

GRADO DE ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA

GRAU DE ADESÃO AO PROTOCOLO DE REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMAGEM

GRADE OF ADHERENCE TO THE PROTOCOL OF CLINICAL NURSING RECORDS

Luz Marina Bautista Rodríguez¹, Leidy Yeraldin Vejar Ríos², Mary Rolexy Pabón Parra², Jackson Jesús Moreno², Ludy Fuentes Rodríguez², Kenny Yelibeth León Solano², Jorge Andrés Bonilla²

Histórico

Recibido:

12 de Enero de 2015

Aceptado:

26 de Octubre de 2015

1 Enfermera Magíster. Docente Universidad Francisco de Paula Santander. Autor para Correspondencia. E-mail: bautrod@gmail.com

2 Estudiantes. Programa de Enfermería. Universidad Francisco de Paula Santander.

RESUMEN

Introducción: La utilización de las guías de manejo clínicas, protocolos y manuales se constituyen en un elemento fundamental para la prestación de servicios de salud con calidad. El protocolo de registros clínicos es una herramienta que orienta al personal de enfermería en los lineamientos claves que se deben tener en cuenta en cada uno de los cuidados que se brindan. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio cuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 105 auxiliares de enfermería y 15 profesionales de enfermería que laboran en una institución de salud de IV nivel de complejidad, para la recolección de la información se utilizó una lista de chequeo y un test de conocimientos basado en el protocolo de registros de la institución. **Resultados:** El nivel de conocimientos del personal profesional y auxiliar de enfermería sobre el protocolo es bueno con un 61%, le sigue un nivel de conocimientos regular con 29%. La aplicabilidad es buena en un 14% y un 54% del personal profesional y auxiliar de enfermería tiene mala aplicabilidad al protocolo, encontrándose que no se diligencian completamente los formatos que se incluyen en la historia clínica. El nivel de adherencia es bueno para el 30% del personal profesional y auxiliar de enfermería. **Discusión y Conclusiones:** Se encontró que el personal profesional y auxiliar de enfermería tienen un buen nivel conocimientos solo en los registros clínicos que usan frecuentemente; sin embargo el personal profesional y auxiliar de enfermería no aplican estos conocimientos en su práctica diaria, evidenciado por un 54% de mala aplicabilidad.

Palabras clave: Protocolos, Conocimiento, Enfermería, Registros Electrónicos de Salud. (Fuente: DeCS BIREME). <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.237>

RESUMO

Introdução: O uso de diretrizes de gestão clínica, protocolos e manuais constituem uma chave essencial para a prestação de serviços de saúde de qualidade. O protocolo de registros clínicos é uma ferramenta que orienta a equipe de enfermagem nas orientações fundamentais que devem ser levados em conta em cada um dos cuidados prestados. **Materiais e Métodos:** Estudo descritivo quantitativo de corte transversal. A amostra foi constituída por 105 auxiliares de enfermagem e 15 enfermeiros que trabalham em uma instituição de saúde de nível IV de complexidade, para a coleta de dados foi utilizada uma lista de verificação e um teste de conhecimento com base no protocolo de registros da instituição. **Resultados:** O nível de conhecimento dos profissionais e auxiliares de enfermagem sobre o protocolo é bom, com 61%, seguido por um nível de conhecimento regular com 29%. A aplicabilidade é boa em 14% e 54% dos profissionais e auxiliares de enfermagem têm aplicabilidade ruim do protocolo, e verificou-se o preenchimento inadequado dos formulários dos prontuários clínicos. O nível de adesão é bom para 30% dos profissionais e auxiliares de enfermagem. **Discussão e Conclusões:** Encontramos que os profissionais e auxiliares de enfermagem têm um nível de conhecimento bom apenas em registros clínicos usados com frequência; no entanto o pessoal de enfermagem não aplica esse conhecimento em sua prática diária, evidenciado por 54% de aplicabilidade ruim.

