



Curso Académico 2012 / 2013

EL ARTE DE REGISTRAR

La importancia de los registros de enfermería

Leticia Escalante Martínez de Murguía

Directora: María Isabel Trespaderne Beracieto



RESUMEN

La literatura especializada coincide en señalar serios problemas en los registros de enfermería. Se registra mal por muchos motivos: por desconocimiento, por inexperiencia, por la idea de que es una tarea burocrática y ajena, y sobre todo por una idea distorsionada del rol de la enfermería. Un registro adecuado contribuye no sólo a la calidad de los cuidados, sino que hace visible el trabajo que enfermería realiza y puede contribuir a desarrollar la disciplina enfermera¹ y reforzar su rol independiente.

En este trabajo se analiza, a partir de la literatura especializada, el problema de los registros de enfermería: los problemas más frecuentes y sus causas, la perspectiva de las enfermeras sobre los registros, los problemas éticos y legales que implican y las posibles soluciones para una nueva manera de registrar.

Palabras clave: registros de enfermería, documentación en enfermería, calidad y registros, informática y enfermería, proceso de enfermería.

¹ A lo largo del texto se utilizará el termino neutro “enfermería” o “enfermera” para designar a los profesionales de ambos sexos, de la misma manera que lo hace el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE).

ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN	1
2.- DEFINICIÓN Y FUNCIÓN DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA	2
2.1. La función de los registros	2
2.2. La utilidad de los registros	3
3.- CÓMO SE HACEN	5
3.1. Prácticas habituales y errores frecuentes.....	5
3.2. Factores que influyen en la realización de los registros	10
3.3. Formación.....	13
3.4. Modelo universal.....	14
3.5. Cómo se evalúa	14
4.- VISIÓN DE LAS ENFERMERAS RESPECTO DE LOS REGISTROS	16
4.1. Experiencia	16
4.2. Las TIC's en los registros	21
5.- ASPECTOS ÉTICO-LEGALES DE LOS REGISTROS	23
6.- CONCLUSIONES PRÁCTICAS	26
6.1. Riesgos.....	26
6.2. Cómo deberían elaborarse	27
6.3. Áreas de mejora.....	29
7.- REFLEXIÓN FINAL	30
8.- REFERENCIAS	31
ANEXO 1 – Sistemas de registro	36
ANEXO 2 - Literatura adicional consultada	37

1.- INTRODUCCIÓN

Todos los estudios coinciden en señalar que enfermería no registra de manera adecuada. Por tanto este trabajo pretende dar respuesta a las siguientes preguntas: ¿Por qué se registra mal? ¿En qué consiste el problema? ¿Qué quiere decir que “se registra mal” y qué influye para que se haga así? ¿Qué habría que cambiar y cómo podría hacerse?

Objetivos. Con ese conjunto de preguntas como punto de partida, en las páginas que siguen me propongo los siguientes objetivos:

- Exponer y analizar el modo en que se realizan los registros de enfermería.
- Valorar y evaluar los problemas más frecuentes a la hora de registrar o en el contenido de los propios registros.
- Justificar y proponer un modo de realizar los registros.

Recursos y procedimiento. La realización de este trabajo se ha soportado en un análisis bibliográfico y hemerográfico². Entre el material seleccionado hay leyes, libros y artículos publicados principalmente en los últimos 6 años (el 75% de los artículos han sido publicados de 2006 en adelante). También he incluido algunos artículos de 1998 y 2000 por considerarlos clave. Los criterios de selección, además del año de publicación, fueron el idioma, es decir, fundamentalmente el castellano y el inglés, y que el título no se refiriese al registro de aspectos muy concretos.

Estructura del trabajo. El contenido del trabajo desarrollado se ha estructurado de la siguiente manera: primero, un apartado que enmarca qué es un registro y que función y utilidades tiene. Posteriormente, en segundo lugar, se ha descrito cómo se hacen hoy día, qué influye para que se hagan así y cómo se evalúan. Se analiza, en tercer lugar, la percepción de las enfermeras así como la aplicación de las TIC's a los registros. Se continúa con una aproximación a los aspectos ético-legales de los registros, para finalmente, proponer unas conclusiones y aportar una reflexión final.

² Las bases de datos utilizadas para la búsqueda de información fueron PubMed, la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), la Biblioteca Daniel Cosío Villegas (del Colegio de México), y la Biblioteca de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU). Para la búsqueda de información se utilizó el término MESH 'nursing records' y el término DeCS 'registros de enfermería'; también se utilizó la expresión 'nursing documentation' que no es un término MESH, pero que se utiliza ampliamente como sinónimo del término MESH 'nursing records'.

2.- DEFINICIÓN Y FUNCIÓN DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA

Los registros de enfermería, como intentaremos demostrar, son de vital importancia para un adecuado ejercicio profesional y, sin embargo, desde hace dos décadas, la literatura especializada indica que su calidad es pobre, mala, que no cumplen correctamente con su función y que pueden llegar incluso a perjudicar³.

Existen numerosas definiciones de un registro. En los términos más sencillos, desde el punto de vista puramente físico, son el “soporte documental donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente a una persona concreta, valoración, tratamiento recibido y su evolución” (Ruiz Hontangas, 2005).

La documentación enfermera tiene además la característica de ser un proceso dinámico, que puede ser modificada en función de las nuevas circunstancias o de nuevos datos obtenidos (Papathanasiou, Kotrotsiou, y Bletsas, 2007). Pero no sólo eso. Los registros son una parte integral de la documentación clínica y un aspecto vital de la práctica enfermera (Mahler et al., 2007; Papathanasiou et al., 2007). Yendo un poco más allá, podríamos incluso afirmar que, definen la naturaleza de la enfermería (Jefferies, Johnson, y Griffiths, 2010), pues recogen su esencia: recogen la auténtica naturaleza de lo que hacemos, de lo que somos.

2.1. La función de los registros

Registrar las actividades enfermeras tiene una única función: asegurar la continuidad de los cuidados para poder proporcionar una atención de calidad, es decir, cuidados eficaces, eficientes y adecuados. Los registros son una herramienta básica para facilitar y mejorar la comunicación entre profesionales y el trabajo en equipo.

Por tanto, para cumplir con su función, un buen registro “debería ser aquel que recogiese la información suficiente como para permitir que otro profesional de similar cualificación asumiera a continuación sin dificultad la responsabilidad del cuidado del paciente” (Amezcuza 1995 citado por Jiménez Fernández y Cerrillo Martín, 2010). Esto significa que apoyándose en lo que está escrito un profesional debería ser capaz de

³ En esta idea coinciden numerosos autores, entre ellos: Blair y Smith, 2012; Fay Yocum, 2003; Taylor 2003 citado por Kärkkäinen, Bondas, y Eriksson, 2005; Ofi y Sowunmi, 2012; Law, Akroyd y Burke 2010 citado por Prideaux, 2011; McGeehan 2007 citado por Prideaux, 2011; Moloney y Maggs 1999 citado por Saranto y Kinnunen, 2009; Törnvall, Wilhelmsson, y Wahren, 2004.

asumir el cuidado del paciente sin necesidad de ningún otro tipo de información (como el parte oral, por ejemplo). Si no se puede asumir el cuidado de un paciente valiéndose únicamente de lo que está escrito significa que no se ha reflejado toda la información relevante, necesaria para el cuidado.

Esto implica que siempre hay que registrar (incluso cuando no haya habido ningún cambio sustancial en la situación o estado del paciente), y que debemos tener en mente que cualquier cosa que creamos que debe ser dicha debe ser escrita, y quedar registrada.

Digámoslo de nuevo: asegurar la continuidad de cuidados y proporcionar cuidados de calidad y seguros es la única función posible de los registros de enfermería. La Ley 41/2002 de autonomía del paciente⁴ en el artículo 15.2 lo dice con claridad: “La historia clínica tendrá como fin principal facilitar la asistencia sanitaria...”.

A este respecto hay un conflicto palpable en la bibliografía: ¿Buenos registros equivalen a unos buenos cuidados? Algunos autores se inclinan hacia la idea de que una documentación de calidad mejora la calidad del cuidado (Häyrinen, Saranto, y Nykänen, 2008), otros argumentan que unos registros precisos son requisito para poder proporcionar unos cuidados de calidad, pero que no necesariamente la mejoran (Ammenwerth, Mansmann, Iller, y Eichstädter, 2003; Fernandes Costa Lima y De Oliveira Melo, 2012; Saranto y Kinnunen, 2009).

Sin pretender zanjar definitivamente la cuestión, podríamos afirmar que unos registros precisos y completos son condición necesaria pero no suficiente para unos cuidados de calidad. En la medida en que se documente de forma adecuada habrá una mayor y mejor comunicación entre profesionales, y eso contribuirá a mejorar la calidad. Además de que ayudará a evidenciar el trabajo de enfermería.

2.2. La utilidad de los registros

A pesar de tener una única función, los registros de enfermería tienen múltiples utilidades, siempre y cuando el registro se haya realizado adecuadamente. Entre otras, las siguientes:

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, de 15 de noviembre de 2002).

- i. Evaluación de la práctica.** A través de los registros se puede evaluar la calidad y pertinencia de los cuidados prestados al paciente, y puede evaluarse cualquier actuación de la práctica asistencial. Pueden incluso formar parte de un proceso de mejoramiento de la calidad, en la medida en que la evaluación permita detectar áreas de mejora (College of Nurses of Ontario, 2008).
- ii. Investigación.** Los registros de enfermería suponen una importante fuente de información para llevar a cabo investigaciones de diversa índole. Prácticamente cualquier tipo de investigación que requiera información acerca de la realidad asistencial enfermera puede valerse de los registros.
- iii. Progreso de la profesión.** El propio hecho de registrar favorece el progreso de la profesión de enfermería. Por ejemplo: al dejar constancia del área de conocimiento y actuación propia, afirmando la autonomía profesional, o al servir de apoyo para las investigaciones que son cruciales para el avance de la enfermería dado que promueve una práctica profesional reflexiva.
- iv. Formación.** Los registros, de un lado, permiten formar a los futuros profesionales utilizando los registros como herramienta para enseñar su correcta realización y, de otro, la formación de las propias enfermeras detectando a través de los registros las lagunas de conocimiento (College of Nurses of Ontario, 2008).
- v. Gestión.** Diversas actividades de gestión pueden utilizar la información de los registros, por ejemplo, para valorar la carga de trabajo y los recursos humanos necesarios.
- vi. Legal.** Los registros de enfermería son prueba de los cuidados que la enfermera ha llevado a cabo, de las decisiones que ha adoptado y de los resultados de las mismas (Kärkkäinen y Eriksson 2003 citado por Jefferies et al., 2010), por tanto, susceptibles de judicializarse en un caso de responsabilidad sanitaria.
- vii. Seguridad.** Los registros de enfermería proporcionan seguridad al garantizar la transmisión de toda la información acerca del proceso asistencial, de modo que hace posible una adecuada toma de decisiones (Gabr, 2010) dejando constancia de los cuidados que se le han prestado lo que ha de proporcionar una mayor seguridad al paciente.

