

PLAN DE ATENCIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO: CALIDAD DE LOS REGISTROS*

“Un buen registro de enfermería debería ser aquel que recogiese la información suficiente para permitir que otro profesional de similar cualificación asumiera sin dificultad la responsabilidad del cuidado del paciente”.
Manuel Amezcua

INTRODUCCIÓN

El presente artículo sobre registros de enfermería de calidad se desarrolla en torno a dos dimensiones que toman relevancia e importancia en la atención de toda persona cuidada por el equipo de enfermería, pero que se torna imperativo cuando la condición clínica de la persona se encuentra en estado crítico. La primera dimensión, aborda el marco ético - legal vigente en Colombia; la segunda, tiene que ver con la calidad de los registros que realizan los profesionales de enfermería determinados por los parámetros político, económico y social trascendente para el análisis de la prestación de servicios de salud.

Realizo este documento como un llamado a todo el gremio de enfermería, pues a través del rol que he desempeñado desde el año 2006 como Magistrada de los Tribunales Éticos de Enfermería, leer conocer y analizar el ejercicio disciplinar, el ser y esencia del cuidado y, la calidad de atención de las instituciones prestadoras de servicios de salud a través de los registros de enfermería ha sido doloroso y preocupante, pues dejan mucho que desear en cuanto a presencia dado que en algunas instituciones el profesional de enfermería ni siquiera realiza registros, esta labor igual que otras absolutamente trascendentes la delega al personal auxiliar, y cuando están elaborados los registros fallan en redacción, ortografía y calidad documental en general.

OBJETIVO

* **ELIZABETH MURRAIN KNUDSON**, enfermera egresada de la Universidad Nacional de Colombia, Especialista en Auditoría en Salud, con Diplomado en Epidemiología, dos Diplomados en Docencia Universitaria, Magistrada del Tribunal Nacional Ético de Enfermería período 2006 – 2010, Candidata al Doctorado en Bioética Universidad El Bosque, Magistrada Tribunal Departamental Ético de Enfermería Cundinamarca, Bogotá D.C., Boyacá, Meta, Casanare y Amazonas período 2010 – 2014; con 16 años de experiencia asistencial, 10 años de experiencia docente y 9 años de experiencia como investigadora que han permitido la publicación de dos libros, más de 20 artículos y un centenar de conferencias nacionales e internacionales, contacto lizmurrak@gmail.com.

Sensibilizar al personal de enfermería frente a la trascendencia que tienen los registros y que éstos son el reflejo de la atención brindada al paciente general o en estado crítico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Recrear al personal de enfermería en torno a la responsabilidad y sentido ético – legal de los registros que realizan.
2. Motivar el análisis sobre la calidad de los registros que realiza el profesional de enfermería y su efecto sobre la calidad del cuidado percibido tanto por el cliente interno (enfermería) como por el cliente externo (usuario, familia, equipo de salud, sociedad).

PRESENTACIÓN

Para dar inicio al desarrollo de la temática propuesta, es necesario saber el referente conceptual sobre el cual nos ubicamos, por lo cual aunque parezca sencillo es importante definir los **registros de enfermería** entendidos como “el soporte documental donde queda recogida toda la información sobre la actividad de enfermería referente a una persona concreta, valoración realizada, tratamiento recibido y su evolución”^{1, 2, 3}.

Los registros de enfermería tienen diferentes finalidades, la principal de las cuales corresponde al rol asistencial, rol que se encuentra enfocado en la prestación de unos cuidados de la máxima calidad, por tanto son el reflejo directo de la atención brindada. Otras finalidades son la docente, investigativa y de gestión que permite el análisis estadístico y cualitativo que contribuye al crecimiento/ desarrollo de nuestra profesión al aportar elementos para el mejoramiento continuo, innovación, evolución del cuidado de enfermería. No podemos olvidar que otra de las finalidades es la ética, jurídica y legal, pues los registros constituyen el testimonio documental primario y objetivo de los actos del profesional ante el requerimiento de autoridad competente.

