

**CARACTERÍSTICAS DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA QUE HACEN  
PARTE DE EXPEDIENTES DE UN TRIBUNAL DE ENFERMERÍA**

**GINA MARCELA FARFÁN NITOLA**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
DEPARTAMENTO DE SALUD COLECTIVA  
BOGOTÁ  
2013**

**CARACTERÍSTICAS DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA QUE HACEN  
PARTE DE EXPEDIENTES DE UN TRIBUNAL DE ENFERMERÍA**

**GINA MARCELA FARFÁN NITOLA**

**TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARCIAL PARA  
OPTAR AL TÍTULO DE PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**ASESORA:  
EDILMA MARLÉN SUÁREZ CASTRO  
ENFERMERA MAGÍSTRA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD  
MAGÍSTRA EN ESTUDIOS POLÍTICOS  
ESPECIALISTA EN BIOÉTICA**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
DEPARTAMENTO DE SALUD COLECTIVA  
BOGOTÁ  
2013**

## DEDICATORIA

A Dios, por tu amor, tu compañía y las infinitas bendiciones que me has regalado a lo largo de mi vida especialmente por todas aquellas recibidas durante mi formación universitaria.

A Mi abuela María Zoila Nitola Álvarez, un ser humano maravilloso que en vida siempre estuvo a mi lado para felicitarme, corregirme o levantarme, quien siempre soñó verme cumplir mis sueños y desde cielo me acompaña.

Eduardo Riaño, hombre maravilloso que me enseñó a sonreír hasta el último momento de su vida.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, por haberme dado vida, salud, fuerza y sabiduría para cumplir los objetivos propuestos en esta importante etapa de mi vida.

A Edilma Marlén Suarez, Docente de la Pontificia Universidad Javeriana, quien asesoró el desarrollo de este trabajo por su paciencia e incondicional disposición.

Al cuerpo colegiado del Tribunal Departamental ético de Enfermería de Cundinamarca, Bogotá D.C; Boyacá, Meta, Casanare, Amazonas y sus colaboradores; por su amable colaboración al permitirme ingresar a su recinto para la revisión de expedientes, lo que facilitó la exitosa culminación de este Proyecto de grado.

A mi familia por sus constantes palabras de aliento y apoyo incondicional durante este camino.

A Diana Marcela Achury Saldaña, Docente de la Pontificia Universidad Javeriana, por sus palabras de aliento y por facilitarme el tiempo para llevar este trabajo a su culminación

A la Enfermera Sandra Verónica Tovar, por facilitarme el tiempo y algunas orientaciones para el desarrollo de este trabajo.

A Nilson Jair Castro, por acompañarme cuando más lo necesito, por su tiempo e incondicionalidad.

A Melissa Charris Herrera y Diana Paola Riaño Pardo por el apoyo que en su momento me ofrecieron para llevar este trabajo a su culminación,

A todos aquellos que directa o indirectamente me apoyaron para sacar adelante este proyecto, les deseo muchas bendiciones, los mejores deseos y más sinceros agradecimientos.

## NOTA DE ADVERTENCIA

*“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de tesis. Solo velará por que no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y por que las tesis no contengan ataques personales contra persona alguna, antes bien se vea en ellas el anhelo de buscar la verdad y la justicia”.*

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>Pg.</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	13
<b>1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	15
<b>2. DEFINICIÓN OPERATIVA DE TÉRMINOS</b>	20
<b>2.1 CARACTERÍSTICA</b>	20
<b>2.2 ENFERMERÍA</b>	22
<b>2.3 REGISTRO DE ENFERMERÍA</b>	22
<b>2.4 EXPEDIENTE</b>	22
<b>2.5 HISTORIA CLÍNICA</b>	23
<b>3. JUSTIFICACIÓN</b>	24
<b>4. OBJETIVOS</b>	27
<b>4.1 OBJETIVO GENERAL</b>	27
<b>4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	27
<b>5. PROPÓSITOS</b>	29
<b>6. MARCO CONCEPTUAL</b>	29
<b>6.1 HISTORIA CLÍNICA</b>	29
<b>6.2 REGISTRO DE ENFERMERÍA</b>	31

6.2.1	Concepto histórico del registro de Enfermería	31
6.2.2	Definiciones del registro de Enfermería	33
6.2.3	Finalidades del registros de Enfermería	34
<b>6.3</b>	<b>CARACTERÍSTICAS DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA</b>	<b>37</b>
6.3.1	Características de los registros de Enfermería desde la literatura	37
6.3.2	Características de los registros de Enfermería desde la investigación.	40
6.3.3	Características de los registros desde el ámbito legal	41
<b>6.4</b>	<b>CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA</b>	<b>43</b>
<b>6.5</b>	<b>ASPECTOS ÉTICO LEGALES DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA</b>	<b>43</b>
<b>6.6</b>	<b>SISTEMAS DE REGISTRO DE ENFERMERÍA</b>	<b>45</b>
6.6.1	Sistema narrativo	45
6.6.2	S.O.A.P (Sistema Orientado a Problemas)	46
6.6.2.1	P.I.E (Problema Intervención Evaluación)	47
6.6.2.2	D.A.R ( Datos Intervención Respuesta)	48
6.6.2.3	Sistemas de gestión de caso y/o vías críticas	49
<b>6.7</b>	<b>TIPOS DE REGISTROS DE ENFERMERÍA</b>	<b>49</b>
6.7.1	Kárdex de Enfermería	49
6.7.2	Diagramas de flujo, gráfico y algoritmos	50
6.7.3	Notas de progreso	50

<b>7</b>	<b>METODOLOGÍA</b>	<b>52</b>
7.1	DISEÑO	52
7.2	UNIDAD DE OBSERVACIÓN	53
7.3	UNIDAD DE ANÁLISIS	53
7.4	INSTRUMENTO	54
7.5	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	54
7.6	MUESTRA	55
7.7	PROCESO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	55
7.8	Aspecto éticos de la investigación	56
<b>8</b>	<b>PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS</b>	<b>58</b>
8.1	<b>DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS REGISTROS CONTENIDOS EN EXPEDIENTES DEL TRIBUNAL DEPARTAMENTAL ÉTICO DE ENFERMERÍA.</b>	<b>60</b>
8.1.1	Año de elaboración del registro	60
8.1.2	Registros encontrados y evaluados	61
8.1.2.1	Tipo de registros encontrados	61
8.1.3	Agrupación de los registros	63
8.1.4	Formato de elaboración del registro	64
8.1.4.1	Formato de registro manual	65
8.1.4.2	Formato de registro electrónico	65
8.1.5	Persona que realiza el registro	66
8.1.6	Análisis de los registros de Enfermería desde la lista de chequeo (instrumento 2)	66
8.1.7	Características de los registros de Enfermería desde los rasgos que ofrece la literatura	72



8.1.7.1	De los registros reales, exactos y/o precisos, completos, integrales y organizados	72
8.1.7.2	Características de los registros de Enfermería desde los rasgos que establece la investigación	74
8.1.7.2.1	En relación a la estructura	74
8.1.7.2.2	En relación a la continuidad del cuidado	75
8.1.7.2.3	En relación a la seguridad del paciente	75
8.1.8	Características de los registros de Enfermería desde los rasgos que señala el ámbito legal	77
<b>8.2.</b>	<b>IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE OTROS TIPOS REGISTROS DE ENFERMERÍA QUE LA LITERATURA REFIERA NO COMUNES.</b>	<b>79</b>
8.2.1.	Registros intra hospitalarios	79
8.2.2.	Registros de consulta externa	85
<b>8.3.</b>	<b>CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA</b>	<b>87</b>
8.3.1.	Información contenida en los registros de Enfermería	88
<b>9.</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>91</b>
<b>10.</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>97</b>
<b>11.</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>99</b>

## LISTA DE TABLAS

		<b>Pg.</b>
<b>Tabla 1</b>	Consolidado registros encontrados y registro evaluados	61
<b>Tabla 2</b>	Frecuencia de no cumplimentación de características en los registros evaluados.	70

## LISTA DE CUADROS

		<b>Pg.</b>
<b>Cuadro</b>	<b>1</b> Preguntas sobre los registros de Enfermería	36
<b>Cuadro</b>	<b>2</b> Do not use List	40
<b>Cuadro</b>	<b>3</b> Elementos del Sistema S.O.A.P (Sistema Orientado a problemas)	47
<b>Cuadro</b>	<b>4</b> Elementos del Sistema P.I.E. (Problemas, Intervenciones, Evaluación)	48
<b>Cuadro</b>	<b>5</b> Elementos del Sistema D.A.R. (Datos, intervenciones, respuesta.)	48
<b>Cuadro</b>	<b>6</b> Evaluación de los registros de Enfermería de acuerdo a su Cantidad	55
<b>Cuadro</b>	<b>7</b> Principales denominaciones de los registros de Enfermería.	63
<b>Cuadro</b>	<b>8</b> Ítems no cumplidos con mayor frecuencia en los registros	67

## LISTA DE GRÁFICAS

	<b>Pg.</b>
<b>Gráfica 1.</b> Cantidad de expedientes por tipo de fallo	59
<b>Gráfica 2.</b> Cantidad de expedientes encontrados por año	60
<b>Gráfica 3.</b> Distribución de los registros de Enfermería encontrados en la revisión de expedientes.	62

## LISTA DE ANEXOS

	<b>Pg.</b>
<b>Anexo 1.</b> Formato de inspección de archivo, para expedientes del Tribunal.	107
<b>Anexo 2.</b> Ítems de la lista de chequeo para evaluar en los registros	108
<b>Anexo 3.</b> Cuadro de consolidación de registros evaluados	109
<b>Anexo 4.</b> Consolidado de la cantidad de registros que incumplen el Ítem	110
<b>Anexo 5.</b> Carta de aprobación del Tribunal Departamental Ético de Enfermería para revisión de expedientes	111
<b>Anexo 6.</b> Registros evaluados años 2012 y 2013	112

## INTRODUCCIÓN

Los registros de Enfermería son uno de los elementos que constituye el conocimiento de Enfermería, permite generar evidencia del cuidado brindado a los pacientes y, se constituyen como un elemento de defensa legal ante posibles procesos disciplinarios entre otras aplicaciones. La trascendencia que representan para la profesión en sus distintos campos de acción, sugiere la importancia de crear y diligenciar registros cada vez mejor, motivo por el cual resulta de gran importancia hacer una revisión que permita no sólo conocer cómo debe ser el registro de Enfermería ideal, también que permita establecer cómo se han venido realizando los registros hasta el día de hoy. Para lograr esto se hace necesario hacer una revisión de documentos que incluyan registros de Enfermería.

El presente trabajo de grado es un estudio de tipo documental que revisa registros de Enfermería contenidos en expedientes de un Tribunal Ético de Enfermería con el objetivo de describir las características de los registros allí contenidos y a partir de este análisis determinar la situación de los registros y su calidad.

La revisión realizada, permitió estar al tanto de la situación de los registros de Enfermería. Los hallazgos del análisis muestran que los registros de Enfermería son dinámicos, se encuentran en permanente transformación, por lo cual sus características y su calidad también. Entre los hallazgos más significativos, se encontró que los registros de Enfermería en Colombia, aún se encuentran en proceso de transición del formato manual al electrónico y las características de los

formatos manuales permiten establecer que su pertinencia y practicidad en ciertos escenarios de atención les permiten aún ser vigentes en la historia clínica y que además es probable no desaparezcan totalmente.

El diligenciamiento de los registros de Enfermería es predominantemente realizado por auxiliares de Enfermería, los errores encontrados en los registros objeto de análisis no se alejan significativamente de otros estudios realizados acerca del tema. Se ha identificado además que el profesional de Enfermería ha pasado a diligenciar registros de la historia clínica no construidos por la profesión de Enfermería, por ejemplo, la hoja de clasificación del Triage, la hoja de control de transfusión entre otros.

A partir de estos hallazgos se logra establecer que los registros de Enfermería siguen presentado falencias en su diligenciamiento, el registro es parcial, y las falencias no han cambiado significativamente en el tiempo, esto desde el análisis de los resultados obtenidos en este trabajo de grado y el resultados de otras investigaciones.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El desarrollo de prácticas clínicas durante la formación universitaria además de aportar elementos para el desarrollo de diferentes habilidades, también permitió tener un espacio de reflexión acerca de los diferentes aspectos relacionados con la profesión de Enfermería y uno de estos aspectos objeto de reflexión en su momento, son los registros que realiza el profesional de Enfermería.

Entre las actividades de gestión que pueden realizarse en la práctica, es posible hacer un análisis de situaciones problema dentro de un servicio; en dicho análisis se buscan fuentes de información, se identifican causas, responsables y finalmente planes de mejoramiento con el objetivo de evitar que dichas situaciones problema vuelvan a presentarse y por ende mejorar la calidad de la atención brindada a los pacientes.

Haciendo este tipo de análisis se encontró que la historia clínica de los pacientes y de forma particular los registros de Enfermería se constituyen como fuente importante no sólo para la obtención de información, sino también como causa de algunas de esas situaciones problema.

Llamó la atención encontrar que los registros se relacionaron con algunos de los problemas objeto de análisis en los servicios. Caídas de pacientes, lesiones de piel, pérdida de pertenencias y medicamentos, posibles sobredosificaciones u omisiones en la administración de medicamentos y la ejecución de cuidados de Enfermería.

Otro aspecto encontrado en el desarrollo de estas prácticas fue la reducida cantidad de registros que lleva el profesional de Enfermería. Limitando su registro en algunos casos al registro de medicamentos, control de accesos venosos



centrales y entrega de turno, dejando cada vez más de lado la nota de “Enfermería” reduciéndola para el registro de novedades casi siempre logísticas y administrativas.

Resulta evidente considerar que los hallazgos no son, ni pueden ser generalizados a todos los registros

Por lo cual fue necesario construir un panorama a partir de una fuente que permitiera una mirada sencilla pero a la vez amplia de los registros, esto para establecer qué relación o similitud podía existir entre el hallazgo hecho desde un ejercicio administrativo y los registros en otros escenarios.

Para esto, se realizó una juiciosa revisión de expedientes de un Tribunal Ético de Enfermería; revisión desde la cual fue posible encontrar similitudes entre las características de los registros vistos en la práctica estudiantil y los registros parte de estos expedientes. Si bien algunos eran claros, organizados y completos, otros no eran tan claros con su diligenciamiento; algunos no tienen nombres ni firmas de quien los diligencia, no tienen hora o el formato de la hora no es el adecuado, muchos de los textos tienen caligrafía ilegible, se hace uso frecuente de siglas, las descripciones son pobres y en el peor de los casos no existen evidencias de la atención que el profesional brinda al paciente.

Adicionalmente, el hallazgo en los expedientes del tribunal, representa un aspecto de preocupación entre algunos miembros del Tribunal Departamental Ético de Enfermería, pues manifiestan que la ausencia o inadecuada cumplimentación de los registros de Enfermería, en muchos casos trae como consecuencia sanciones en contra del profesional de Enfermería; sanciones que en algunos casos son evitables si el Profesional de Enfermería que realiza los registros lo hace de forma adecuada y quienes no lo realizan, se animan a hacerlo.

Dicha preocupación al parecer no se hace manifiesta sólo por el Tribunal Departamental Ético de Enfermería en Bogotá, estudios como el realizado por

Flores, G (2003) han encontrado que la mayoría de las denuncias que se realizan en contra de profesionales de Enfermería, en algunos casos no corresponden a negligencia, imprudencia o impericia en la atención, tienen más que ver con el tipo y calidad del registro que realiza el profesional, haciendo un llamado a la conciencia entre los profesionales sobre la importancia que tienen los registros dentro de la profesión y particularmente en el ámbito ético legal.

Los cuidados enfermeros pueden haber sido excelentes; sin embargo y aunque no debiera ser así “Los cuidados no documentados son cuidados no proporcionados”. (Elkin, M. 2006, p. 514)

Cómo se puede comprobar que un enfermero(a) brindó una adecuada atención si no existe un registro que dé cuenta de ello o por otra parte el registro que realiza es deficiente. El registro en muchos casos se realiza con poca frecuencia y buscando responder a las demandas administrativas, se omiten. Lo que (Parra, Patarroyo y Reyes. 2005), llaman fase ideológica del cuidado, esa charla interna o estructura mental que el profesional de Enfermería hace consigo mismo(a) del cuidado de Enfermería.

Desde estos datos preliminares, se inicia una búsqueda de la literatura relacionada con registros de Enfermería con el objetivo de establecer que tanta información existe en torno a los registros de Enfermería.

A partir de la revisión realizada en bases de datos como: Biblos, ScienceDirect, Elsevier, Scielo y el meta buscador de información científica Scirus, se encontró primero, que si bien existe información acerca de la temática, la información encontrada sobre registros de Enfermería es poca. Segundo, la información obtenida del proceso revela que es mínima la investigación realizada por la Enfermería Colombiana en relación a los registros, y que la mayoría de los trabajos y/o investigaciones realizadas sobre la temática corresponden a países como México, España y Brasil principalmente.

Del total de trabajos obtenidos en esta revisión, 8 son realizados por Investigación de Enfermería en Colombia, siendo el más reciente el elaborado por Silvera, M en el año 2007 “Análisis deontológico y bioética de los registros del profesional de Enfermería”. En el cual se establece que el profesional de Enfermería debe empezar a hacer cambios en la forma que realiza registros teniendo en cuenta los aspectos éticos que su elaboración implica. Además, se encuentra que en países en vía de desarrollo como el nuestro, existe poca promoción del registro de Enfermería, falencias en su conocimiento y en el peor escenario se desconoce la importancia que tienen los registros en el cuidado integral del paciente, lo que Silvera refiere como el ser de la profesión.

Trabajados realizados por estudiantes de Enfermería se encontró seis, de los cuales cuatro corresponden a estudios realizados por estudiantes de la facultad de Enfermería de la Universidad Javeriana. Realizados 1980, 1982, 1994 y 2003, los estudios describen la efectividad de modelos propuestos para notas de Enfermería, los factores relacionados con la ausencia de registros de Enfermería, la utilidad que tienen los registros e incluso uno de ellos describe las vivencias del equipo de Enfermería sobre el cambio de la historia clínica manual a la electrónica y las implicaciones que tiene en el cuidado del paciente.

Los otros dos trabajos fueron realizados por estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia, estos trabajos describen como los registros de Enfermería evidencian la continuidad del cuidado que se brinda al paciente y se aproximan consiste a los registros como una forma de visualizar el cuidado, historia, identidad, valores éticos y legales de Enfermería.

Pese a los hallazgos, en relación a la evaluación de registros contenidos en expedientes o procesos disciplinarios, no se encontró un estudio elaborado por Enfermería Colombiana que haga una revisión que permita describir y analizar las características de los registros y su calidad.

Conociendo ya la condición de los registros de Enfermería es de gran importancia: Reconocer la relevancia los registros de Enfermería para la profesión en distintos ámbitos, para nuestro caso particular el ámbito ético-legal. Describir las características de los registros y por ende la situación actual de los registros de Enfermería, desde aquellos contenidos en expedientes, siendo un reflejo y/o indicador de cómo estos se vienen realizando en la cotidianidad y que dicha descripción permita establecer si hay una correcta elaboración de los registros de Enfermería y desde allí plantear una retroalimentación que permita enriquecer la calidad de los registros que se realizan en la práctica y establecer en qué medida los registros permiten una adecuada defensa a los profesionales de Enfermería y si la forma como estos se vienen diligenciando se relaciona con el desenlace de los procesos disciplinarios en contra de los profesionales de Enfermería.

Contrario a lo que inicialmente se comprendiera, el presente trabajo de grado no pretende dar una mirada redundante y única al registro de Enfermería como elemento probatorio desde el ámbito legal, contrario a esto; busca encontrar elementos que permitan transformar el concepto único de prueba que define hoy el registro de Enfermería, incentivar el intervenciones para mejorar el diligenciamiento y por ende la calidad del registro, para que éste sea concebido como una herramienta clave en el desarrollo del cuidado y aporte no sólo a mejorar el registro, también al crecimiento de la profesión a todo nivel (Área asistencial, educativa, investigativa).

### **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son las características de los registros de Enfermería que hacen parte de los expedientes de un Tribunal Ético de Enfermería en Colombia?

## 2. DEFINICIÓN OPERATIVA DE TÉRMINOS

### 2.1 CARACTERÍSTICA

Según la Real Academia de la Lengua Española, la característica puede ser definida como una “Cualidad, que da carácter y distingue a alguien o algo de los demás”.

Para efectos de este proyecto de grado, las características de los registros de Enfermería serán entendidas como aquellos rasgos y/o cualidades que integran o definen un registro de Enfermería. Descritas por Torres, Zarate & Matus. (2001), p. 22) como:

**Estructura**, con lo que se refieren a la organización del registro, el lenguaje utilizado para su diligenciamiento, ortografía y el uso adecuado de siglas.

**Continuidad**, El cual hace referencia a que el cuidado que se brinda a los pacientes no debe ser interrumpido o debe serlo en la menor medida posible, teniendo en cuenta las etapas del Proceso de Atención de Enfermería.

**Garantizar seguridad al paciente**, lo que hace que minimicen o eliminen los riesgos secundarios a la atención y/o cuidado que se brinda al paciente reduciendo los riesgos relacionados con la atención esto desde la información que se escribe en el registro.

Otras características que debe incluir un registro de Enfermería adecuadamente diligenciado incluyen:

- ✓ Incluir la fecha y hora en formato de 24 horas u hora militar para evitar confusiones.
- ✓ Realizarse siempre después de brindada la atención a los pacientes nunca antes y su frecuencia la determinará el estado el paciente.
- ✓ Contener información clara, concisa, coherente, legible en forma secuencial a la atención y evitando dejar espacios en blanco.
- ✓ Si la historia clínica es manual, la escritura debe ser lo más clara posible y debe ser en tinta indeleble para que permanezca en el tiempo la información allí consignada.
- ✓ Usar terminología (abreviaturas, símbolos) especificada por el centro de salud, las descripciones deben ser basadas en hechos no en opiniones y debe evitarse en todo caso las expresiones generales y groseras.
- ✓ De existir un error, debe colocarse una línea sobre éste, invalidarlo y posteriormente colocar la información correcta, debe evitarse tachones y enmendaduras pues pueden ser interpretados como negligencia y objeto de falsificación.
- ✓ En situaciones especiales como prescripciones verbales o telefónicas, se deben transcribir de forma detallada la orden, debe incluir: fecha, hora y quien prescribió y ser validada y/o firmada en el tiempo que se establezca en la institución.
- ✓ Llevar fecha, hora y firma de la persona que lo realizó.