A tenor de lo expuesto, no registrar de forma adecuada tiene importantes efectos. En particular, un registro inadecuado implica, entre otras consecuencias, que una muy

buena parte del trabajo de enfermería se vuelve invisible: no queda ningún rastro de él (Cheevakasemsook, Chapman, Francis, y Davies, 2006; Demutti Pimpão, Lunardi Filho, Heidtmann Vagheti, y Lerch Lunardi, 2010; Kärkkäinen et al., 2005).

3.- CÓMO SE HACEN

Hoy día la gran mayoría de los registros son informatizados y, generalmente, la documentación enfermera está organizada con base en el Proceso de Enfermería (P.E.) (Häyrynen et al., 2008).

Muchos autores consideran que registrar en base al P.E. tiene muchas ventajas, y algunos incluso lo consideran una “regla de oro” (Campos, 2010). Entre las ventajas que aporta podemos encontrar que facilita el cuidado reflexivo, la resolución de problemas, la toma de decisiones y que mejora la cumplimentación de los registros además de que mejora la calidad de los cuidados. Sin embargo, aunque parezca el recurso más simple y directo, todavía hay muchos problemas para registrar en base al P.E., principalmente por la falta conocimiento del P.E. (Ofi y Sowunmi, 2012) y motivación del personal.

En el momento de registrar hay distintos sistemas que adoptan las diferentes fases que conforman el P.E., cada uno con un formato y unas características distintas. Ello está en función del tipo y las necesidades del servicio en el que nos encontremos. Entre los sistemas más comunes están los registros orientados a problemas, los registros por excepción, los de Problema Intervención Evaluación (PIE), los de enfoque... (Ver Anexo 1).

3.1. Prácticas habituales y errores frecuentes

Antes de continuar conviene repasar algunas de las prácticas habituales y algunos de los errores que con más frecuencia aparecen en los registros.

Centrados en aspecto físico/medicina. Esta práctica se refiere a que en ocasiones los registros de enfermería se centran en los aspectos físicos y, consecuentemente, en ellos predominen los aspectos médicos. Es una práctica residual, producto de lo que la enfermería fue en el pasado: una función auxiliar del médico. La formación, la experiencia, la inercia, son otras muchas barreras que las enfermeras encuentran al cambiar la manera de documentar su práctica.

Por tanto, aquello que se registra más habitualmente y de manera más completa son la hoja de admisión o la cumplimentación de las órdenes médicas, y lo que menos se registra son los Diagnósticos de Enfermería (DdE), el apoyo emocional y los cambios en los planes de cuidados (Kärkkäinen y Eriksson, 2005; Paans, Sermeus, Nieweg, y Van Der Schans, 2010).

Repetición/notas de rutina. La repetición en los registros de enfermería es muy habitual, sobre todo en las notas narrativas (Hager y Munden 2008 citado por Blair y Smith, 2012). Los registros suelen repetirse porque se centran en el turno de trabajo (en lo que han hecho en ese turno de trabajo), de modo que se registra aquello que se ha hecho concretamente, sin hacer un ejercicio mayor de abstracción para pensar en el paciente y su proceso en conjunto. Las generalizaciones como “Está bien” o “Ha pasado buena mañana” se repiten con demasiada frecuencia y no dan una imagen precisa del paciente. Según algunos autores, la repetición excesiva de esas anotaciones de rutina es lo que hace que algunos sanitarios consideren los registros como poco útiles (Törnvall y Wilhelmsson, 2008).

Registros incompletos. Los registros habitualmente están incompletos. Entre las razones esgrimidas está que no se registra lo que se va a transmitir oralmente, o que hay aspectos que se consideran tan obvios que no parece necesario registrarlos (Frank-Stromberg, Christensen y Elmhurs citado por Prideaux, 2011).

Esto se puede observar de forma muy clara en el estudio de Romero de San Pío, M.J. y Romero de San Pío, E. (2008)⁵; a partir del análisis de 500 registros de enfermería se observó que solo el 35% estaban completos (175 registros), y que en el 16% no había nada escrito (no había registro: no había nada escrito de la jornada por parte del profesional responsable).

Más concretamente los aspectos que con más frecuencia suelen estar ausentes en los registros son los relativos al área de conocimiento propio de enfermería, al cuidado psicosocial... Es decir, todo aquello que escapa del aspecto más puramente físico, técnico y visible.

⁵ Llevado a cabo a lo largo de 4 meses en el año 2006 en el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Covadonga de Oviedo.

Registrar menos de lo que se sabe. Es muy frecuente también, aunque difícil de observar, el hecho de que las enfermeras registran mucho menos de lo que en realidad saben de los pacientes.

El estudio de Adamsen y Tewes, (2000)⁶ mostró con contundencia este aspecto. Por un lado, determinó los problemas que presentaban los pacientes, a través de entrevistas con ellos, y después examinó los registros en busca de esos problemas. De 274 problemas expresados por los pacientes (en 3 servicios distintos) solo el 31% (83 problemas) aparecían expresamente en los registros. Después se llevaron a cabo entrevistas de grupo (en 2 de los 3 servicios) con las enfermeras para constatar cuánto sabían de los problemas expresados por los pacientes, y el resultado fue que conocían el 68% de los problemas (89 problemas de un total del 130 en los 2 servicios).

Con este estudio Adamsen y Tewes (2000) mostraron que el hecho de que algo no esté registrado no siempre significa que no se conozca. Dicho de otro modo, no toda la información de que se dispone se registra.

Este aspecto está estrechamente relacionado con el parte oral que se acostumbra en los cambios de turno para transmitir la información. Normalmente hay una confianza ciega en el parte oral, tanta que ni siquiera se miran los registros por pensar: “Si hubiese algo importante ya me lo habría dicho”. Comportamiento que conlleva un riesgo y que se debería minimizar contrastando con la historia clínica y valorando al propio paciente.

Momento en que se registra. Otra práctica muy habitual en los servicios de enfermería es registrar una vez que el turno ha finalizado, justo antes de terminar la jornada laboral, y no en el momento en que se hacen las cosas. Johnson, Jefferies, y Langdon (2010) estudiaron a este respecto 192 registros y encontraron que el 58% no se habían realizado a medida que los hechos sucedían⁷. Se puede explicar por muchas razones, desde la falta de tiempo, la urgencia de hacer otras cosas, hasta el hecho de que los registros son considerados como una imposición, una tarea no deseada, ajena a las labores de enfermería.

Registro retro/prospectivo. El momento en que se registra incide de manera importante sobre los cuidados. Si se registra al final del turno, eso quiere decir que se

⁶ Llevado a cabo en el año 1995 en Dinamarca, concretamente en el Hospital Nacional Danés.

⁷ Estudio llevado a cabo sobre registros elegidos al azar de 10 hospitales metropolitanos de Australia publicado en el año 2010.

registra retrospectivamente, es decir, los documentos muestran lo que ya se ha hecho. Registrar todo retrospectivamente, va en contra de la lógica del P.E., puesto que, en teoría, los objetivos y las intervenciones pensadas para conseguirlos, deben definirse antes de llevarse a cabo, y servir para planificar qué se va a hacer, es decir, que deben ser prospectivos. El que no se realice ese registro prospectivo permite presuponer que no se lleva a cabo, lo que nos lleva a la idea de que se trabaja con un sistema de ejecución de tareas.

A modo de aclaración: hay elementos que deben registrarse necesariamente antes de llevarse a cabo como son los objetivos y, sin embargo, hay otros que deberían registrarse tras haberse llevado a cabo, como por ejemplo la administración de un fármaco. Cada actividad tiene un momento adecuado para ser registrado.

Para analizar este supuesto, Häyrinen, Lammintakanen, y Saranto (2010) estudiaron una serie de registros de enfermería, concretamente planes de cuidados de un servicio de neurología. Sus conclusiones no admiten muchas dudas. Encontraron que se habían registrado 363 objetivos, y se habían planeado 69 intervenciones, pero en la práctica se habían realizado 12.626 intervenciones.⁸ Dicho resultado reafirma lo expresado por Björvell, Thorell-Ekstrand, y Wredling (2000): las enfermeras siguen registrando retrospectivamente.

Lenguaje fragmentario. El lenguaje fragmentario son “frases y abreviaturas encontradas en los registros de los cuidados de enfermería que se entienden en la planta (del servicio), pero que sería difícil para cualquiera fuera de este ámbito local leerlo y entender su significado” (Jefferies et al., 2011). El empleo de este lenguaje fragmentario no sólo dificulta la comprensión de los registros, sino que reduce su utilidad como herramienta de comunicación, como fuente de información, e incluso puede generar más dudas de las que resuelve. Además, el hecho de que sea difícil su comprensión, puede ocasionar que otros profesionales consideren que no merece la pena leerlos porque no los entienden o no les aportan nada (Jefferies et al., 2011).

Es un tema importante, en el que conviene detenerse un poco más. Se entiende como lenguaje fragmentario también la escritura continua de asuntos distintos, que no guardan relación entre sí, así como las oraciones sin sujeto o predicado, las expresiones imposibles de cuantificar, o las siglas y abreviaturas. Las expresiones no cuantificables,

⁸ Estudio llevado a cabo en registros de un servicio de neurología y otro de cirugía entre los años 2003 y 2006 en un hospital Finés.

como “bueno”, “mejor” o “igual” suponen un problema en la medida en que no dan una idea precisa de la situación del paciente: no permiten saber a otros profesionales su condición concreta; de hecho, ni siquiera la enfermera que lo ha escrito podría semanas después describir con exactitud cuál era su estado.

Pero quizás el terreno más delicado sea el de las siglas y abreviaturas. Según la Real Academia Española (RAE) las abreviaturas son “la representación gráfica reducida de una palabra mediante la supresión de letras finales o centrales y que suele cerrarse con un punto”, por ejemplo: “Tto.” en vez de “tratamiento”. Y las siglas son “una palabra formada por el conjunto de letras iniciales de una expresión compleja”, como RMN en vez de Resonancia Magnética Nuclear. Ambos recursos se usan de forma habitual⁹, e incluso excesiva, en el sistema sanitario (Ribal, Pujol y Aguilar 2002 citado por Del Olmo Núñez, Casas De la Cal y Mejías Delgado, 2007), ya sea por comodidad, por costumbre o por ahorrar tiempo. El problema es que se usan libremente, según el criterio de cada quien, sin que se tomen en cuenta las consecuencias que puede tener un uso no estandarizado.