Palavras chave: Protocolos, Conhecimento, Enfermagem, Registros Eletrônicos de Saúde. (Fonte: DeCS BIREME). <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.237>

ABSTRACT

Introduction: The use of the guides of management clinics, protocols, and manuals are an essential element in the delivery of health services with quality. The Protocol of clinical records is a tool that guides the nursing staff in the key guidelines that should be considered in each of the care given. **Materials and Methods:** A quantitative cross-sectional descriptive study was conducted. The sample was conformed by 105 nursing assistants and 15 nurses working in a health institution of IV level of complexity, for the collection of the information was used a checklist and knowledge test protocol based on the records of the institution. **Results:** The level of knowledge of the staff professional and auxiliary nursing on the protocol is good with a 61%, followed by a regular level of knowledge with 29%. The applicability is good by 14% and 54% of the staff professional and auxiliary nursing has bad applicability to the protocol, finding that is not completely file formats that are included in the medical history. The level of adherence is good for 30% of the staff professional and auxiliary nursing. **Discussion and Conclusions:** We found that the nursing staff have a good level knowledge only in the clinical records that use frequently; however the nursing staff not to apply this knowledge in their daily practice, evidenced by 54% of bad applicability.

Key words: Protocols, Knowledge, Nursing, Electronic Health Records. (Source: DeCS BIREME). <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.237>

Cómo citar este artículo: Bautista LM, Vejar LY, Pabón MR, Moreno JJ, Fuentes L, León KY, et al. Grado de adherencia al protocolo de registros clínicos de enfermería. Rev Cuid. 2016; 7(1): 1195-203. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.237>

© 2016 Universidad de Santander. Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC 4.0), que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor original y la fuente sean debidamente citados.

INTRODUCCIÓN

La implementación, aplicación y ejecución de las guías de manejo clínicas, protocolos y manuales, en la prestación de servicios de salud han demostrado contribuir a mejorar la calidad de la atención, la efectividad de las decisiones clínicas y la disminución de los costos. El protocolo sobre registros clínicos, define las normas que se deben tener en cuenta para el manejo de cada uno de los formatos existentes en la historia clínica, se constituye, en una herramienta metodológica, basada en la evidencia científica, cuyo objetivo consiste en facilitar y orientar las decisiones del personal de salud sobre la oportunidad, secuencialidad y claridad en sus registros ⁽¹⁻³⁾.

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. Este documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley” ⁽⁴⁾. Por consiguiente los registros clínicos, son la base de las historias clínicas debido a su carga de información de manera confidencial y verídica, es importante recalcar que así mismo el personal de la salud responde a obligaciones laborales y judiciales por incumplir con el correcto diligenciamiento de las notas de enfermería ⁽⁴⁾.

Los registros que evidencian el cuidado realizado por el personal de enfermería, permiten relacionar los conocimientos y la práctica como una herramienta que facilita la capacidad para aprender a aprender desde las experiencias y los aprendizajes que se generen de estas ⁽⁵⁾. El profesional de enfermería recibe durante su formación universitaria los componentes teóricos básicos sobre la importancia y uso de los registros de enfermería y de cómo estos demuestran la ejecución del cuidado administrado al cliente, así como demostrar el nivel de productividad en la prestación de servicios ⁽⁶⁾. Los registros clínicos forman parte del trabajo que desarrolla enfermería en su labor asistencial de atención a las necesidades de cuidados de la población, por lo que los profesionales, deben ser los más conscientes de su importancia, y relevancia, así como conocer la adecuada forma de cumplimiento, las repercusiones tanto a nivel profesional, fomentando el desarrollo de la profesión, como a nivel legal, conociendo la legislación y las responsabilidades que se deben asumir en el trabajo diario, justificando la existencia de manuales y protocolos de enfermería en el proceso asistencial ^(7, 8).

Los sistemas de registro de enfermería son importantes y fundamentales en el quehacer diario, para justificar la realización de procedimientos, así como responsabilizar y respaldar decisiones y actividades inherentes al rol; sustentan la profesión como disciplina, sobre todo establece un método para realizarlos. Como requisito para el desempeño profesional de enfermería, los registros se deben conocer y ejecutar correctamente, para que se conviertan en soportes objetivos cuando se requieren procesos de auditoría ⁽⁹⁾.

El personal de enfermería es sujeto de derecho y, como tal, de responsabilidades e implicaciones de índole legal, “si las acciones de enfermería no están bien registradas, no le sirven de documento a un abogado defensor” ⁽¹⁰⁾. En Colombia existe un marco legal ⁽¹¹⁻¹⁷⁾, amplio que establece las directrices para la apertura, diligenciamiento y archivo de los registros clínicos. Así mismo con relación al personal de enfermería la Ley 911 de 2004 ⁽¹⁸⁾, en el capítulo V establece la responsabilidad que tiene con los registros clínicos como herramienta fundamental para evidenciar los cuidados planeados y ejecutados según las necesidades de cada paciente; “el profesional de enfermería exigirá o adoptará los formatos y medios de registro que respondan a las necesidades de información que se deba mantener acerca de los cuidados de enfermería que se prestan a los sujetos de cuidado, según los niveles de complejidad, sin perjuicio del cumplimiento de las normas provenientes de las directivas institucionales o de autoridades competentes” ⁽¹⁸⁾.