Las características anteriormente descritas se definen como aquellas que debe cumplir o incluir un registro de Enfermería de calidad, es decir adecuadamente diligenciado, pues permite evidenciar lo mejor posible la atención brindada a un paciente.

Es imprescindible mencionar que es posible que estas características se encuentren o no en los registros objeto de revisión en este estudio.

## **2.2 ENFERMERÍA**

Una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y en el bienestar. Su ejercicio tiene como propósito general promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona. (Ley 266 de 1993, cap. II, art. 3).

## **2.3 REGISTROS DE ENFERMERÍA**

El conjunto de 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. Siendo el registro de Enfermería uno de los documentos que conforma la Historia clínica. (Ley 911 de 2004, cap. V, art. 35).

## **2.4 EXPEDIENTE DEL TRIBUNAL**

Para efectos de esta investigación un expediente será definido como un archivo donde se encuentra un conjunto de documentación que incluye: demandas, pruebas, poderes, etc. que se recogen con el objetivo de valorar un hecho que eventualmente puede ser punible o susceptible de ser sancionado.

Como expediente del tribunal se entenderá todo documento obtenido del tribunal Departamental Ético de Enfermería que describa un proceso disciplinario en contra de una Enfermera(o) sin importar el fallo que el proceso haya tenido.

## **2.5 HISTORIA CLÍNICA.**

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” Siendo el registro de Enfermería uno de los documentos que conforma la Historia clínica de un paciente. (Res. 1995 de 1999, p. 02).



### 3. JUSTIFICACIÓN

El desarrollo de la profesión de Enfermería, ha estado en gran medida relacionado por el reconocimiento de la importancia que tiene su intervención en el cuidado de la salud de las personas. Dichas intervenciones de acuerdo con Fernández (2003) empiezan a cobrar especial interés con la creación de la titulación profesional de Enfermería hacia los años 80.

Es así como Enfermería empieza un camino en el cual poco a poco consolida un cuerpo de conocimientos propio, que demanda de esta la documentación continua de su quehacer, apareciendo paulatinamente y de forma casi autodidacta los registros de Enfermería, cuyo objetivo principal sería plasmar de forma independiente las actividades que realiza y la trascendencia que éstas tienen en el cuidado que se brinda al paciente. Ruiz (2003)

Usados en la práctica cotidiana, los registros de Enfermería representan un valor incalculable en diferentes dimensiones de la misma, pues despertó en la Enfermería el interés por escribir y desarrollar día a día su cuerpo de conocimientos; le permitió organizar, estructurar, planificar y evaluar de una forma más efectiva el cuidado brindado a los pacientes orientando el posible diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud.

Les consolidó como un medio de comunicación en el equipo de salud, consiguió optimizar tiempo y costos relacionados con la atención, aumentó la calidad, continuidad y seguridad de los cuidados brindados y en la actualidad se han establecido como un elemento de tipo ético y legal.

A pesar de la importancia que representa para la Enfermería los registros que realiza, la literatura ha venido reportando ausencia de su diligenciamiento y deficiencias en el mismo, asociadas a factores como falta de conocimientos, tiempo, carga laboral, poco gusto por escribir, e incluso luego de reconocer su

importancia se describen como mero papeleo administrativo y en algunos casos deja de ser importante para algunos profesionales.

Estudios como el realizado por Grespa y D'Innocenzo (2009) muestran que si bien existe alta presencia de registros de Enfermería, un porcentaje importante de los mismos no se realizan adecuadamente, presentan falencias o están incompletos; por ejemplo en relación a la administración de medicamentos encontraron que el 70.1% de los registros realizados para informar cuando no se administran medicamentos al pacientes, no justifican las razones que llevaron a no administrar estos medicamentos, razones que espera encontrarse en un registros adecuadamente diligenciado; Además su diligenciamiento en muchos casos no corresponde con lo establecido por la literatura.

Dichas falencias han traído como consecuencia importantes problemas para la profesión porque primero, la omisión de información en los registros de Enfermería está relacionada actualmente con procesos ético-legales para los profesionales, esto de acuerdo con la revisión realizada a expedientes del Tribunal Departamental Ético de Enfermería.

Segundo, la omisión, carencia e inadecuada documentación de información en relación a la condición del paciente se considera afecta de forma significativa la seguridad y calidad de la atención que se brinda al paciente y repercute significativamente en la comunicación del equipo de salud.

Como se mencionó anteriormente, si bien existen trabajos de investigación acerca de los registros de Enfermería en relación a aspectos como: Calidad, cumplimentación, etc. No se ha encontrado actualmente una revisión o trabajo que estudie los registros de expedientes disciplinarios, desde sus características y como estos puede ser un claro reflejo de la realidad de los registros en la cotidianidad de la práctica.

Por lo anterior el presente proyecto de grado pretende describir las características los registros de Enfermería, a partir del análisis de las características encontradas en registros contenidos en expedientes de un Tribunal Departamental Ético de Enfermería.

Entonces desde la identificación de estas características es posible orientar y facilitar el trabajo que Enfermería viene realizando en materia de los registros, siendo el resultado de esta y otras investigaciones, una invitación a reconocer como prioridad la unificación de criterios para el registro de Enfermería, como ha venido sucediendo en otros aspectos como los diagnósticos Enfermeros.

Será un aporte para la profesión en la medida que invita a reconocer la importancia de los registros, como fuente del conocimiento para Enfermería. Un ejemplo de este aporte puede ser el crecimiento y desarrollo en áreas de investigación como la E.B.E, (Enfermería Basada en la Evidencia), lo que por supuesto repercute positivamente en el cuidado que se brinda a los pacientes.

En los servicio de salud será un importante instrumento diagnóstico que ofrecerá elementos orientadores para las intervenciones encaminadas a mejorar la calidad de los registros de Enfermería, pues mostrará en alguna medida cuales son las principales falencias en términos de diligenciamiento e incluso de protocolos y herramientas de registro en cada institución. De forma similar sucederá en los escenarios académicos, pues al reconocer en que aspectos está fallando Enfermería en relación al registro se podrá diseñar estrategias educativas encaminadas a fortalecer estos aspectos en los cuales se encuentre debilidad.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

- Identificar y describir las características de los registros de Enfermería que hacen parte de los expedientes de un Tribunal Ético de Enfermería en Colombia durante el periodo comprendido entre primero de Julio de 2012 al primero de julio de 2013.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar y describir las características de los registros contenidos en expedientes del Tribunal Departamental Ético de Enfermería. (Hoja de signos vitales, hoja líquidos administrados y eliminados, Informe de administración de medicamentos, hoja de valoración cutánea, hoja de valoración neurológica, hoja de recibo y entrega de turno, hoja de notas de Enfermería).
- Identificar y caracterizar otro tipo de registros de Enfermería que la literatura refiera no comunes.
- Determinar si los registros de Enfermería, incluyen los aspectos que se considera desde la revisión teórica deben tener un registro de calidad o bien diligenciado.

## **5. PROPÓSITOS**

- Ofrecer una guía que permitan mejorar la calidad de los registros de Enfermería desde los programas de formación.
- Incentivar a los profesionales de Enfermería para que reconozcan la importancia que tienen los registros para su quehacer y para el desarrollo de la profesión.
- Brindar información sobre la situación de los registros de Enfermería en Colombia
- Incentivar el desarrollo y la evaluación de actividades de intervención para mejorar de los registro de Enfermería.

## 6. MARCO CONCEPTUAL

### 6.1 HISTORIA CLÍNICA

De acuerdo con la resolución 1995 de 1999 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. (Res. 1995 de 1999, p. 02).

De acuerdo con lo descrito en el artículo 3 de la resolución anteriormente descrita las características que debe cumplir una historia clínica son:

*Integralidad:* contener todos los aspectos relacionados directa e indirectamente con la atención del paciente en todo el proceso. (Científicos, técnicos y administrativos) entendiendo al paciente como un ser integral y teniendo en cuenta todas sus dimensiones.

*Secuencialidad:* Toda la información allí contenida deben ser consignada en forma secuencial y conservando siempre un orden cronológico.

*Racionalidad científica:* Debe ser diligenciada teniendo en cuenta todo el conocimiento científico que la atención del paciente requiere. (Condición clínica, procedimientos, diagnósticos, manejos, cuidados).

*Disponibilidad:* De propiedad única y exclusiva del paciente y disponible cuando se requiera y sólo en los casos y a las personas que la ley lo dispone.

*Oportunidad:* lo que hace relación a que debe ser diligenciada inmediatamente después de que se realice una intervención con el paciente. (Res. 1995 de 1999, p. 3-4).

Además es obligatorio que todo profesional involucrado en la atención del paciente realice su diligenciamiento teniendo en cuenta las especificaciones realizadas por la ley, algunas de estas disposiciones según lo descrito por el Ministerio de salud incluyen:

Que esta sea clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, que no tenga espacios en blanco y no se debe hacer uso siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma. (Resolución 1995, 1999)

También es sujeta a secreto profesional lo que implica que la persona quien brinde la atención debe tener absoluta reserva de lo que haya visto u oído durante su ejercicio profesional.

Está compuesta por dos elementos principales *primero*, los datos generales de identificación del usuario entre los cuales se incluye: nombre, identificación, sexo estado civil etc. *Segundo*, los registros específicos que son todos los documentos e informes relacionados con la atención brindada al paciente entre los cuales se encuentran los *registros de Enfermería*.

De acuerdo con la resolución 2546 de 1998 los contenidos básicos de la historia clínica datos mínimos y estructura que estos documentos deben incluir son: El registro individual de atención que incluye, los *datos de consulta* (cualquier tipo de consulta), *datos de procedimientos* (laboratorios y medios diagnósticos terapéuticos o preventivos), *datos de hospitalización* (Médica, quirúrgica u obstétrica).

Descritos ampliamente: Información de ingreso, anamnesis y examen físico completo, órdenes médicas, ordenes de interconsultas a especialidades, informes de exámenes complementarios, hojas de consentimiento informados, informes de cirugía si aplica (Anestesia, quirófano, reporte de patología), notas de Enfermería, hoja de signos vitales y hojas e información de egreso.

Es importante mencionar que siendo Enfermería parte del equipo de salud menciona la ley, los registros que realiza hacen parte de la historia clínica, y deben cumplir con directrices anteriormente descritas por la ley.

## **6.2 REGISTROS DE ENFERMERÍA**

**6.2.1 Concepto histórico del registro.** Cabe mencionar nuevamente, que el registro de Enfermería resulta un elemento trascendental para la profesión en distintas dimensiones y de acuerdo a Parra, Patarroyo & Reyes (2005), deben considerarse como documentos que reflejan el desarrollo histórico y conceptual de la profesión, muestra de su identidad, esencia, sentido por ende- y en palabras de las autoras *“Un documento de fe del cuidado de la vida y la salud que la sociedad le ha brindado a Enfermería”*. Imaginados principalmente desde exigencias legales y administrativas.

Descritos históricamente a partir de lo planteado por Parra, Patarroyo & Reyes (2005), el concepto de los registros de Enfermería ha sido determinados por dos visiones y/o elementos. Primero, vistos desde el cuidado como una actividad dependiente del “acto médico”, son considerados como la recopilación de una serie de datos del paciente y de las actividades que realiza Enfermería siendo simples evidencias de la atención situación que es fortalecida por el segundo elemento, la inclusión del desarrollo conceptual de Enfermería y teorías del proceso administrativo que si bien apoyan y mejoran en diversos aspectos el



trabajo de Enfermería dentro de las instituciones hospitalarias y por ende los registros; refuerza negativamente la concepción de los registros de Enfermería como instrumentos de apoyo a los procesos administrativos que permiten identificar procesos logísticos relacionados con la atención de los pacientes; estando lejos de su esencia creadora la evidencia del cuidado propio de la Enfermería.

De esta manera y dando continuidad al constructo histórico, la información contenida en los registros de Enfermería se ha orientado a la recopilación de datos de cantidad y descripción cuyo objetivo es ser evidencia de recursos, actividades, tiempos, resultados y eficiencia de la atención; muestra de procesos médicos, que dan respuesta al sentido económico y mercantil de la atención; lejos de ser una evidencia de la esencia, sentido y compromiso de la Enfermería, el cuidado.

Es aquí donde según las autoras, la profesión desdibuja el fin del registro como elemento que da fe del cuidado independiente que la profesión brinda a los individuos y todo lo que rodea el registro de Enfermería en términos de reglamentación, normatividad, estructura, etc., se limita a la forma y no al fondo del registro.

En la concepción de este registro resulta monótono y complejo plasmar el cuidado de Enfermería, por lo que resulta más práctico que el registro se oriente a plasmar los aspectos operativos e instrumentales que hacen parte del cuidado y no el cuidado en sí mismo. Como consecuencia de ello, se dividen las opiniones frente a la oportunidad que ofrece el registro de Enfermería para ser evidencia o expresión del cuidado.

Sin embargo, gracias a nuevos trabajos relacionados con el registro de Enfermería y por supuesto a la necesidad del profesional de continuar con la

construcción de su cuerpo de conocimientos surge la necesidad concebir nuevamente el registro de Enfermería.

Un registro evidencia del “ser y hacer” de la profesión, que evidencia el arte del cuidar y todo lo que éste implica, un registro integral desde el cual es posible hacer visible la calidad y continuidad de los cuidados que Enfermería brinda, que permite, aprender, construir conocimiento, descubrir nuevas necesidades y posibles formas de cuidar que aporta a los procesos administrativos hoy inseparables de la atención y por supuesto ser un mecanismo de defensa ante eventos de tipo ético y legal.

**6.2.2 Definiciones del registro de Enfermería.** Es posible encontrar en la literatura un sin número definiciones para el registro de Enfermería a continuación se presenta la definición de registro de Enfermería de tres distintos autores, lo cual nos permite ver la diversidad de ideas frente al registro y las diferencias entre las características que cada uno propone frente al registro en la definición.

1. Documentos específicos que hacen parte de la historia clínica en los cuales se registran 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 personal de enfermería brinda, a los sujetos de cuidado: a la persona, a la familia y la comunidad. (Art. 35, Cap. Ley 911 de 2004)
2. Un sistema de documentación que forma parte de todo un registro del paciente y que provee la documentación formal de la interacción entre el enfermero(a) y la persona. Es además la forma en que los profesionales de Enfermería y otros profesionales de salud se comunican”. Hullin, (2010).

3. El registro de enfermería es la herramienta a través de la cual se evalúa el nivel de la calidad técnico-científica, humana, ética y la responsabilidad del profesional de enfermería que refleja no sólo su práctica, sino también el suplemento de los deberes del colectivo respecto al paciente/usuario. Carrillo, Chávez,(2006), p.2

**6.2.3 Finalidad de los registros de Enfermería.** Los registros de Enfermería como fuente de información tienen diversas finalidades:

- **Asistencial:** Ofrecer continuidad en los cuidados que se brinda a los pacientes por parte del equipo de salud, al establecerse como un medio de comunicación donde es posible identificar las intervenciones que realizan otros profesionales para el cuidado del paciente, las respuestas que este tuvo frente a dichas intervenciones, reflejo de la calidad, coherencia de la atención que se presta y evidentemente de la productividad del trabajo.
- **Valoración de Enfermería:** El registro informa al enfermero(a) acerca de la condición clínica del paciente, su situación emocional, la receptividad a los cuidados, e incluso y no menos importante sus datos demográficos, quién le acompaña o visita en su estancia hospitalaria. Información desde la cual el enfermero(a) establece los planes de cuidado considera requiere el paciente.
- **Académica:** Ofrecen orientación y conocimiento a personas en formación, sobre la teoría y la realidad en relación a los registros. También, de acuerdo con Potter, (2003) permiten a los estudiantes identificar patrones que deben buscar en determinadas alteraciones de la salud y a partir de esta información, establecer los cuidados que requieren los pacientes, a través de la identificación repetida de signos clínicos y tratamientos repetidos en registros de distintos pacientes.

- **Investigativa:** Permiten el desarrollo de la Enfermería basada en la evidencia, donde se develan cambios y nuevas formas de brindar cuidado a los pacientes desde la observación de fenómenos de cuidado. También son una fuente importante de información epidemiológica de los centros de salud.
- **Administrativa:** Permiten demostrar que se han brindado servicios de salud a un paciente y/o comunidad y por ende gestionar los pagos a las Entidades Prestadoras de Salud correspondientes.
- **Auditoria:** Potter, (2003) afirma que la revisión periódica de los registros, se constituye como una base para evaluar la calidad de los servicios (cuidados) ofrecidos a los pacientes en las instituciones de salud; en la actualidad ya se ha establecido determinada información de los registros como indicadores de calidad y a partir de la información obtenida establecer programas de mejora continua de la atención.
- **Ético-Legal:** Son una fuente de información ante procesos legales y disciplinarios en relación a los cuidados brindados por un profesional de Enfermería (testimonio); describiendo lo que le sucede al paciente y las intervenciones que el enfermero(a) realiza; ayudando a determinar si el profesional prestó los cuidados que requirió el paciente y/o comunidad o por el contrario inquirió en alguna falta que puede resultar punible.

En la actualidad, el profesional de Enfermería a pesar del conocimiento que posee y que está disponible acerca de los registros puede llegar a tener dudas que a la luz de lo descrito por León, Manzanera, López y González en el 2010, vale la pena responder como preguntas frecuentes frente a registros de Enfermería, como se observa en la tabla No. 01

**Cuadro 1. Preguntas sobre los registros de Enfermería**

<p>¿Por qué registrar?</p>	<p><b>Es importante para el desarrollo conceptual de la profesión, es un símbolo de respeto hacia los pacientes, es un medio de garantizar continuidad en los cuidados, representa un medio de defensa ante posibles procesos disciplinarios, son evidencia de la esencia de la profesión, permite evaluar los servicios y establecer la implementación de actividades, recursos, personal o equipos que faciliten la atención de los pacientes.</b></p>
<p>¿Para qué?</p>	<p>Mejorar la calidad de la atención, y sobre todo para consolidar y dar argumentos de la trascendencia y/o importancia que tiene la profesión de Enfermería para la sociedad.</p>
<p>¿Cuándo hay que registrar?</p>	<p>Siempre, en todo escenario de atención e inmediatamente después de brindar cualquier tipo de atención. Es importante recordar “Lo que no se registra es como si NO se hubiese hecho”.</p>
<p>¿Cómo y en dónde hay que registrar?</p>	<p>Se registra en el medio que la institución ofrezca, en medio manual o electrónico según aplique y siempre teniendo en cuenta las características mínimas del registro por ejemplo la estructura (Ordenado, legible, etc.) y haciendo uso siempre del Proceso de Atención de Enfermería.</p>
<p>¿Cuánto registrar?</p>	<p>Todo aquello sea relevante y definitivo en la atención del paciente siempre con conocimiento, teniendo en cuenta siempre todos los datos del individuo y lo más detallado posible pero siempre siendo preciso, sin hacer prejuicios o</p>

	juicios de valor. Dando elementos que permitan calidad y continuidad en la atención al paciente.
¿Quién debe registrar?	El profesional de Enfermería y el auxiliar de Enfermería están en la obligación de diligenciar todo registro relacionado con la atención del paciente
¿Qué registrar?	Todo aquello que la literatura, y la ley establece. Siempre teniendo en cuenta que el contenido en los registros de Enfermería es muestra más allá de la atención, del cuidado que brindamos a los pacientes.

Fuente: Farfán, Gina. Realizada a partir de la información descrita por León, Manzanera, López y González, (2010) en el artículo *Dudas de Enfermería en el manejo de la historia clínica*, p.10-11.

### 6.3 CARACTERÍSTICAS DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA

Porque son documentos legales, posible fuente de pruebas ante acciones legales y/o disciplinarias contra un profesional y son muestra de la calidad del cuidado que brinda el profesional de Enfermería, los registros de Enfermería deben cumplir con unos mínimos para ser considerados de calidad o registros adecuadamente diligenciado.

#### 6.3.1 Características de los registros desde la literatura.

**Real:** Los registros de Enfermería deben contener información objetiva acerca de la condición del paciente, información producto de la valoración que realiza el profesional. El uso de inferencias sin datos reales (objetivos) puede llevar a malos entendidos entre los profesionales que atienden el paciente. Por ejemplo: El uso de palabras como *Parece, al parecer o aparentemente*, no deben usarse pues indican que el enfermero(a) no conoce la condición del paciente, no permiten a otros lectores del registro conocer en detalle la condición y/o conducta del

paciente, en definitiva no posee un hecho que apoye que esto realmente pasó como se describe en el registro. Potter, (2003)

Teniendo en cuenta que los registros de Enfermería también contienen información subjetiva acerca del paciente, esta información debe transcribirse en el registro tal cual la refiere el paciente y siempre usando comillas, ejemplo: el paciente refiere” Me siento ansioso, desesperado”

**Exacto y/o preciso:** En la descripción de los hallazgos, es decir con el mayor detalle posible. Esta característica permite que los registros describan hechos u observaciones más no opiniones o interpretaciones por parte del enfermero(a). Elkin, M (2003)

Se espera encontrar en la historia clínica registros de Enfermería hechos u observaciones como: El paciente ingiere 360 ml de agua, o Herida abdominal de 5 cm de longitud sin enrojecimiento, drenaje, edema.

Más no registros opiniones o interpretaciones como: el paciente ingiere una cantidad adecuada de líquido o herida grande que cura bien; son registros demasiado amplios y pueden prestarse para distintas interpretaciones.

**Completo e integral:** El registro debe incluir sólo información relevante, útil e integral acerca del paciente en (datos, antecedentes, reacciones frente a la atención) y de la atención que se brinda al paciente (Procedimientos, cuidados, medicación).

**Actual:** La información de registro debe ser incluida siempre posterior a las intervenciones que realiza el enfermero(a) y a la respuesta que el paciente presenta frente a las mismas, nunca antes de las intervenciones además, esta información debe revisarse periódicamente para adicionar nueva información o por el contrario eliminar información, según sea el caso.

Además, la frecuencia de los registros siempre debe hacerse de acuerdo a los protocolos de las instituciones y la condición clínica del paciente.

**Organizado:** El registro siempre debe tener el orden lógico que ofrece el proceso de atención de Enfermería, la valoración que realiza al paciente, el análisis que realiza acerca de los hallazgos, las intervenciones que se hace al paciente y finalmente la respuesta que el paciente da a las intervenciones realizadas.

En relación a la descripción en el registro del examen físico, el enfermero(a) debe hacer uso de una secuencia lógica (céfalo-caudal o patrones funcionales). Lo que en últimas ofrece mayor claridad y facilidad para la interpretación de la condición del paciente y en la toma de decisiones el manejo que se deba dar al paciente.

**Comprensible y legible:** El registro debe ser claro y fácil de comprender para cualquier persona del equipo de salud que lea dicho registro. Para el caso del registro manual, la caligrafía debe ser lo más clara posible y debe tener en cuenta las normas de la institución ej.: (diferencia de colores entre los turnos diurnos y nocturno) en el registro electrónico debe tenerse especial atención con la digitación de la información.

**Terminología aceptada:** Siempre la información que se incluya en los registros tanto en siglas como términos debe estar determinada por la institución, ser aceptada y reconocida nacional e internacionalmente o debe ser descrita y conocida por el personal de salud que maneja los registros. Lo anterior con el objetivo de evitar errores en la comunicación del equipo de salud que puedan llevar también a errores con el paciente.

Dado que uno de los objetivos establecidos por la JCAHO (The Joint Commission) para mejorar la seguridad del paciente es la comunicación entre el equipo de salud, publicó en el 2004 luego de varios años de trabajo, la lista “No use”, en la cual incluye una serie de siglas que no deben ser utilizadas bajo ninguna circunstancia dado que su uso representa un riesgo para la seguridad del



paciente. Actualmente se trabaja para que esta lista sea implementada en los programas de registro electrónico.

**Cuadro 2. Do not Use list**

Official "Do Not Use" List <sup>1</sup>		
Do Not Use	Potential Problem	Use Instead
U, u (unit)	Mistaken for "0" (zero), the number "4" (four) or "cc"	Write "unit"
IU (International Unit)	Mistaken for IV (intravenous) or the number 10 (ten)	Write "International Unit"
Q.D., QD, q.d., qd (daily)	Mistaken for each other	Write "daily"
Q.O.D., QOD, q.c.d, qod (every other day)	Period after the Q mistaken for "I" and the "O" mistaken for "I"	Write "every other day"
Trailing zero (X.0 mg)*	Decimal point is missed	Write X mg
Lack of leading zero (.X mg)		Write 0.X mg
MS	Can mean morphine sulfate or magnesium sulfate	Write "morphine sulfate" Write "magnesium sulfate"
M <sub>2</sub> SO <sub>4</sub> and MgSO <sub>4</sub>	Confused for one another	

<sup>1</sup> Applies to all orders and all medication-related documentation that is handwritten (including free-text computer entry) or on pre-printed forms.

**\*Exception:** A "trailing zero" may be used only where required to demonstrate the level of precision of the value being reported, such as for laboratory results, imaging studies that report size of lesions, or catheter/tube sizes. It may not be used in medication orders or other medication-related documentation.

Fuente: Imágen tomada de: The Joint Commission. (Sf).Facts about the Official "Do Not Use" List

**6.3.2 Características de los registros desde la investigación.** Estudios como el realizado por Torres, Zarate, & Matus, (2010) p. 22, los registros poseen tres características macro que le permiten definirse como un registro bien diligenciado y de calidad:

**Estructura:** Se refiere a aspectos "de forma" del documento, es decir, los registros clínicos deben ser estructurados por medio de un lenguaje técnico-científico, comprensible a todos los miembros del equipo de salud. Para lo cual se deben excluir faltas de ortografía, deben ser legibles, utilizar abreviaturas y símbolos universales. Además, debe ser coherente y

organizado en la descripción de la información del paciente, incluir datos de tiempo y quien les diligencia entre otros.

**Continuidad del cuidado:** Caracterizándose por la no interrupción del cuidado y su mantenimiento a través de los registros, de acuerdo a las etapas del Proceso de Atención de Enfermería: valoración, diagnósticos de Enfermería, intervenciones y evaluación.

Siendo este evidencia del registro como medio de comunicación en el equipo de salud.

**Seguridad del paciente:** Reducción de riesgos innecesarios derivados de la atención de salud por medio de la información escrita sobre las medidas de seguridad en prevención de caídas, errores en medicación, úlceras por presión, alergias, etc.

**6.3.3 Características de los registros desde el ámbito legal.** Teniendo en cuenta que los registros, se constituyen como material probatorio en procesos disciplinarios en contra de los profesionales de Enfermería, estos deben tener la siguiente información:

✓ Fecha y hora en que se realiza el registro con formato (Hora militar o 24 horas), esto evita confusiones sobre el momento en que se realizan los cuidados (am o pm) y ayuda a establecer la secuencia de los cuidados, revistas médicas, etc.

✓ Firma o sello de la persona que realiza el registro, pues permite establecer quién es el responsable tanto de la atención, como de la información contenida en el registro.

✓ No contener frases generalizadoras que lleve a confusiones o a la omisión de información que puede ser relevante para la atención del paciente. Como se describió anteriormente frases como “Sin cambios” pueden llevar a interpretaciones inadecuadas pues ese “Sin cambios” puede tener significados distintos para cada persona que lo lea y es ese significado el que dirige el actuar de la persona que atiende al paciente.

✓ No dejar espacios en blanco dado que estos pueden ser usados por otra persona que incluye información incorrecta acerca del paciente o las intervenciones realizadas al mismo.

✓ No tener tachones, enmendaduras, puesto que se puede interpretar que la persona que diligencia el registro intenta ocultar algo acerca de los hallazgos o intervenciones al paciente, falsificación o negligencia. Siempre debe trazarse una línea sobre el texto indicar que es un error y de forma posterior colocar la información correcta.

✓ No diligenciar en lápiz en caso de ser manual, pues el carboncillo del lápiz no perdura en el tiempo y al momento de ver la información del registro se encuentra dificultades. El registro siempre debe realizarse con tinta indeleble y con el color que sea establezca para que pueda permanecer en el tiempo en caso de necesitarse nuevamente.

✓ Usar terminología (abreviaturas, símbolos) especificadas por el centro de salud, las descripciones deben ser basadas en hechos no en opiniones y debe evitarse en todo caso las expresiones generales y groseras. Preferiblemente aquellas aceptadas a nivel nacional e internacional.

✓ En situaciones especiales como prescripciones verbales o telefónicas, se deben transcribir de forma detallada y en orden, debe incluir: fecha, hora y quien

prescribió y ser validada y/o firmada en el tiempo que se establezca en la institución.

#### **6.4 CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA**

Dado que el concepto de calidad es variable, ya que es resultado de una serie de atributos que cambian, según la perspectiva; se toma el concepto que realiza Hullin acerca de la calidad de los registros de Enfermería.

La calidad de un registro de enfermería se determina según los indicadores específicos del tipo de servicio entregado, por esto los enfermeros y enfermeras son los únicos que se encuentran en una posición operativa y de gestión para cerciorarse de la calidad de los servicios recibidos por sus pacientes. Es decir, el marco de calidad usado en un registro de enfermería está directamente relacionado con el marco conceptual con que éste es diseñado. Hullin, (2010).

La calidad del registro estará determinada por la información desde la cual fue construida el registro, por lo cual siempre que se evalué la calidad de un registro determinado, debe tenerse en cuenta la base teórica desde la que fue construido.

#### **6.5 ASPECTOS ÉTICO-LEGALES DE LOS REGISTROS**

La ley 266 que reglamenta la profesión de enfermería describe el “deber del objeto de cuidado” como fin único de su ejercicio. Entre las actividades que integran su fin único evidentemente se encuentra el diligenciamiento de los registros como evidencias del cuidado con lo que si un profesional omite o realiza inadecuadamente dichos registros puede incurrir en faltas sancionables a nivel penal, civil y disciplinario.

Además, siendo parte de la historia clínica se constituyen como un documento privado, *objeto de prueba* en hechos que se narran. *Auténtico*

teniendo la certeza de la persona que lo firma y al presumir la veracidad de los datos a nivel legal son objeto de análisis en procesos de responsabilidad profesional. *Cierto*, teniendo espacios en blanco o sin diligenciar, luego que la persona que lo firma admite es de su autoría. Código de procedimiento civil, cap. VIII, art, 270, (1970)

En relación al profesional de Enfermería, el código mencionado anteriormente describe un escenario que toca particularmente a Enfermería

Toda persona es responsable no sólo de sus propias acciones para el efecto de indemnizar el daño, sino del hecho de aquellos que estuvieren a su cuidado”. En tal sentido, se establece una forma de responsabilidad por el hecho ajeno, de carácter excepcional, basada en que se presume la culpa mediata o indirecta del responsable. De allí que los padres sean responsables solidariamente del hecho de los hijos que habitan en la misma casa; los directores de colegios y escuelas responderán del hecho de los discípulos mientras estén bajo su cuidado, y los artesanos y empresarios. Así pues, la ley presume que los daños que ocasionen las referidas personas son imputables a quienes *debían haber ejercido adecuadamente un control y vigilancia sobre aquéllos*. Código de procedimiento civil, cap. VIII, art, 2347, (1970)

Dado que Enfermería debe delegar ciertas tareas al auxiliar de Enfermería es su obligación enseñar, orientar y supervisar las tareas que delega para que se realicen como debe ser y evitar que se presenten errores, eventos adversos o accidentes que pueden afectar el paciente e indirectamente al enfermero(a).

Dada la responsabilidad que se ha podido vislumbrar por parte de los registros, el Tribunal Nacional Ético de Enfermería en la página de ética profesional No. 08 *Notas de Enfermería* describe algunos aspectos a tener en cuenta:

Los registros de Enfermería presumen la veracidad de los datos y como se mencionó anteriormente, desde la dimensión legal, al igual que la historia clínica es un documento con capacidad probatoria por excelencia, objeto de análisis e investigación dentro de los procesos de responsabilidad profesional. Teniendo en cuenta el acto de cuidado de enfermería, ya que la constancia escrita del acto de cuidado no solamente refleja el ejercicio profesional, sino que es la prueba de los lineamientos humanos, éticos, técnicos y científicos desarrollados. Recordemos que el acto de cuidado que no se registra significa que no se realizó en términos jurídicos. Prieto de Romano, Chavarro.

## **6.6 SISTEMAS REGISTROS DE ENFERMERÍA**

Los sistemas de registro de Enfermería son formas y/o estilos describir y organizar la información del paciente (Condición clínica e intervenciones principalmente) en los registros de Enfermería. Estos sistemas establecen los registros que se consideran son importantes en la atención del paciente y agrupan los mismos para un nombre o proceso. A continuación se describen los más utilizados.

**6.6.1 Narrativo.** Es el sistema tradicional de registro en la historia clínica, consiste en describir la condición, atención y respuesta del paciente a la atención, siguiendo los parámetros o el estilo de una historia, si bien no existe un orden determinado para la escritura, es preferible que mantenga un orden cronológico. Si bien es un sistema tradicional en la actualidad es un sistema que viene siendo reemplazado por estructuras como las mencionadas a continuación.

**6.6.2 S.O.A.P (Sistema Orientado a problemas).** Fue establecido por Weed, L en 1960, en el cual Enfermería adapta como S.O.A.P.I.E.R “Sistema orientado a problemas, intervenciones, evaluación y revisión”. La información contenida en los registros se organiza desde los problemas que presenta el paciente; cada miembro del equipo de salud introduce en el registro el problema que ha identificado en el paciente y desde allí se estructura un trabajo común. Este sistema cuenta con cuatro tipos de registro:

- *Base de datos:* Constituye los datos generales del paciente desde su ingreso
- *Lista de problemas:* Incluye todos los problemas que puede tener el paciente en cada una de sus dimensiones, se ubican en el orden que se identifican y se eliminan a medida que se resuelven.
- *Plan de cuidado:* Constituye los cuidados que el enfermero(a) brinda desde la lista de problemas descritas con anterioridad.
- *Notas de progreso:* En este se describe la evolución y/o cambios que presenta el paciente luego de las intervenciones realizadas dando evidencia de la efectividad y pertinencia de las mismas. Este sistema describe de forma clara el Proceso de Atención de Enfermería, siendo un sistema integral.

**Cuadro 3. Elementos del Sistema S.O.A.P (Sistema Orientado a problemas)**

Ítem	Descripción
<b>S</b>	Datos subjetivos del paciente
<b>O</b>	Datos objetivos del paciente
<b>A</b>	Interpretación de los datos obtenidos en la valoración
<b>P</b>	Problemas y/o diagnósticos del paciente
<b>I</b>	Intervenciones establecidas para los problemas del paciente
<b>E</b>	Evaluación de las intervenciones realizadas al paciente
<b>R</b>	Revisión y establecimiento de modificación al plan de cuidado

*Fuente: Farfán, Gina. Realizada a partir de la información descrita por Elkin (2003) en Capítulo 24 de Potter Fundamentos de Enfermería 5ed.*

Dentro de este sistema también se encuentran dos subsistemas de registro, PIE y DAR.

**6.6.2.1 P.I.E. (Problemas, Intervenciones, Evaluación)** Este sistema de registro se caracteriza por agrupar la información que se tiene del paciente en tres categorías (problemas, intervenciones y evaluación de las anteriores). Se basa en los registros de valoración y notas de progreso del paciente; siendo un sistema que se sale de la atención tradicional al no tener que establecer planes aparte, propende por la continuidad del cuidado al ir incorporando los planes de cuidado en el registro diario.



#### Cuadro 4. Elementos del Sistema P.I.E. (Problemas, Intervenciones, Evaluación)

Ítem	Descripción
<b>P</b>	Problemas y/o diagnósticos del paciente
<b>I</b>	Intervenciones establecidas para los problemas del paciente
<b>E</b>	Evaluación de las intervenciones realizadas al paciente

Fuente: Farfán, Gina. Realizada a partir de la información descrita por Elkin (2003) en Capítulo 24 de Potter Fundamentos de Enfermería 5ed.

**6.2.2.2 D.A.R. (Datos, Acciones, Respuesta).** También conocido como sistema focalizado o centrado, es un sistema de registro que se comprende con facilidad por el equipo de salud y se adapta con facilidad a lo cambiante de la condición de salud de los pacientes y permite tener una panorámica general e integral del paciente siento éste y lo que siente, el objetivo único de la asistencia. Se apoya de los registros que usan diagramas de flujo por ejemplo, constantes vitales, hojas de líquidos, check list.

#### Cuadro 5. Elementos del Sistema D.A.R. (Datos, intervenciones, respuesta.)

Ítem	Descripción
<b>D</b>	Datos del paciente fruto de la valoración
<b>A</b>	Acciones establecidas para los problemas del paciente
<b>R</b>	Respuesta y evolución del paciente frente a las intervenciones

Fuente: Farfán, Gina. Realizada a partir de la información descrita por Elkin (2003) en Capítulo 24 de Potter Fundamentos de Enfermería 5ed.

**6.6.2.3 Sistemas de gestión de caso y/o vías críticas.** Implica un trabajo multidisciplinar por parte del equipo de salud. En este sistema de registro, existen planes, actividades de atención y respuestas determinadas por parte del paciente es un esquema establecido que busca mejorar la calidad de la atención, evitando duplicidad del trabajo y se concentra en el alcance de objetivos que de no cumplirse se describen como variaciones.

## **6.7 TIPOS DE REGISTROS DE ENFERMERÍA**

Los registros de Enfermería son numerosos, su formato y detalle puede variar de acuerdo a las instituciones de salud. En general, describen en su particularidad la atención que el profesional de Enfermería brinda a los pacientes. Pueden ser agrupados en tres categorías: Kárdex de Enfermería, diagramas de flujo, gráficos o algoritmos y notas de progreso.

**6.7.1 Kárdex de Enfermería.** Es un tipo de registro que reúne de forma concisa toda la información relacionada con el paciente y del cual se hace uso diario, permite un acceso rápido a la información del paciente por ejemplo al hacer cambios de turno o cuando otro profesional del equipo de salud requiere información puntual sobre el paciente. Es, de los registros de Enfermería el más dinámico, su formato es variable según la institución de salud y pese ser actualizado constantemente debe ser diligenciado con tinta indeleble en caso de ser en formato manual, nunca en lápiz. Este registro debe contener como mínimo la siguiente información:

- ✓ Datos socio demográficos del paciente
- ✓ Diagnósticos médicos principales.
- ✓ Alergias del paciente.
- ✓ Lista de medicamentos y líquidos endovenosos

- ✓ Procedimientos médicos y enfermeros realizados y pendientes por realizar
- ✓ Medios diagnósticos realizados y pendientes por realizar
- ✓ Precauciones y/o recomendaciones generales para el cuidado del paciente.

**6.7.2 Diagramas de flujo- gráficos o algoritmos.:** Este tipo de registros permite valorar la condición del paciente y documentar de forma rápida y cuidados frecuentes o habituales en los pacientes. Entre estos registros se encuentran:

**Hoja de signos vitales:** Es un formato donde se incluyen las constantes vitales del paciente y otros datos como peso, talla, IMC, eliminación intestinal, apetito.

**Hoja de control de líquidos:** En este se hace un registro de todas las vías de entrada, eliminación o pérdida de líquidos en el paciente

**Informe de administración de medicamentos:** Suelen incluir todos los datos relacionadas con el medicamento, por ejemplo: fecha de prescripción, dosis y nombre del medicamento, frecuencia de administración, vía firma del profesional.

**Valoración cutánea:** Son formatos que se utilizan para describir la integridad de la piel en los pacientes y su riesgo de presentar lesiones de la misma, suele integrar, aspectos como: lesión, drenaje, olor, cultivos tratamientos.

**Hoja de valoración neurológica:** En este formato se describe de forma general la condición neurológica del paciente, características de las pupilas, estado de conciencia, respuesta verbal, respuesta motora, entre otros aspectos.

**6.7.3 Notas de progreso.** Este registro brinda información acerca de los progresos del paciente hacia la consecución de objetivos previamente establecidos o resultados esperados. Este tipo de registros incluye en su contenido, valoraciones, revaloraciones, problemas de los pacientes, intervenciones de enfermería entre otros.

**Hoja de notas de Enfermería:** En el registra en forma objetiva, clara, concreta, comprensible y sistemática de los hallazgos, actividades, observaciones, decisiones y cuidados brindados a la persona, familia o comunidad, inmediatamente después de su realización. Prieto de Romano, Chavarro.

**Hoja de recibo y entrega de turno:** Formato donde se describen al equipo de salud que recibe el siguiente turno, los datos más relevantes de un paciente en relación a su condición actual de salud con el objetivo de dar continuidad los cuidados que este recibe.

## 7. METODOLOGÍA

### 7.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

El presente trabajo de grado fue un estudio de análisis documental, una técnica de investigación en la cual se recopila selecciona y analiza una serie de documentos y/o material bibliográfico de interés para un estudio determinado.

El análisis documental hace uso de la técnica de análisis documental, que Delgado, (2011) define como analizar la información registrada en materiales duraderos que se denominan documentos. Entre los tipos de documentos analizables por esta técnica se encuentran los escritos y gráficos; para efectos de este proyecto de grado se analizaron los documentos de tipo escrito pues en esta categoría se encuentran los expedientes, material fuente para el desarrollo del proyecto.

Desde esta técnica se realiza una lectura e interpretación del contenido de los documentos objeto de análisis para este caso, (Expedientes de un Tribunal Ético de Enfermería), lo que permite conocer las características de los registros de Enfermería y desde estas describir la situación de los mismos. Este estudio contó con dos etapas:

En la **primera etapa** se realizó una clasificación de los expedientes fallados por parte del Tribunal Departamental Ético de Enfermería del periodo comprendido entre el 01 de Julio de 2012 al 01 de Julio de 2013.

En esta clasificación se buscó determinar la cantidad y tipo de Registros de Enfermería allí contenidos, formato de diligenciamiento del registro (manual y/o electrónico entre otros aspectos).

En la **segunda etapa** se realizó un análisis de los registros de Enfermería encontrados en los expedientes clasificados; análisis desde el cual se determinó la situación de los registros de Enfermería.

## **7.2 Unidad de observación.**

La unidad de observación estuvo conformada por expedientes de Tribunal Departamental Ético de Enfermería, donde se encontraron registros elaborados por el personal de Enfermería. También se incluyeron aquellos expedientes en los cuales no se encontró registros de Enfermería pese a ser solicitados por el tribunal para realizar la investigación respectiva, debido a que el profesional de Enfermería y/o el auxiliar de Enfermería no los realizó.

Los expedientes son producto de las denuncias realizadas por parte de pacientes, profesionales de la salud, familiares e instituciones en contra de profesionales de Enfermería y que son remitidos al Tribunal Departamental Ético de Enfermería para iniciar un proceso disciplinario en contra del profesional de Enfermería implicado.

## **7.3 Unidad de análisis.**

La unidad de análisis estuvo centrada en las características de los registros presentes en los Expedientes del Tribunal Ético de Enfermería.

#### **7.4 Instrumento.**

Para el estudio se diseñaron dos instrumentos:

El *primer instrumento* fue un formato de clasificación de los expedientes fallados por parte del Tribunal (Ver anexo 1). Este formato permitió conocer entre otros aspectos: El número, año y tipo de expediente revisado; el tipo de registro de Enfermería que contiene, el formato de los registros encontrados, es decir si son manuales o electrónicos y la cantidad encontrada.

El *segundo instrumento* fue una lista de chequeo compuesta por 19 ítems a través de la cual se identificó la presencia o ausencia de características generales y particulares de los registros encontrados en cada expediente; lista desde la cual fue posible hacer una descripción de la situación de los registros que elabora el profesional. (Ver anexo 2 y 3). La construcción de la lista de chequeo se basó en la información obtenida de las características que debe tener un registro de Enfermería desde la literatura, la investigación y aspectos legales. Se tomaron las características más importantes de cada tema y se incluyeron en la lista para ser evaluadas en los registros.

#### **7.5 Criterios de inclusión.**

En este estudio fueron incluidos aquellos expediente del Tribunal Departamental Ético de Enfermería fallados en el periodo comprendido entre el primero de Julio del 2012 al primero de Julio de 2013.

En relación a los registros, fueron incluidos todos los registros contenidos en los expedientes, que sean elaborados y/o diligenciados por el personal de Enfermería.

## 7.6 Muestra

El presente estudio, a partir de la revisión hecha a la literatura propuso 7 tipos de registros de Enfermería como los más frecuentes. Del total de registros encontrados para cada tipo de registro propuesto, se aplicó la lista de chequeo al 10% de ellos. Teniendo en cuenta que la cantidad de registros encontrados podía variar de forma significativa entre uno y otro registro, en aquellos registros en los cuales se encontró un número menor de 10 registros, se analizó sólo un registro.

**Cuadro 6. Evaluación de los registros de Enfermería de acuerdo a su Cantidad**

Registro	Cantidad	10%
<b>Hoja de signos vitales</b>	130	13
<b>Hoja de valoración neurológica</b>	8	1

*Fuente: Farfán, Gina. Situación de los registros de Enfermería que hacen parte de expedientes de un tribunal de Enfermería*

**7.7 Proceso de recolección de la información.** La recolección de la información se realizó de la siguiente manera.

- Solicitud por escrito al Tribunal Departamental Ético de Enfermería para obtener acceso a los expedientes, posteriormente se envió copia del anteproyecto al Tribunal Departamental Ético de Enfermería, una vez revisado por la presidenta y magistradas se autorizó el acceso de la investigadora a los expedientes.
- Se establecieron los horarios de revisión de expedientes teniendo en cuenta los horarios establecidos por el tribunal y el tiempo de la investigadora.



- Posterior a esto, se realizó la revisión de expedientes para tomar aquellos fallados entre Junio de 2012 y junio de 2013 que además incluyeran registros de Enfermería en razón a que no todos se relacionaban con casos que debieran incluir registros de Enfermería.
- Luego de esa revisión se escogió un total de 46 expedientes a los cuales se aplicó el formato de inspección de archivo. A través de este formato se estableció el tipo y cantidad de registros que contenían los expedientes y se estableció la forma de aplicar el segundo instrumento.
- Para cada tipo de registro propuesto, se aplicó la lista de chequeo al 10% de ellos. Teniendo en cuenta que la cantidad de registros encontrados podía variar de forma significativa entre uno y otro expediente, en aquellos registros en los cuales se encontró un número menor de 10 registros, se analizó y aplicó la lista de chequeo a sólo un registro.

## **7.8 Aspectos Éticos.**

Para efectos de este proyecto de grado, se tuvo en cuenta lo dispuesto en la Resolución 008430 de 1993, Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Desde la clasificación que plantea la resolución, este proyecto de grado clasifica como un tipo de investigación social sin riesgo definida por esta resolución como:

Aquellos estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas,

entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. Res. 008430, (1993).

También la 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, desde lo dispuesto en los artículos 29, y 31.

Artículo 29: En los procesos de investigación en que el profesional de enfermería participe o adelante, deberá Salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos, como principio ético fundamental. Con este fin, conocerá y aplicará las disposiciones éticas y legales vigentes sobre la materia y las declaraciones internacionales que la ley colombiana adopte, así como las declaraciones de las organizaciones de enfermería nacionales e internacionales. Ley 911(2004).

Artículo 31: El profesional de enfermería, en el ejercicio de la docencia, para preservar la ética en el cuidado de enfermería que brindan los estudiantes en las prácticas de aprendizaje, tomará las medidas necesarias para evitar riesgos y errores que por falta de pericia ellos puedan cometer. Ley 911 (2004).

Por lo anterior se tendrá en cuenta para su desarrollo:

- Respeto por la dignidad del ser humano y la protección de sus derechos y bienestar.
- Se contó de manera previa con el consentimiento informado del Tribunal Departamental Ético de Enfermería.
- Los resultados obtenidos de la investigación serán presentado de tal forma que no afecten a quienes realizaron los registros, los profesionales en proceso implicados investigación disciplinaria, la institución implicada en la investigación y por supuesto al Tribunal.
- La información extraída de los expedientes será manejada con absoluta confidencialidad.

## 8. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

El análisis de la información obtenida de los registros de Enfermería contenidos en los expedientes del Tribunal Ético de Enfermería fue realizado teniendo en cuenta los objetivos planteados para este trabajo de grado: describir las características de los registros de Enfermería que hacen parte de los expedientes de un Tribunal Ético de Enfermería en Colombia durante el periodo comprendido entre primero de Julio de 2012 al primero de julio de 2013. (Hoja de signos vitales, hoja líquidos administrados y eliminados, Informe de administración de medicamentos, hoja de valoración cutánea, hoja de valoración neurológica, hoja de recibo y entrega de turno, hoja de notas de Enfermería). Identificar y caracterizar otro tipo de registros de Enfermería que la literatura refiera no comunes y determinar si los registros de Enfermería, incluyen los aspectos que se considera desde la revisión teórica, debe tener un registro de calidad o bien diligenciado.

Una vez aplicado el primer instrumento (Formato de inspección de archivo), cuyo objetivos principal fue caracterizar los registros de Enfermería, se estableció el grupo de expedientes a revisar. El presente trabajo de grado, revisó un total de 46 expedientes históricos del Tribunal Departamental ético de Enfermería, correspondientes a fallos realizados por dicho tribunal en el periodo comprendido entre Junio de 2012 a junio de 2013, exceptuando los meses de septiembre de 2012 y enero de 2013, meses en los cuales no se omitió ningún tipo de fallo.

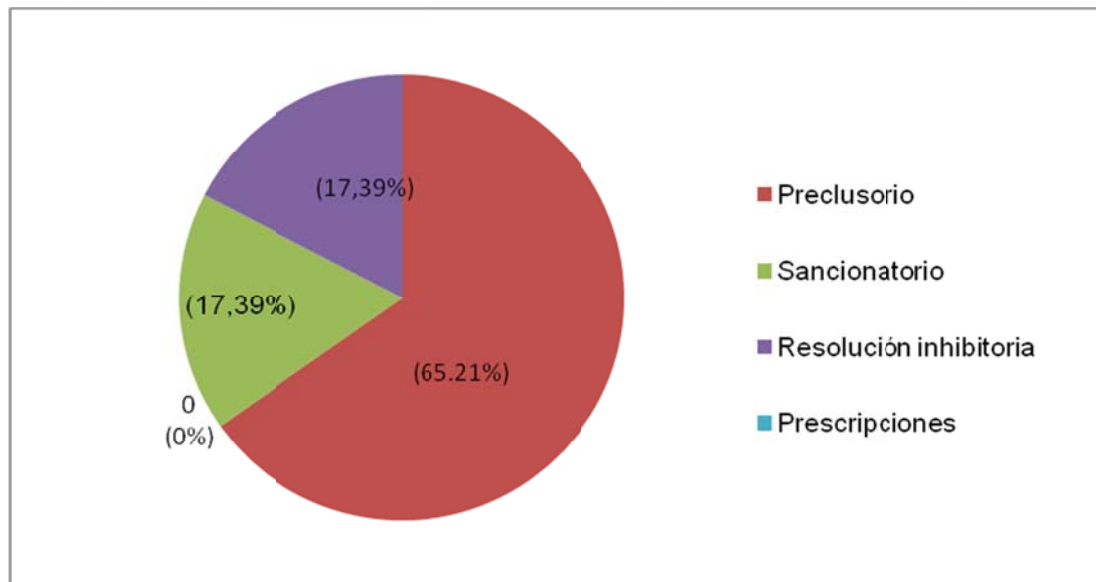
En relación al tipo de fallo de los expedientes analizados, el 65,21% (30) correspondieron a fallos de tipo preclusorio<sup>1</sup>, 17,39% (8) correspondieron a

---

<sup>1</sup> Fallo preclusorio: Son fallos en los que existe injerencia del Enfermero(a) pero de conformidad con las pruebas, se encuentra que el profesional de Enfermería no fue el responsable de la falta.

resoluciones inhibitorias<sup>2</sup> y el 17,39% (8) correspondieron a fallos de tipo sancionatorio<sup>3</sup>.

**Gráfica 1. Distribución de los expedientes por tipo de fallo**



*Fuente: Farfán, Gina. Construcción propia. Situación de los registros de Enfermería que hacen parte de expedientes de un tribunal de Enfermería .La mayoría de fallos encontrados en los expedientes correspondió a fallos de tipo sancionatorio (65,21 %) lo que corresponde a treinta de cuarenta y seis expedientes revisados. Se encuentra igual proporción de fallos sancionatorios, resoluciones inhibitorias y ningún fallo de prescripción.*

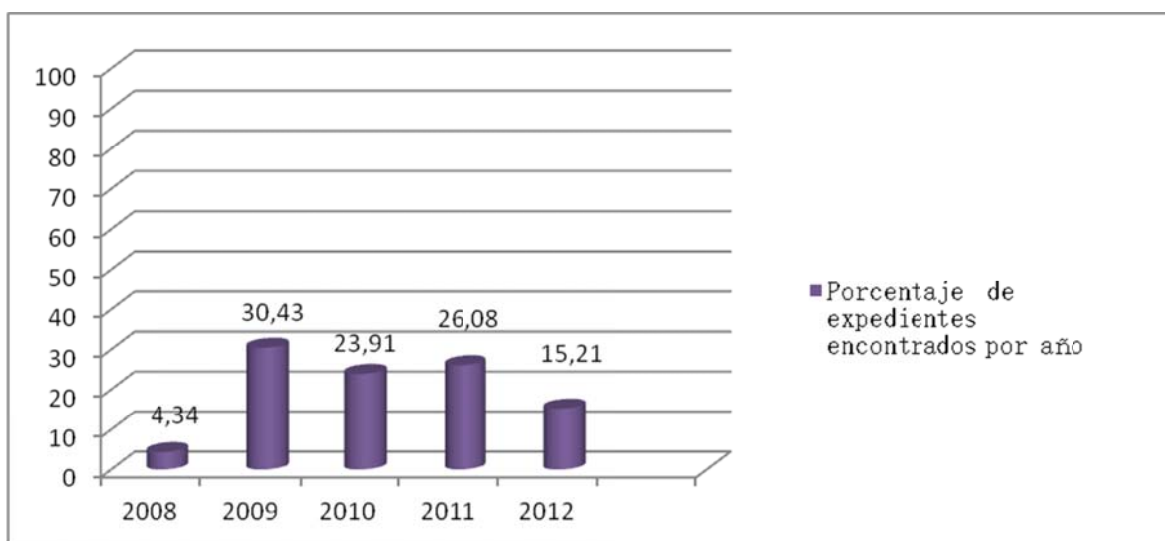
<sup>2</sup> Resolución inhibitoria: Luego de la investigación, no se estableció vínculo entre el Enfermero (a) y el caso (Responsabilidad)

<sup>3</sup> Fallo sancionatorio: Luego de la investigación se encuentra responsabilidad por parte del Enfermero (a) en situación de la cual se le acusa por lo cual, el Tribunal establece una sanción.

## 8.1 DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS REGISTROS CONTENIDOS EN EXPEDIENTES DEL TRIBUNAL DEPARTAMENTAL ÉTICO DE ENFERMERÍA.

**8.1.1 Año de elaboración del registro.** En relación al año de elaboración de los registros contenidos en los expedientes se encontró que el: El 4,34% fueron realizados en el 2008; el 30,43% de ellos fueron elaborados en el año 2009, 23,91% en el año 2010, 26,08% en el año 2011, 15,21% en el año 2012.

**Gráfica 2. Distribución porcentual de expedientes encontrados por año**



*Fuente: Farfán, Gina. Construcción propia. Situación de los registros de Enfermería que hacen parte de expedientes de un tribunal de Enfermería. El año 2009 fue el año en el que se encontró un mayor número de registros, seguido del año 2011.*

**8.1.2 Registros encontrados y evaluados.** En los 46 expedientes revisados, Se encontraron 3816 registros de Enfermería de los cuales fueron evaluados 674 como se observa en la siguiente tabla.

**Tabla 1. Consolidado registros encontrados y registro evaluados**

Tipo de registro	Cantidad de registros encontrados	Total evaluados
<b>Hoja de signos vitales</b>	799	39
<b>Hoja de líquidos administrados y eliminados</b>	642	89
<b>Informe de administración de medicamentos</b>	651	93
<b>Valoración cutánea</b>	163	18
<b>Hoja de valoración neurológica</b>	203	25
<b>Hoja de recibo y entrega de turno</b>	0	0
<b>Hoja de notas de enfermería</b>	1231	311
<b>Otro, ¿Cuál?</b>	127	99
<b>TOTAL REGISTROS</b>	<b>3816</b>	<b>674</b>

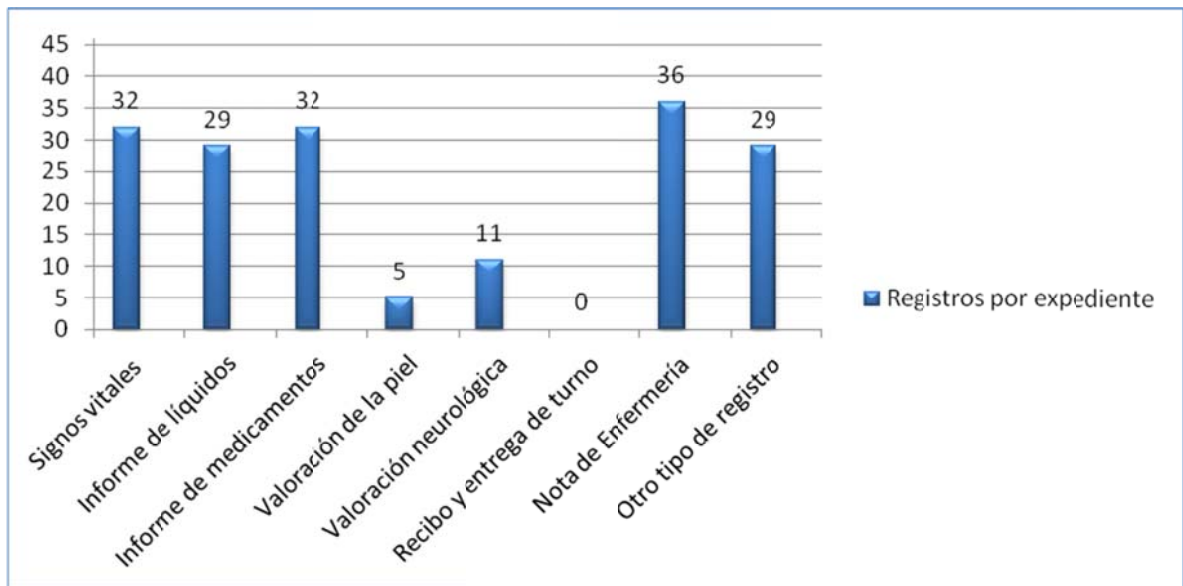
*Fuente: Farfán, Gina. Situación de los registros de Enfermería que hacen parte de expedientes de un tribunal de Enfermería.*

**8.1.2.1 Tipo de registros encontrados.** En la revisión preliminar de los expedientes en relación a los 7 tipos de registros incluidos en el formato de inspección de archivo, los cuales se escogieron teniendo en cuenta que son descritos por la literatura como los más frecuentes;(Hoja de signos vitales, hoja líquidos administrados y eliminados, Informe de administración de medicamentos, hoja de valoración cutánea, hoja de valoración neurológica, hoja de recibo y entrega de turno, hoja de notas de Enfermería). Fue posible encontrar un número

importante tanto de los registros propuestos como de registros no comunes y/o no contemplados en la revisión.

De los registros que presenta la literatura como los más frecuentes en la investigación se encontró que el grupo que más se destaca por encontrarse en la mayoría de los expedientes evaluados fueron los registros de Enfermería que corresponde a diagramas de flujo, gráficos o algoritmos entre los que se encuentra la hoja de signos vitales, la hoja de líquidos administrados y eliminados y el informe de administración de medicamentos. Entre las Notas de progreso, sin duda el más frecuente fue la nota de Enfermería.

**Gráfica 3. Distribución de los registros de Enfermería encontrados en la revisión de expedientes**



Fuente: Farfán, Gina. Construcción propia. Situación de los registros de Enfermería que hacen parte de expedientes de un tribunal de Enfermería. Cuarenta y seis (46) fue el total de expedientes analizados, cada barra representa la **cantidad de expedientes en los cuales se encontró cierto tipo de registro**, como puede observarse el tipo de registro que se encontró con mayor frecuencia en los expedientes fue la nota de Enfermería.

La variación en la frecuencia de aparición de registros se relacionó directamente con los siguientes aspectos. El tipo de queja del expediente, las condiciones clínicas del paciente, los servicios en los que fue atendido durante la estancia hospitalaria y el formato del registro.

**8.1.3 Agrupación de los registros.** Al realizar la revisión de expedientes se encontró que ciertos registros de Enfermería suelen ser agrupados en un solo formato, lo cual se evidenció en aquellos registros llevados de forma manual.

Los tipos de registros que más suelen agruparse son: Los signos vitales, el balance de líquidos administrados y eliminados, hoja de valoración neurológica y notas de enfermería.

Los registros electrónicos no son agrupados ni poseen una denominación específica a diferencia de los registros manuales que son denominados de una manera distinta de acuerdo a la institución y el tipo de servicio aunque incluyen los mismos registros. A continuación se presenta una tabla con las principales denominaciones encontradas a través de cuales se agrupan los registros:

**Cuadro 7. Principales denominaciones de los registros de Enfermería.**

Denominación del registro	Tipos de registro Agrupado
<b>Hoja de monitoreo hemodinámico</b>	Signos vitales, balance de líquidos administrados y eliminados, nota de Enfermería.
<b>Registro del paciente médico quirúrgico</b>	Signos vitales, balance de líquidos administrados y eliminados, nota de Enfermería.
<b>Registro de urgencias</b>	Signos vitales, balance de líquidos



	administrados y eliminados, nota de Enfermería, medicamentos administrados.
<b>Registro unidad de cuidados intermedio</b>	Signos vitales, balance de líquidos administrados y eliminados, nota de Enfermería, medicamentos administrados, hoja de valoración neurológica. Medicamentos administrados.
<b>Hoja de tratamientos</b>	Medicamentos administrados.
<b>Registro quirúrgico</b>	Signos vitales, balance de líquidos administrados y eliminados, nota de Enfermería
<b>Registro de Enfermería Unidad de cuidados intensivos</b>	Signos vitales, balance de líquidos administrados y eliminados, nota de Enfermería, valoración neurológica.

*Fuente: Farfán, Gina. Construcción propia. Situación de los registros de Enfermería que hacen parte de expedientes de un tribunal de Enfermería.*

**8.1.4 Formato de elaboración del registro (Diligenciamiento manual o electrónico).** Se encontró un total de 174 registros en los expedientes, 113 registros en formato manual y 61 registros en formato electrónico.

Lo anterior muestra que la mayor parte de los registros encontrados en los expedientes corresponde a registros de tipo manual. Esto, puede estar relacionado no sólo con el tipo de registro, también con el año de elaboración del registro y el hecho de que aún muchas instituciones de salud se encuentran en un proceso de transición de la historia clínica manual a la historia clínica electrónica, por lo cual algunos de los registros que conforman la historia clínica y son parte del material probatorio de los expedientes son manuales y otros electrónicos.

**8.1.4.1 Formatos de registro manual.** Para el caso de los registros manuales a diferencia de los registros electrónicos estos eran agrupados en un solo formato, cuyo tamaño y cantidad de información depende de acuerdo a la revisión, de la institución y en algunos casos del servicio en el cual se manejen los registros, su cantidad, suele ser mayor en servicios como la Unidad de Cuidados Intensivos

Llamó la atención que algunos registros de tipo manual no ofrecían el suficiente espacio para ubicar la información que la persona que lo diligencia considera debe registrar, esto se estableció porque en algunos de los registros analizados, la persona que diligenció el registros usó casillas contiguas para continuar escribiendo, situación que en algunos casos dificultó la comprensión de la información contenida.

En relación a la información que describe el personal, se encontró que registros manuales correspondientes a servicios de baja complejidad como medicina interna y/o hospitalización mostraron ser más generales y contener menor cantidad de información a diferencia de los registros correspondientes a servicios de mayor complejidad como la unidad de cuidado intensivo o los servicios de urgencias, los cuales eran mucho más detallados e incluyen mayor cantidad de información del cuidado de Enfermería.

**8.1.4.2 Formatos de registro electrónico.** Los registros electrónicos suelen ser individuales y se encuentran anclados a la plataforma de un sistema de historias clínicas digital que cada institución posee por lo cual el acceso a los registros siempre se muestra en forma individual. Puesto en otras palabras, se encuentra un único formato para hacer registros de notas de Enfermería, un formato para registrar signos vitales, un formato para registrar el balance de líquidos administrados y eliminados, etc.

En relación a la información que describe el personal, se encontró un comportamiento similar al de los registros manuales. Registros electrónicos correspondientes a servicios de baja complejidad como medicina interna y/o hospitalización mostraron ser más generales y contener menor cantidad de información a diferencia de los registros correspondientes a servicios de mayor complejidad como la unidad de cuidado intensivo o los servicios de urgencias, los cuales eran mucho más detallados e incluyen mayor cantidad de información del cuidado de Enfermería.

**8.1.5 Persona que realiza el registro.** Luego de hacer un análisis de los registros evaluados en cada expediente fue posible establecer que el 90% de los registros son realizados por el personal Auxiliar de Enfermería, el 10 % restante es elaborado por el profesional de Enfermería; el registro que el profesional realiza con mayor frecuencia es el Informe de administración de medicamentos seguido de la hoja de notas de Enfermería, cuyo contenido describe principalmente notas aclaratorias, curación de heridas o accesos venosos centrales.

Este es un aspecto que llama la atención y nos lleva a preguntarnos si hoy debemos hablar de registros del Auxiliar de Enfermería.

**8.1.6 Análisis de los registros desde los ítems de la lista de chequeo (Instrumento 2).** Se aplicó la lista de chequeo a 674 registros. Para establecer en cuales ítems fallaron los registros y con qué frecuencia fallaron en cada ítem. (Ver tabla No 08).

Luego de la evaluación de los registros se encontró que el 76% de los registros evaluados incumplió al menos 1 de los ítems propuestos en la lista de chequeo (Instrumento 2)

El Ítem 5 no fue posible evaluarlo dado que los registros contenidos en los expedientes corresponden a fotocopias de los registros originales. Sin embargo, las copias eran nítidas lo que permitió una buena visualización de los registros para el análisis de otros ítems. Para el caso de los registros de formato electrónico, los registros evaluados son impresiones de la historia clínica del paciente.

El cuadro que se presenta a continuación describe aquellos ítems que los registros evaluados incumplen con mayor frecuencia.

**Cuadro 8. Ítems no cumplidos con mayor frecuencia en los registros**

#	Ítem incumplido	%
1	<b>Ítem 19</b> Incluye información sobre las reacciones del paciente frente a cuidados y procedimientos.	11%
2	<b>Ítem 6</b> No incluye abreviaturas o incluye sólo aquellas permitidas por el registro o la institución	9%
3	<b>Ítem 4</b> No contiene tachones o enmendaduras y de tener errores hace el correctivo correspondiente.	8%
4	<b>Ítem 7</b> La caligrafía es clara	6.3%
5	<b>Ítem 17</b> Evalúa los cuidados brindados	5.3%
6	<b>Ítem 9</b> Esta descrito en forma organizada, cefalocaudal o por patrones funcionales	4.5%
7	<b>Ítem 3</b> No contiene espacios en blanco en el registro	4.1%
8	<b>Ítem 15</b> Establece planes de cuidado	4.0%

9	<b>Ítem 16</b> Evalúa los cuidados brindados al paciente	<b>4.0%</b>
10	<b>Ítem 10</b> Contiene el sello y/o nombre y apellido de la persona que lo realiza.	<b>3.5%</b>
11	<b>Ítem 1</b> Incluye datos completos del paciente: Nombre completo, documento, edad, cama.	<b>3.0%</b>
12	<b>Ítem 8</b> <b>No contiene errores de ortografía</b>	<b>2.5%</b>
13	<b>Ítem 11</b> <b>Describe datos objetivos</b>	<b>2.3%</b>
14	<b>Ítem 13</b> <b>Describe hechos u observaciones, no opiniones</b>	<b>2.0%</b>

*Fuente: Farfán, Gina. Situación de los registros de Enfermería que hacen parte de expedientes de un0 tribunal de Enfermería.*

Los ítems que incumplieron con menor frecuencia los registros evaluados fueron:

- Ítem 2, incluye fecha (DD-MM-AA) y hora en formato de 24 horas.
- Ítem 12, describe los datos subjetivos en comillas con la frase: el paciente refiere,
- Ítem 18, incluye información sobre las reacciones del paciente frente a cuidados y procedimientos
- Ítem 14, Si el formato lo permite incluye diagnósticos de Enfermería.

A medida que se realizó se la evaluación de los registros, fue posible identificar un número significativo de registros de Enfermería que cumplen a cabalidad con la totalidad de los ítems propuestos por la lista de chequeo, por esta razón se asignó el número 20 a aquellos registros que cumplieron con todos los ítems de la lista, que correspondieron al 24% de los registros evaluados.

Los resultados obtenidos luego de analizar hacer el análisis de los ítems en los que más fallaron los registros no resultan muy ajenos a lo que describen autores como Ramos, E, Nava, M & San Juan, D. (2011). Se continúa encontrando

tachones y enmendaduras, uso de abreviaturas que en muchos casos no son universales y tampoco de uso conocido por los trabajadores de las instituciones, registros incompletos en sus datos y sin evidencia de quien los realiza, con espacios en blanco, letra ilegible cuya claridad dificulta la continuidad de los cuidados y la comunicación entre profesionales pues las descripciones que realizan muchos de los registros, particularmente las notas de Enfermería resultan poco precisas.

**Tabla 2. Frecuencia de no cumplimentación de características en los registros evaluados.**

	Consolidado de la cantidad de registros que incumplen el ítem																			
Ítems evaluables (Características)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20*
Hoja de signos vitales	1	0	2	1	0	1	3	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25
Informe de administración de medicamentos	7	4	11	2	0	2	7	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	45	11
Valoración cutánea	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17
Hoja de valoración neurológica	0	1	2	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20
Hoja de recibo y entrega de turno	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hoja de notas de enfermería	4	4	0	6	0	46	13	17	31	4	15	14	14	1	25	22	32	13	27	23

**Tabla 2. Frecuencia de no cumplimentación de características en los registros evaluados.**

<b>Hoja de líquidos administrados y eliminados</b>	1	1	4	19	0	4	9	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	48
<b>Otros Registros</b>	7	1	9	24	0	5	10	0	0	6	1	0	0	2	1	3	4	1	2	23
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>11</b>	<b>28</b>	<b>52</b>	<b>0</b>	<b>59</b>	<b>43</b>	<b>17</b>	<b>31</b>	<b>24</b>	<b>16</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>3</b>	<b>26</b>	<b>25</b>	<b>36</b>	<b>14</b>	<b>74</b>	<b>167</b>
<b>%</b>	<b>3.0</b>	<b>1.6</b>	<b>4.1</b>	<b>8.0</b>	<b>0</b>	<b>9.0</b>	<b>6.3</b>	<b>2.5</b>	<b>4.5</b>	<b>3.5</b>	<b>2.3</b>	<b>2.0</b>	<b>2.0</b>	<b>0.4</b>	<b>4.0</b>	<b>4.0</b>	<b>5.3</b>	<b>2.0</b>	<b>11</b>	<b>24</b>
*Es grupo corresponde a aquellos registros que cumplieron con todos los ítem de la lista.																				

Fuente: Farfán, Gina. Situación de los registros de Enfermería que hacen parte de expedientes de un tribunal de Enfermería.



**8.1.7 Características de los registros desde los rasgos que ofrece la literatura.** En relación a estas características, la lista de chequeo estableció una serie de ítems a evaluar en los registros. A continuación se describen características que propone la literatura sobre los registros y los hallazgos encontrados para estas características desde el análisis de cada ítem.

**8.1.7.1 De los Registros reales, exactos y/o precisos, completos e integrales, organizados y con terminología aceptada.** *Ítem 6, No incluye abreviaturas o incluye sólo aquellas permitidas por el registro o la institución:* Esta es una característica en la cual fallan casi la totalidad de los registros de Enfermería. Se encontró con mayor frecuencia en los registros manuales, lo que se puede estar relacionado con el hecho que resulta más práctico y rápido escribir con ayuda de un teclado que a mano cuando el número de pacientes que se maneja suele ser mayor a 5 pacientes. Sin embargo en los registros electrónicos se encontró siglas y/o abreviaturas de las cuales no se describe el significado, desde lo cual sería interesante establecer si las instituciones capacitan frente a uso de siglas y/o abreviaturas permitidas en la institución.

En relación a los registros manuales fueron pocos los registros que describían las siglas y/o abreviaturas permitidas para usar en los registros y su significado.

De acuerdo con las recomendaciones que se encuentran en la literatura, las instituciones de salud deben informar al personal aquellas siglas que son de uso permitido por la institución e incluir dichas siglas en los registros. Esto con el objetivo de facilitar la comprensión del registro y disminuir los riesgos asociados al uso de siglas y/o abreviaturas.

Cuando los registros son manuales, los formatos de registros deben incluir en algún espacio del registro las siglas que permite y su significado. Por otra parte, cuando los registros son electrónicos se recomienda que la institución socialice

aquellas siglas que permitirá incluir en el sistema y su significado o, en caso de ser posible incluir en el sistema las siglas permitidas y bloquear aquellas no permitidas.

*Ítem 7, La caligrafía es clara:* En esta característica fallaron con mucha frecuencia los registros que incluían textos (notas de Enfermería), con poca frecuencia se encontró falta de claridad en aquellos registros que incluían información numérica como los registros de signos vitales y las hojas de líquidos administrados y eliminados. Desde el tipo de registro, se encontró mayor claridad en los registros electrónicos, sin embargo hubo algunos con errores de digitación que dificultaban la comprensión de la información que describían.

*Ítem 9, Está descrito en forma organizada céfalo-caudal o por patrones funcionales:* Registros manuales y electrónicos presentaron falencias relacionadas con esta característica. Si bien, los registros descriptivos (Notas) empiezan en forma organizada usando la descripción céfalo-caudal no terminan siguiendo este orden. Por ejemplo: “Paciente con pupilas isocóricas normo reactivas a la luz, con eliminaciones urinaria e intestinal positiva, mucosa oral húmeda y sin signos de dificultad respiratoria.”

Solo se encontró un tipo de registro que hacía descripción por patrones funcionales solicitando información específica de cada patrón lo cual hacía que fuese organizado y completo. Esta falencia se encontró tanto en descripción de hallazgos, como en intervenciones. Este hallazgo tiene cercana relación con lo descrito por Perpiña, J en el 2005, Enfermería prefiere más hacer descripciones céfalo caudales de la condición del paciente que descripciones por patrones funcionales.

*Ítem 11, Describe datos objetivos y/o reales e ítem 13 Describe hechos no observaciones:* Registros electrónicos y manuales presentaron falencias en la descripción de datos objetivos y de hechos más no observaciones. La mayoría de los registros analizados no contiene información que según la literatura es

considerada real u objetiva Elkin, M (2003). La mayoría de los registros puntualmente las notas de Enfermería incluyó frases como:

- Parece molesto
- Al parecer durmió toda la noche
- Comió tranquilo
- Está eliminando bien.
- No está ahogado
- Paciente sin cambios
- La herida no está roja, se ve bien
- Aparentemente
- Sin cambios considerables
- Sin cambios aparentes.
- Paciente sin cambios
- Paciente sin complicaciones considerables
- Paciente tranquilo.

#### **8.1.7.2 Características de los registros desde los rasgos que ofrece la investigación.**

**8.1.7.2.1 Características de estructura.** *Ítem 8, No contiene errores de ortografía:* Tanto los registros manuales como los electrónicos presentaron frecuentes falencias relacionadas con la ortografía, en aspectos cómo redacción, y uso de letras. La ortografía de acuerdo con Torres, Zarate & Matus. (2001), p. 22) es una característica que habla no sólo de la estructura, también de la calidad del registro, lo que muestra que estos registros presentan falencias en términos de calidad.

**8.1.7.2.2 En relación a la continuidad del cuidado.** *Ítem 14, Si el formato lo permite incluye diagnósticos de Enfermería:* Se encontró un solo tipo de registro que permitía el uso de diagnósticos de Enfermería, de la cantidad evaluada, ninguno incluyó diagnósticos enfermeros, todos eran diagnósticos médicos o variaciones del mismo.

Este aspecto llama la atención dado que diferentes instituciones de salud han tratado de implementar el diagnóstico de Enfermería considerando su importancia en la continuidad al cuidado del paciente, lo cual no resulta poco exitoso pues el profesional de Enfermería de acuerdo a lo encontrado en este estudio; describe en estos espacios diagnósticos médicos y no respuestas humanas como se esperaría. Sucederá por alguna razón particular, si así es, resulta necesario revisar cuál es esa razón.

*Ítem 16, Evalúa los cuidados brindados al paciente:* Un grupo significativo de los registros que se analizó no incluyó evaluación de los cuidados que se brindó al paciente, lo cual pudo estar relacionado con el hecho que pocos describían los cuidados que se brindados.

*Ítem 17, Incluye información sobre los cuidados brindados:* La mayoría de los registros evaluados no incluye información detallada frente a los cuidados que se han brindado al paciente, gran parte de estos contenían la frase (Se brindan cuidados de Enfermería). Pocas veces se encontraba descritas que actividades puntuales del cuidado de Enfermería brindadas al paciente.

**8.1.7.2.3 En relación a la seguridad del paciente.** *Ítem 18, Incluye información sobre los procedimientos realizados:* Pocos describen si se obtuvo o no consentimiento informado verbal o escrito si la institución lo facilita, el número de punciones realizadas e incluso el tipo de procedimiento o laboratorio tomado a los pacientes.

Algunos registros describían el éxito del procedimiento con frases como:

- Procedimiento sin complicaciones
- Se toman laboratorios
- Se toman exámenes de rutina

La mayoría solo ofrecía información al lector sobre el procedimiento realizado. Por ejemplo: Se canaliza paciente con catéter número 18 en pliegue de miembro superior derecho. No se describe si se obtuvo o no consentimiento informado o el número de punciones realizadas.

*Ítem 19, Incluye la información sobre las reacciones del paciente frente a cuidados y procedimientos:* Este ítem se dedicó especialmente al registro de reacciones relacionadas con la administración de medicamentos. Considerando que el registro de medicamentos hace parte de las reglas de oro y/o 10 correctos para la administración de medicamentos.

Autores como Achury, D & et al. (2013). Argumentan la importancia de describir en el registro datos como: Nombre del medicamento (Genérico), dosis, vía toma de signos vitales, glucometrías, niveles terapéuticos (Valle o pico), motivos de la no administración, suspensión del medicamento, cambio de la dosis o vías de administración y la aparición de efectos adversos.

Datos que de acuerdo a la evaluación de los registros no suelen aparecer, por ejemplo: cuando se registra que no se administró un medicamento, no se describen sus motivos, aspectos que de acuerdo con los autores anteriormente descritos debiera hacerse. Este hallazgo resulta coherente con lo descrito por Estudios como el realizado por Grespa y D’Innocenzo (2009) donde muestran que el 70% de los registros realizados para informar cuando no se administran medicamentos al pacientes, no justifican las razones que llevaron a no administrar estos medicamentos, razones que espera encontrarse en un registros

adecuadamente diligenciado; Además su diligenciamiento en muchos casos no corresponde con lo establecido por la literatura.

#### **8.1.8 Características de los registros desde los rasgos que ofrece el ámbito**

**legal.** *Ítem 1, Incluye datos de completos del paciente. Nombre completo, documento, edad y cama:* Los registros que no cumplen con este ítem se caracterizan por no incluir edad, cama y nombre completo de los pacientes, esto resulta interesante pues al realizar un análisis de este aspecto con la práctica clínica, el no incluir los nombres completos de los pacientes en los registros se relaciona en muchos casos con eventos adversos como: Administración errónea de medicamentos práctica errónea de procedimientos o retraso en acciones terapéuticas.

*Ítem 2, Incluye fecha (DD-MM-AA) y hora en formato 24 horas:* Los registros que fallaron en este ítem, contenían la fecha mezclando números naturales con números romanos, incluían la fecha con los tres datos reglamentarios **(DD-MM-AA)**. Algunos sólo incluían día y mes o no incluían la fecha y hora del registro. En ninguno de los registros se encontró formato de hora am-pm.

*Ítem 3, No tiene espacios en blanco o en el registro:* Este aspecto se evaluó en los registros manuales, la mayoría de los registros encontrados no diligenciaban la totalidad de los registros. Esto se evidenció en aquellos que solicitaban cierto tipo de información como en aquellos en los cuales la descripción de información es libre. Este deteriora la calidad de los registros porque se puede llegar a omitir la inclusión de información que puede resultar determinante para el cuidado de los pacientes; en otros casos ofrece claridad en la información pues no se puede evaluar el objetivo por el cual se diligenció el registro, por ejemplo algunos de los registros de control y seguimiento de venopunción no fue posible identificar si el registro se realizó por primera vez, para curación del acceso venoso o cambio del mismo.

Al evaluar este ítem en los registros, particularmente el informe de administración de medicamentos, evaluó si la persona que diligenció el registro incluyó todos los datos relacionados con el medicamento (Nombre Genérico, dosis, vía, frecuencia), datos que ausentes en gran parte de los registros evaluados.

*Ítem 4, No contiene tachones o enmendaduras y de tenerlas hace el correctivo correspondiente:* esta característica aplicó para ambos formatos de registros (Manual-Electrónico). Su falencia se presentó con mayor frecuencia en los registros manuales y particularmente en la hoja de líquidos administrados y eliminados. Llama la atención que pese a las recomendaciones legales y teóricas que se ofrecen para realizar el correctivo correspondiente a los errores, ninguno de los registros manuales evaluados usa este recurso, lo que lleva en muchos casos a perder por completo la claridad de los registros.

En el caso del registro electrónico se presentó con frecuencia errores relacionados con la confusión en el registro de información entre pacientes. En los registros en los cuales se identificó esta situación el personal que diligenciaba el registro incluía información de un paciente en la historia clínica de otro paciente. A diferencia de los registros manuales dado que la historia clínica no permite realizar modificaciones luego de guardado el registro. Los profesionales suelen hacer las respectivas corrección con la frase (Los datos no corresponden al paciente)

*Ítem 5, Es diligenciado con tinta indeleble:* Esta característica no resultó posible evaluarla en los registros dado que los registros manuales contenidos en los expedientes, corresponden a copias de los registros originales.

*Ítem 10, Contiene el sello y/o nombre y apellido de la persona que realizó el registro:* Ninguno de los registros electrónicos falló en este aspecto, todos y cada uno de los registros contiene nombres completos, documento de identidad y en algunos casos firma de la persona que registra. Esto porque en los sistemas de historia clínica electrónica cada persona integrante del equipo de salud tiene un usuario a través del cual ingresa a la historia de los pacientes y siempre que

introduzca cualquier tipo de información en la misma, quedara registrada su información (Nombre y cédula).

En los registros manuales se evidenciaron dos rasgos, por una parte se encontró con frecuencia la ausencia de sello, nombre, apellido y documento de identidad de la persona que realiza en registro; muchos registros no tenían apellidos ni documento de identificación y por otro lado una pequeña parte no tenía ninguna de estos elementos. (Nombre, apellido, documento de identidad o sello).

**8.2. Identificación y caracterización de otros tipos registros de Enfermería que la literatura refiere no comunes.** En 27 de los 46 expedientes revisados se encontraron registros no comunes y/o distintos a los propuestos por el formato de inspección de archivo (Hoja de signos vitales, hoja líquidos administrados y eliminados, Informe de administración de medicamentos, hoja de valoración cutánea, hoja de valoración neurológica, hoja de recibo y entrega de turno, hoja de notas de Enfermería). Entre estos registros no comunes se encontraron, tres registros de Enfermería que con frecuencia se llevan en servicios de Consulta externa.

De acuerdo al análisis de la información obtenida de los registros a continuación se realiza una descripción de los registros no comunes encontrados en los expedientes, tanto del área intra hospitalaria como del área de consulta externa no desde lo que plantea la literatura sino desde la información que propone cada registro:

### **8.2.1 Registros intra hospitalarios.**

- 1. Hoja de procedimientos de Enfermería:** Este registro describe todos y cada uno de los procedimientos que realiza el personal de Enfermería al



paciente por ejemplo: Paso de sondas, canalización de acceso venosos periféricos o centrales, toma de laboratorios entre otros.

2. **Hoja de consentimiento informado de Enfermería:** Es un formato a través del cual se busca obtener autorización escrita por parte del paciente para que el personal de Enfermería pueda brindar cuidados básicos de Enfermería y realizar procedimientos de Enfermería.
3. **Hoja de cuidados de Enfermería y/o planes de Enfermería:** Es un tipo de registro en el cual se describe exclusivamente las actividades que el personal de Enfermería brinda a los pacientes (No planes de atención de Enfermería aunque el nombre que se da a los registros sugiera esto) en esta hoja se incluyen actividades como: cambios de posición, peso, curación de heridas, control de líquidos. Este tipo de registro se encontró en 7 de los 44 expediente revisados.
4. **Hoja de Triage:** Es un tipo de registro a través del cual el profesional de Enfermería luego de realizar una valoración rápida a los pacientes, clasifica a los pacientes para realizar una priorización en su atención de acuerdo a la condición clínica de los paciente cuando acuden a los servicios de urgencias.
5. **Monitoreo Ventilatorio:** Son diligencia para realizar un monitoreo a los pacientes que requieren ventilación mecánica,
6. **Hoja de Glucometría:** Es un registro en el cual se lleva un control de la glicemia de los pacientes y se describe la corrección de los niveles cuando estos se encuentran demasiado altos o bajos

- 7. Control de transfusión:** Es un registro que lleva el profesional de Enfermería en el cual describe todo el proceso que se lleva a cabo para transfundir hemo-componentes a un paciente; antes durante y después.
- 8. Riesgos de caídas:** Este registro contiene una escala en la cual se evalúa a los pacientes el riesgo que pueden tener de presentar una caída durante su estancia hospitalaria. En ésta se incluye una puntuación al paciente y los cuidados que se brindan a los pacientes para prevenir las caídas.
- 9. Hoja de canalización y seguimiento:** Es un registro en el cual se describe los datos generales inserción de catéteres periféricos y se hace una evaluación continua de los mismos para establecer la necesidad de cambio, curaciones etc.
- 10. Hoja de chequeo pre quirúrgico:** En esta hoja se determina si el paciente cumple con todos los cuidados previos necesarios para realizar una intervención quirúrgica, por ejemplo: a través de este registro el enfermero (a) a cargo evalúa, si el paciente recibió o suspendió medicación específica.
- 11. Hoja de registro intra operatorio:** En esta hoja se hace una descripción de todo el proceso quirúrgico del paciente. Se incluyen datos como: Signos vitales, líquidos y medicamentos administrados, cirujanos que intervienen el paciente entre otros aspectos.
- 12. Hoja de registro post operatorio:** Este registro se realiza en la sala de recuperación, en este se describe toda la respuesta de los pacientes al procedimiento quirúrgico realizado.
- 13. Hoja de recuento de material quirúrgico:** A través de este registro se hace un conteo del material que se utiliza en un procedimiento quirúrgico

antes y después del mismo; éste se lleva con el objetivo principal de evitar que quede algún tiempo de elemento dentro del paciente.

**14. Valoración de catéter en niños:** Es un registro similar al de canalización y seguimiento de canalización y de catéter venoso central, valora el estado de los catéteres insertos en pacientes pediátricos.

**15. Seguimiento de catéter venoso central:** A través de este registro el profesional de Enfermería realiza una valoración, seguimiento y curación periódica de los catéteres venosos centrales que tiene un paciente, gracias a estos es posible evaluar pertinencia de los mismos, y se previene el desarrollo de infecciones relacionadas con estos dispositivos.

**16. Hoja de valoración de riesgo:** En este registro se establece todas las condiciones que pueden llevar a un paciente a presentar infecciones y a través de esta información el paciente establece planes de cuidados en los pacientes para prevenir el desarrollo de infecciones

**17. Hoja de control de cambios de posición:** Este control permite identificar la frecuencia en que se realiza cambios de posición a un paciente y la efectividad de los mismos, a partir de esta se establece la necesidad de instaurar nuevos cuidados.

**18. Hoja de control clínica de heridas:** Establece la situación inicial de las heridas de los pacientes, el tipo de curación que se realiza, el material utilizado en la curación, la reacción de la herida posterior a la curación, la fecha de la siguiente curación y/o valoración

- 19. Control del Recién nacido:** En este registro el profesional registra todos los cuidados que se realiza a los neonatos, para realiza su adaptación al medio, y observaciones adicionales.
- 20. Curva térmica:** Es un registro que se lleva por ciertos periodos de tiempo de la temperatura corporal que registran los pacientes, generalmente esta curva se le lleva a los pacientes que presentan requieren un control estricto de la misma.
- 21. Control diálisis:** En el control de diálisis se realiza una descripción de todos los cuidados y reacciones del paciente al procedimiento de diálisis.
- 22. Seguimiento acceso venoso:** Es un registro en el cual se toman obtienen datos de los accesos venosos de los pacientes con el objetivo de determinar ubicación, calibre del catéter, días de cambio, signos de infección, medicamentos infundidos a través del acceso entre otros aspectos que permiten prevenir posibles complicaciones en el paciente asociadas al acceso venoso.
- 23. Hoja de valoración de Enfermería:** En esta hoja se incluye todo el examen físico que realiza el profesional de Enfermería a los pacientes describiendo las alteraciones identificadas en los patrones funcionales de Marjory Gordon.
- 24. Lista de turnos:** Este registro es diseñado por los Profesionales de Enfermería que coordinan los diferentes servicios en las instituciones de salud. Aquí también se incluye información sobre permisos, cambios de turno, vacaciones, incapacidades y compensatorios.

De los registros descritos con anterioridad llamo la atención los siguientes hallazgos:

En relación a los registros que realizan seguimiento a los accesos venosos aunque son similares por el objetivo que tienen, se encontró diferencias en el tipo de información que describen, por ejemplo si es acceso corresponde a un paciente adulto o pediátrico y si el acceso de tipo central o periférico. Algunos incluyen datos como: Características de la fijación, fecha de curación, esquema del sistema venoso a nivel de las manos o del miembro superior, descripción del cuidado realizado a la fijación e incluso indicación del acceso venoso.

El registro de consentimiento informado de Enfermería fue un registro que no se esperó encontrar, teniendo en cuenta que su implementación en las instituciones de salud es parcial. Para la ejecución de procedimientos de Enfermería tanto los profesionales de Enfermería como los auxiliares suelen hacer uso del consentimiento verbal y son pocos quienes describen en sus registros que se pidió consentimiento verbal a un paciente para realizarle procedimientos. Este hallazgo es una invitación para que se empiece a desarrollar e implementar de manera universal el consentimiento informado para procedimientos de Enfermería. Esto, es de gran importancia pues se constituye como una evidencia de la explicación del procedimiento y la aprobación por parte del paciente a procedimientos que al igual que los procedimientos médicos traen riesgos para el paciente. El consentimiento informado debe entonces, constituirse como un elemento de protección legal para el profesional y el auxiliar de Enfermería y ético frente a las intervenciones que se realizan al paciente.

El registro de lista turnos es el registro que más tachones y enmendaduras presentaba del total de los registros que se evaluó en este estudio. Curiosamente el expediente al que estaban vinculadas estas listas estaba relacionado con una queja de acoso laboral. Sin bien en muchos casos resulta necesario realizar cambios constantes a este registro por la dinámica de los servicios es de gran

importancia que se consoliden registros con los cambios realizados y sean estos los que reposen como evidencia de los turnos que cumplió cada persona en el servicio, pues la importante número de tachones para casos como el de este expediente puede dificultar la comprensión de la situación presentada. Este hallazgo es evidencia que los errores en el diligenciamiento de los registros pueden llegar a tener implicaciones legales al entorpecer un proceso disciplinario.

El registro de control de cambios de posición fue el único de los registros de Enfermería evaluados que incluyó las siglas que estaba permitido usar en el mismo, estaba incluido en el grupo de registros que cumplía con todos los ítems de la lista de chequeo. Al parecer, este registro se utilizaba en toda la institución lo que nos muestra que es posible establecer protocolos de registro efectivos que promueven el diligenciamiento de registros de calidad.

### **8.2.2 Registros de consulta externa.**

- 1. Control de vacunas:** En este registro se hace un seguimiento del estado general de las vacunas en un servicio y los cuidados que deben tenerse con éstas. También permite hacer un control de inventario en relación a calidad y condiciones de mantenimiento y estabilidad de las mismas.
- 2. Control de crecimiento y desarrollo:** En este registro el profesional de Enfermería describe toda la información relacionada con la atención que brinda a un niño en la consulta de crecimiento y desarrollo, generalmente incluye los datos generales del niño, sus antecedentes, examen físico y recomendaciones de cuidado al cuidador del niño.
- 3. Hoja de asesoría en VIH-SIDA:** En él se describen toda la información relacionada con la toma de un examen de sangre que busca establecer si un paciente puede tener o no VIH cuando se sospecha que puede estar

contagiado. A través de este registro el profesional documenta el acompañamiento que realiza al paciente todo lo que implica este examen y el posible resultado del mismo.

De los registros no comunes identificados en la revisión se encontraron ciertos tipos de registros que no son diseñados y/o construidos por el profesional de Enfermería, por ejemplo (Hoja de Triage, control de transfusión, Control de crecimiento y desarrollo y hoja de asesoría VIH, consulta de crecimiento y desarrollo). Estos registros se caracterizan por presentar un único criterio de diligenciamiento, lo que permite que sea diligenciados por profesionales de Enfermería, medicina o por el personal de laboratorio para el caso de las hojas de transfusión. Esto depende mucho de la institución.

Su frecuencia de aparición es considerablemente menor, comparado con aquellos del área intra-hospitalaria lo cual puede estar relacionado con el hecho que la continuidad en el cuidado que brinda el profesional de Enfermería en el ámbito intra hospitalario es mayor, respecto al brindado en el ámbito extra-hospitalario, dado que el tiempo de estancia de los pacientes es mayor en el hospital que en los escenarios de consulta externa.

Aunque la continuidad del cuidado sea menor, resulta interesante preguntarse si tendría que haber registros elaborados específicamente por Enfermería para el registro de la atención que brinda en el área de consulta externa.

Otro tipo de documentación muy valiosa y no contemplada en esta revisión frente a los registros de Enfermería, tiene que ver con las guías y protocolos para procedimientos y actividades que realizan los departamentos de Enfermería en las diferentes instituciones de salud y que tiene como objetivo establecer y/o estandarizar la práctica segura de las actividades de cuidado y manejo de los pacientes.

Más que un registro,

Son documentos de trabajo dirigido a facilitar el trabajo clínico que incluye un conjunto de actividades y/o procedimientos relacionados con un determinado proceso asistencial. Está consensuado entre los profesionales, con carácter de "acuerdo a cumplir", y adaptado al entorno y a los medios disponibles. Comunidad de Madrid de atención especializada (2012).

Se hace mención de estos documentos porque entre las guías y protocolos se encontraron guías que describen el procedimiento para *diligenciar registros de Enfermería*. Estos documentos se consideran de gran importancia para la profesión de Enfermería por un lado porque al ser desarrolladas desde la evidencia en la práctica clínica y la revisión teórica, constituyen un espacio de crecimiento para el conocimiento de Enfermería, describiendo la mejor forma de hacer las cosas.

Por otra parte esto hace pensar que cada institución establece la forma correcta de elaborar un registro de Enfermería, ante lo cual es interesante preguntarse qué tan distinta puede ser la forma de diligenciar registros entre una institución y otra teniendo en cuenta que el registro de Enfermería es universal.

### **8.3 CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA**

Si bien, de acuerdo con Hullín (2010) la calidad de los registros de Enfermería está directamente relacionada con el marco conceptual en el cual se construye el registro de Enfermería en cada institución, lo cual no está al alcance de estudio. La calidad de los registros evaluados en esta investigación, se estableció desde el



anterior análisis de las características mínimas que debe tener un registro para ser considerado bien diligenciado, características que fueron consideradas (Indicadores de calidad).

Indicadores a tener en cuenta

- Información de los registros

En relación a la información, el análisis corresponde a las falencias descritas por la literatura con anterioridad. Existen falencias en la coherencia, organización e incluso cantidad de información de los registros. Muchos no evidencian continuidad en el cuidado y no se constituyen como medios de comunicación entre el equipo de salud pese a que este aspecto es uno de los múltiples objetivos del registro de Enfermería.

En los aspectos legales las falencias siguen siendo las mismas, tachones enmendaduras, no inclusión de los datos completos de los pacientes y la falta de nombre y firma de quienes realizan el registro. Esto evidencia que las problemáticas en términos de registros continúan y al ser vistas desde procesos disciplinarios de Enfermería nos muestra que estas falencias están trayendo consecuencias.

- Ausencia de registros.

Dos de los cuarenta y siete expedientes analizados no incluían registros de Enfermería pese a ser solicitados, lo que responde a la información descrita por la literatura. A pesar de la importancia de los registros, aún existen casos en los que no se diligencian.

**8.3.1 Información contenida en los registros.** La información contenida en los registros varió de acuerdo al formato de registro, pese a que el registro electrónico ofrece más facilidades para la descripción de información frente al cuidado del

paciente, los registros de Enfermería en forma manual se destacaron por contener información más completa respecto a formatos de tipo manual.

Sin importar el formato de registro (Manual o electrónico) la información contenida en los registros de Unidades de alta complejidad como las Unidades de cuidados Intensivos e intermedios, el servicio de urgencias y en algunos casos los servicios de cirugía mostraron registros más completos, descriptivos, bien cumplimentados; en general se destacaron por ser registros que responden con más rigurosidad a las características que se describen en la literatura para un registro de Enfermería bien cumplimentado y por ende de calidad; puesto que responden a los planteamientos de la literatura, la investigación y el ámbito legal.

Lo anterior llama la atención y lleva a preguntarse si existe alguna razón por la cual los registros de unidades especiales y/o de alta complejidad suelen ser más ajustados a las características que refiere la literatura a diferencia de los registros de servicios menos complejos.

Otro aspecto destacado en los hallazgos de este estudio está relacionado con la ausencia de registros de Enfermería; los hallazgos concuerdan con lo mencionado en la literatura por autores como Ramos, E, Nava, M & San Juan, D. (2011) Pese a la obligatoriedad legal, la responsabilidad profesional y la importancia que tienen los registros para el desarrollo de la profesión misma, una proporción de Enfermería no deja constancia escrita de sus intervenciones. Esto implicaciones tanto para el paciente como la el profesional mismo porque

“La ausencia de registros de los cuidados que se brindan a un paciente se puede entender como una falta legal, ética y profesional, que pone en duda si el profesional de enfermería está asumiendo o no la responsabilidad de sus intervenciones, como también de todas las decisiones que individualmente debe tomar en el ejercicio de su profesión. En un estudio realizado en el Instituto Nacional de Cardiología de México, se encontró que las enfermeras del nosocomio tienen importantes deficiencias en la

cumplimentación del registro de enfermería. La falta de registros de enfermería imposibilita el desarrollo de la enfermería y viola los derechos éticos y legales generalmente aceptados. A pesar de que se han realizado estudios que demuestran estas deficiencias, se han realizado pocos esfuerzos en conocer los factores que influyen en estas deficiencias” Ramos, E, Nava, M & San Juan, D. (2011), p.157

En los cuarenta y seis expedientes revisados, se encontraron dos expedientes que no contenían ningún tipo de registro de Enfermería pese a que la investigación requería tener copias de los registros. Estos dos expedientes no contenían registros de Enfermería porque el profesional de Enfermería y/o auxiliar de Enfermería no realizaron los registros. Posiblemente dos expedientes de 46, puede considerarse un número poco importante, sin embargo, dado que el registro es **evidencia** del cuidado que brinda el profesional de Enfermería es grave para el paciente, el profesional y la institución e incluso puede tener implicaciones éticas el que el profesional no haga registro pese a brindar cuidado de Enfermería.

## 9. CONCLUSIONES

En términos generales se pueden concluir varios aspectos frente a los registros de Enfermería y sus características.

### **Características de los registros contenidos en expedientes del Tribunal Departamental Ético de Enfermería.**

La caracterización de los registros de Enfermería entre otros aspectos permitió determinar que los registros aún se encuentran en un proceso de transición o cambio del formato manual al formato electrónico. En relación al formato, aún se encuentran muchos registros de Enfermería en formato manual, aspectos como claridad del registros han resultado positivos con el cambio a la forma electrónica, sin embargo se observó con frecuencia errores de registro de datos entre las historias de los pacientes, lo que en su momento resultaría interesante analizar para determinar las consecuencias que puede tener este tipo de errores.

La comunicación que se establece entre el equipo de salud para brindar atención al paciente suele ser en algunos casos más problemática en la historias de tipo electrónico que en aquellas de tipo manual. Paradójicamente, suele omitirse información que en muchos casos afecta la seguridad del paciente, retrasando o prolongando tratamientos y omitiendo intervenciones que resultan determinantes para el estado de salud del paciente.

En relación a la información contenida en los registros resulta preocupante pues se caracteriza por ser muy general, lo que en muchos casos no permite establecer cuáles fueron los cuidados que se brinda al paciente y por ende las condiciones en que éste se encontraba. Puntualmente para el análisis de eventos adversos con los pacientes no permiten conocer que pasó. Carecen de información relevante.

Las notas de Enfermería fue uno de los registros más interesantes que se encontró en la revisión de expedientes y la calidad de estos registros estuvo dividida entre aquellas notas que cumplían con todas las características de calidad, y aquellas que fallaban en la cumplimentación de características de calidad.

Aquellas notas de Enfermería que no cumplían con las características de los registros de calidad, se destacaron por ser notas observacionales, que más que describir la condición clínica del paciente o los cuidados de Enfermería, se caracterizaron por hacer descripciones de forma y no de fondo, ejemplo:

- “Recibo paciente sentado, se ve tranquilo tiene una sonda vesical a cystofló, oxígeno por cánula, una vena canalizada en el brazo derecho en la muñeca”
- “Recibo paciente, comió, baño, luego durmió, sin cambios significativos”
- “Recibo paciente en la unidad, se hace arreglo de la misma se toman laboratorios y se brindan cuidados de Enfermería”
- “Entrego paciente en la unidad sin cambios considerables”

En relación a su organización, no presentan un orden lógico en la descripción de los hallazgos obtenidos por quien realiza el registro, lo que dificulta mucho la comprensión de los mismos.

Mirando quien realizó el registro, de los registros de Enfermería evaluados, 23 registros cumplieron con las características de los cuales cinco fueron realizados por el profesional de Enfermería y de estos tres se usaron para describir algún proceso administrativo Ejemplo: “El sistema no permite hacer registro, se administra 1gr de Cefepime IV.”

Otro tipo de registro que resultó de gran interés fue el Informe de administración de medicamentos, fue el único registro que en 44 de 46 expedientes fue realizado

por el profesional de Enfermería, sin embargo el registro se caracterizó por ser pobre en la descripción del proceso de administración de medicamentos, bien porque el registro no tenía el espacio o porque el espacio para registro de reacciones a la terapia medicamentosa se usó para hacer notas administrativas. Otro aspecto interesante es que se registran los medicamentos con su nombre comercial y no con el nombre genérico como se describe debe realizarse.

Aún se encuentran registros que no son firmados por la persona que diligencia, con errores de ortografía y uno de los aspectos más relevantes, con datos incompletos de los pacientes. Este aspecto resulta interesante porque visto desde la práctica clínica un gran número de eventos adversos en pacientes, están relacionados con la mala identificación de los pacientes en los registros.

Otro aspecto importante encontrado en las características de los registros tiene que ver con uso indiscriminado de siglas “asumiendo” que son conocidas y/o universales. En el 98% de los registros se encontró algún tipo de sigla y/o abreviatura, pese a que algunas instituciones al diseñar los registros incluyen las siglas que es permitido usar, en muchos casos no se socializa esta información al personal por lo que el uso de las siglas sigue siendo indiscriminados. Por otra parte en otras instituciones de salud no se establecen las siglas permitidas por lo que el personal las utiliza asumiendo que el resto las conoce. Este aspecto genera graves problemas de comunicación y en algunos casos precipita que el paciente sufra eventos adversos.

Teniendo en cuenta las recomendaciones que realiza The Joint Commission es importante que las instituciones y los profesionales trabajen arduamente en la estandarización y divulgación de siglas y/o abreviaturas permitidas.

### **Otros tipos registros de Enfermería que la literatura refiera no comunes.**

Se encontró registros de las áreas de hospitalización y de consulta externa en los expedientes, desde los cuales se logró evidenciar que actualmente el profesional de Enfermería ha empezado a diligenciar registros no construidos si misma ha empezado a asumir nuevas actividades por ejemplo, valoración del TRIAGE, HOJA DE TRANSFUSIÓN. Estos registros que suelen tener formatos únicos para que diferentes profesionales puedan diligenciarlos; partiendo de esta premisa, sería interesante que también empezara la construcción de registros propios de Enfermería para estas áreas.

### **Calidad de los registros de Enfermería**

Los aspectos anteriormente descritos, nos muestran que hay mucho por trabajar en el tema de calidad de los registros. Grandes o pequeños se siguen cometiendo errores en el diligenciamiento de los registros. Es importante llevar el registro a indicadores de evaluación más allá del índice de glosas registradas por la inadecuada cumplimentación del registro. Es claro que el registro debe ser evidencia del cuidado que brinda Enfermería, si esta información es clara en los registros permitirá la revisión de aspectos económicos y administrativos que no deben ser esencia en los registros.

Teniendo en cuenta que la calidad está planteada por la construcción particular que cada institución de salud desde sus departamentos de Enfermería. Es de gran importancia evaluar los aspectos que tienen en cuenta los departamentos para definir sus registros y así estandarizar las características de calidad de los registros esto a través de las guías y protocolos de diligenciamiento de registros de Enfermería que en la actualidad resultan muy variables de acuerdo a la institución que los construye.

### **Situación de los registros elaborados por Enfermería.**

En general el diligenciamiento de los registros de Enfermería puede considerarse que han venido siendo delegados paulatinamente al auxiliar de Enfermería que en la actualidad lleva la mayor parte de los registros de Enfermería incluso aquellos que debiera realizar el profesional pues es quien ejecuta la actividad (Administración de medicamentos). Podría hablarse entonces de registros del auxiliar de Enfermería más que del profesional de Enfermería. En algún momento el enfermero (a) participó de la construcción de los registros que elaboraba el auxiliar pues entre sus responsabilidades se encontraba evaluar que el registro realizado por su grupo auxiliar fuera correcto, sin embargo con el cambio de la historia clínica manual a una historia electrónica esta actividad se ha venido perdiendo significativamente.

Estudios como el realizado por Chaparro, L& García, D. corroboran este hallazgo, del total de los registros que evaluaron solo tres eran diligenciados por el profesional de Enfermería, entre ellos la hoja de medicamentos, las ordenes de Enfermería que corresponden a la solicitud de insumos y finalmente las notas de Enfermería.

Este estudio confirma lo descrito por diversas investigaciones realizadas acerca de la calidad, adecuado diligenciamiento y evidencia del cuidado por parte de los registros de Enfermería. Los registros continúan presentando las mismas falencias aunque en el resultado de este estudio en menor proporción. Sin embargo el que estén siendo analizados en un proceso disciplinario implica que ese número que está fallando está generando consecuencias. Para el paciente, quien en muchos casos es quien genera las quejas pues refiere haberse visto afectado por el cuidado que brindó Enfermería; para el profesional y/o auxiliar Enfermería quien se ve directamente implicado en las quejas, e incluso para las instituciones de salud.



Cuáles son las causas que están llevando a la deficiente calidad, inadecuado diligenciamiento y ausencia de registros. Son numerosos los estudios que las describen, por ejemplo Chaparro, L& García, D. Muestran que el profesional de Enfermería revisa con mayor frecuencia las notas médicas que las notas de Enfermería y se basa en ellas para dar cuidado, lo que evidencia que Enfermería no está constituyendo sus propios registros como guía del desarrollo y ejecución de planes de cuidado o al menos en la medida que debiera hacerlo. El profesional y el auxiliar de Enfermería realizan los registros pero no los usan porque no le están dando la importancia que merecen.

Otras posibles causas para explicar las falencias en diligenciamiento de los registros son las descritas por Elizabeth Ramos, E. Nava, M & San Juan, D. (2011), estas incluyen: falta de conocimientos de los mínimos para la cumplimentación del registro, falta de espacio en los registros, exceso de carga laboral entre otros aspectos, falta de tiempo entre otros.

Como lo recomienda Perpiña, J. Es momento del diseño y evaluación de intervenciones para trabajar sobre las falencias más frecuentes en el diligenciamiento de los registros y adecuado cumplimiento de los mínimos de calidad del registro de Enfermería. Por lo anterior, resultaría interesante entrar a revisar que se ha hecho para cambiar o mejorar la condición de los registros, ¿Se han realizados intervenciones para mejorar la cumplimentación y por ende la calidad de y los registros de Enfermería? y en caso de haberse realizado, ¿Ha sido evaluada su efectividad?

## 10. RECOMENDACIONES

A las facultades de Enfermería para promover entre sus estudiantes el desarrollo de nuevas investigaciones relacionadas con registros de Enfermería y además promuevan desde la academia la adecuada cumplimentación de los registros de Enfermería, pero sobre todo crear conciencia frente a lo que representan para la profesión.

A las instituciones prestadoras de servicios de salud, para capacitar continuamente al personal de Enfermería sobre la importancia de diligenciar adecuadamente los registros, socializando con mayor frecuencia las guías y/o protocolos para el diligenciar los registros de Enfermería, cuando en los registros se evidencia el cuidado.

A facultades del área de la salud y a las instituciones prestadoras de servicios de salud se les invita a diseñar estrategias para divulgar y estandarizar el uso de siglas y/o abreviaturas en los registros. Si estos son manuales, se recomienda incluir las siglas permitidas en la parte inferior de los registros, de ser electrónicas incluir en las plataformas de historias clínicas aquellas siglas y/o abreviaturas permitidas o bloquear aquellas no permitidas. En este tipo de estrategias son trabajadas en la actualidad por algunas instituciones de salud que buscan la acreditación, ya que según The Joint Commission este tipo esfuerzos mejora no sólo la comunicación entre el equipo de salud, también aumenta la seguridad en la atención a los pacientes.

A facultades del área de la salud y a las instituciones prestadoras de servicios de salud se les invita a diseñar estrategias para divulgar y estandarizar el uso de siglas y/o abreviaturas en los registros. Si estos son manuales, se recomienda incluir las siglas permitidas en la parte inferior de los registros, de ser electrónicas incluir en las plataformas de historias clínicas aquellas siglas y/o abreviaturas

permitidas o bloquear aquellas no permitidas. En este tipo de estrategias son trabajadas en la actualidad por algunas instituciones de salud que buscan la acreditación, ya que según The Joint Commission este tipo de esfuerzos mejora no sólo la comunicación entre el equipo de salud, también aumenta y hace más segura la atención a los pacientes.

## 11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Achury, D &. Et al (2013). Normas y reglas de oro en la administración de medicamentos. En 1a ed. *Fundamentos Enfermeros en el proceso de administración de Medicamentos*. (pp. 77-95). Bogotá Colombia.: Pontificia Universidad Javeriana.

Ávila, H. (2006). Los métodos de investigación social, investigación documental. En Introducción a la metodología de la investigación. Edición electrónica. Eumed. Med. México. Recuperado el 21 de octubre de 2013: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2006c/203/2c.htm>

Carrillo, O & Socorro, M. (2006). El registro de enfermería como parte del cuidado. Recuperado el 5 de marzo de 2013 de: <http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2006/junio/REGISTRO%20DE%20ENFERMER%C3%8DA.pdf>

Chaparro, L & García, D. (2003). Registros del profesional de Enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado en los servicios de pediatría, medicina interna, quirúrgicas y urgencias del hospital de bosa II nivel. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

Comunidad de Madrid de atención especializada. (2012). Guía para la elaboración de protocolos y procedimientos Enfermeros. Recuperado el 3 de noviembre de 2013 de: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DGU%C3%8DA\\_DEFINITIVA\\_P](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DGU%C3%8DA_DEFINITIVA_P)

[ROCEDIMIENTOS\\_ENFERMEROS.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs  
&blobwhere=1352808399700&ssbinary=true](http://www.mungoblobs.com/ROCEDIMIENTOS_ENFERMEROS.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352808399700&ssbinary=true)

Currel, R & Urquhart, C. (2009). Sistemas de registro de Enfermería: Efectos sobre la práctica de la Enfermería y resultados en la asistencia sanitaria. Recuperado el 5 de marzo de 2013 en: <http://summaries.cochrane.org/es/cd002099/sistemas-de-registro-de-enfermeria-efectos-sobre-la-practica-de-la-enfermeria-y-resultados-en-la-asistencia-sanitaria>

Decreto 1400 de 1970 por el cual se establece el código de procedimiento civil. Senado de la república. (1970).

Domingo, M. (2004). De los cuidados registrados al diagnóstico de enfermería: análisis cualitativo de las expresiones pre diagnósticas registradas por las enfermeras del hospital general universitario de Alicante. (Tesis de pregrado). Universidad de Alicante. Alicante, España. Recuperada el 22 de febrero de 2013 de: <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/2625/6/holanda%20manoli.pdf>

Fernández, m et, al. (2003). Evaluación del impacto de las intervenciones realizadas para mejorar el registro de valoración de enfermería al ingreso. *Revista Electrónica Enfermería clínica*. 13, (3). 137-44. Recuperado el 5 de marzo de 2013 en: <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/2692/1/art%c3%8dculo%20clinica.pdf>

Hullin, C. (2010). Registros de Enfermería y características de un registro clínico de calidad. En Mediterráneo (Ed.) Proceso de Enfermería e informática para la gestión del cuidado. (pp. 367-375). Santiago, Buenos Aires.: Mediterráneo.

Kozier, B. (2005). Registro e Información, capítulo 15. En McGraw-Hill (Ed.). *Fundamentos de Enfermería: Conceptos, proceso y práctica*. Vol.1, 7 ed. (pp. 246-267). Madrid, España; Buenos Aires.: McGraw-Hill.

Ley 100 de 1993 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Cong. (1993).

Ley 266 de 1996 por la cual se reglamenta la profesión de Enfermería y se dictan otras disposiciones. Cong. (1996).

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. Cong. (2004).

León, J. et al (2010). Dudas de enfermería en el manejo de la historia clínica. Aspectos jurídicos. *Enfermería global*. 9 (19), 1-14 Recuperado el 5 de marzo de 2013 en: disponible: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/107331>

Matallana, M & et al. (2004). Perfiles ocupacionales y norma de competencia laboral para auxiliares en el área de la salud, anexo técnico 2.1 auxiliar de enfermería. Recuperado el 01 de mayo de 2013 en: [http://www.cendex.org.co/gpes/publicaciones/libros/perfiles\\_ocupacionales\\_i\\_ed.pdf](http://www.cendex.org.co/gpes/publicaciones/libros/perfiles_ocupacionales_i_ed.pdf)

Méndez, G. et al. (2001). La trascendencia que tienen los registros de Enfermería en el expediente clínico. *Revista mexicana de Enfermería cardiológica*. 9, (4). Recuperado el 5 de marzo de 2013 en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2001/en011-4c.pdf>

Olmo, S, Casas, I & Mejía, A. (2007). El registro de Enfermería: Un sistema de comunicación. *Revista electrónica Enfermería clínica*. 17, (3), 142-145. Recuperado el 5 de marzo de 2013 de la base de datos Elsevier instituciones.

Ortega, M. (2009). Indicador 12, Registro de observaciones de Enfermería. En *Manual de evaluación de la calidad del servicio de enfermería estrategias para su aplicación 2ed.* (213- 221). México; Buenos Aires; Bogotá: Editorial Médica Panamericana.

Parra, C, Patarroyo, M & Reyes, C. (2005). Una aproximación al estudio sobre el contenido y la estructura de los registros de Enfermería como formas de visibilizar el cuidado, historicidad, identidad y sus valores éticos y legales. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

- Perpiña, J. (2005). Análisis de los registros de Enfermería del hospital general universitario de Alicante y pautas para mejorar su cumplimentación. *Revista electrónica Enfermería clínica*. 15 (2), 95-102. Recuperado el 5 de marzo de 2013 de la base de datos Elsevier instituciones.
- Perry, A. (1999). En Harcourt (Ed). Registro e Informe, Capítulo 3. *En Enfermería clínica técnicas y procedimientos 4ª ed.* (43-63).Madrid; Barcelona.: Harcourt Brace, Mosby.
- Plasencia, J. (2007). Opinión de las enfermeras sobre las características y la utilidad de la información que brinda el reporte de enfermería en los servicios de medicina del hospital nacional Daniel Alcides Carrión. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. Recuperada el 22 de febrero de 2013 de: [http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2007/plasencia\\_rj/html/index-frames.html](http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2007/plasencia_rj/html/index-frames.html)
- Potter, P (2003). Documentación Capítulo 24. En Harcourt (Ed.).*Fundamentos de Enfermería*. Vol. 1, 5 ed. (512-535).Barcelona, España.: Harcourt.
- Prieto de Romano, G & Santamaría, E. Sf. **Reflexiones éticas acerca de los registros de Enfermería. En: Páginas de ética profesional, No. 13.**Recuperado el 5 de marzo de 2013 en: <http://www.tribdepetico.com/documentos/ley%20911%20de%202004.pdf>
- Prieto de Romano, G &Chavarro, M. Sf. Notas de Enfermería. **En: páginas de ética profesional, No. 08.**Recuperado el 5 de marzo de 2013 en: [http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=58](http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=58)
- Ramos, E, Nava, M & San Juan, D. (2011). Conocimiento y percepciones de la adecuada cumplimentación de los registros de Enfermería en un centro de tercer nivel. *Revista Electrónica Enfermería clínica*. 21 (3), 151-



158. Recuperado el 5 de marzo de 2013 de la base de datos Elsevier instituciones.

Real academia de la lengua española. (2013). Característica. Recuperado el 15 de marzo de 2013 de la base de datos de datos del diccionario de la lengua española Vigésima segunda edición online.

Real academia de la lengua española. (2013). Situación actual. Recuperado el 15 de marzo de 2013 de la base de datos de datos del diccionario de la lengua española Vigésima segunda edición online.

Resolución 1995 de 1999 por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica. Ministerio de salud. (1999).

Resolución 2546 de 1998 por la cual se determinan los datos mínimos, las responsabilidades y los flujos de información de prestaciones de servicios de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ministerio de Salud. (1998).

Resolución 008430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Ministerio de salud. (1993).

Ruiz, A. (Octubre, 2005). Calidad de los registros de Enfermería. Resumen recuperado el 5 de marzo de 2013 de:  
<http://www.fac.org.ar/ccvc/llave/c028/ruizhont.php>

Salamanca, A & Crespo, C. (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. Recuperado el 01 de mayo de 2013 en:  
[http://www.nureinvestigacion.es/ficheros\\_administrador/f\\_metodologica/fmetodologica\\_27.pdf](http://www.nureinvestigacion.es/ficheros_administrador/f_metodologica/fmetodologica_27.pdf)

Silvera, M. (2007). Análisis deontológico y bioético de los registros de Enfermería. (Tesis de maestría). Universidad de la Sabana. Bogotá, Colombia. Recuperada el 19 de febrero de 2013 de: <http://hdl.handle.net/10818/4815>

The Joint Commission. (2013). Hospital National Patient Safety Goals. Recuperado el 21 de octubre de 2013 de: [http://www.jointcommission.org/assets/1/6/2013\\_HAP\\_NPSG\\_final\\_10-23.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/6/2013_HAP_NPSG_final_10-23.pdf)

The Joint Commission. (2013). Sf. Facts about the Official "Do Not Use" List. Recuperado el 21 de octubre de 2013 de: [http://www.jointcommission.org/assets/1/6/2013\\_HAP\\_NPSG\\_final\\_10-23.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/6/2013_HAP_NPSG_final_10-23.pdf)

Torres, M, Zárate, R & Matus, R. (2011). Calidad de los registros clínicos de Enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación. [Versión electrónica]. *Revista Enfermería universitaria*. 8, (1). 17-25. Recuperado el 5 de marzo de 2013 en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/25467>

Viñals, F & Puente, L. (2006). Expediente. En Diccionario jurídico-pericial del documento escrito. (216-217). Barcelona, España.: Herder Ed.

# **ANEXOS**

### Anexo 1. Formato de inspección de archivo, para expedientes del Tribunal.

Exp.		Tipo de fallo				Registro	Existe		formato		Cant.
No	Año	San	Prec	R.I.	Pres	Tipo de registro	SI	NO	E	M	
						<b>¿CONTIENE REGISTROS?</b>					
						Hoja de signos vitales					
						Hoja de líquidos administrados y eliminados					
						Informe de administración de medicamentos					
						Valoración cutánea					
						Hoja de valoración neurológica					
						Hoja de recibo y entrega de turno					
						Hoja de notas de enfermería					
						Otro, ¿Cuál?					

*Fuente: Farfán, Gina. Construcción propia. Situación de los registros de Enfermería que hacen parte de expedientes de un tribunal de Enfermería*

**Siglas contenidas en el instrumento.**

**Exp:** Expediente

**Pres:** prescripción

**San:** Sancionatorio

**E:** Electrónico

**Prec:** Preclusorio

**M:** Manual

**R.I.** Resolución inhibitoria

**Cant:** Cantidad

## Anexo 2. Ítems de la lista de chequeo para evaluar en los registros

REGISTRO		EXPEDIENTE			
N	ACTIVIDAD	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
1	Incluye datos completos del paciente: Nombre completo, documento, edad y cama.				
2	Incluye fecha (DD-MM-AA) y hora en formato 24 horas				
3	No tiene espacio en blanco en el registro				
4	No contiene tachones o enmendaduras y de tenerlas, hace el correctivo correspondiente.				
5	Es diligenciado con tinta indeleble				
6	No incluye abreviaturas o incluye sólo aquellas permitidas por el registro o la institución.				
7	La caligrafía es clara				
8	No contiene errores de ortografía				
9	Esta descrito en forma organizada cefalocaudal o por patrones funcionales				
10	Contiene el sello y/o el nombre y apellido de la persona que realizó el registro.				
11	Describe datos objetivos				
12	Describe los datos subjetivos en comillas con el texto: El paciente refiere				
13	Describe hechos u observaciones no opiniones				
14	Si el formato lo permite incluye diagnósticos enfermeros				
15	Establece planes de cuidado.				
16	Evalúa los cuidados brindados al paciente.				
17	Incluye información sobre los cuidados brindados				
18	Incluye información sobre los procedimientos realizados.				
19	Incluye información sobre las reacciones del paciente frente a cuidados y procedimientos.				

*Fuente: Farfán, Gina. Construcción propia. Situación de los registros de Enfermería que hacen parte de expedientes de un tribunal de Enfermería.*

**Anexo 3. Cuadro de consolidación de registros evaluados.**

Expediente										
Tipo de registro	Total registros Encontrados en el expediente	Total de registros evaluados (10%)	Ítem no cumplido de la lista							
<b>TOTALES</b>										

#### Anexo 4. Consolidado de la cantidad de registros que incumplen el Ítem

Ítems evaluables (Características)	Consolidado de la cantidad de registros que incumplen el Ítem																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20*
Hoja de signos vitales																				
Informe de administración de medicamentos																				
Valoración cutánea																				
Hoja de valoración neurológica																				
Hoja de recibo y entrega de turno																				
Hoja de notas de enfermería																				
Hoja de líquidos administrados y eliminados																				
Otros Registro																				
TOTAL																				
%																				

Fuente: Farfán Gina. Construcción propia. Situación de los registros de Enfermería que hacen parte de un Tribunal Departamental Ético de Enfermería

20\*: Este número corresponde a aquellos registros que cumplieron con todos los ítem de la lista.

## Anexo 5. Carta de aprobación del Tribunal Departamental Ético de Enfermería para revisión de expedientes



**Tribunal Departamental Ético de Enfermería**  
de Cundinamarca, Bogotá, D.C., Boyacá, Meta, Casanare, Amazonas y Área  
de Influencia: Vichada, Guaviare, Vaupés y Guainía. Ley 266 de 1996  
Ley 911 de 2004 "Ley Deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia"  
Nit. 830.094.793 - 6

Bogotá D.C., 07 de octubre de 2013

Jud. TDEE. No. 901-2013

Profesora  
**EDILMA MARLÉN SUAREZ CASTRO**  
Facultad de Enfermería 7 piso  
Hospital Universitario San Ignacio  
Carrera 7 N°40-62  
Tel. 3208320 Ext. 2660-2680  
Ciudad

**Referencia: Solicitud acceso a expedientes TDEE**

Respetada Profesora Suarez:

Un saludo muy respetuoso de parte de los Miembros del Tribunal Departamental Ético de Enfermería de Cundinamarca, Bogotá D.C., Boyacá, Meta, Casanare y Amazonas, área de influencia Vichada, Guainía, Guaviare y Vaupés.

Previa revisión del proyecto de investigación: "Situación actual de los registros de Enfermería que hacen parte de los expedientes de un Tribunal de Enfermería" remitido por ustedes vía electrónica, me permito informarle que ha sido aprobado y por lo tanto pueden acceder a los expedientes que figuran en el archivo histórico; con restricción de aquellos expedientes que tienen el carácter de reserva del sumario.

Recomendaciones:

1. Dar precisión a la afirmación que se escribe en el proyecto de investigación en la página 3 tercer párrafo relacionado con bibliografía reciente para que sea actualizado.
2. En la definición operativa de términos de la página 7 realizar conexión con el término "característica del registro de enfermería en Colombia". con Resolución 1995 de 1996 donde están explícitas.
3. Referencias para completar  
Chaparro Díaz, Lorena del 2010 revista avances de Enfermería de la Universidad Nacional



**Anexo 6. REGISTROS EVALUADOS años 2012 y 2013**

<b>Expediente 310 (Junio 2012)</b>										
<b>Tipo de registro</b>	<b>Total registros</b>	<b>Evaluadas</b>	<b>Ítem fallido de la lista</b>							
Informe de administración de medicamentos	3	Hoja 1	<b>Cumple los ítems</b>							
Hoja de notas de Enfermería	34	Nota 1	6	8	15	16	18	19		
		Nota 2	15	16	18	19				
		Nota 3	6	8						
Hoja de líquidos administrados y eliminados	4	1	<b>Cumple los ítems</b>							
Hoja de signos vitales	4	Hoja 1	<b>Cumple los ítems</b>							

<b>Expediente 173 (Junio 2012)</b>										
<b>Tipo de registro</b>	<b>Total registros</b>	<b>Evaluadas</b>	<b>Ítem fallido de la lista</b>							
Hoja de notas de Enfermería	3	Nota 1	6	7						

<b>Expediente 102 (Junio 2012)</b>										
<b>Tipo de registro</b>	<b>Total registros</b>	<b>Evaluadas</b>	<b>Ítem fallido de la lista</b>							
Informe de administración de medicamentos	19	Hoja 1	<b>Cumple los ítems</b>							

<b>Expediente 133 (Junio 2012)</b>										
<b>Tipo de registro</b>	<b>Total registros</b>	<b>Evaluadas</b>	<b>Ítem fallido de la lista</b>							
Lista de turnos	170	17	4							

<b>Expediente 188 (Julio 2012)</b>										
<b>Tipo de registro</b>	<b>Total registros</b>	<b>Evalua das</b>	<b>Ítem fallido de la lista</b>							
Informe de administración de medicamentos	54	Hoja 1	19	3						
		Hoja 2	19	3						
		Hoja 3	19	3						
		Hoja 4	19	3						
		Hoja 5	<b>Cumple los ítems</b>							
Hoja de notas de Enfermería	31	Nota 1	4							
		Nota 2	6	11						
		Nota 3	10							
Hoja de signos vitales	23	2	<b>Cumple los ítems</b>							
Hoja de líquidos administrados y eliminados	23	2	<b>Cumple los ítems</b>							
Hoja de valoración neurológica	23	2	<b>Cumple los ítems</b>							
Curva térmica	1	Hoja 1	3	10						
Hoja de cuidados de Enfermería	1	Hoja 1	3	7	16	<b>17</b>				
Hoja de consentimiento informado para Enfermería	1	Hoja 1	<b>Cumple los ítems</b>							

<b>Expediente 223 (Julio 2012)</b>									
<b>Tipo de registro</b>	<b>Total registros</b>	<b>Evaluadas</b>	<b>Ítem fallido de la lista</b>						
Informe de administración de medicamentos	2	Hoja 1	19						
Hoja de notas de Enfermería	8	Nota 1	6						
Hoja de signos vitales	3	1	<b>Cumple los ítems</b>						
Hoja de líquidos administrados y eliminados	3	1	<b>Cumple los ítems</b>						
Hoja de plan de cuidados	1	Hoja 1	1	6	10	16	17		

<b>Expediente 362 (Julio 2013)</b>									
<b>Tipo de registro</b>	<b>Total registros</b>	<b>Evaluadas</b>	<b>Ítem fallido de la lista</b>						
Hoja de signos vitales	1	1	<b>Cumple los ítems</b>						
Hoja de notas de Enfermería	1	Nota 1	<b>Cumple los ítems</b>						
Hoja de recuento quirúrgico	1	1	<b>Cumple los ítems</b>						

Expediente 224 (Julio 2012)										
Tipo de registro	Total registros	Evalua das	Ítem fallido de la lista							
Informe de administración de medicamentos	6	Hoja 1	2	6	10					
Hoja de signos vitales	57	Hoja 1	10							
		Hoja 2	10							
		Hoja 3	10							
		Hoja 4	10							
		Hoja 5	<b>Cumple los ítems</b>							
Hoja de líquidos administrados y eliminados	38	Hoja 1	4	10						
		Hoja 2	<b>Cumple los ítems</b>							
		Hoja 3	<b>Cumple los ítems</b>							
Hoja de notas de Enfermería	55	Nota 1	7	8	16	19				
		Nota 2	<b>Cumple los ítems</b>							
		Nota 3	<b>Cumple los ítems</b>							
		Nota 4	<b>Cumple los ítems</b>							
		Nota 5	<b>Cumple los ítems</b>							
Riesgo de caídas	3	1	1							
Lista de verificación pre quirúrgica	2	1	7							
Lista de verificación intraquirúrgica	2	1	7							
Lista de verificación post quirúrgica	2	1	7							
Hoja de valoración cutánea	23	2	<b>Cumple los ítems</b>							
Cardes Enfermería	3	Hoja 1	3	6	14	15				
Control acceso venoso	1	Hoja 1	3	6	7					
Control Glucometría	2	Hoja 1	<b>Cumple los ítems</b>							