Puede ocurrir que las siglas tengan más de un significado, lo que implica que hay riesgo de una malinterpretación, y en consecuencia, puede ocasionar un problema de seguridad para los pacientes (Blair y Smith, 2012). Hay dos maneras de evitar esos riesgos. En primer lugar, es importante reflexionar en el momento de escribir el registro, para hacerlo tan explícito y claro como sea posible, tomando en cuenta que otros profesionales pueden interpretar nuestras abreviaturas de una manera distinta. Por otro lado, debería poder recurrirse a una lista estandarizada de siglas y abreviaturas, y no emplear ninguna otra.

No obstante, hay algunas abreviaturas ampliamente aceptadas, lo cual no es suficiente. A nivel estatal lo más parecido a una lista estandarizada que existe (aunque no es oficial) es el Diccionario de siglas médicas¹⁰ (Yetano Laguna y Alberola Cuñat, 2003) que recoge abreviaturas y siglas y ofrece los posibles significados de cada una de ellas. Sin embargo, este diccionario no resuelve el problema pues lo que hace es atribuir los distintos significados posibles para unas mismas siglas, pero no resuelve el

⁹ Al igual que el uso de lenguaje tipo SMS (Short Message Service).

¹⁰ Diccionario de siglas médicas y otras abreviaturas, epónimos y términos médicos relacionados con la codificación de las altas hospitalarias. Escrito por Yetano Laguna, J. Y Alberola Cuñat, V. Y editado en Madrid por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

problema de la interpretación, puesto que no establece un significado estándar. Un ejemplo podrían ser las siglas IC y los significados que nos dan para ellas: Inspiratory Capacity, Insuficiencia Cardíaca, Insuficiencia Coronaria, Interconsulta, Intercuadrántica e Intervalo de Confianza. Es posible que en el contexto sea identificable el significado real, pero no hay una seguridad al 100% que la interpretación se vaya a realizar correctamente.

Finalmente hay que decir que, aunque exista una lista estandarizada y oficial, eso no significa que automáticamente se vaya a usar de modo general. Así lo muestra el estudio de Johnson et al. (2010) citado anteriormente: a pesar de existir una lista oficial de siglas y abreviaturas, solo el 19,5% de las que encontró en los registros provenían de dicha lista (el 80,5% no). Eso quiere decir, que también es imprescindible el compromiso e implicación de los profesionales sanitarios en la adecuada cumplimentación de los registros.

3.2. Factores que influyen en la realización de los registros

Los factores que influyen en el modo de registrar son muy variados, por ejemplo:

Falta de conocimientos/formación en el modelo teórico. La falta de conocimientos o formación en el P.E., en la forma de razonar y utilizar los DdE o cualquier otro modelo en el que se base el sistema para registrar es una barrera importante. La falta de preparación tiene como consecuencia que no se comprenda la lógica del sistema, y que por lo tanto no se pueda registrar adecuadamente: se registra mal, sin seguir el procedimiento, o se registra de manera parcial, utilizando sólo la parte del programa que se conoce. En general, no se entiende la utilidad del programa, no se sabe sacarle partido, y por lo tanto es visto con desinterés, si no con hostilidad.

Falta conocimientos/inseguridad sobre qué registrar. En ocasiones, la falta de conocimientos se refiere a cosas mucho más básicas: qué se debe incluir, cómo se debe registrar, cuándo, o qué es un registro correctamente hecho. El resultado es una falta de confianza elemental, que está en el origen de los registros rutinarios, repetitivos, cuestiones ya abordadas en este trabajo con anterioridad: se escribe sólo aquello de lo que se está absolutamente seguro, se registran únicamente actividades objetivas, que se realizan a diario (por ejemplo: se administra la medicación pautada, se hace cura, etcétera).

En concreto, el estudio de Törnvall et al. (2004) confirma este extremo¹¹. Preguntaron a 145 enfermeras si les resultaba fácil saber qué escribir en el registro; el conjunto de respuestas arrojó una puntuación de 2.19 ± 0.80 (en una escala de 1 a 5, siendo positivo un valor bajo). Es decir, a una gran parte de las enfermeras, casi la mitad en el estudio, no les resultaba fácil saber qué debían registrar.

Es un problema, en principio, fácil de detectar y que debería tener un remedio sencillo. No obstante, la realidad es que faltan guías claras, que expliquen de manera concreta y explícita qué, cómo y cuándo registrar (Owen, 2005). Una guía de esa naturaleza favorecería sin duda la adecuada realización de los registros.

Falta de vocabulario/lenguaje a utilizar. Es posible detectar una falta de conocimientos o habilidad en el manejo del lenguaje que se tiene que utilizar (Frank-Stromberg et al. 2001 citado por Jefferies et al., 2010). En particular, suele haber dificultades para expresar el cuidado psicosocial, el cuidado no físico (Johnson et al., 2010). La enfermera hasta hace relativamente poco dependía del médico, y entendía su profesión prácticamente como auxiliar, y por eso sus registros se centraban en los aspectos físicos, como ya hemos señalado con anterioridad. El resultado es que falta costumbre, práctica, experiencia y habilidad para registrar otro tipo de cuidados: no se encuentran las palabras, el modo de explicar algo más abstracto, de modo que se termina por desistir y se opta por no registrarlo.

Falta de motivación. La falta de motivación también afecta a la realización de los registros. Sin conocimiento a veces de los nuevos sistemas, sin experiencia en el registro de otros cuidados, sin una idea clara de la importancia de los registros, las enfermeras se resignan a seguir registrando como hasta ahora. No tienen energía, fuerza ni ganas de cambiar la situación, posiblemente porque no hay una conciencia clara de la importancia de los registros en todos los sentidos, ni se facilita desde la organización sanitaria.

Exceso de carga asistencial. La elevada carga asistencial es una realidad que en los últimos años se está viendo agravada por la situación económica y los consiguientes recortes en recursos humanos. Este aumento de la carga de trabajo deriva en una falta de tiempo, que obliga a las enfermeras a imponerse un riguroso orden de

¹¹ Estudio llevado a cabo en registros de 42 Centros de Atención Primaria de un Consejo del Condado en el sur de Suecia.

prioridad. Obviamente, eligen siempre en primer lugar el cuidado directo del paciente, de modo que se dejan de lado los registros. No es algo fácil de resolver, con recursos escasos y falta de tiempo, pero es importante que se entienda que ese orden de prioridades impuesto por la carga asistencial afecta a la calidad de los cuidados. Sin duda alguna el cuidado del paciente es primordial, es lo que hacemos, pero los registros también son esenciales para poder llevar a cabo ese cuidado de la mejor manera posible.

Otro aspecto a destacar en este ámbito es que los registros permiten justificar, poner en evidencia, esa carga asistencial al mostrar lo que hacemos, es decir, tienen esa capacidad de demostrar la carga de trabajo que hay, justificando así la necesidad de recursos –o no– (hoy en día muy importante por la situación económica) o la reorganización de las actividades que se llevan a cabo. Resulta obvio que si esa carga no se registra puede llevar a pensar que es porque no se hace.

Soporte organizacional. Aunque a simple vista no lo parezca, las organizaciones sanitarias tienen un papel muy importante en la documentación enfermera pues según lo que hagan pueden motivar o limitar el desempeño enfermero en este aspecto (Cheevakasemsook et al., 2006). Pueden ser un obstáculo si no valoran e intentan resolver las dificultades que el personal de enfermería encuentra a la hora de registrar. Eso descontando que a veces los propios intereses u objetivos de la organización suponen en sí mismos un problema (por ejemplo, cuando se proponen ahorros mediante recorte de personal).

Por otra parte, las organizaciones también pueden facilitar la documentación enfermera mediante su apoyo, motivación e interés. Entre las cosas que podrían hacerse están el aumento de la formación en esta materia, una postura clara a favor de que se revaloricen los registros de enfermería, y una disposición más activa para identificar las barreras que dificultan un registro adecuado, y la decisión de eliminarlas o proporcionar recursos (programa informático o materiales informáticos) que realmente favorezcan una práctica adecuada de registro, y que contribuyan a que se entienda su valor y su utilidad.

Recursos. La falta de recursos materiales adecuados es una clara barrera para una correcta documentación. Pero no podemos pensar que sea sólo ni sobre todo un problema de recursos. En sí mismos, no resuelven los problemas, y pueden no ser beneficiosos, si no se adaptan a la realidad asistencial. Conviene tener presente que

todas las barreras que hemos mencionado están interrelacionadas, de modo que sólo serán eficaces aquellas medidas que las tengan en cuenta todas, y traten de hacerse cargo de ellas.

3.3. Formación

La forma de registrar no va a mejorar por si sola: hace falta apoyo, un cambio de conciencia, y sobre todo formación. La formación continua es, según el artículo 33.1 de la ley 44/2003¹², un “proceso de enseñanza-aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios [...] que está destinado a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios [...]” y tiene, por lo tanto, mucho valor.

A medida que el tiempo transcurre la profesión avanza a nivel teórico, y esos avances tarde o temprano llegan a la práctica. Eso quiere decir que la práctica cambia también (en función de esos avances), y que las enfermeras asistenciales tienen que adaptarse a esos cambios.

Un ejemplo es la introducción del P.E., los Diagnósticos de Enfermería (DdE) ... Una gran parte de las enfermeras que trabajan actualmente no han sido formadas en esa materia y, sin embargo, muchos de los programas informáticos utilizados para registrar se basan en adaptaciones de modelos enfermeros (en nuestro medio, fundamentalmente el de V. Henderson) o en la sistemática del P.E. Podemos concluir que mejorar los registros enfermeros precisa de formación en las herramientas que las organizaciones diseñan si quiere sacársele el máximo partido [ello sin contar con que la utilización de clasificaciones como los DdE en los registros exigen mucha formación (Häyrinen et al., 2010)]. Además de formación acerca de cómo se debe elaborar un registro.

La formación continua permite mantener y mejorar los conocimientos, además de crear un espacio para consultar dudas, intercambiar opiniones... Es decir, con independencia del marco que se utilice hace falta una formación continuada (Blair y Smith, 2012). Y algunos autores incluso apoyan la idea de que los propios supervisores deberían asegurarse de las habilidades de documentación de las enfermeras (Ofi y Sowunmi, 2012).

¹² España. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. (BOE, núm. 280, de 22 de noviembre de 2003).