Silvera-Fajardo, ⁽¹⁹⁾ expone que ha de registrarse la información diaria del paciente y, en cada turno, anotar lo necesario. Estos datos proporcionan información para actualizar el plan de cuidados. Las notas tienen que ser fuente constante de información para el personal de enfermería, estos escritos bien diseñados y redactados con precisión será de valor inestimable para un abogado defensor y proporcionarán pruebas a los tribunales, ante una demanda.

Desde la perspectiva bioética y deontológica, los profesionales de enfermería, tiene el deber de registrar en la historia clínica los datos concernientes a su trabajo, que son relevantes para facilitar la continuidad del cuidado. Los registros que realiza el personal de enfermería, son vitales para la orientación y la toma de decisiones en el cuidado del paciente por otros profesionales. Es aquí donde los registros de enfermería se convierten en una doctrina de comportamiento, que contribuye a

lograr actividades y conductas que van a disminuir los riesgos del trabajador de salud, a nivel profesional y legal; teniendo en cuenta que estos se constituyen en la mejor herramienta para fundamentar las acciones realizadas en pro de la evolución de los pacientes y respaldan las decisiones y acciones emprendidas por el personal de salud en su desempeño diario ⁽⁷⁾.

La existencia de protocolos que orienten al personal de enfermería en la forma y características de los registros se convierte en una herramienta que estandariza, unificando los criterios establecidos por cada institución. Por otra parte, la adherencia al protocolo se puede documentar como la aplicación del conocimiento adquirido en un momento dado en torno a mejorar la condición actual de salud del paciente, basado en experiencias científicas ya certificadas ⁽²⁰⁾. “El concepto adherencia es considerado como un proceso de cambio de conductas por parte del profesional de enfermería, que puede declararse o manifestarse, y sobre la cual se intervendrá con capacitación como tratamiento experimental, donde es posible identificar tres etapas: a) Etapa de motivación, b) Etapa de aplicación y c) Etapa de incorporación” ⁽⁷⁾.

Algunos autores han realizado estudios sobre la calidad de los registros clínicos encontrando como falencias la inadecuada ortografía, el uso de abreviaturas, letra no legible, ausencia de firma, existencia de enmendaduras, nombres ilegibles, espacios en blanco, datos incompletos de filiación, estado actual, motivo de consulta ^(21,22). El buen registro es útil para el paciente porque apoya, mantiene y mejora la calidad de la atención clínica, que necesita una buena fuente de información del estado del paciente. Es una fuente de evaluación para la toma de decisiones y un documento legal que traduce los actos del equipo de salud y apoya la investigación ⁽²³⁾. Se hace necesario continuar en el fortalecimiento de la calidad de los registros de enfermería mediante el desarrollo de acciones de capacitación, investigación y auditoría que contribuyan a convertir las falencias en fortalezas. En este sentido se plantea como objetivo determinar el nivel de adherencia al protocolo registro de las historias clínicas por parte del personal auxiliar de enfermería en una institución de salud de IV nivel de complejidad en una Institución de Salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se desarrolló un estudio descriptivo, de corte transversal.

Muestra

La muestra está conformada por un grupo de 120 profesionales y auxiliares de enfermería.

Criterios de inclusión

- Personal profesional y auxiliar de enfermería con experiencia en la institución mínimo de 6 meses.
- Personal profesional y auxiliar de enfermería que asistan a las jornadas de trabajo en las fechas establecidas para la recolección de la información.

Criterios de exclusión

- Profesionales y auxiliares de enfermería que realiza funciones administrativas.
- Profesionales y auxiliares de enfermería que no desarrollan actividades directamente relacionadas con la atención del paciente.
- Personal que para el momento de la investigación se encuentra en vacaciones, licencia de maternidad o incapacidad.

