estas normas para mejorar la calidad de información tiene como base, principios éticos, profesionales y legislativos fundamentales (5), como el derecho a la intimidad, confidencialidad, autonomía y a la información del paciente.

La historia clínica (3,4):

Es el conjunto de documentos que contiene los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial (Ley 41/2002) (3) Referenciar como el resto de la bibliografía

La naturaleza de los datos que puede contener debe asegurar la confidencialidad de su contenido y, por tanto la intimidad de la persona a la que hace referencia la información, siendo obligatorio registrar todos los datos del curso clínico y de la respuesta del paciente al tratamiento desde su ingreso hasta el alta. Constituye una prueba legal ante un tribunal de justicia y su contenido esta regulado en la Ley 41/2002(3).

Silvia García Ramírez, Ana María Navío Marco, Laura Valentín Morganizo

Los registros de enfermería quedan regulados en el Artículo 15 de esta Ley, en el apartado del contenido mínimo de documentación de la historia clínica, apartados “m, n, ñ, o”

- | | |
|--|--|
| a) La documentación relativa a la hoja clínico- estadística. | j) El informe de anestesia. |
| b) La autorización de ingreso. | k) El informe de quirófano o de registro del parto. |
| c) El informe de urgencia. | 1) El informe de anatomía patológica. |
| d) La amnesia y la exploración física. | m) La evolución y planificación de cuidados de enfermería. |
| e) La evolución. | n) La aplicación terapéutica de enfermería. |
| f) Las órdenes médicas. | ñ) El gráfico de constantes. |
| g) La hoja de interconsulta. | o) El informe clínico de alta. |
| h) Los informes de exploraciones complementarias. | |
| i) El consentimiento informado. | |

Por ello, los registros que los enfermeros/as estamos obligados profesional y legalmente a cumplimentar son **Hoja de valoración al ingreso, Plan de cuidados, hoja de evolución, gráfico de constantes, hoja de medicación y hoja de enfermería al alta**, éste último, sólo en el caso que el paciente precise cuidados de enfermería tras su alta hospitalaria.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Conocer la importancia profesional y legal de los registros de enfermería.

Objetivos específicos:

- Describir la nomenclatura correcta en los registros de enfermería
- Demostrar que los registros de enfermería son también un instrumento para el desarrollo de la profesión.
- Exponer las repercusiones médico-legales implícitas en los mismos.

PERSONAL:

Deben realizar los registros TODO el personal de enfermería que participe de manera activa en el cuidado del paciente.

NORMAS PARA LA CUMPLIMENTACION DE REGISTROS: reglas o recomendaciones básicas

Serán usadas independientemente del soporte, modelo o plan de cuidados de enfermería (6, 7, 8).

• OBJETIVIDAD:

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

- No utilizar un lenguaje que sugiera una actitud negativa hacia el paciente, comentarios despectivos, acusaciones, discusiones o insultos.
 - ✚ Ej: Refiere consumir "dos litros de vino al día"
 - NO:** Alcohólico
- Describa de forma objetiva el comportamiento del paciente, sin etiquetarlo de forma subjetiva.
 - ✚ Ej: Durante toda la mañana permanece en la cama, se muestra poco comunicativo y dice que "no tiene ganas de hablar ni de ver a nadie"
- Anotar la información subjetiva que aporta el paciente o sus familiares, entre comillas.
- Registrar sólo la información subjetiva de enfermería, cuando esté apoyada por hechos documentados.

- **PRECISIÓN Y EXACTITUD:**

Deben ser precisos, completos y fidedignos.

- Los hechos deben anotarse de forma clara y concisa.
- Expresar sus observaciones en términos cuantificables.
- Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, tipo, forma, tamaño y aspecto.
 - ✚ Ej: A las 12:00h, presenta apósito manchado e manera uniforme, de unos 5 cm. de diámetro y aspecto hemático. SGR (D.U.E.)
 - NO:** Aposito manchado
- Se debe hacer constar fecha, hora, (horario recomendado 0:00 a 24:00) firma legible de la enfermera responsable.
- Anotar todo de lo que se informa: Unos registros incompletos, podrían indicar unos cuidados de enfermería deficiente. "Lo que no está escrito, no está hecho"
 - ✚ Ej: A las 15:00, sonda vesical permeable con diuresis colúrica de 80 ml. S. García (D.U.E.)