¹ Decreto 1995 de 1999, “Por el cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica en Colombia”, Artículos 1, 3, 4 y 5.

² Ley 911 de 2004, “Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la Profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones”, Capítulo V, Artículos 35 – 38.

³ Páginas de Ética de Enfermería N° 8 y 13.

Sin embargo, puede afirmarse que hasta hace pocos años las (os) enfermeras (os) no han dado la suficiente importancia a los registros que realizan en cuanto a presencia, oportunidad, eficiencia, claridad y calidad.

Es un hecho que en nuestra profesión relativamente joven y en fase de desarrollo, existe todavía hoy un amplio número de enfermeras (os) que no dan la suficiente importancia a la realización de los registros de su actividad profesional e incluso consideran los registros como una obligación administrativa que los aparta de su labor asistencial y reduce el tiempo de cuidado directo.

Este sector de enfermería que indudablemente ha cumplido y cumple a la perfección su trabajo “al pie de la cama”, ha sabido generar documentos al margen de la historia clínica del paciente, que les han servido para comunicarse con el equipo de enfermería y de salud cuando han considerado necesaria la transmisión de información como por ejemplo: libros de incidentes o novedades, libros de registro de exploraciones, interconsultas o procedimientos especiales, planilla de recibo y entrega de turno, notas de tablero de anuncios, a lo que se añade sin falta la información verbal transmitida en los cambios respectivos de turnos de enfermería.

Diversas razones se enuncian para seguir justificando esta postura: falta de tiempo, sobrecarga de trabajo asistencial, falta de aplicabilidad, dificultades con la metodología de los registros, incluso algunos admiten las dificultades para plasmar por escrito nuestro trabajo en forma clara, lógica y coherente debido a la falta de costumbre de redactar o por el desconocimiento del lenguaje clínico disciplinar adecuado.

A este grupo de profesionales es necesario sensibilizarlos frente a la importancia que tiene los registros para la profesión, las diversas finalidades que cumple, que suponen el reconocimiento presencia y posicionamiento de nuestro trabajo, recordándoles además que por imperativo legal del reconocimiento de los derechos del paciente tenemos la obligación de registrar; y que además ya en la actualidad debemos adaptarnos al paso de los documentos en físico papel al soporte informático.

Sin duda, el mayor avance en este camino se produjo en los años 80 con la cualificación universitaria de los estudios de enfermería que promovió gran autonomía disciplinar, autodeterminación, autorregulación liderazgo e innovación, con anterioridad a esta década algunos autores han reflexionado que la

subordinación a la profesión médica^{4, 5} y el cumplimiento de tareas delegadas limitaba la presencia, sentido y valor de los registros, de tal manera que al archivar las historias clínicas eran desechadas las notas de enfermería, lo doloroso y preocupante es observar que en algunas instituciones aún ocurra esto, punto importante para el debate y fuente de investigación para las (os) colegas.

Esta evolución y las resistencias al cambio se ve favorecida por el desarrollo legislativo, se empieza a interiorizar que los registros son además de un medio para avanzar en la calidad de los cuidados también un derecho del usuario y la familia a que quede constancia escrita de todo su proceso clínico en forma entendible, clara, sin tachones, enmendaduras, veraz, oportuna, eficiente en forma secuencial y cronológica, con el respectivo nombre de los participantes directos e indirectos⁶.

La incorporación de los sistemas informáticos en los hospitales y clínicas también ha generado importantes cambios en la forma de asumir el trabajo por parte del equipo de enfermería, el diseño específico de programas que contempla taxonomías nacionales e internacionales con valoración, diagnósticos, planes de cuidado, resultados esperados entre otros, además de unidosis medicamentosas, gráficas, giro cama, alojamiento entre otras, son a partir de este nuevo siglo una realidad en nuestro país.

El ordenador ha sustituido al teléfono y los papeles convirtiéndose en un facilitador para nuestro trabajo, no se puede seguir dando la espalda a esta realidad y aunque pudiera parecer hace algunos años que la informática y enfermería eran materias distintas, en la actualidad son la una parte de la otra al dar garantía de la esencia de enfermería a través de la sistematización de los cuidados pues estos son evidencia, identidad e imagen para las personas y la sociedad en general del ser saber y saber hacer disciplinar. Con el tiempo la mirada reflexiva y constante sobre los registros de enfermería ya sean impresos o informáticos nos dará evidencia de la calidad del cuidado brindado y su impacto en el desarrollo de la profesión y de las condiciones de vida de la población.

También es necesario comentar que la división entre la teoría y la práctica, ha influido en forma negativa en la evolución disciplinar y la generación de caminos no siempre convergentes entre la asistencia y las aulas universitarias, a pesar del

⁴ Amezcua, Manuel. La calidad en la documentación clínica de enfermería: del papeleo a los registros para el cuidado. *Index de Enfermería* 1995; 11: 15 – 20.

⁵ Nigenda, Gustavo, Ruiz José Arturo. Formación, empleo y regulación de los recursos humanos para la salud, Bases para su planeación estratégica, Editorial Instituto Nacional de Salud Pública y Cendex, Capítulo II y III, pp. 65 – 117.

⁶ Decreto 1995 de 1999 y Ley 911 de 2004.

esfuerzo teórico de los programas (escuelas y facultades) por implementar registros que universalicen el lenguaje profesional, las intervenciones procesos y procedimientos, disminuyan la variabilidad en la práctica clínica basada en la evidencia científica, mejorar la calidad científica y técnica de los cuidados impartidos y percibidos, ha fallado la conexión o nexo que facilite que los avances teóricos influyan en la práctica asistencial que en muchas ocasiones ha seguido basando su desempeño en la experiencia acumulada. Esta división bizantina nos debe llevar a reflexionar y a explorar los mecanismos que permitan que los avances científicos y técnicos disciplinares impacten positivamente tanto en la docencia como en la asistencia.

Muy irreverentemente me atrevería a proponer uno de estos mecanismos, y consiste en que las enfermeras asistenciales con el apoyo consistente y permanente de las docentes – investigadoras diseñen y plasmen sistemas de registros sencillos, útiles y metodológicamente correctos, consensuando la presencia, los cambios en sus funciones y desempeños, las adaptaciones y las innovaciones, de esta manera se puede asumir de forma más motivada, responsable y comprometida la elaboración de los registros enfermeros en las áreas clínicas generales y críticas. Y de manera periódica sean elaborados informes publicables sobre las condiciones y calidad de los cuidados brindados por áreas, servicios e instituciones basados en el análisis y evaluación de los registros.

Característica de un Registro de Calidad:

Las condiciones que debe cumplir un registro para ser considerado de calidad que toma relevancia en la atención de una persona en estado crítico, son:

- ✓ Debe contener la descripción del estado de salud - enfermedad del paciente, la atención brindada y la actividad planificada, así como la prestación del cuidado a la persona, enunciando fecha, hora, acción, resultados, nombre de quien la ejecuta y las evaluaciones o resultados evidenciados en todas las dimensiones (física, psicológica, emocional, espiritual, etc.).
- ✓ Los sistemas de registro de enfermería deben ser eficaces, efectivos y eficientes.
- ✓ Debe evaluar también como se da respuesta a las necesidades del paciente a través del proceso asistencial, asegurando la calidad científico – técnica, la satisfacción de los clientes internos (enfermeros) y externos (paciente,

familia, equipo de salud y sociedad), que permita el avance del conocimiento profesional y de respuesta las necesidades de salud de la población.

- ✓ Deben ser claros, legibles, sin tachones, enmendaduras (que también quedan registradas a nivel informático), oportunos y que reflejen continuidad tanto en la atención como en el cuidado de enfermería.
- ✓ Su elaboración conceptual y lingüística debe dar respuesta a seis enunciados: porqué, para qué, cuando, como, cuanto y qué registrar, veremos cada uno.

1. ¿Porqué registrar?

Los apartes que se enuncian a continuación están enmarcados en el Decreto 1995 de 1999, la Ley 266 de 1996 y la Ley 911 de 2004.

- 1.1 Por el imperativo legal, es decir responsabilidad jurídica: la evolución y planificación de los cuidados de enfermería, la aplicación terapéutica y las gráficas de las constantes vitales que deben ser monitoreadas de acuerdo al estado de salud – enfermedad de la persona, evolución neurológica, psicoemocional, espiritual entre otros. La historia el documento testimonial del cuidado brindado ante autoridad ética o jurídica.
- 1.2 Por razones asistenciales, sin duda el registro de toda la información referida al proceso de atención del paciente va a contribuir a mejorar la calidad de los cuidados brindados aumentando la calidad percibida por el paciente, la familia y la sociedad, quienes son los que dan constancia de la continuidad del cuidado de enfermería independiente de quien lo atiende. Es imprescindible el registro para un aseguramiento de la continuidad de los cuidados, pilar básico de la calidad de los mismos.
- 1.3 Desarrollo de la investigación, teniendo en cuenta que toda la información que proporciona el equipo de enfermería puede ser la base para la generación de trabajos de investigación, puesto que se aportan datos para el análisis estadístico y cualitativo que constituyen la mejor evidencia científica que nos permite mejorar los cuidados en oportunidad, acceso, eficiencia y calidad,

- 1.4 Por respeto, responsabilidad y compromiso con el paciente y hace evidente la apropiación por parte de enfermería de los derechos del paciente y los derechos humanos, hace explícita la contribución al desarrollo de la enfermería y su responsabilidad moral, profesional y social.
- 1.5 Por idoneidad profesional, puesto que nuestros registros deben estar presentes en la historia clínica y servir de base para procesos de investigación que promuevan la ratificación de teoría o la generación de nuevas teorías en enfermería a través de la sistematización de los actos de cuidado utilizando el método científico para su posterior análisis y evaluación.
- 1.6 Por gerencia, gestión y administración, teniendo en cuenta que el desarrollo de los registros de enfermería permitirá a las diferentes instancias que gestionan tanto la prestación de servicios como al recurso de enfermería determinar aspectos como tiempos y movimientos, carga de trabajo, distribución de los recursos asistenciales tanto humanos, como científicos, tecnológicos y las necesidades derivadas de estas.

2. ¿Para qué registrar?

Quedaría muy simple afirmar después del análisis desplegado en el anterior punto, que la razón fundamental de realizar los registros en enfermería máximo cuando el paciente se encuentra en condición o estado crítico es por razones asistenciales e imperativo legal, sin embargo, deseo agregar otras razones no menos importantes:

- 2.1 Dar legitimidad, reconocimiento, posicionamiento, identidad, competitividad, calidad, calidez, sentido, claridad y valor al cuidado de enfermería laboral, gremial, social, política y económicamente.
- 2.2 Mejorar la calidad científica y técnica disciplinar a través del intercambio de información que suministran unos buenos registros, por ejemplo ¿cuanto nos falta por hacer evidente de los efectos adversos o interacciones medicamentosas cuando el paciente en estado crítico está sometido a polifarmacia?, efecto/influencia/impacto psicoemocional – espiritual y físico de

la intervención de la cultura y actitud del equipo de salud (aridez clínica-hospitalaria) sobre la persona y su familia, en fin.

- 2.3 Promover un lenguaje común (metodología) entre los profesionales de enfermería, lo cual favorece la evolución disciplinar, mejora la calidad asistencial, el desarrollo del conocimiento profesional y facilita la elaboración de los registros informáticos.
- 2.4 Disminuir la variabilidad de los cuidados garantizando la continuidad de los mismos en tiempo, sentido, eficacia, eficiencia, características y calidad.

3. ¿Cuándo registrar?

Si nos referimos al tiempo en el cual se deben realizar los registros, la documentación consultada establece los conceptos de secuencialidad, disponibilidad y oportunidad, los cuales indican que los registros deben ser elaborados inmediatamente ocurren las intervenciones o actos de cuidado, a continuación se presenta literalmente cada uno:

“(…) **Secuencialidad:** Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

(…) **Disponibilidad:** Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.

Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio. (...)”⁷

Esta determinación en lo relativo de los procesos asistenciales independiente de la unidad o área en la cual se encuentre la persona, está basada en el análisis neurocientífico de la capacidad que tenemos de olvidar detalles y situaciones cuando nuestra atención está enfocada en

⁷ Decreto 1995 de 1999, “Por el cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica en Colombia”, Artículo 3.

diferentes personas o eventos, por tanto la demora en la elaboración de los registros puede tener como consecuencia la omisión u olvido de eventos significativos, vitales o importantes en la evolución de una persona en estado crítico.

4. ¿Cómo registrar?

Cuando el registro es en papel se deben elaborar sin tachones, enmendaduras, uso de corrector, esferos borrables o lápiz, la tinta del esfero debe ser negra. Pero independiente de que el registro sea elaborado en papel o en computador, se debe escribir en forma legible, ordenada, clara, sencilla, veraz, evitando el uso de abreviaturas que no sean de uso generalizado.

Podemos afirmar que unos registros elaborados con calidad son el reflejo del profesional y el tipo de cuidado que brinda, por tanto unos registros deficientes pueden ser interpretados como una mala ejecución de los cuidados y del desempeño deficiente del profesional de enfermería. Esta afirmación toma relevancia con el paso del tiempo y más cuando se debe realizar el análisis de los registros frente a una queja o demanda en los comités institucionales como el de historia clínica, ética, eventos adversos, técnico-científico, de calidad o ante estrados judiciales o éticos.

Otro elemento que se debe tener en cuenta frente a como realizar los registros en enfermería es utilizando tanto el lenguaje científico como las metodologías propuestas por las teóricas e investigadoras de enfermería (proceso enfermero, taxonomías de NANDA, el uso interpretado y consiente del NIC y NOC, entre otras). La inclusión de este lenguaje común y metodologías facilita la comunicación entre el equipo de enfermería local, nacional y globalmente y establece espacios de consolidación y estatus profesional.

5. ¿Cuánto y qué registrar?

Es necesario registrar la información que aporta enfermería de manera rápida, clara y concisa, aportando la información precisa sobre el estado de salud – enfermedad que permita una óptima planificación de los cuidados su evaluación y la mejora del plan establecido de acuerdo a las necesidades de la persona.

Realizarlos de tal manera que se garantice la continuidad de los cuidados, promoviendo la atención compartida en cada turno y desde el ingreso hasta la salida o dada de alta de la persona. Es importante evitar la repetición de los datos o la copia de los mismos como si se tuviera una sola plana, esto en particular sobre el registro de datos como los signos vitales, parámetros hemodinámicos, hoja neurológica, apertura y cierre de las notas en cada turno.

Una regla tradicionalmente repetida nos indica que debemos registrar todo lo que precisemos comunicar, pero estos registros deben ser elaborados bajo el concepto de racionalidad científica, la cual es entendida como “(...) *la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.*”⁸

Un buen registro al permanecer en el tiempo y por sí mismo debe permitir el conocimiento, análisis y evaluación de un hecho y la calidad de atención brindada bajo los parámetros de tiempo, modo y lugar; debe también aportar datos para investigación, deben ser modificados o adecuados periódicamente para facilitar los tiempos asistenciales, evolución, innovación y desarrollo del cuidado en sí mismo y las cargas laborales de los profesionales.

En relación con el contenido de los registros la ley nos ofrece una orientación sobre lo mínimo y esencial que debe contener. Ahora bien, registrar también implica por respeto de la dignidad del paciente, consignar sus opiniones, miedos, necesidades y angustias en todas las dimensiones o aspectos, pues como dice Kärkkäinen et al. 2005 “(...) un registro de enfermería incluso revelará las esperanzas de los pacientes y reflejará como desean ser cuidadas, y como desean aparecer en la documentación (...)”.

En este sentido un registro de enfermería elaborado con calidad debe reflejarnos la presencia científica del profesional al hacer evidente en cada servicio, área y turno la valoración del equipo de enfermería de allí se desprenden esos datos tangible e intangibles física, psicológica, mental, emocional, espiritual, etc; información que además nos aporta las ideas, sentimientos, emociones y

⁸ Decreto 1995 de 1999, “Por el cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica en Colombia”, Artículo 3.

percepciones que influyen en el estado de salud o enfermedad de la persona, lo que se encontrará en consonancia con el paradigma de cuidado humanizado.

En conclusión, la constancia escrita de los cuidados de enfermería forman parte del cuidado mismo en forma consustancial⁹ e inescindible¹⁰, siendo necesario incorporar la calidad a los registros que elaboramos, máximo cuando nuestro paciente se encuentra en unidades de cuidado crítico, pues como enfermería somos y cuidamos tal como escribimos nuestras notas en los expedientes de las historias clínicas.

⁹ Definición de consustancial: que es de la misma sustancia o esencia que otra.

¹⁰ Definición de inescindible: es algo que no se puede omitir, que esta aunque no tome relevante importancia, pero no puede dejar desaparecer.

BIBLIOGRAFIA

Álvarez del Castillo, Flor Matilde. Informe de Gestión año 2008 Tribunal Departamental Ético de Enfermería de Cundinamarca, Bogotá, Meta, Casanare y Amazonas, Revista de la Anec Febrero de 2009, N° 69, p. 32.

Amezcuca, Manuel. La calidad en la documentación clínica de enfermería: del papeleo a los registros para el cuidado. Index de Enfermería 1995; 11: 15 – 20.

Circular 0015 del 4 abril de 2003, “Por la cual se recuerdan normas para la Habilitación hospitalaria, Historia Clínica y Registros Asistenciales en Colombia”.

Chaparro Díaz, Lorena, García Urueña, Diana Carolina. Registros del profesional de enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado, Revista de Enfermería, consultada en <http://www.encolombia.co>, enero 6 de 2011.

Decreto 1995 de 1999, “Por el cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica en Colombia”.

Decreto 2309 del 2002, “Por medio del cual se crea el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) en Colombia”.

Decreto 2200 de 2005, “Por medio del cual se establecen los parámetros de calidad en la atención, prescripción de medicamentos y otras disposiciones en Colombia”.

Definiciones consultadas en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, encontrado en <http://www.rae.es/rae.html>, diciembre 28 de 2011.

Gutiérrez de Terán Moreno G. Aspectos legales de los registros de enfermería. Enfermería clínica 3 (1): 21 – 24.

Kärkkäinen O., Bondas T., Eriksson K. Documentation of individualized patient care: a qualitative metasynthesis. Nurs Ethics. 2005 Mar; 12 (2): 123 – 132.

Gaitán Cruz, Hermana María Cecilia. Página de Ética de Enfermería N°9: Responsabilidad ética en el cuidado de enfermería. Consultada <http://www.trienfer.org.co/> diciembre 28 de 2011.

Ley 266 de 1996, “Por la cual se reglamenta la Profesión de Enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones”, Artículos 2 y 3.

Ley 911 de 2004, “Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la Profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones”, Capítulo III, Artículo 26; Capítulo V, Artículos 35 - 38.

Nigenda, Gustavo, Ruiz José Arturo. Formación, empleo y regulación de los recursos humanos para la salud, Bases para su planeación estratégica, Editorial Instituto Nacional de Salud Pública y Cendex, Capítulo II y III, pp. 65 – 120, Bogotá – Colombia, 2010.

Prieto de Romano, Gloria Inés, Chavarro Barreto María Teresa. Pagina de Ética de Enfermería N° 8: Notas de enfermería, noviembre de 2001. Consultada <http://www.trienfer.org.co/> diciembre 28 de 2011.

Prieto de Romano, Gloria Inés, Santamaría Muñoz Eugenia. Página de Ética de Enfermería N° 13: Reflexiones éticas acerca de los registros de enfermería. Consultada en <http://www.trienfer.org.co/> diciembre 28 de 2011.