Procedimientos

Los investigadores iniciaron la recolección de información indicando el propósito del estudio y dieron a conocer los aspectos éticos relacionados con el consentimiento informado obteniendo la participación voluntaria de las personas seleccionadas. Para el diligenciamiento del test de conocimientos registros clínicos en enfermería se dispuso de 20 minutos o más por persona, teniendo en cuenta la disponibilidad del personal de enfermería. Para la verificación del cumplimiento del protocolo, se utilizó la lista de chequeo que permitió a los investigadores mediante observación directa verificar el cumplimiento de este por cada auxiliar de enfermería cuando realizaba los registros.

Instrumentos

La recolección de la información se hizo mediante el uso de un test de conocimientos del protocolo de registros clínicos y una lista de chequeo del protocolo de registros clínicos elaborados por los investigadores con base en el protocolo existente en la Institución. El test de conocimientos del protocolo de registros clínicos consta de 15 ítems, contiene preguntas de selección múltiple que valoran los conocimientos generales e

institucionales requeridos para comprender que son y cómo se hacen los registros clínicos, cada uno tiene 4 opciones de respuesta, cada pregunta tiene un valor de 1, para un total de 15 puntos. Para valorar los resultados sobre el conocimiento del protocolo, se estableció una escala de categorización de Bueno, Regular y Malo; siendo bueno si hay entre 11 a 15 respuestas correctas, regular si hay entre 6 a 10 respuestas correctas; y malo si se obtiene menos de 5 puntos.

La lista de chequeo protocolo de registros clínicos consta de 42 aspectos, contienen los pasos establecidos en el protocolo de la Institución para hacer los registros clínicos, tiene una escala de valoración de tres opciones: C que significa cumple con el aspecto, NC que significa no cumple con el aspecto y NA que significa no aplica; cada aspecto tiene un valor de 1, para un total de 42 puntos. Para valorar los resultados sobre el cumplimiento o la aplicación del protocolo se estableció una escala de categorización de Bueno, Regular y Malo; siendo bueno si hay entre 29 a 42 aspectos que se aplican, regular si hay entre 15 a 28 aspectos que se aplican; y malo si se obtienen menos de 15 aspectos que se aplican.

Para determinar el grado de adherencia al protocolo se estableció las categorías de alto, medio y bajo.

Alto hace referencia a poseer conocimientos y aplicación buenos, con valores entre 40-57; Medio se refiere a tener conocimientos y aplicación regular del protocolo con valores entre 21-38 y Bajo representa los conocimientos y la aplicación en la categoría de malo, con valores menores de 20.

Los instrumentos elaborados fueron revisados por expertos de otras instituciones de salud conocedores y con experiencia en el manejo de registros clínicos, quienes realizaron recomendaciones que permitieron modificar algunos ítems en el test de conocimientos y mejorar el planteamiento de algunos aspectos en la lista de chequeo. Así mismo se realizó prueba piloto en institución de salud diferente a la de la investigación con personal auxiliar de enfermería con iguales características, que permitió comprobar el grado de comprensión de cada pregunta y aspecto indicado.

Variables

Las variables sociodemográficas que se revisaron para caracterizar al personal son la edad, el sexo y nivel de escolaridad. Con relación a la variable del estudio se valoró el grado de adherencia considerado como el conocimiento y la aplicación que hace el personal cada

vez que realiza los registros clínicos basado en las pautas establecidas en el protocolo existente en la institución.

Análisis de datos

La información recolectada fue revisada y verificada para identificar el diligenciamiento completo de cada instrumento. Seguidamente se diseñó y alimentó la base de datos en Excel para posteriormente ser presentados a través de tablas y gráficos de sectores que representan frecuencias absolutas y relativas.

Consideraciones éticas

Durante el desarrollo del estudio se garantizó el rigor ético, científico y metodológico. Igualmente se tuvo en cuenta las normas éticas (respetando el derecho a la intimidad y confidencialidad entre otros) para la investigación con seres humanos plasmada en la Resolución 008430 del 4 de Octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia ⁽²⁴⁾, cumpliendo con lo establecido en el Artículo 5 “donde deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar, garantizando la total privacidad de sus datos y la no divulgación de cualquier situación generada a partir de la entrevista o el análisis de los datos”. Por otra parte, se solicitó y se obtuvo autorización a la Institución, a través del Comité de Relación Docencia Servicio para el desarrollo de la investigación.