3.4. Modelo universal

Si es posible o no alcanzar un modelo universal de registro para la enfermería es un debate que se hace eco en la bibliografía. Hoy día se registra de muchas maneras distintas y en muy diversas circunstancias, y eso hace pensar a algunos autores que es poco realista la idea de un modelo universal que recoja las necesidades de todos (Charles, Frost, Glynn, Leach y Plant 2000 citado por Owen, 2005). Otros, en cambio, piensan que el P.E. podría ser un primer paso para armonizar los sistemas que las enfermeras utilizan para registrar (Ofi y Sowunmi, 2012), y que podría ser la base para acercarnos a una manera de registrar más similar.

Aunque a primera vista parezcan posturas contrarias, no lo son. Resulta difícil imaginar hoy un sistema que satisfaga las formas, ambientes, normas, prácticas y situaciones en que trabajan todos los profesionales, aun y todo, podría haber una aproximación, aunque se usasen distintos sistemas, si todos estuviesen basados en el P.E.

3.5. Cómo se evalúa

La evaluación de los registros de enfermería tiene múltiples y distintos objetivos. Entre ellos está a nivel administrativo para evaluar la efectividad, calidad y coste de cuidados y recursos. O a nivel asistencial evaluar la calidad de los cuidados prestados, como un indicador indirecto. Sin embargo, es posible evaluar los registros mismos. En esta cuestión nos centraremos a continuación.

Un procedimiento que se emplea con frecuencia para evaluar los registros de enfermería consiste en la realización de auditorías, que evalúan el trabajo realizado tal como queda registrado (Mompert García, 2004). Es decir, se evalúa lo que se ha hecho a través de lo que se ha escrito (estudios de carácter retrospectivo).

Otro método, aunque mucho menos utilizado, es la revisión tradicional, que se distingue de la auditoría en que esta última usa criterios de medida explícitos (públicos y consensuados en vez de implícitos), realiza una comparación numérica, identifica formalmente las acciones para resolver las discrepancias, y registra el proceso guardando toda la información (Björvell et al., 2000). La auditoría es el método que más se utiliza a la hora de hacer estudios de los registros de enfermería.

Nadie cuestiona la necesidad de evaluar los registros para observar su calidad y mejorarla. Sin embargo, hay una gran discusión en cuanto a la posibilidad de emplear la evaluación de los registros para valorar la calidad de los cuidados prestados. Es cierto que muchas veces los cuidados no se ven reflejados en la documentación, y por lo tanto una evaluación en esa línea daría unos resultados no absolutamente fiables. Es un aspecto que debe cambiar. El cuidado prestado y, por tanto, su calidad, ha de poder valorarse mediante los registros que son un indicador indirecto.

No obstante, a la hora de realizar auditorías en una organización sanitaria para valorar y mejorar la calidad de los registros es importante que se tengan en cuenta algunos aspectos:

- Auditar en si mismo no es útil. Sólo sirve cuando la auditoría va acompañada de la identificación de áreas de mejora y, en su caso, de la instauración de medidas correctoras que ofrezcan una solución a los problemas encontrados. En este sentido, no debe descartarse la posibilidad de realizar reuniones con los profesionales al objeto de recabar información sobre su opinión, las razones y barreras que encuentran. Habitualmente hay una resistencia a la evaluación, al control. Por eso, para lograr que se acepte de mejor grado, la evaluación se debe utilizar como un elemento que ayude a mejorar el trabajo, y no como una medida de castigo o represora (Mompert García, 2004). Además hace falta concienciar que lo que importa es aprender de los errores y conseguir solucionarlos, y no registrar únicamente pensando en una posible evaluación. Dicho de otro modo, hay que crear conciencia de que se trata de mejorar, y no sólo de cumplir con un requisito (esta filosofía es la que subyace en los sistemas de registro y notificación de eventos adversos).

Las herramientas para auditar registros de enfermería toman en cuenta 3 aspectos básicos: lo que la ley establece, el modelo que se desea evaluar, y las políticas de los hospitales u organizaciones. Esto quiere decir que según el sistema que utilicemos para registrar deberemos utilizar una herramienta u otra. Y por eso hay distintos instrumentos para auditar: el Cat-ch-Ing, el Phaneuf audit tool, el NMCAT y el D-catch entre otros.

Muchos estudios proponen la realización de estudios internacionales con el mismo instrumento de auditoría. Sin menoscabar el interés de un abordaje de estas características, ello se vería dificultado por los diferentes criterios, métodos y procesos en los que se basan las herramientas para auditar, lo que supondría un obstáculo para la

estandarización. Si quisiéramos una herramienta de auditoría que pudiera utilizarse en distintas organizaciones, necesitaríamos que fuese muy general, para asimilar diferentes sistemas, modelos y normas de registro. En cambio, si quisiéramos un instrumento perfectamente adaptado para evaluar en detalle nuestros registros, sería inútil para otros casos.

Y todo esto nos lleva a la idea de que si no hay una forma homogénea o equiparable de registrar no puede haber una única forma de evaluar.

4.- VISIÓN DE LAS ENFERMERAS RESPECTO DE LOS REGISTROS

Las enfermeras son quienes registran, y por lo tanto tener en cuenta su punto de vista, la percepción que tienen de su documentación y las barreras que perciben a la hora de documentar es esencial para mejorar.

4.1. Experiencia

Las enfermeras suelen considerar sus registros como subóptimos (Gugerty, 2006b), es decir, mejorables. Y aunque es difícil determinar si nuestros registros son adecuados o no, podríamos plantearnos la siguiente pregunta para saberlo: ¿Mi documentación refleja mi contribución al cuidado del paciente? (Kerr, 2009). La cuestión plantea si nuestra contribución enfermera queda reflejada en el registro, si toda la información que obtenemos la reflejamos, si está presente nuestro juicio clínico, si va más allá de los aspectos físicos, si refleja el cuidado psicosocial.

Por otra parte, habitualmente las enfermeras consideran el hecho de registrar como algo agobiante, que no desean hacer, algo poco interesante, que no les concierne, y suelen incluso considerar que no les aporta nada. Esto no hace sino agravar la situación, porque contribuye a devaluar los registros y va en detrimento de su calidad.

La realización de los registros o los registros en si mismos son considerados muchas veces como una fuente de insatisfacción, causada por diversos motivos.

Excesiva burocracia. Un aspecto primordial y que forma parte de la base de esa actitud de la enfermería hacia sus registros es que muchas veces se han considerado “papeleo”. Se ha pensado en ellos como una actividad administrativa pesada e impuesta, algo ajeno. No se perciben como algo propio y que forma parte del cuidado. Y este

sentimiento genera una resistencia hacia ellos y, consecuentemente, una menor implicación en su mejora.

Excesiva duración que resta tiempo de estar con los pacientes. Otro reparo que se opone con frecuencia es que requiere mucho tiempo realizar los registros. Algunos estudios han tratado de calcular el tiempo que se tarda en realizar los registros; los resultados confirman esa sensación: las enfermeras en escenarios de cuidados agudos pueden pasar hasta un 20-50% de su tiempo registrando (Gugerty et al. 2007 citado por Blair y Smith, 2012), y normalmente pueden emplear entre 35 y 140 minutos por turno, sólo dedicadas al registro (Amezcuá 1995 citado por Jiménez Fernández y Cerrillo Martín, 2010). Basándonos en esas cifras, es cierto que es un tiempo considerable, pero conviene también tener presente que la percepción de que se les dedica un tiempo excesivo o que es una tarea “consumidora de tiempo” (Blair y Smith, 2012) va estrechamente unida a esa sensación que tienen las enfermeras de que es algo que no deberían hacer por cuanto deberían dedicarse a estar con los pacientes, al cuidado directo.

Törnvall et al. (2004), en el estudio ya citado, preguntaron a un conjunto de enfermeras (n=145) si creían que el tiempo que empleaban en documentar estaba incluido dentro del tiempo dedicado al cuidado del paciente, y obtuvieron para esa pregunta una puntuación de 2.15 ± 1.08 (en un rango de 1 a 5 siendo positivo un valor bajo). Significa que un número considerable de enfermeras consideraban que el tiempo empleado en documentar no formaba parte del cuidado del paciente.

Si registrar se considerase como parte importante del cuidado, seguramente las enfermeras tendrían una sensación positiva en cuanto a la cantidad de tiempo empleada en ello. Aún así no es un tema estrictamente de percepción, hay muchos otros aspectos que influyen, y que hacen que la documentación tome más tiempo del que debería tomar.

Falta tiempo. Entre los problemas básicos que señalan las enfermeras está la falta de tiempo: no sólo porque resulte más o menos largo de hacer, sino por la carga asistencial. En las unidades de enfermería hay, sistemáticamente, una gran carga de trabajo, y suele resultar complicado encontrar tiempo para registrar correctamente. Desde luego, es difícil en general reducir la carga de trabajo, pero sí pueden mejorar las condiciones para el registro, para que tome menos tiempo, mediante formación,

programas informáticos adaptados a la realidad asistencial, tecnología, etcétera. A este respecto, algunos autores argumentan que enfermería realiza un gran número de tareas que no le son propias, lo que estaría repercutiendo negativamente en los registros (Cheevakasemsook et al., 2006). No debería descartarse, que una mejor organización del trabajo pudiera incidir en una menor carga de trabajo asistencial.

Ambiente. Ligado a la falta de tiempo está el ambiente material, la falta de un espacio adecuado para dedicarse a las tareas de registro. En un estudio realizado por Moody, Slocumb, Berg, y Jackson (2004)¹³ se determinó que el 54% de las enfermeras consideraban que había demasiadas interrupciones a la hora de registrar. Otros estudios han concluido lo mismo: las enfermeras no disponen de un espacio pacífico y silencioso en el que poder reflexionar (Kärkkäinen et al., 2005; Törnvall et al., 2004). Normalmente tienen que elaborar sus registros en espacios ruidosos, de tránsito, donde hay continuas interrupciones...

Conflicto ideal/teoría – realidad. Una barrera más es el conflicto que existe entre lo que supone la teoría (o el ideal de cómo deberían hacerse los registros: lo que se debería hacer), y lo que permite la realidad de la práctica asistencial (lo que se hace).

En ocasiones se desarrollan sistemas a nivel teórico sin preocuparse de su adaptación a la práctica, de modo que no resultan útiles al intentar aplicarlos en el día a día, bien por falta de tiempo, falta de conocimientos, el ritmo frenético del servicio... Hacen falta sistemas adecuados, con sentido práctico, y para conseguirlos es necesario que haya una conexión (que hoy en día es mala) entre las enfermeras teóricas, que van a desarrollar esos sistemas o modelos, y las enfermeras asistenciales, que conocen las condiciones en que trabajan y saben lo que se podría hacer y lo que les resultaría útil. Algunos autores afirman incluso que ha fallado esa conexión que debería facilitar que los avances teóricos influyeran en la práctica asistencial (Ruiz Hontangas, 2005), y que eso ha dado lugar a modelos o sistemas teóricos poco aplicables o aplicables con dificultad a la práctica asistencial.