- **LEGIBILIDAD Y CLARIDAD:**

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

- Si no se posee una buena caligrafía se recomienda utilizar letra de imprenta.
- Anotaciones correctas ortográfica y gramaticalmente
- Usar sólo abreviaturas de uso común y evitar aquellas que puedan entenderse con más de un significado, cuando existan dudas escribir completamente el término.
 - ✚ Ej: IR: Insuficiencia Respiratoria o Renal
- No utilizar líquidos correctores ni emborronar. Corregir los errores, tachando solamente con una línea, para que sean legibles, anotar al lado "error" con firma de la enfermera responsable.
- Firma y categoría profesional legible: Inicial del nombre más apellido completo o bien iniciales de nombre y dos apellidos.
 - ✚ Ej: L. Valentín ó LVM (D.U.E.)
- No dejar espacios en blanco, ni escribir entre líneas.

- **SIMULTANEIDAD:**

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

- Evitando errores u omisiones.
- Consiguiendo un registro exacto del estado del paciente.
- Nunca registrar los procedimientos antes de realizarlos, puesto que estas anotaciones pueden ser inexactas e incompletas.
 - ✚ Ej: Si se registra "ha descansado bien toda la noche" y a las 6:00h se produce una PCR, el registro ya no es fidedigno.

HOJAS DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

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

- ➔ Si las órdenes médicas no están claras o la caligrafía es ilegible, se debe pedir al médico que las aclare y lea la prescripción.
- ➔ No se deben tomar órdenes verbales o telefónicas, en caso necesario, repita la orden confirmándola así, y pedir el nombre y apellidos del médico que lo prescribe; a continuación registrarlos.
 - ✚ Ej: A las 16:00, el Dr. J. Matas, prescribe telefónicamente paracetamol 1gr. vía oral.
- ➔ Si otra enfermera administra medicación, también se deberá anotar su nombre y hora a la que lo realizó.

NORMAS PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTROS: aquello que no se debe anotar (9):

- ➔ Los adjetivos que califiquen conductas o comportamientos del paciente, deben especificar que se refieren a dicha conducta o comportamiento, no descalificando al paciente.
 - ✚ Ej.: El paciente se muestra agresivo verbalmente con el personal de enfermería, en lugar de paciente agresivo
- ➔ No hacer referencia a la escasez de personal ni a conflictos entre compañeros.
- ➔ No intentar explicar que se ha producido un error o utilizar expresiones como "accidentalmente", "de alguna forma".
- ➔ No mencionar que se ha redactado un informe de incidencias, ya que esto, es un informe administrativo confidencial, hay que redactar los hechos tal y como ocurren
 - ✚ Ej.: Informes de caídas
- ➔ No referirse al nombre u otros datos personales de los compañeros de habitación en el registro de otro paciente, esto atenta contra la confidencialidad
- ➔ No anotar que se ha informado a compañeros o superiores de determinados hechos, si ésta información se ha producido de forma informal o en determinados lugares o situaciones no apropiadas.

La realización correcta de los registros, puede ser nuestra mejor defensa ante un problema legal.

OBSERVACIONES:

Históricamente la legislación en materia sanitaria, ha ido evolucionando a lo largo de los años, así se han desarrollado distintas leyes que han ido profundizando cada vez más en el tema de documentación clínica: Ley 14/1986 General de Sanidad (11), Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (12), Ley del Parlamento de Galicia núm. 3/2001 de 28 de mayo (13), Ley 12/2001 de 21 de Diciembre (14), de la Ordenación Sanitaria de la CAM, Ley Básica 41/2002 de 14 Noviembre, Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (15).

Estas leyes regulan la responsabilidad legal sobre las actuaciones de los profesionales sanitarios, pero también queda reflejado y regulado en el código de la profesión, es decir, el Código Deontológico de la Enfermería Española (16): Capítulo V regula LA RESPONSABILIDAD DEL PROFESIONAL CON LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA y Capítulo X: NORMAS GENERALES DE LA PROFESIÓN Artículos, 56-57-58-73.