RESULTADOS

El diseño y desarrollo de la investigación se realizó durante segundo semestre del año 2013, en los meses de agosto y septiembre en horario de 7:00 a.m a 1:00 p.m y/o 1:00 p.m. - 7:00 p.m se realizó la recolección de la información. El número total de personas que participaron en el estudio fueron 120, quienes cumplieron los criterios de inclusión, 19 personas fueron excluidas desde el inicio de la investigación por encontrarse en licencia, incapacidad o vacaciones.

Caracterización sociodemográfica

La población sujeto de estudio de esta investigación en su totalidad fue de sexo femenino. Las edades de mayor frecuencia están entre los 20 y 29 años con un 28,8%. El nivel educativo que mayormente se evidencia entre la población estudiada es nivel técnico en el 88% y nivel profesional en un 12% como se puede observar en la (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes

| Variable | Número | Porcentaje |
|-----------------------------|--------|------------|
| EDAD | | |
| 20 - 29 años | 34 | 28 |
| 30 - 39 años | 17 | 14,2 |
| 40 - 49 años | 31 | 26 |
| 50 - 59 años | 26 | 21,8 |
| 60 - 69 años | 12 | 10 |
| Total | 120 | 100 |
| SEXO | | |
| femenino | 120 | 100 |
| masculino | 0 | 0 |
| Total | 120 | 100 |
| NIVEL DE ESCOLARIDAD | | |
| Técnico | 105 | 88 |
| Profesional | 15 | 12 |
| Total | 120 | 100 |

Test de Conocimientos

El nivel de conocimientos del personal de enfermería es bueno en el 61% (9 profesionales) 64 auxiliares) regular en el 29% (30 auxiliares 5 profesionales) y un 10% (10 auxiliares 2 profesionales) con un nivel de conocimientos malo. El personal de enfermería que laboran a nivel asistencial tiene buenos conocimientos respecto al protocolo de los registros clínicos. Los conocimientos que las enfermeras tiene más claros y con mayor seguridad son los componentes de los registros clínicos, que comprende la descripción del estado general de un paciente, cuáles son las medidas terapéuticas, contenido de las notas de enfermería, parámetros para diligenciar hoja de líquidos, signos vitales y medicamentos, consideraciones generales de los registros clínicos; siendo estas las preguntas que con mayor frecuencia fueron respondidas correctamente por el personal de enfermería.

Cumplimiento lista de chequeo

En la Figura 1 se observa que el 54% del personal de enfermería (8 profesionales 57 auxiliares) tiene un nivel de aplicación inadecuado del protocolo. La no aplicación del protocolo por parte del personal de enfermería se evidencia mediante las dificultades existentes en la redacción en notas de enfermería, no completo diligenciamiento de los formatos que se incluyen en la historia clínica y la falta de legibilidad de la letra, aspectos que hacen parte del registro clínico que soporta las diferentes intervenciones realizadas por

el personal de enfermería.

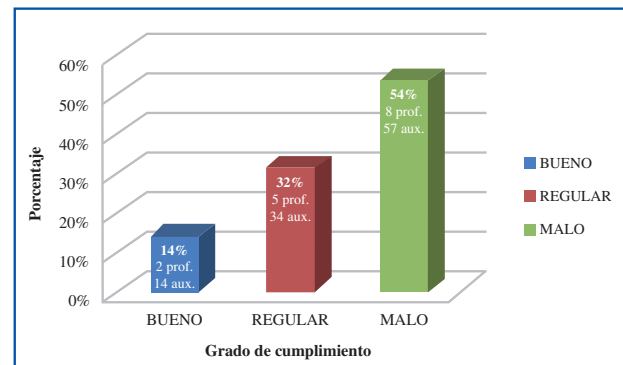


Figura 1. Nivel de cumplimiento del protocolo de registros clínicos

Grado de adherencia al protocolo de registros clínicos

Para el presente estudio la relación entre cumplimiento y conocimiento es fundamental para demostrar si existe la adherencia al protocolo, se encontró que de manera global el 30% (5 profesionales, 32 auxiliares) tiene un buen conocimiento y cumple con los aspectos establecidos en el protocolo de registros clínicos.

DISCUSIÓN

El nivel de conocimientos permite que el personal de enfermería desempeñe de manera autónoma y responsable sus funciones, teniendo en cuenta el uso de conocimientos científicos, teóricos y prácticos adquiridos durante el aprendizaje y desempeño frente a un equipo de salud en diferentes.

Los resultados obtenidos se pueden comparar con los estudios de: Silvera ⁽¹⁹⁾, donde los resultados coinciden con relación a los registros de mayor uso, como son la hoja de medicamentos, ordenes de enfermería, pedidos e insumos de enfermería y chequeo de ordenes médicas; y el estudio de Méndez et al ⁽²⁵⁾, realizado en México en el 2011, donde el 77,4 % de las enfermeras sabe que es un expediente y como está conformado. Estos hallazgos permiten deducir, que el personal de enfermería (profesionales y auxiliares de enfermería) tiene un buen nivel de conocimiento sobre los registros que con mayor frecuencia se diligencian en el servicio en el que laboran, ya sea por la práctica diaria de estos registros o que el hecho de utilizarlos reiteradamente motive al personal a consultar e informarse sobre su utilidad. Pero no se demuestra interés por aspectos que no se presentan en la rutina diaria llegando a un punto de conformidad, situación que ha generado incredulidad, desplazamiento

por otras disciplinas y pérdida de terreno laboral, siendo el personal que permanece la mayor parte del tiempo con los pacientes ⁽²⁶⁾.

Conociendo que en los procesos de formación de profesionales y técnicos reciben los componentes teóricos básicos sobre la importancia y uso de los registros de enfermería y de cómo estos demuestran la ejecución del cuidado administrado al paciente así como, demostrar el nivel de productividad en la prestación de servicios de enfermería, sin embargo, a la hora de escribir en práctica lo aprendido o al iniciar su vida laboral, no se está logrando realizar unos registros lo suficientemente útiles y de calidad, o no se está viendo ese impacto positivo que se debería obtener tras una rigurosa preparación en las instituciones de educación.

Llama la atención el desconocimiento sobre los datos de identificación que se deben diligenciar en el encabezado para cada registro clínico, cuando estos datos se deben registrar completamente en cada hoja de la historia clínica. No solo es importante la redacción completa y clara de los encabezados en los registros, para el paciente a quien se le satisface sus necesidades por medio de intervenciones de cuidado realizadas por el personal de enfermería (profesionales y auxiliares de enfermería) y se le identifica correctamente, sino que también aporta enriquecimiento a la disciplina en el mantenimiento de las actividades propias del área y finalmente es importante para la Institución Prestadora de Servicios porque hace parte de la calidad en la atención.

Para los servicios de enfermería como parte de una institución de salud, es importante desempeñar con calidad la atención brindada a los pacientes, para lograrlo es indispensable pensar que el proceso de la calidad es un estímulo para el desarrollo del personal de enfermería (profesionales y auxiliares de enfermería) y no una actividad para juzgarlo; la calidad es un requisito indispensable que tanto el personal profesional como auxiliar de enfermería debe asumir como cotidiano ⁽²⁶⁾. En Colombia según el Decreto 1011 de 2006 ⁽²⁷⁾, la calidad de la atención de salud, “se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”.

Ortiz y Chaves ⁽²⁸⁾, afirman en su estudio que el número de profesionales de enfermería que hoy dan relevancia dentro de su ejercicio profesional al registro es cada

vez más elevado, sin duda el desarrollo legislativo ha contribuido a hacer conciencia en ellos de la importancia de la evidencia escrita de su trabajo como parte de la calidad del cuidado. Sin embargo persiste un amplio grupo que no deja constancia escrita de sus intervenciones, más aún, cataloga esta actividad como papeleo y carga administrativa que se añade a sus funciones; argumentos que posiblemente pueden ocultar la falta de habilidad para documentar su trabajo por poca experiencia, desconocimiento del lenguaje adecuado o debido a la costumbre de esperar que otros los realicen.

En la medida en que los profesionales y técnicos de enfermería den visibilidad a la forma como contribuyen al bienestar del paciente y puedan recuperar y analizar datos de su práctica, tendrán cada vez más herramientas para entrar a demostrar que los cuidados de enfermería marcan una diferencia y la forma como la producen. Es la forma de debilitar supuestos muy cuestionados entre los enfermeros, como el que afirma que los pacientes reciben los mismos cuidados y se logran los mismos resultados en la atención, con personal menos capacitado (y por tanto menos costoso), pero mientras falten en documentos y en las estadísticas, los datos escritos que ilustren y representen con exactitud su práctica clínica, no se tendrán argumentos válidos para entrar a refutarlos y por tanto a desvirtuarlos ⁽²⁸⁾.

El no cumplimiento de diligenciamiento de los registros clínicos de enfermería perjudica de forma directa el trabajo en equipo. Según Anglade ⁽²⁹⁾ y Leiva ⁽³⁰⁾, los registros clínicos de enfermería son un conjunto de documentos que sirven como medio de comunicación, además de ser de carácter legal, medio de evaluación, tratamiento por el equipo de salud, permitiendo evaluar si las acciones brindadas fueron efectivas, así mismo son útiles ya que permiten planificar actividades y adecuar recursos a favor del cuidado que se brinda a las personas. Así mismo, son canales de comunicación entre los diferentes profesionales y facilitan la toma de decisiones en forma oportuna para contribuir a la atención continua ⁽³¹⁾. Los registros de enfermería son una herramienta imprescindible para la comunicación dentro del equipo de salud y por tanto necesaria para conseguir el mayor nivel de calidad del cuidado de la persona. En este sentido los registros se convierten en un documento formal que constituye el soporte legal de la evolución, tratamiento e intervenciones realizadas al paciente, convirtiéndolo en un registro esencial, de gran valor médico legal, e indicador de calidad ⁽³²⁾.

Los hallazgos obtenidos en la aplicación o cumplimiento del protocolo, son semejantes con los estudios

realizados por Ramos et al ⁽²¹⁾, donde se encontró que solo el 43% lo realiza con letra legible, el 79% con adecuada ortografía, el 99% utiliza abreviaturas, solo el 7% con el nombre y firma de quien elaboro el registro y el 41% de estos registros tienen tachaduras o enmendaduras; Escalante ⁽³³⁾, halló que los registros habitualmente están incompletos, argumentándose el no registro en informarlo verbalmente o no parecer necesario registrarlos. Romero y Romero ⁽³⁴⁾, observaron que el 16% no había registrado nada o tenía registros con deficiencias en los aspectos relativos al área de conocimiento propio de enfermería y al cuidado psicosocial.

Sin duda alguna el cuidado del paciente es primordial así como los registros también son esenciales para poder llevar a cabo ese cuidado de la mejor manera posible. El desarrollo de funciones de tipo administrativo ha generado dificultades en la optimización del tiempo obligando a los profesionales de enfermería a establecer prioridades eligiendo en primera instancia la ejecución de acciones relacionadas con el cuidado directo del paciente, de modo que se dejan de lado los registros clínicos. El momento en que se registra incide de manera importante sobre los cuidados, si se registra al final del turno quiere decir que se registra retrospectivamente en contra de la lógica del plan de enfermería, puesto que en teoría los objetivos y las intervenciones pensadas para conseguirlos deben definirse antes de llevarse a cabo y servir para planificar qué se va a hacer, esto indica que deben ser prospectivos ^(35, 36); Escalante ⁽³³⁾ menciona que en estudio realizado en los servicios de neurología encontraron que se habían registrado 363 objetivos, se habían planeado 69 intervenciones, pero en la práctica se habían realizado 12.626 intervenciones.

CONCLUSIONES

El personal de enfermería tiene buen nivel de

conocimientos sobre los registros clínicos usados y diligenciados con mayor frecuencia en los diferentes servicios, especialmente con los registros de la hoja de medicamentos, notas de enfermería, hoja de signos vitales, hoja de control de líquidos y pedidos e insumos de enfermería.

El nivel de aplicabilidad presenta una mala aplicabilidad en el protocolo de registros clínicos por parte del personal de enfermería, encontrándose que el personal que labora en la institución tienen un inadecuado diligenciamiento de los registros clínicos, destacándose la letra ilegible, la redacción en notas de enfermería y el no diligenciamiento completo de los formatos que se incluyen en la historia clínica.

El grado de conocimiento alto demostrado por el personal de enfermería contrasta mucho con el nivel de cumplimiento del mismo, indicando la necesidad de realizar capacitación sobre la importancia del cumplimiento del protocolo de los registros clínicos, especialmente en la correcta identificación de los pacientes y el diligenciamiento de los encabezados de cada hoja de la historia clínica que contribuyan a lograr registros que cumplan con las normas y la evolución de los cuidados.