Como herramienta para registrar, el P.E. es considerado la clave para documentar de manera precisa: está aceptado internacionalmente y se reconoce que posee los elementos teóricos necesarios para registrar adecuadamente (Gordon 1994 citado por

¹³ Llevado a cabo en un hospital del sudeste de Florida en el que entrevistó a 100 enfermeras acerca de sus necesidades, preferencias y actitudes frente a la historia clínica electrónica y publicado en el año 2004.

Paans et al., 2010). Sin embargo, todavía hace falta que se adapte a la práctica asistencial y a la concreta organización sanitaria en la que se desea implantar, formar en las facultades de enfermería mediante casos concretos y formación continua en las organizaciones.

Percepción de utilidad. La percepción de utilidad del sistema de registro también afecta directamente al hecho de registrar pudiendo llegar a ser una barrera. Cuando una enfermera percibe, como ya hemos afirmado, que el programa no le ofrece nada y que el registrar bien no le va a beneficiar en nada, ésta reduce los esfuerzos de esta tarea para dirigirlos a algo en lo que considere que están mejor invertidos.

Kärkkäinen et al. (2005) habla incluso de que la calidad de los registros refleja la visión que las enfermeras tienen de la documentación. Si piensan que los registros no son útiles, no dan en ellos una imagen entera del paciente; en cambio, si los consideran importantes para comunicarse, guiar el cuidado, etcétera, dan una imagen más completa del cuidado proporcionado, y elaboran registros mucho más completos.

También es importante considerar qué tan útiles consideran los registros de enfermería el resto de los profesionales. El tema adopta dos vertientes. Por un lado, en la medida en que otros profesionales los consideren importantes, los utilizarán más, les otorgarán más valor, y habrá mayor presión para que se hagan bien (en el mismo sentido, si enfermería realiza correctamente los registros de sus cuidados, y les confiere importancia, será más probable que los demás también les den importancia y los usen con más frecuencia e interés). Inversamente, de otro lado, si el resto de los profesionales los considera poco útiles, ello contribuye a que las enfermeras les resten valor, y presten poca atención al hacerlos. Esto último se puede observar en la expresión “total, si nadie los lee...”, utilizada como excusa para reducir el esfuerzo invertido.

Conocimientos sobre cómo realizarlos. En la literatura está muy presente la preocupación de las enfermeras por su conocimiento acerca de los registros: qué y cómo registrar. En varios estudios se analiza la percepción que tienen las enfermeras sobre sus conocimientos. Los hallazgos son interesantes. En el estudio de Törnvall et al. (2004), por ejemplo, 80 de 151 enfermeras estimaban que tenían un buen conocimiento sobre cómo documentar; no obstante, tras analizar los registros (en función de los parámetros que se eligieron para valorar), los investigadores observaron que no eran adecuados. Esto nos plantea la siguiente cuestión: ¿Es que a pesar de saber cómo hacerlo las

enfermeras no registran adecuadamente, o es que tienen una idea errónea de lo que es un buen registro?

No es una cuestión fácil de responder. En todo caso, debemos tener en cuenta que la percepción acerca de los conocimientos que se poseen depende de diversos factores, y no sólo del conocimiento que efectivamente se tenga. Entre otros factores, destaca el dominio de la informática. Así a mayor conocimiento y manejo de la herramienta informática, las profesionales de enfermería mejoraban su percepción acerca de sus conocimientos (Törnvall et al., 2004).

Comunicación oral. La transmisión de conocimientos e información en enfermería ha sido tradicionalmente oral. Como indica Pearson (2003) en enfermería se ha rehuido la comunicación escrita, lo que ha dado lugar a una excesiva confianza en la transmisión de información directa, personal y hablada. La idea negativa que se tiene de los registros escritos, junto con las barreras descritas, han favorecido el desarrollo de maneras alternativas de transmisión de la información: entre ellas, de manera preponderante, el parte oral. De hecho, hoy en día la comunicación oral es imprescindible: es la forma en la que las enfermeras reciben y transmiten la información acerca del estado de los pacientes, los cuidados llevados a cabo, los problemas surgidos, etcétera.

Esto ha permitido que se sigan dejando de lado los registros, y que se devalúen aún más, pues las enfermeras no los consideran necesarios para llevar a cabo su actividad diaria. Registran apenas lo indispensable, y transmiten oralmente todo lo demás, lo importante, lo que consideran que realmente hace falta para cuidar a ese paciente. Entre las consecuencias más graves de esa práctica, ya lo apuntábamos, está el hecho de que las enfermeras no registran todo lo que saben acerca de los pacientes, no registran tampoco todo lo que hacen, y contribuyen por eso a la invisibilidad del trabajo de enfermería. Ello descontando que la falta de un registro escrito entraña riesgos de varias clases, para el paciente y para los profesionales; el mayor riesgo, desde luego, es que se omita información importante, a la que sólo tiene acceso quien está en ese momento presente, porque en el momento de transmitir el parte oral se olvida (Richard 1988 citado por Jefferies et al., 2011), lo cual puede ocasionar un potencial impacto en la producción de un evento adverso y con impacto, por tanto, en la seguridad del paciente.

Puede ocurrir que quienes duden de la utilidad o la importancia de los registros a la hora de asegurar la continuidad de los cuidados, se deba a que el parte oral está sustituyendo a los registros. Por eso hace falta insistir en los riesgos y deficiencias de ese sistema, para dejar claro que el parte oral es un complemento, pero no puede sustituir al registro escrito. De hecho, la confianza en el parte oral en detrimento de los registros, suele considerarse una virtud, por cuanto, apoyarse en el plan de cuidados instaurado para un paciente se considera, en ocasiones un indicio de falta de competencia.

4.2. Las TIC's en los registros

Hoy día, como ya hemos mencionado, la mayoría de los sistemas de registro están informatizados. Pero conviene recordar que la incorporación de los sistemas informáticos supuso un cambio importante en la forma de llevar a cabo el cuidado (Patel, Kushniruk, Yang y Yale 2000 citado por Törnvall y Wilhelmsson, 2008). Además, la introducción de la informática en muchos casos se dio a la vez que la adopción del P.E, es decir, dos nuevos aspectos con los que las enfermeras no estaban familiarizadas, y que repentinamente eran parte del cuidado. Esto hizo que las enfermeras aprendiesen a manejar el ordenador a medida que lo iban necesitando y dejando de lado el aprendizaje sobre el P.E. (Törnvall et al., 2004).

Progreso. El registro en soportes informáticos es ya en si mismo un progreso y a día de hoy nos ofrece numerosos beneficios. Además supone una ayuda en la elaboración de los registros. En los estudios de Gabr (2010)¹⁴ y Moody et al. (2004) el 64% y 81% de las enfermeras respectivamente consideraron que los sistemas informáticos eran más una ayuda que un obstáculo.

Beneficios–efectos. Los sistemas informáticos de registro ofrecen numerosos beneficios. Por ejemplo, la documentación es más completa que la que se hacía en papel (Ammenwerth, Eichstädter et al. 2001 citado por Törnvall y Wilhelmsson, 2008), e incluso las enfermeras consideran que es mejor en sí misma, como indica el dato obtenido por Moody et al. (2004): el 75% de las enfermeras de su estudio pensaron que la implementación del registro informático había mejorado la documentación.

¹⁴ Estudio sobre 39 enfermeras durante 1 semana en mayo de 2008 (antes de la implantación del registro electrónico) y 1 semana en octubre de 2009 (después de la implantación) en el Centro Oncológico de la Universidad de Mansoura, Egipto.

Adicionalmente, los registros informáticos proporcionan seguridad en varios aspectos. Por un lado, la conservación de la historia es más segura, ya que se elimina el riesgo de que se extravíe. Por otra parte, las órdenes computarizadas, alarmas y recordatorios aumentan la seguridad del paciente (Gugerty, 2006a). Finalmente, con las precauciones adecuadas, suponen una mejor protección de la privacidad.

Respecto a la cantidad de tiempo necesario para documentar en los sistemas informáticos (en comparación con los registros en papel) hay una gran controversia. Es cierto que se podría reducir el tiempo de registro con un programa adecuado, con formación, recursos... Pero hasta la fecha, con los estudios realizados, no queda claro que los sistemas informáticos estén reduciendo el tiempo empleado para documentar. Hay autores que apuntan a que se emplea más tiempo, ya que el sistema “obliga” a cumplimentar una serie de aspectos, por el contrario, los hay que opinan que sí reduce el tiempo empleado, como muestra el estudio de Gabr (2010), en el que se observa una ligera disminución del tiempo empleado.

Está demostrado que el uso de los sistemas informáticos reduce el tiempo necesario para buscar cualquier tipo de información (Häyrinen et al., 2008), y que reducen el tiempo empleado en cuidados indirectos (Gabr, 2010) ya que el ordenador facilita esa tarea. Además de los beneficios que ya son visibles, hay muchos otros que se espera conseguir con el tiempo, cuando se puedan emplear al máximo las potencialidades de estos sistemas. Entre ellos están: aumentar la calidad de los registros, disminuir el tiempo empleado para registrar, reducir la carga de trabajo y finalmente resultar en una mejora del cuidado del paciente.

Los sistemas informáticos también tienen algunos problemas. Las quejas más frecuentes expresadas por las enfermeras, como son la lentitud o la caída del sistema, son aspectos que con el desarrollo de tecnología actual prácticamente han desaparecido.

Programa que se utiliza. El diseño del programa es acaso el aspecto más importante, porque de ello depende que el sistema facilite o dificulte la tarea de registrar. Que el programa utilizado sea útil, sencillo, adaptado a la realidad en que se utilizará y, que entienda la visión de las enfermeras (qué opinan, qué les cuesta, que les resultaría útil...) es vital. Fundamental para que sea exitoso y nos proporcione todos los beneficios antes mencionados. No se debe perder de vista que la aceptación del usuario es clave para el éxito del programa, y por lo tanto la realización de un test de usabilidad

podría ayudar mucho (Beuscart-Zephir, Brender, Beuscart y Menager-Depriester 1997 citado por Moody et al., 2004). En términos prácticos, a la hora de implementar un programa de este tipo se debería tener en cuenta quién lo va a utilizar, y eso significa que antes de implantarlo se debe considerar la necesidad de enseñar a utilizar el programa (Fernandes Costa Lima y De Oliveira Melo, 2012), para que el personal adquiera confianza, además de que haya alguien de referencia a quien poder preguntar las dudas, es decir, que sea una implantación progresiva y con ayuda.