Basado en la legislación, se define la **responsabilidad**, como la obligación que la persona tiene de responder por las actividades que realiza en función de su actividad profesional y su experiencia. La responsabilidad está relacionada, con la eficacia y la eficiencia. El registro de los cuidados que se proporciona puede reflejar la eficacia o proteger la responsabilidad legal, cuando ocurra un incidente fuera de lo normal (17).

El aumento de autonomía y la toma de decisiones independientes, significan asumir responsabilidades sobre nuestras acciones, permitiéndonos respetar siempre las áreas de competencia del resto de los miembros del equipo de salud, favorecer la colaboración y asegurar un servicio de mejor calidad, pero también, incrementa el riesgo de responsabilidad a la que estamos expuestos. Por otro lado, se pueden delegar tareas a otros miembros de equipo que esté profesionalmente cualificado para ello, pero debemos de saber que SE DELEGAN TAREAS Y NO RESPONSABILIDADES.

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

(Ley 41/2002)(3), (Art. 14 y Ley 59/2003, de 19 de Diciembre, de firma electrónica) (18)

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

BIBLIOGRAFIA

- 1. Carpenito, L.J.; Planes de cuidados y documentación en enfermería. Ed. Mc Graw-Hill- Interamericana de España. 1ª Ed. 1994.
- 2. Martínez Ques, A.A. Aspectos legales y prácticos de los registros de enfermería. *Revista Gallega de Actualidad Sanitaria*. Marzo 2004; Vol. 3(1):54-59.
- 3. BOE, 15 de Noviembre 2002 (Nº 274; 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. Gutiérrez de Terán Moreno, G. Aspectos legales de los registros de enfermería. . (1993); *Enfermería Clínica* 3 (1): 39-41.
- 5. Benavent Garcés, M.A., Leal Cercós, M. I. Mesa de los aspectos Ético-Legales de los Registro de Enfermería. I Trobada d'infermeria Comunitària. Valencia. Octubre 1998. Publicado en CB Nº 41,1º 2000.
- 6. W. Iyer, P. Trece reglas para realizar unos registros que le protejan legalmente. (1992); *Nursing*, 10 (3): 40-44.
- 7. W. Iyer, P. Seis nuevas reglas para realizar unos registros que le protejan legalmente. (1992); *Nursing*, 10 (4): 32-37.
- 8. Murphy, J. Y J. Bruke, L. Anotar las excepciones. Una forma más eficaz de hacer los registros. (1991); *Nursing*, 9 (3): 39-41.
- 9. Calfee, B. Siete cosas que nunca deberá anotar. (1994); *Nursing*, 12 (9): 57.
- 10. Constitución Española, 1978.
- 11. BOE, 29 de Abril de 1986 (Núm. 102); Ley 25 de Abril General de Sanidad.
- 12. BOE, 14 DE Diciembre De 1999 (Núm. 298); Ley Orgánica 15/1999, 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.
- 13. DOGA, 8 de Junio 2001 (Núm. 111); Ley 28 de Mayo de 2001, Núm. 3/2001, de Normas reguladora del consentimiento informado y de la Historia Clínica.
- 14. BOE, 5 Marzo de 2002 (Núm. 55); Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.
- 15. BOE, 22 de Noviembre de 2003 (Núm. 280); Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.
- 16. Código Deontológico de la Enfermería Española. Organización Colegial del Enfermería. Consejo Colegial de Colegios de Madrid: Diplomados de Enfermería de España, 1989.
- 17. García García, M.A., Hernández Hernández, V., Ranz González R., Montero Arroyo, R.; Principios de ética y legislación quirúrgica. *Serie Cuidados Avanzados: Enfermería de quirófano*. Ed. DAE. Valencia.1ª Ed 2005.
- 18. BOE, 20 de Diciembre de 2003 (Núm.304); Ley 59/2003 de 19 de Diciembre de firma electrónica.
- 19. Hernanz, G. Estudio sobre la cumplimentación de los Registros de Enfermería .Medicina Interna. Hospital Universitario Gregorio Marañón. 2004.

AGRADECIMIENTOS:

Agradecemos el apoyo y orientación de Giovanna Hernanz, supervisora de unidad de Medicina Interna I del Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid.