

Registros de enfermería

Luz Marina Bautista-Rodríguez*

Generalidades

Entiéndase por registro de enfermería los documentos específicos que hacen parte de la historia clínica, en los cuales se describe cronológicamente la situación, evolución y seguimiento del estado de salud e intervenciones de promoción de la vida, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que el profesional de enfermería brinda a los sujetos de cuidado, a la familia y a la comunidad (1).

La historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley (2).

Este documento se convertirá en informe continuo de la asistencia sanitaria al paciente. El personal de enfermería tiene la responsabilidad de incluir en el registro información clara y lógica, describiendo con precisión toda la asistencia prestada. Una historia clínica bien documentada es la mejor defensa del personal de enfermería frente a cualquier demanda por alegación de mala práctica o negligencia (3).

Tipos de registros

- Hoja de medicamentos
- Hoja de signos vitales
- Hoja de líquidos
- Hoja de notas de enfermería
- Hoja de gastos

Sistema de registros de enfermería

- Sistema narrativo
- Sistema orientado a problemas
- Sistema con un área de interés específico

Propósitos (4).

- Contar con información general y específica de la evolución del paciente.
- Percibir con facilidad los hallazgos más relevantes del estado actual del paciente
- Documentar de manera permanente e inmediata las situaciones sin repetir.
- Estandarizar el cuidado que brinda enfermería.

Normas de calidad para los registros (5).

- Datos relativos al cuidado que son útiles para el personal de enfermería y salud.
- Datos positivos del cuidado brindado por enfermería
- Actividades de enfermería adicionales que se requieren.

Fundamentos legales para los registros en Colombia

- Resolución 1995 de 1999

Características de la historia clínica

Integralidad: la historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionándolo con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

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 al usuario.

Racionalidad científica: para efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que se 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.

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.

Componentes

- **Identificación del usuario**

Los contenidos mínimos de este componente son: datos personales de identificación, apellidos y nombres completos, estado civil, documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, sexo, ocupación, dirección y teléfono del domicilio y lugar de residencia, nombre y teléfono del acompañante; nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable del usuario, según el caso; aseguradora y tipo de vinculación.

- **Registros específicos**

Registro específico es el documento en el que se consignan los datos e informes de un tipo determinado de atención. El prestador de servicios de salud debe seleccionar, para consignar la información de la atención en salud brindada al usuario, los registros específicos que correspondan a la naturaleza del servicio que presta.

Los contenidos mínimos de información de la atención prestada al usuario que debe contener el registro específico son los mismos contemplados en la Resolución 2546 de julio 2 de 1998 y las normas que la modifiquen o adicionen, además de los generalmente aceptados en la práctica de las disciplinas del área de la salud.

- **Anexos**

Son todos aquellos documentos que sirven como

sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras consideren pertinentes.

• **Ley 911 de 2004 para la creación de registros (1)**

Normas	Explicación	Acción correcta
Los registros de enfermería de la historia clínica deben hacerse en forma veraz, secuencial, coherente, legible y clara.	<p>Siguiendo estos parámetros se cumple con los lineamientos legales y éticos.</p> <p>No olvidar que el informe es una forma de comunicación para todo el equipo de salud que participa del cuidado del paciente y se convierte en documento legal ante la existencia de quejas por la atención brindada.</p>	
No borrar ni utilizar líquido corrector o tachar los errores cometidos al realizar el registro.	La gráfica resultará ilegible y puede dar la impresión de que se ha intentado ocultar información o desfigurar el registro.	Trace una única línea sobre el error, escriba la palabra <i>error</i> sobre ella y firme con su nombre o iniciales. A continuación, registre la nota de forma correcta.
Utilizar siglas distintas a las aprobadas internacionalmente.	<p>Las siglas pueden generar interpretaciones diferentes a la que realmente corresponde.</p> <p>Las abreviaturas y símbolos médicos ayudan al personal de enfermería a reducir el tiempo de escritura en las gráficas. La mayor parte de las sociedades tienen una lista de abreviaturas aprobadas.</p>	Sólo utilizar las siglas convencionales permitidas en la institución.
<p>No escribir comentarios de represalias o críticas sobre el paciente o sobre la asistencia realizada por otros profesionales de la asistencia sanitaria.</p> <p>Corregir todos los errores inmediatamente.</p>	Estas afirmaciones pueden ser utilizadas como pruebas de conducta no profesional o de mala calidad de la asistencia.	<p>Anote sólo descripciones objetivas de la conducta del paciente. Los comentarios del paciente deben entrecomillarse.</p> <p>Evite la precipitación al rellenar la gráfica. Asegúrese de que la información es correcta.</p>
Registre únicamente hechos.	Los errores en el registro pueden llevar a errores en el tratamiento	<p>Asegúrese de que la anotación es objetiva. No especule ni haga suposiciones.</p> <p>Escriba de forma consecutiva, línea por línea. Si se deja algún espacio, trace una línea horizontal atravesándola y firme con su nombre al final.</p>
No dejar espacios en blanco en las notas del profesional de enfermería.	El registro debe ser preciso y fiable. Otra persona puede añadir información incorrecta en los espacios.	No borre nunca las anotaciones ni utilice líquido corrector y nunca utilice lápiz.
Registrar todas las anotaciones de forma legible y en tinta.	Las anotaciones ilegibles pueden ser interpretadas erróneamente, dando lugar a errores y pleitos. La tinta no se puede borrar. Los registros se fotocopian y almacenan en microfilm.	No escriba «el médico ha cometido un error». En lugar de ello escriba: «Se llamó al Dr. Smilh para aclarar la orden de —».
Si se cuestiona una orden, registrar que se buscó una aclaración.	Si usted lleva a cabo una orden que sabe que es incorrecta, usted es tan responsable como el médico ante un procesamiento.	No escribir nunca en nombre de otro (excepción: si el cuidador ha estado fuera de la unidad y llama con información).
Sólo haga los esquemas para usted.	Usted es responsable de la información que anota en la gráfica.	Utilizar descripciones completas y concisas de la asistencia.
Evitar la utilización de frases vacías y que generalizan como «estado sin variaciones» o «pasó un buen día»	Información específica sobre la situación o el caso del paciente puede ser borrada accidentalmente si la información es demasiado generalizada.	No espere al final del turno para registrar cambios de importancia ocurridos algunas horas antes. Asegúrese de firmar cada anotación.
Comience cada anotación con la fecha y hora de realización, el nombre completo y termine con su firma y título.	Esto asegura que se registra la secuencia correcta de acontecimientos. La firma documenta quién es el responsable de la asistencia prestada.	

Contenido de las notas de enfermería (3)

1. Datos de identificación

Nombre y apellido.
Numero de historia clínica.
Numero de cama o unidad.
Fecha, día, mes, año.
Servicio.

2. Estado general

Estado de conciencia.
Posición.
Actitud del paciente.
Estado físico del paciente.

3. Medidas terapéuticas

Vendajes.
Procedimientos realizados.

4. Observaciones especiales

Heridas.
Deposiciones.
Micciones.
Vómito o náuseas.
Dieta.
Salidas del servicio.
Conductas del paciente.

Normas para la documentación y redacción de informes eficaces

Para lograr que los registros y los informes sean de calidad se deben seguir las siguientes siete directrices:

Objetiva

- Un registro debe contener información descriptiva y objetiva sobre lo que el personal de enfermería ve, oye, siente y huele (7).
- Evitar palabras que sólo son significativas en un marco específico de referencia, tales como bueno, adecuado, regular o malo, que pueden ser sometidas a interpretación.
- Las deducciones son conclusiones basadas en datos. El dato debe ser objetivo, siendo necesario documentarlo así, por ejemplo: “come solamente dos bocados del postre y el pan de la bandeja de la cena”. En un caso se puede suponer que el

paciente tenía náuseas, mientras que en otro caso existe la posibilidad de que el paciente estuviese hambriento pero no le gustase la comida. Si la enfermera documenta deducciones o conclusiones sin datos objetivos que los apoyen, pueden realizarse interpretaciones erróneas sobre el estado de salud del paciente.

- En ocasiones se deben registrar datos subjetivos, los cuales corresponden a percepciones del paciente sobre sus problemas de salud. La documentación que utiliza las palabras del paciente debe ir entre comillas, como, por ejemplo, “la paciente afirma tener náuseas”.

Exacta

- La información debe ser fiable. La utilización de expresiones precisas asegura la exactitud como medio para determinar si la situación de un paciente ha cambiado. La afirmación que menciona “herida abdominal tiene 5 cm de longitud, sin enrojecimiento ni edema” es más exacta y descriptiva que “una gran herida abdominal está cicatrizando bien”.
- Una ortografía correcta aumenta la exactitud de la documentación. Consúltense un diccionario, si fuera necesario, ya que hay términos que pueden ser interpretados erróneamente (p. ej. acepto o excepto).
- Una anotación exacta refleja observaciones y asistencia prestada a pacientes asignados. Incluya observaciones informadas a otro cuidador y actuaciones realizadas por otra persona.
- Verifique las órdenes médicas antes de dar cumplimiento y registrarlas. Siempre esté seguro de la claridad de la orden para realizarla. Evite tomar órdenes telefónicas o verbales.

Completa

- Cuando los registros e informes son incompletos, se pone en peligro la comunicación y el personal de enfermería es incapaz también de demostrar que se prestó una asistencia específica. Es necesaria una información concisa y completa acerca de los cuidados realizados según las necesidades del paciente.

- Registre toda la información relacionada con la administración de medicamentos antes, durante y después.
 - Realice los registros de todas las acciones desarrolladas inmediatamente se ejecutan. Nunca realice registros antes de hacer las actividades.
3. Preparación para ir a pruebas diagnósticas o cirugía.
 4. Cambios en el estado del paciente.
 5. Admisión, traslado, alta o fallecimiento del paciente.

Actualizada

- Las decisiones continuas acerca de la asistencia deben estar basadas en una información actual y exacta. Las actividades o hallazgos que se deben comunicar en el momento en que tienen lugar son los siguientes:
 1. Constantes vitales.
 2. Administración de medicamentos y tratamientos.
 3. Preparación para ir a pruebas diagnósticas o cirugía.
 4. Cambios en el estado del paciente.
 5. Admisión, traslado, alta o fallecimiento del paciente.
 6. Tratamiento aplicado por haberse producido cambios bruscos en el estado del paciente.
 7. Respuesta del paciente a la actuación.
- Al describir un aspecto de los cuidados, el personal de enfermería debe referirse al problema del paciente, a la actuación de enfermería y a la respuesta, lo más pronto posible.
- Una información oportuna evita errores en el tratamiento del paciente.

Lógica

- Es importante comunicar la información siguiendo un formato u orden lógico. Las notas desorganizadas no explican con claridad qué sucedió en primer lugar y pueden provocar confusión acerca de si se prestó una asistencia adecuada (3).
1. Constantes vitales.
 2. Administración de medicamentos y tratamientos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. República de Colombia. Congreso de Colombia. 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. Diario Oficial No. 45.693 de 6 de octubre de 2004. Bogotá: Gobierno Nacional; 2004.
2. Ministerio de Salud. Resolución 1995 de 1999, julio 8, por la cual se establecen las normas para el manejo de la Historia clínica. Bogotá: Ministerio de Salud; 1999.
3. Peña IJ. Diagnostico situacional y plan operativo de la experiencia práctica de la asignatura laboratorio administración en servicios de enfermería. Cúcuta: E.S.E Hospital Mental Rudesindo Soto; 2005.
4. Murphy J, Burke L. Anotar las excepciones: una forma más eficaz de hacer los registros. *Nursing* 1991; 9(3):39-41.
5. Chaparro-Díaz L, García-Urueña DC. Registros del profesional de enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado. *Actual. Enferm.* 2003;6 (4):16-21.
6. Cabrera-Osejo M. Los aspectos legales de los registros de enfermería. *Revista UNIMAR* 2006;(40): 37-40.