Propuestas. Como propuesta clave, además de diseñar programas informáticos adecuados, está la formación al personal en materia de informática y del uso del programa a utilizar. El desconocimiento en informática (hoy aún presente en parte de las enfermeras) origina una inseguridad que hace que no exploren el sistema que se utiliza, limitándose a lo que conocen y perdiendo parte de las potencialidades del mismo.

Otra propuesta cada vez más contemplada es el utilizar ordenadores junto a la cama o pequeños dispositivos portátiles que las enfermeras podrían llevar consigo. Aunque es cierto que actualmente los recursos económicos son escasos, no se debe dejar esta posibilidad a un lado pues con los avances en tecnología será algo factible y no excesivamente caro en un espacio relativamente breve de tiempo.

5.- ASPECTOS ÉTICO-LEGALES DE LOS REGISTROS

Debemos tener siempre en cuenta que tal como lo indica la ley tenemos el deber de registrar. Y la Ley 41/2002¹¹ en su artículo 17.3 lo deja claro: “Los profesionales sanitarios tienen el deber de cooperar en la creación y el mantenimiento de una documentación clínica ordenada y secuencial del proceso asistencial de los pacientes”.

Pero es que además del deber que tenemos hay más: el paciente tiene derecho a que se registre. Esto se expone en el artículo 10.11 de la Ley 14/1986¹⁵ donde indica que tiene derecho “A que quede constancia por escrito de todo su proceso...”. Lo que quiere decir que al no registrar no solo no cumplimos con nuestro deber sino que además no respetamos ese derecho del paciente.

¹⁵ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (BOE, núm. 102, de 29 de abril 1986).

Pero la ley 41/2002¹¹ en su artículo 15 llega aún más lejos, al regular el contenido de la historia clínica "...incorporará la información que considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente..." e incluso los mínimos que como enfermeras debemos registrar: "...m. evolución y planificación de cuidados de enfermería, n. La aplicación terapéutica de enfermería y ñ. El gráfico de constantes...".

Representa un avance importante que la ley incluya como requisitos documentos que forman parte del trabajo enfermero, ya que reconoce la autonomía de la enfermera, reconoce a la enfermera un rol independiente. Y como adecuadamente indica Martínez Ques (2004) incluye al P.E., al hablar de planificación de cuidados, reconociéndolo como un elemento imprescindible en la asistencia enfermera.

Y si todo esto no era suficiente para considerar que la enfermera tiene un rol independiente en el Real Decreto 1093/2010¹⁶ se establece la obligación de que enfermería codifique sus actuaciones con las clasificaciones de la NANDA, NIC y NOC¹⁷.

Yendo un poco más allá, en el aspecto legal los profesionales de enfermería deben tener conciencia de que los registros clínicos son una de las principales fuentes de evidencia (Rodden y Bell 2002 citado por Prideaux, 2011), y de que sus registros pueden ser utilizados como prueba en cualquier demanda o juicio, con la misma fuerza probatoria que los testigos o los peritos (Martínez Ques, 2004). Aceptando esta realidad y suponiendo que estuviésemos en un juicio, una documentación defectuosa minaría la credibilidad del profesional (Austin, 2007) (en todos los aspectos de su trabajo). Y lo que es peor aún, y teniendo en cuenta que la ley tiende a pensar que "Quod non est in actis non est in hoc mundo", el no registrar podría llegar a considerarse una negligencia (Prideaux, 2011).

¹⁶ 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, de 16 de septiembre de 2010)

¹⁷ North American Nursing Diagnoses Association (NANDA), Nursing Interventions Classification (NIC) y Nursing Outcomes Classification (NOC).

La Ley 41/2002¹⁸ en su artículo 15.3. alude a ello al disponer que “La cumplimentación de la historia clínica [...] será responsabilidad de los profesionales que intervengan en ella”.

Algunos autores (DeLaune y Leidner 1998 citado por Ofi y Sowunmi, 2012) consideran la documentación no únicamente como una responsabilidad profesional sino también como una responsabilidad hacia los clientes, la institución y la sociedad.

Como establece el Código Deontológico de la Enfermería Española (CDE) en su artículo 56 “La enfermera asume la responsabilidad de todas sus decisiones que a nivel individual debe tomar en el ejercicio de su profesión” y 57 “La enfermera debe ejercer su profesión con responsabilidad y eficacia, cualquiera que sea el ámbito de acción”. Es decir, la enfermera es responsable de sus decisiones y acciones en todos los ámbitos: es responsable de cómo registra, de qué decide registrar y qué no...

Es posible encontrar repercusiones de la ética en ámbitos esenciales del ser humano como son el derecho a la intimidad de la persona, el secreto profesional o el cómo se llevan y se conservan las historias clínicas.

El secreto profesional, que está relacionado con el derecho a la intimidad, es uno de los aspectos que más presente está en la legislación. Aparece en la ley 14/1986 en el artículo 10.3 y 61, en la ley 41/2002 en el artículo 7.1 y en el CDE en el artículo 19. Todos disponen que el profesional debe guardar en secreto la información que obtiene del paciente mientras lleva a cabo su trabajo, debe respetar el derecho a la confidencialidad y a la intimidad de esa persona

Hay otro aspecto ético no tan conocido pero igualmente importante por el significado que para nosotras como enfermeras debe tener y es que los registros deben estar de acuerdo con los principios éticos. Y esto según Kärkkäinen et al. (2005, p.124) se cumple cuando los registros “...revelan las esperanzas y necesidades de los pacientes, considerando cómo desean ser cuidados y como desean aparecer en la documentación”.

¹⁸ 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, de 15 de noviembre de 2002)

6.- CONCLUSIONES PRÁCTICAS

6.1. Riesgos

A la hora de pensar en que hay que cambiar la forma de registrar debemos también tener en cuenta los riesgos que existen para no caer en ninguno de ellos.

La idea de que cuanto más se registre, mejor, es una idea ya “desterrada” (Jiménez Fernández y Cerrillo Martín, 2010). Enfermería necesita registrar aquello que hace, pero sólo es útil la documentación de buena calidad. El riesgo que se debe evitar es una documentación excesiva, desordenada e inútil, producto de la ilusión de que se puede documentar todo lo que hacemos. Aquello que registramos debe estar pensado, organizado, seleccionado...

Otro riesgo que puede originarse ante la falta de interés por los registros, la actitud negativa hacia ellos, y la preferencia por una documentación preestructurada, es que el registro puede convertirse en un proceso mecánico y superficial, para el que no hace falta pararse a reflexionar. Esa clase de registros no aportarían nada. Los registros de enfermería tienen el potencial de enriquecer cuando reflejan nuestro juicio profesional y la reflexión acerca del individuo y su proceso.

Un riesgo habitual es el de documentar sólo para cumplir con los requisitos legales. Este comportamiento debe evitarse. Aunque el cumplimiento de la ley es obligado, en la cumplimentación de los registros debe primar el asegurar la continuidad de cuidados. Es cierto que las terminologías, y la estandarización en general de los registros, ofrecen numerosos beneficios, como es la uniformidad de la documentación o que, según algunos autores, hace más transparente y visible la enfermería (Häyrinen et al., 2010). Sin embargo, una documentación excesivamente estructurada puede satisfacer necesidades administrativas y organizacionales, más que las necesidades de los pacientes (Kärkkäinen et al., 2005). Cuando se habla de estandarización es frecuente que se haga hincapié en todo lo que facilitaría la evaluación de la documentación y de los cuidados, la investigación, lo útil que sería para la gestión entre otras.

6.2. Cómo deberían elaborarse

Algunos de los requisitos que se deben contemplar en el momento de registrar son los siguientes¹⁹:

1.- Aspectos formales

- Si el registro está escrito a mano: caligrafía legible o letra de imprenta y con tinta.
- Fecha completa y hora.
- No utilizar los días de la semana, sino la fecha concreta (evitar también referencias temporales imprecisas, como “ayer” o “mañana”).
- Firma completa o con iniciales, y categoría profesional (hoy día esto solo es necesario al escribir en papel ya que en el ordenador (y según la ley 59/2003²⁰) la firma es electrónica: está asociada a tu clave y aparece de forma automática.
- Cumplir con requerimientos legales (los apartados que legalmente se indica que hay que registrar).
- No dejar espacios entre entradas ni escribir entre líneas. Y si hay espacio (tras el registro) hacer una línea hasta la firma.
- Corregir errores asegurándose que se mantiene la información original visible: con una raya encima, sin borrar la entrada anterior...
- No modificar la documentación de otro profesional.
- Documentar la hora a la que se intenta contactar con el médico (si no se consigue ante una emergencia...).
- Indicar nombre de los profesionales que participan en el cuidado para que se sepa a quién acudir.

2. Orden temporal

- Simultaneidad: registrar a medida que suceden los hechos, garantiza que la información importante del estado y cuidado del paciente no se olvide. (Jefferies et al., 2010).

¹⁹ Algunos de los autores que recogen cómo deberían hacerse los registros son: Austin, 2007; Blair y Smith, 2012; Campos, 2010; College of Nurses of Ontario, 2008; Fay Yocum, 2003; García Ramírez, Navío Marco, y Valentin Morganizo, 2007; Jefferies, Maree, y Nicholls, 2011; Parkinson y Brooker, 2004; Prideaux, 2011; Tarruella-Farré, 2009.

²⁰ Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica. (BOE, núm. 304, de diciembre de 2003)

- Plan de cuidados es prospectivo: debe registrarse antes del cuidado. El resto de actividades, las curas y demás deben registrarse retrospectivamente.
- Documentar cronológicamente pero respetando el modelo base.
- Indicar cuando un registro es tardío: poner la fecha del día que se escribe y después “Entrada tardía” y la fecha de cuando sucedió... Y cuando corresponda documentar las razones.

3. Lenguaje

- Siglas y abreviaturas. Si se tiene una lista oficial utilizarla y si no se tiene pensar antes de abreviar: que esas siglas o abreviaturas no tengan más significados posibles.
- Evitar utilizar términos o símbolos no reconocidos así como jerga.
- Utilizar términos cuantificables o apoyarlos/justificarlos con datos.
- Evitar generalizaciones como “bien” o “normal”. Son difíciles de interpretar y no dan una imagen precisa del estado del paciente.
- Evitar la duplicación de información.
- Cumplir con las convenciones formales del lenguaje escrito.

4. Objetividad y reflexión

- Escribir de forma objetiva, evitar opiniones personales y juicios de valor. Evitar los comentarios inapropiados.
- Describir objetivamente los comportamientos (no calificar a la persona en base a ese comportamiento). Ej. No: paciente agresivo, si: paciente con comportamiento agresivo.
- No registrar mecánicamente sino pensando y utilizando el juicio profesional.

5. Contenido

- Ante cualquier hallazgo (herida, orina, dolor...) indicar características: tipo, tamaño, aspecto, forma, intensidad... Es decir, describir lo que observamos.
- Registrar datos objetivos y subjetivos. Subjetivos del paciente utilizando sus propias palabras entre comillas, su lenguaje no verbal... Y subjetivos del profesional solo cuando se apoyen en hechos documentados.

- Apoyar documentación con hechos incluyendo observaciones y hallazgos.
- Modificar el plan de cuidados ante cambios.
- Registrar de todo lo que se informa:
 - o Registrar la educación para la salud proporcionada junto con la comprensión del paciente, su capacidad para llevarlo a cabo... Esto nos permitirá continuar desde el punto en que lo dejamos o lo dejó otro profesional.
 - o Registrar las comunicaciones significativas con pacientes o familiares y las instrucciones proporcionadas al alta
- Relacionar datos objetivos y subjetivos (si se contradicen...) y cita de continuidad de cuidados.

6. Imprevistos o incidencias

- Al registrar un problema hacerlo siempre junto a la medida adoptada para solventarlo/tratarlo. Y junto a esto la respuesta a la intervención.
- Documentar precauciones a adoptar ante este paciente/situación concreta (riesgo de caídas, de úlceras por presión...).
- Documentar de manera precisa los incidentes adversos con el tratamiento subsiguiente.

6.3. Áreas de mejora

Una de las áreas de mejora identificadas es insistir en un cambio en la forma de pensar. Enfermería debe darse cuenta que los registros son muy importantes, que forman una parte importante del cuidado por cuanto, hacen posible la continuidad de los cuidados. Es fundamental que enfermería se implique en una correcta elaboración de los registros para cuyo logro resulta trascendental la formación. Así mismo, debe conseguirse que las enfermeras entiendan la utilidad de los registros. Para ello es preciso crear espacios de reflexión que permitan analizar qué se debe registrar y cómo, y también evaluar y planificar los cuidados.

Otra área de mejora la constituyen los programas y herramientas informáticas de apoyo a los registros. Los programas que se utilizan para registrar son otra de las claves en los registros. Un programa que guíe a las enfermeras, que facilite y agilice los registros pero que a la vez de cabida a lo que la enfermera piensa, a lo que ve y a su experiencia resulta clave. Es fundamental conseguir que las enfermeras los consideren

útiles, las enfermeras tienen que sentir que les ofrecen algo “extra”, algo necesario, para que los usen y les saquen el máximo partido. Eso si, esto sólo se puede conseguir si ese programa se ajusta al día a día de la práctica asistencial.

La supervisión o auditorías, el apoyo institucional y la disminución de la carga asistencial también ayudarían a mejorar los registros. Es decir, hace falta una implicación por parte de todos.

7.- REFLEXIÓN FINAL

Gran parte del trabajo que enfermería realiza es, hoy día, invisible. Es un trabajo que hacemos con la mayor dedicación posible pero que no existe a los ojos de los demás, porque no dejamos constancia de él. Es un trabajo que se pierde.

Los registros, como parte esencial de la labor enfermera, dan una imagen de lo que hacemos. Por lo tanto, los registros son una oportunidad. Son la oportunidad de mostrar lo que realmente hacemos por los pacientes, lo inigualable que aportamos, la diferencia que marcamos, lo que somos.

Es importante no perder ese trabajo y el camino para no perderlo es dándole visibilidad a través de los registros. Es decir, los registros podrían servir como instrumento para potenciar una manera de conocer y entender la enfermería. Podrían servir para darnos cuenta de lo importantes que son nuestros cuidados y para mostrar a las organizaciones y la sociedad lo que realmente hacemos logrando, quizás también, algo más de reconocimiento profesional.

Enfermería debe empezar a moverse, debe asumir un papel más activo en todos los aspectos de su profesión. Debe estar dispuesta a dejar la comodidad a un lado y luchar por lo que somos, por lo que queremos ser, por cómo queremos que nos vean, por progresar.

Debemos empezar a vernos como lo que somos: unos profesionales con un área de conocimiento propio y con autonomía en nuestro campo.

Y con ello debemos asumir responsabilidades con relación a nuestro rol independiente.

8.- REFERENCIAS

- Adamsen, L. y Tewes, M. (2000). Discrepancy between patients' perspectives, staff's documentation and reflections on basic nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14, 120-129.
- Ammenwerth, E., Mansmann, U., Iller, C. y Eichstädter, R. (2003). Factors affecting and affected by user acceptance of computer-based nursing documentation: Results of a two-year study. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 10(1), 69-84.
- Austin, S. (2007). Aspectos legales de la documentación de enfermería. *Nursing*, 25(1), 20-26.
- Björvell, C., Thorell-Ekstrand, I. y Wredling, R. (2000). Development of an audit instrument for nursing care plans in the patient record. *Quality in Health Care*, 9(1), 6-13.
- Blair, W. y Smith, B. (2012). Nursing documentation: Frameworks and barriers. *Contemporary Nurse*, 41(2), 160-168.
- Campos, N. K. (2010) The legalities of nursing documentation. *Men in Nursing*, 40, 7-9.
- Cheevakasemsook, A., Chapman, Y., Francis, K. y Davies, C. (2006). The study of nursing documentation complexities. *International Journal of Nursing Practice*, 12(6), 366-374.
- Código deontológico de la enfermería española, (1989) Consejo General de Enfermería.
- College of Nurses of Ontario. (2008). Practice standard: Documentation, revised 2008. Recuperado el Diciembre, 2012, de http://www.cno.org/Global/docs/prac/41001_documentation.pdf
- Del Olmo Núñez, S. M., Casas De la Cal, L. y Mejías Delgado, A. (2007) El registro de enfermería: un sistema de comunicación. *Enfermería clínica*, 17, 142-145.
- Demutti Pimpão, F., Lunardi Filho, W. D., Heidtmann Vagheti, H. y Lerch Lunardi, V. (2010) Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: Buscando a sistematização da assistência de enfermagem. *Revista Enfermería UERJ*, 18, 405-410.

- España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, martes 29 de abril 1986, núm. 102, p. 15207.
- España. 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. *Boletín Oficial del Estado*, viernes 15 de noviembre de 2002, núm. 274, p. 40126.
- España. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *Boletín Oficial del Estado*, 22 de noviembre de 2003, núm. 280, p. 41442.
- España. Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica. *Boletín Oficial del Estado*, 20 de diciembre de 2003, núm. 304, p. 45329.
- España. 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. *Boletín Oficial del Estado*, jueves 16 de septiembre de 2010, núm. 225, p. 78742.
- Fay Yocum, R. (2003) Registros de enfermería: Cuidados de calidad. *Nursing*, 21, 22-27.
- Fernandes Costa Lima, A.y y De Oliveira Melo, T. (2012) Nurses' perception regarding the implementation of computer-based clinical nursing documentation. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 46.
- Gabr, H. (2010). The effect of computerized patient record on nurses' time spend on documentation in inpatient units. *International Journal of Academic Research*, 2(2), 108-120.
- García Ramírez, S., Navío Marco, A. M.y y Valentin Morganizo, L. (2007). Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. *Nure Investigación*, 28(20), Diciembre 2012.
- Gugerty, B. (2006a). Progress and challenges in nursing documentation, part I. *Journal of Healthcare Information Management*, 20(2), 18-20.
- Gugerty, B. (2006b). Progress and challenges in nursing documentation, part II. *Journal of Healthcare Information Management*.
- Häyrinen, K., Lammintakanen, J. y Saranto, K. (2010). Evaluation of electronic nursing documentation - nursing process model and standardized terminologies as keys to

- visible and transparent nursing. *International Journal of Medical Informatics*, 79(8), 554-564.
- Häyrinen, K., Saranto, K. y Nykänen, P. (2008). Definition, structure, content, use and impacts of electronic health records: A review of the research literature. *International Journal of Medical Informatics*, 77(5), 291-304.
- Jefferies, D., Johnson, M. y Griffiths, R. (2010). A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *International Journal of Nursing Practice*, 16(2), 112-124.
- Jefferies, D., Maree, J. y Nicholls, D. (2011). Nursing documentation: How meaning is obscured by fragmentary language. *Nursing Outlook*, 59(6), E6-E12.
- Jiménez Fernández, J. C. y Cerrillo Martín, D. (2010) Registros de enfermería: Un espejo del trabajo asistencial. *Metas De Enfermería*, 13, 8-11.
- Johnson, M., Jefferies, D. y Langdon, R. (2010). The nursing and midwifery content audit tool (NMCAT): A short nursing documentation audit tool. *Journal of Nursing Management*, 18(7), 832-845.
- Kärkkäinen, O., Bondas, T. y Eriksson, K. (2005) Documentation of individualized patient care: A qualitative metasynthesis. *Nursing Ethics*, 12, 123-132.
- Kärkkäinen, O. y Eriksson, K. (2005). Recording the content of the caring process. *Journal of Nursing Management*, 13(3), 202-208.
- Kerr, N. M. (2009) Marzo/Abril). Is it time to change our perspectives on nursing documentation? *Medsurg Nurs*, 18, 75.
- Mahler, C., Ammenwerth, E., Wagner, A., Tautz, A., Torsten, H., Hoppe, B. y Eichstädter, R. (2007). Effects of a computer-based nursing documentation system on the quality of nursing documentation. *Journal Of Medical Systems*, 31(4), 274-282.
- Martinez Ques, A. A. (2004) Aspectos legales y prácticos de los registros de enfermería. *Revista Galega De Actualidad Sanitaria*, 3, 54-59.
- Mompert García, M. P. (2004). *Administración de servicios de enfermería* (3ª ed.). Barcelona: Masson.

- Moody, L. E., Slocumb, E., Berg, B. y Jackson, D. (2004). Electronic health records documentation in nursing: Nurses' perceptions, attitudes and preferences. *Computers, Informatics, Nursing*, 22(6), 337-344.
- Ofi, B. y Sowunmi, O. (2012). Nursing documentation: Experience of the use of the nursing process model in selected hospitals in ibadan, oyo state, nigeria. *International Journal of Nursing Practice*, 18(4), 354-362.
- Owen, K. (2005). Documentation in nursing practice. *Nursing Standard*, 19(32), 48-49.
- Paans, W., Sermeus, W., Nieweg, R. M. B. y Van Der Schans, C. P. (2010). Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. *Journal of Advanced Nursing*, 66(11), 2481-2489.
- Papathanasiou, I., Kotrotsiou, S. y Bletsas, V. (2007). Nursing documentation and recording systems of nursing care. *Journal of Health Science*, 1(4).
- Parkinson, J. y Brooker, C. (2004). Nursing documentation, record keeping and written communication. *Everyday english for international nurses: A guide to working in the U.K.* (pp. 37-50). Londres: Churchill Livingstone.
- Pearson, A. (2003). The role of documentation in making nursing work visible [editorial]. *International Journal of Nursing Practice*, 9, 271.
- Prideaux, A. (2011). Issues in nursing documentation and record-keeping practice. *British Journal of Nursing*, 20(22), 1450-1454.
- Romero de San Pío, M.J. y Romero de San Pío, E. (2008) Registros de enfermería. la importancia de lo escrito. *Revista ROL*, 31, 580-582.
- Ruiz Hontangas, A. (2005). Calidad en los registros de enfermería. Recuperado el Diciembre, 2012, de <http://www.fac.org.ar/ccvc/llave/c028/ruizhont.php#>
- Saranto, K. y Kinnunen, U. (2009). Evaluating nursing documentation - research designs and methods: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(3), 464-476.
- Tarruella-Farré, M. (2009) La imagen profesional a través de la comunicación escrita. estudio de los aspectos comunicativos y pragmáticos de los registros de enfermería. *Revista ROL*, 32, 294-298.
- Törnvall, E. y Wilhelmsson, S. (2008). Nursing documentation for communicating and evaluating care. *Journal of Clinical Nursing*, 17(16), 2116-2124.

Törnvall, E., Wilhelmsson, S. y Wahren, L. K. (2004). Electronic nursing documentation in primary health care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(3), 310-317.

Yetano Laguna, J. y Alberola Cuñat, V. (2003). *Diccionario de siglas médicas y otras abreviaturas, epónimos y términos médicos relacionados con la codificación de altas hospitalarias*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

ANEXO 1 – Sistemas de registro

Tabla comparativa de los distintos sistemas de registro extraída de la revista Nursing²¹.

Sistema	Centros habituales	Partes del registro	Valoración	Plan de cuidados	Resultados y evaluación	Formato de las notas de curso
Narrativo	<ul style="list-style-type: none"> Cuidados agudos Cuidados a largo plazo Residencias de ancianos Cuidados ambulatorios 	<ul style="list-style-type: none"> Notas de curso Protocolos para complementar el plan de cuidados Base de datos 	<ul style="list-style-type: none"> Inicial: Historia y formulario de ingreso Continuada: Notas de curso 	<ul style="list-style-type: none"> Plan de cuidados de enfermería, basado en diagnósticos de enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> Notas de curso Resumen del alta 	<ul style="list-style-type: none"> Narración al ingreso
Registros clínicos orientados a los problemas	<ul style="list-style-type: none"> Cuidados agudos Cuidados a largo plazo Residencias de ancianos Rehabilitación Centros de salud mental 	<ul style="list-style-type: none"> Plan de cuidados Listado de problemas Notas del curso Resumen del alta 	<ul style="list-style-type: none"> Inicial: Base de datos y Plan de Cuidados Continuada: Notas de Curso 	<ul style="list-style-type: none"> Base de datos Plan de cuidados de enfermería basados en el listado de problemas 	<ul style="list-style-type: none"> Notas de curso (debajo de la "E" en SOAPIE Y SOAPIER) 	<ul style="list-style-type: none"> SOAP, SOAPIE, SOAPIER Datos subjetivos Datos de valoración Plan Intervención Evaluación Revisión
Problema Intervención Evaluación (PIE)	<ul style="list-style-type: none"> Cuidados agudos 	<ul style="list-style-type: none"> Protocolo de valoración Notas de curso Listado de problemas 	<ul style="list-style-type: none"> Inicial: Formulario de valoración Continuada: Formulario de valoración en cada turno 	<ul style="list-style-type: none"> Nota: Incluido en las notas de curso (debajo de la "P" en PIE) 	<ul style="list-style-type: none"> Notas de curso (debajo de la "E" en PIE) 	<ul style="list-style-type: none"> PIE Problema Intervención Evaluación
Enfoque	<ul style="list-style-type: none"> Cuidados agudos Cuidados a largo plazo 	<ul style="list-style-type: none"> Notas de curso Protocolos Listados de valoración 	<ul style="list-style-type: none"> Inicial: Historia del paciente y valoración al ingreso Continuada: Formulario de valoración 	<ul style="list-style-type: none"> Plan de cuidados de enfermería, basado en diagnósticos de enfermería o problemas 	<ul style="list-style-type: none"> Notas de curso (debajo la "R" en DAR) 	<ul style="list-style-type: none"> DAR Datos Acciones Respuesta
Registros por excepción	<ul style="list-style-type: none"> Cuidados agudos Cuidados a largo plazo 	<ul style="list-style-type: none"> Plan de cuidados Protocolos, incluyendo registros de educación sanitaria y observaciones al alta del paciente. Registro de gráficos Notas de curso 	<ul style="list-style-type: none"> Inicial: Protocolo de valoración de base de datos Continuada: Protocolos de órdenes médicas y de enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> Plan de cuidados de enfermería basado en diagnósticos de enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> Notas de curso (debajo de la "E" en SOAPIE y SOAPIER) 	<ul style="list-style-type: none"> SOAPIE o SOAPIER
Protocolo, valoración, conciso, y oportuno	<ul style="list-style-type: none"> Cuidados agudos Cuidados a largo plazo 	<ul style="list-style-type: none"> Protocolo de valoración Protocolos Notas de curso 	<ul style="list-style-type: none"> Inicial: Valoración basal Continuada: Protocolos y notas de curso 	<ul style="list-style-type: none"> Plan de cuidados de enfermería basados en diagnósticos de enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> Protocolos (debajo de la "R" en DAR) 	<ul style="list-style-type: none"> DAR Datos Acción Respuesta
Núcleo (con DAE)	<ul style="list-style-type: none"> Cuidados agudos Cuidados a largo plazo 	<ul style="list-style-type: none"> Kardex Protocolos Notas de curso 	<ul style="list-style-type: none"> Inicial: Valoración basal Continuada: Notas de curso 	<ul style="list-style-type: none"> Plan de cuidados de enfermería basado en diagnósticos de enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> Notas de curso (debajo de la "E" en DAE) 	<ul style="list-style-type: none"> DAE Datos Acción Evaluación
Computarizados	<ul style="list-style-type: none"> Cuidados agudos Cuidados a largo plazo Residencias de ancianos Cuidados ambulatorios 	<ul style="list-style-type: none"> Notas de curso Protocolos Plan de cuidados de enfermería Base de datos Plan de educación sanitaria 	<ul style="list-style-type: none"> Inicial: Valoración basal Continuada: Notas de curso 	<ul style="list-style-type: none"> Base de datos Plan de cuidados de enfermería basado en diagnósticos de enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> Plan de cuidados basados en resultados 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación de los resultados esperados y de los resultados de aprendizaje

Fuente: *Charting made incredibly easy!* 2nd ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2002.

²¹ Obtenida de *Charting made incredibly easy!* (2002). (2nd ed.) Lippincott Williams & Wilkins citado por *Nursing* 2003, 21(2), 50.

ANEXO 2 - Literatura adicional consultada

- Allen, D. (1998). Record-keeping and routine nursing practice: The view from the wards. *Journal of Advanced Nursing*, 27(6), 1223-1230.
- Ayuso Murillo, D. y Grande Sellera, R. F. (2006). *La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias* (1ª ed.). España: Díaz de Santos.
- Benavent Garcés, M. A. y Leal Cercós, M. I. (2004). Los registros de enfermería: Consideraciones ético-legales. Recuperado el 12 de Diciembre de 2012 en http://www.bioeticaweb.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=222
- FIØ, K. (2006). Nursing documentation with NANDA and NIC in a comprehensive HIS/EPR system [editorial]. *Studies in Health Technology and Informatics*, 122, 1009.
- Flores Sandi, G. (2003). Responsabilidad profesional en enfermería. la perspectiva del uso de los registros en enfermería, desde el punto de vista forense. *Medicina Legal Costa Rica*, 20(1).
- Grespan Setz, V. y D'Innocenzo, M. (2009) Evaluation of the quality of nursing documentation though the review of patient medical records. *Acta Paulista De Enfermagem*, 22, 313-317.
- Hellesø, R. (2006). Information handling in the nursing discharge note. *Journal of Clinical Nursing*, 15(1), 11-21.
- Jefferies, D., Johnson, M., Griffiths, R., Beard, D., Chen, T., Edgetton-Win, M., . . . Zarkos, T. (2010). Engaging clinicians in evidence based policy development: The case of nursing documentation. *Contemporary Nurse*, 35(2), 254-264.
- Jefferies, D., Johnson, M., Nicholls, D., Langdon, R. y Lad, S. (2012). Evaluating an intensive ward-based writing coach programme to improve nursing documentation: Lessons learned. *International Nursing Review*, 59(3), 394-401.
- Kelley, T. F., Brandon, D. H. y Docherty, S. L. (2011). Electronic nursing documentation as a strategy to improve quality of patient care. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(2), 154-162.

- Laitinen, H., Kaunonen, M. y Åstedt-Kurki, P. (2010). Patient-focused nursing documentation expressed by nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 19(3-4), 489-497.
- Lee, T. (2006). Nurses' perceptions of their documentation experiences in a computerized nursing care planning system. *Journal of Clinical Nursing*, 15(11), 1376-1382.
- Munyisia, E. N., Yu, P. y Hailey, D. (2011). Does the introduction of an electronic nursing documentation system in a nursing home reduce time on documentation for the nursing staff? *International Journal of Medical Informatics*, 80, 782-792.
- Munyisia, E. N., Yu, P. y Hailey, D. (2012). The impact of an electronic nursing documentation system on efficiency of documentation by caregivers in a residential aged care facility. *Journal of Clinical Nursing*, 21(19-20), 2940-2948.
- Nursing* (2003) Comparación de sistema de registros, *Nursing*, 21(2), 50.
- O'Connor, K., Earl, T. y Hancock, P. (2007). Introducing improved nursing documentation across a trust. *Nursing Times*, 103(6), 32-33.
- Paans, W., Nieweg, R. M., van der Schans, C. P. y Sermeus, W. (2011). What factors influence the prevalence and accuracy of nursing diagnoses documentation in clinical practice? A systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 20(17-18), 2386-2403.
- Rivas Espinosa, J. G., Martínez Salamanca, F. C., Ibáñez Chávez, D. R., Aguilera Rivera, M. y Sánchez Noguez, L. (2009) Propuesta de registros clínicos de enfermería con vinculación taxonómica para úlceras, traqueostomía y estomas. *Revista CONAMED*, 14, 30-36.
- Von Krogh, G. y Nåden, D. (2008). Implementation of a documentation model comprising nursing terminologies - theoretical and methodological issues. *Journal of Nursing Management*, 16(3), 275-283.
- Wang, N., Hailey, D. y Yu, P. (2011). Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: A mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 1858-1875.
-