Expediente 304 (Julio 2012)										
Tipo de registro	Total registros	Evaluadas	Ítem fallido de la lista							
Informe de administración de medicamentos	6	Hoja 1	19							
Hoja de notas de Enfermería	33	Nota 1	4	6						
		Nota 2	6	8						
		Nota 3	2	4	9	13				
Hoja de signos vitales	15	1	<b>Cumple los ítems</b>							
Hoja de líquidos administrados y eliminados	29	2	<b>Cumple los ítems</b>							
Control Ventilatorio	1	Hoja 1	1	11						
Seguimiento venopunción	1	Hoja 1	1	3						

Expediente 140 (Agosto 2012)										
Tipo de registro	Total registros	Evaluadas	Ítem fallido de la lista							
Informe de administración de medicamentos	3	Hoja 1	10	19						
Hoja de notas de Enfermería	9	Nota 1	6	9						
Hoja de líquidos administrados y eliminados	5	Hoja 1	1	2						
Valoración cutánea	1	1	<b>Cumple los ítems</b>							
Kárdex de Enfermería	1	Hoja 1	6							
Hoja de valoración neurológica	1	Hoja 1	2	3						

<b>Expediente 190 (Agosto 2012)</b>	
<b>Tipo de registro</b>	<b>Ítem fallido de la lista</b>
No hay registros.	<b>20</b>

<b>Expediente 141 (Agosto 2013)</b>			
<b>Tipo de registro</b>	<b>Total registros</b>	<b>Evalua das</b>	<b>Ítem fallido de la lista</b>
Hoja de líquidos administrados y eliminados	22	2	<b>Cumple los ítems</b>
Registro quirúrgico	1	Hoja 1	<b>Cumple los ítems</b>

<b>Expediente 183 (Agosto 2012)</b>										
<b>Tipo de registro</b>	<b>Total registros</b>	<b>Evaluadas</b>	<b>Ítem fallido de la lista</b>							
Informe de administración de medicamentos	10	Hoja 1	1	7	19					
Hoja de notas de Enfermería	50	Nota 1	8	9	13	15	16	19		
		Nota 2	8	9	13	15	16	19		
		Nota 3	8	9	13	15	16	19		
		Nota 4	8	9	13	15	16	19		
		Nota 5	8	9	13	15	16	19		

<b>Expediente 288 (Octubre 2012)</b>										
<b>Tipo de registro</b>	<b>Total registros</b>	<b>Evaluadas</b>	<b>Ítem fallido de la lista</b>							
Hoja de notas de Enfermería	106	Nota 1	8							
		Nota 2	6	8						
		Nota 3	11	13						
		Nota 4-10	<b>Cumple los ítems</b>							
Informe de administración de medicamentos	77	Hoja 1	19							
		Hoja 2	19							
		Hoja 3	19							
		Hoja 4	19							
		Hoja 5	19							
		Hoja 6	6	19						
Hoja 7	<b>Cumple los ítems</b>									
Hoja de líquidos administrados y eliminados	4	1	<b>Cumple los ítems</b>							

<b>Expediente 167 (Octubre 2012)</b>										
<b>Tipo de registro</b>	<b>Total registros</b>	<b>Evaluadas</b>	<b>Ítem fallido de la lista</b>							
Informe de administración de medicamentos	3	Hoja 1	1	7	Incluye nombres comerciales					
Hoja de signos vitales	3	Hoja 1	<b>Cumple los ítems</b>							
Hoja de líquidos administrados y eliminados	3	Hoja 1	<b>Cumple los ítems</b>							
Hoja de notas de Enfermería	3	Nota 1	1	6	9	14	15	16	19	
		Nota 2	6	7	9	12	15	16	19	
		Nota 3	7	9	12	16	17	18	19	

<b>Expediente 132 (Octubre 2012)</b>											
<b>Tipo de registro</b>	<b>Total registros</b>	<b>Evaluadas</b>	<b>Ítem fallido de la lista</b>								
Informe de administración de medicamentos	20	Hoja 1	1	4	19				<b>Incluye nombre comercial</b>		
		Hoja 2	19								
Hoja de signos vitales	137	13	<b>Cumple los ítems</b>								
Hoja de líquidos administrados y eliminados	137	13	<b>Cumple los ítems</b>								
Clínica de heridas	2	Hoja 1	7								
Cambios de posición	20	Nota 2									
Hoja de notas de Enfermería	137	Nota 1	7	11							
		Nota 2	6								
		Nota 3	6								
		Nota 4	6								
		Nota 5	9								
		Nota 6	9								
		Nota 7-13		<b>Cumple los ítems</b>							

<b>Expediente 336 (Octubre 2012)</b>			
<b>Tipo de registro</b>	<b>Total registros</b>	<b>Evaluadas</b>	<b>Ítem fallido de la lista</b>
Protocolo Triage	1	Hoja 1	<b>Cumple los ítems</b>



Expediente 161 (Noviembre 2012)											
Tipo de registro	Total registros	Evalua das	Ítem fallido de la lista								
Informe de administración de medicamentos	60	Hoja 1	19								
		Hoja 2	19								
		Hoja 3	19								
		Hoja 4	19								
		Hoja 5	19								
		Hoja 6	<b>Cumple los ítems</b>								
Hoja de notas de Enfermería	60	Nota 1	18	19							
		Nota 2	6								
		Nota 3	6	9							
		Nota 4	<b>Cumple los ítems</b>								
		Nota 5	<b>8</b>								
		Nota 6	<b>Cumple los ítems</b>								
Hoja de signos vitales	60	6	<b>Cumple los ítems</b>								
Hoja de líquidos administrados y eliminados	60	6	<b>Cumple los ítems</b>								
Control transfusional	5	Hoja 1	3								

<b>Expediente 192 (Noviembre 2012)</b>										
<b>Tipo de registro</b>	<b>Total registros</b>	<b>Evalua das</b>	<b>Ítem fallido de la lista</b>							
Hoja de líquidos administrados y eliminados	13	Hoja 1	6	10						
Informe de administración de medicamentos	78	7	<b>Cumple los ítems</b>							
Hoja de notas de Enfermería	13	Nota 1	6	12						
Valoración cutánea	5	1	6							
Hoja de signos vitales	7	1	<b>Cumple los ítems</b>							
Plan de cuidado de Enfermería	10	1	10							

<b>Expediente 208 (Noviembre 2012)</b>										
<b>Tipo de registro</b>	<b>Total registros</b>	<b>Evalua das</b>	<b>Ítem fallido de la lista</b>							
Hoja de líquidos administrados y eliminados	3	Hoja 1	4	10						
Hoja de notas de Enfermería	3	Nota 1	4	6	9	10				
Canalización y seguimiento	1	1	10							
Hoja de signos vitales	3	1	<b>Cumple los ítems</b>							
Indicador de calidad de canalización	1	1	<b>Cumple los ítems</b>							
Informe de administración de medicamentos	3	1	<b>Cumple los ítems</b>							
Hoja neurológica	3	1	<b>Cumple los ítems</b>							

<b>Expediente 142 (Noviembre 2012)</b>										
<b>Tipo de registro</b>	<b>Total registros</b>	<b>Evaluadas</b>	<b>Ítem fallido de la lista</b>							
Informe de administración de medicamentos	2	Hoja 1	19							
Hoja de notas de Enfermería	2	Nota 1	1	9						
Hoja de signos vitales	4	Hoja 1	1	3	6					
Hoja de líquidos administrados y eliminados	2	Hoja 1	3	4						

**DICIEMBRE 2012**

<b>Expediente 345 (Diciembre 2012)</b>										
<b>Tipo de registro</b>	<b>Total registros</b>	<b>Evaluadas</b>	<b>Ítem fallido de la lista</b>							
Hoja de valoración del riesgo	1	1	<b>Cumple los ítems</b>							
Informe de administración de medicamentos	1	Hoja 1	1	19						
Hoja de notas de Enfermería	1	Nota 1	7							
Hoja de signos vitales	1	Hoja 1	4							
Hoja de líquidos administrados y eliminados	1	Hoja 1	4							

<b>Expediente 333 (Diciembre 2012)</b>										
<b>Tipo de registro</b>	<b>Total registros</b>	<b>Evaluadas</b>	<b>Ítem fallido de la lista</b>							
Informe de administración de medicamentos	1	Hoja 1	10							
Hoja de notas de Enfermería	11	Nota 1	6	7	8	10	11			
Hoja de signos vitales	1	Hoja 1	10							

<b>Expediente 215 (Diciembre 2012)</b>										
<b>Tipo de registro</b>	<b>Total registros</b>	<b>Evaluadas</b>	<b>Ítem fallido de la lista</b>							
Hoja de signos vitales	2	1	<b>Cumple los ítems</b>							
Hoja de líquidos administrados y eliminados	1	1	<b>Cumple los ítems</b>							
Informe de administración de medicamentos	21	Hoja 1	19							
		Hoja 2	19							
Hoja de notas de Enfermería	47	Nota 1	6							
		Nota 2	6							
		Nota 3	6	19						
		Nota 4	<b>Cumple los ítems</b>							
Plan de cuidados de Enfermería	10	Hoja 1	10							

<b>Expediente 325 (Diciembre 2012)</b>										
<b>Tipo de registro</b>	<b>Total registros</b>	<b>Evaluadas</b>	<b>Ítem fallido de la lista</b>							
Hoja de signos vitales	124	12	<b>Cumple los ítems</b>							
Hoja de líquidos administrados y eliminados	44	4	<b>Cumple los ítems</b>							
Hoja de notas de Enfermería	89	Nota 1	6							
		Nota 2	11							
		Nota 3	17							
		Nota4	17							
		Nota5	17							
		Nota 6								
		Nota7	<b>Cumple los ítems</b>							
Nota 8	<b>Cumple los ítems</b>									
Informe de administración de medicamentos	65	5	19							
Hoja de valoración neurológica	6	Hoja 1	3							
Hoja de chequeo preoperatorio	1	1	10							

**EXPEDIENTE EVALUADO DEL 2013**

<b>Expediente 162 (Febrero 2013)</b>											
<b>Tipo de registro</b>	<b>Total registros</b>	<b>Evalua das</b>	<b>Ítem fallido de la lista</b>								
Informe de administración de medicamentos	54	Hoja 1	19	3							
		Hoja 2	19	3							
		Hoja 3	19	3							
		Hoja 4	19	3							
		Hoja 5	Cumple los ítems								
Hoja de notas de Enfermería	100	Nota 1	9	12	15	16	17	18	19		
		Nota 2	9	11	12	15	16	17	18	19	
		Nota 3	6	9	11	12	15	16	17	18	19
		Nota 4	6	9	11	12	15	16	17	18	19
		Nota 5	6	12	15	16	17	18	19		
		Nota 6	11	12	15	16	17	18			
		Nota 7	6	8	9	11	12	15	16	17	18
		Nota 8	9	9	11						
		Nota 9	6	11							
		Nota 10	6								
Hoja de signos vitales	144	14	Cumple los ítems								
Hoja de líquidos administrados y eliminados	15	1	Cumple los ítems								
Riesgo de caídas	4	1	Cumple los ítems								
Valoración de Enfermería	2	2	Cumple los ítems								
Control transfusiones	3	Hoja 1	3								

<b>Expediente 363 (Marzo 2013)</b>										
<b>Tipo de registro</b>	<b>Total registros</b>	<b>Evalua das</b>	<b>Ítem fallido de la lista</b>							
Hoja de notas de Enfermería	11	Nota 1	9	11	12	17	19			

Expediente 382 (Febrero 2013)									
Tipo de registro	Total registros	Evalua das	Ítem fallido de la lista						
Informe de administración de medicamentos	3	1	19						
Hoja de notas de Enfermería	7	Hoja 1	2						
Hoja de Triage	1	Hoja 1	<b>Cumple los ítems</b>						

Expediente 309 (Marzo 2013)									
Tipo de registro	Total registros	Evaluada s	Ítem fallido de la lista						
Hoja de signos vitales	10	Hoja 1	7						
Hoja de líquidos administrados y eliminados	124	Hoja 1	4	7					
		Hoja 2	3	7					
		Nota 3	4	7					
		Nota 4	4	6	7				
		Nota 5	4	7					
		Nota 6	4	6	7				
		Nota 7	<b>Cumple los ítems</b>						
		Nota 8	<b>Cumple los ítems</b>						
		Nota 9	<b>Cumple los ítems</b>						
		Nota 10	4	6	7				
		Nota 11	4	7					
		Nota 12	4	7					
Control transfusional	1	Hoja 1	<b>Cumple los ítems</b>						
Hoja de valoración neurológica	124	12	<b>Cumple los ítems</b>						
Hoja de valoración cutánea	124	12	<b>Cumple los ítems</b>						

<b>Expediente 375 (Febrero 2013)</b>											
<b>Tipo de registro</b>	<b>Total de registros</b>	<b>Evalutados</b>	<b>Ítem fallido de la lista</b>								
Hoja de signos vitales	1	1	<b>Cumple los ítems</b>								
Hoja de líquidos administrados y eliminados	1	1	<b>Cumple los ítems</b>								
Hoja de valoración neurológica	1	1	<b>Cumple los ítems</b>								
Hoja de notas de Enfermería	1	Nota1	6	7	9	12	15	16	17	18	19

<b>Expediente 147 (Marzo 2013)</b>											
<b>Tipo de registro</b>	<b>Total registros</b>	<b>Evaluada s</b>	<b>Ítem fallido de la lista</b>								
Hoja de signos vitales	24	2	10								
Informe de administración de medicamentos	5	1	3	7	19						
Hoja de valoración neurológica	3	1	<b>Cumple los ítems</b>								
Seguimiento de venopunción	1	1	<b>Cumple los ítems</b>								
Hoja de notas de Enfermería	24	Nota 1	6	9	11						
		Nota 2	<b>Cumple los ítems</b>								
Hoja de cuidado	1	1	6	10	16						



**ABRIL 2013**

<b>Expediente 350 (Abril 2013)</b>												
<b>Tipo de registro</b>	<b>Total registros</b>	<b>Evalua das</b>	<b>Ítem fallido de la lista</b>									
Hoja de signos vitales	10	Hoja 1	<b>Cumple los ítems</b>									
Informe de administración de medicamentos	30	Hoja 1	1	2	7	19						
		Hoja 2	1	2	7	19						
		Hoja 3	1	2	7	19						
Hoja notas de Enfermería	13	Nota 1		7	8	9	15	16	17			
Hoja de líquidos administrados y eliminados	10	Hoja 1	<b>Cumple los ítems</b>									

<b>Expediente 339 (Abril 2013)</b>												
<b>Tipo de registro</b>	<b>Total registros</b>	<b>Evalua das</b>	<b>Ítem fallido de la lista</b>									
Informe de administración de medicamentos	40	Hoja 1	19									
		Hoja 2	19									
		Hoja 3	19									
		Hoja 4	19									
Hoja de notas de Enfermería	99	Nota 1	6	9	13	15	16	17	19			
		Nota 2	6	9	13	15	16	17	19			
		Nota 3	6	9	13	15	16	17	19			
		Nota 4	6	9	13	15	16	17	19			
		Nota 5	6	9	13	15	16	17	19			
		Nota 6	6	8								
		Nota 7	12									
		Nota 8	16	17	19							
		Nota 9	15	16	17	19						
Hoja control de diálisis	1	Hoja 1	7									

<b>Expediente 404 (Abril 2013)</b>										
<b>Tipo de registro</b>	<b>Total registros</b>	<b>Evaluadas</b>	<b>Ítem fallido de la lista</b>							
Hoja de signos vitales	2	1	<b>Cumple los ítems</b>							
Hoja de líquidos administrados y eliminados	2	1	<b>Cumple los ítems</b>							
Informe de administración de medicamentos	2	Hoja 1	19							
Hoja de notas De Enfermería	17	Nota 1	15	16	18	19				

<b>Expediente 163 (Abril 2013)</b>										
<b>Tipo de registro</b>	<b>Total registros</b>	<b>Evaluadas</b>	<b>Ítem fallido de la lista</b>							
Hoja de signos vitales	44	4	<b>Cumple los ítems</b>							
Hoja de notas De Enfermería	130	13	15	16	17	<b>El formato no lo permite</b>				
Control de crecimiento y desarrollo	3	Hoja 1	4							
Control de recién nacido	1	1	<b>Cumple los ítems</b>							

<b>Expediente 221 (Abril 2013)</b>									
<b>Tipo de registro</b>	<b>Total registros</b>	<b>Evalua das</b>	<b>Ítem fallido de la lista</b>						
Informe de administración de medicamentos	8	Hoja 1	19						
Hoja de signos vitales	3	1	<b>Cumple los ítems</b>						
Hoja de líquidos administrados y eliminados	12	1	<b>Cumple los ítems</b>						
Hoja de notas de Enfermería	1	Nota 1	8	9	11	13	16		
Actividades de Enfermería	1	Hoja 1	16	17	18	19			

<b>Expediente 384 (Mayo 2013)</b>									
<b>Tipo de registro</b>	<b>Total registros</b>	<b>Evalua das</b>	<b>Ítem fallido de la lista</b>						
Hoja de signos vitales	1	1	<b>Cumple los ítems</b>						
Hoja de notas de Enfermería	1	Nota 1	6						
Hoja de líquidos administrados y eliminados	1	Hoja 1	3						

<b>Expediente 360 (Mayo 2013)</b>	
<b>Registro</b>	<b>Ítem fallido de la lista</b>
No tiene registros	20

<b>Expediente 347 (Mayo 2013)</b>									
<b>Tipo de registro</b>	<b>Total registros</b>	<b>Evalua das</b>	<b>Ítem fallido de la lista</b>						
Informe de administración de medicamentos	7	Hoja 1	19						
Hoja de signos vitales	32	3	<b>Cumple los ítems</b>						
Hoja de líquidos administrados y eliminados	32	3	<b>Cumple los ítems</b>						
Hoja de notas de Enfermería	32	Nota 1	6						
		Nota 2	6	7					
		Nota 3	1	6	7				
Record recuperación quirúrgica	2	Hoja 1	4	7					
Hoja de Glucometría	1	Hoja 1	4						
Hoja de seguimiento transfusión	1		<b>Cumple los ítems</b>						

<b>Expediente 147 (Mayo 2013)</b>										
<b>Tipo de registro</b>	<b>Total registros</b>	<b>Evalua das</b>	<b>Ítem fallido de la lista</b>							
Hoja de notas de Enfermería	32	Hoja 1	1	2	6	9	12	16	17	19
		Hoja 2	6	7	19					
		Hoja 3	2	6	9	12	16	17	19	
Hoja de signos vitales	26	Hoja 1	7							
		Hoja 2	7							
Hoja de líquidos administrados y eliminados	26	Hoja 1	4							
		Hoja 2	4							
Informe de administración de medicamentos	5	1	3	7	19					
Control y seguimiento venopunción	1	Hoja1	6							
Hoja de valoración neurológica	3	Hoja 1	7							
Hoja de entrega de paciente	1	Hoja 1	<b>Cumple los ítems</b>							

Expediente 274 (Mayo 2013)									
Tipo de registro	Total registros	Evalua das	Ítem fallido de la lista						
Hoja de notas de Enfermería	16	Hoja 1	4	6	7				
Hoja de signos vitales	16	Hoja 1	<b>Cumple los ítems</b>						
Hoja de líquidos administrados y eliminados	16	Hoja 1	<b>Cumple los ítems</b>						
Informe de administración de medicamentos	5	Hoja 1	19						
Hoja de valoración de riesgo	1	Hoja 1	<b>Cumple los ítems</b>						
Hoja de valoración cutánea	1	Hoja 1	<b>Cumple los ítems</b>						
Hoja de valoración neurológica	7	Hoja 1	<b>Cumple los ítems</b>						
Hoja de chequeo pre quirúrgico	4	Hoja 1	<b>Cumple los ítems</b>						
Recuento de material quirúrgico	4	Hoja 1	<b>Cumple los ítems</b>						
Hoja de seguimiento a catéter venoso central	1	Hoja 1	<b>Cumple los ítems</b>						

<b>Expediente 389 (Junio 2013)</b>									
<b>Tipo de registro</b>	<b>Total registros</b>	<b>Evalua das</b>	<b>Ítem fallido de la lista</b>						
Hoja de signos vitales	10	1	<b>Cumple los ítems</b>						
Hoja de valoración cutánea	10	Hoja 1	<b>Cumple los ítems</b>						
Hoja de valoración neurológica	10	1	<b>Cumple los ítems</b>						
Hoja de líquidos administrados y eliminados	10	Hoja 1	4						
Hoja de actividades de Enfermería	10	Hoja 1	1	2	3	4			

<b>Expediente 356 (Junio 2013)</b>									
<b>Tipo de registro</b>	<b>Total registros</b>	<b>Evalua das</b>	<b>Ítem fallido de la lista</b>						
Informe de administración de medicamentos	10	1	<b>Cumple los ítems</b>						
Hoja de notas de Enfermería	32	Nota 1	8	16					
		Nota 2	11	16					
		Nota 3		16					

<b>Expediente 385 (Junio 2013)</b>									
<b>Tipo de registro</b>	<b>Total registros</b>	<b>Evalua das</b>	<b>Ítem fallido de la lista</b>						
Recibo y entrega de vacunas	1	1	<b>Cumple los ítems</b>						
Hoja de signos vitales	1	Hoja 1	3						
Hoja de líquidos administrados y eliminados	1	Hoja 1	3						
Informe de administración de medicamentos	1	Hoja 1	3	4	10	19			

<b>Expediente 410 (Junio 2013)</b>									
<b>Tipo de registro</b>	<b>Total registros</b>	<b>Evalua das</b>	<b>Ítem fallido de la lista</b>						
Informe de administración de medicamentos	11	Hoja 1	<b>Cumple los ítems</b>						
Riesgo de caídas	1	1	<b>Cumple los ítems</b>						



Expediente 408 (Junio 2013)									
Tipo de registro	Total registros	Evaluadas	Ítem fallido de la lista						
Hoja de signos vitales	8	1	Cumple los ítems						
Informe de administración de medicamentos	2	1	Cumple los ítems						
Hoja de procedimientos	1	1	Cumple los ítems						
Hoja de notas de Enfermería	8	Nota 1	6	7	10	11			