El grado de adherencia al protocolo de registros clínicos es bajo encontrándose que solo el 30% del personal tiene los conocimientos y lo aplica de manera correcta, resaltándose como fortaleza del personal la oportunidad de algunos registros, la buena intencionalidad de los registros, la aplicación de la autonomía y de la beneficencia que hace de una profesión el reflejo de la humanización en la atención.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. **Rincón CA.** Manual de elaboración y adherencia a guías y protocolos. Cúcuta: E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz; 2012.
2. **Resolución N°. 1995 de 1999.** República de Colombia. Ministerio de Salud, por la cual se establecen las normas para el manejo de la historia clínica. Bogotá: Ministerio de Salud; 1999.
3. **León-Molina J, Manzanera-Saura JT, López-Martínez P, González-Nieto L.** Dudas de enfermería en el manejo de la historia clínica: Aspectos jurídicos. *Enfermería Global* 19; 2010.
4. **Prieto G, Chavarro MT.** Notas de enfermería. Bogotá: Tribunal Nacional Ético de Enfermería; 2003.
5. **Hernández-López GI.** Historia clínica en enfermería: un instrumento de aprendizaje y mucho más. *Rev Cuid.* 2011; 2(1):240-2. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v2i1.64>
6. **Chaparro-Díaz L, García-Urueña DC.** Registros del profesional de enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado. *Actual. Enferm.* 2003; 6(4):16-21.
7. **Reyes J, Jara P, Merino JM.** Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería. *Cienc Enferm.* 2007; 13(1):45-57.
8. **Hullin C, Becerra R, Hullin L.** Proceso de Enfermería e Informática para la Gestión del Cuidado. *Mediterráneo*; 2010. p. 367-75.
9. **Gutiérrez M.** Evaluación de los sistemas de registros en la atención de enfermería unidad de neonatología hospital clínico regional Valdivia. [Tesis de Pregrado]. Valdivia: Universidad Austral de Chile; 2004.
10. **Vargas C, Ruiz MA.** Aspectos legales de las notas de enfermería. *Enfermería en Costa Rica.* 2003; 25(1):11-8.
11. **Resolución 001715 de 2005.** Ministerio de la Protección Social el cual se modifica la resolución 1995 del 8 de julio de 1999. Bogotá: Minprotección; 1999.
12. **Ley 594 de 2000.** Congreso de Colombia. por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso de Colombia; 2000.
13. **Decreto 4124 de 2004.** Presidencia de la Republica de Colombia., diciembre 10, por el cual se reglamenta el Sistema Nacional de Archivos, y se dictan otras disposiciones relativas a los Archivos Privados. Bogotá: Vice-ministerio de Cultura; 2004.
14. **Circular No. 2 de 1997.** Archivo General de la Nación. Parámetros a tener en cuenta para la implementación de nuevas Tecnologías en los archivos públicos. Bogotá; AGN: 1997.
15. **Proyecto de Reforma al Código de Ética Médica.** Grupo de Médicos Expertos Versión Agosto de 2010. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/DOCUMENTO%20DE%20TRABAJO%20PARA%20LA%20REFORMA%20AL%20C%3%93DIGO%20DE%20C%3%89TICA%20M%3%89DICA.pdf>
16. **Resolución 3374 de 2000.** República de Colombia, Ministerio de Salud, por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados. Bogotá: Ministerio de Salud; 2000.
17. **Resolución 058 de 2007.** Ministerio de la Protección Social, por la cual se deroga la Resolución 1995 de 1999 por la cual se establecieron normas para el manejo de la Historia Clínica. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2007.
18. **Ley 911 de 2004.** República de Colombia, Gobierno Nacional por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad de ontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Gobierno Nacional; 2004.
19. **Silvera-Fajardo MH.** Análisis deontológico y bioético de los registros del Profesional de Enfermería. [Tesis de Postgrado]. Bogotá: Universidad de la Sabana; 2007.
20. **Jiménez M, Vega S, Belloso JJ, Ramos J.** Protocolo Docente de Psicología Clínica. Madrid, España: Hospital Universitario 12 de Octubre; 2012.
21. **Ramos E, Nava G, San Juan D.** El valor que el profesional de enfermería le otorga a los registros y factores que intervienen en su llenado en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. *Arch Neurocienc.* 2011; 16(1):44-51.
22. **Rocano E.** Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergencia de un Hospital General. *Rev Soc Peru Med Interna.* 2008; 21 (2): 51-4.
23. **Domic S.** Importancia de los registros de enfermería. *Medwave.* 2004; 4(4):e2793.

<http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2004.04.2793>

24. **Resolución No. 008430 de 1993.** República de Colombia. Ministerio de Salud, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.
25. **Méndez G, Morales M, Preciado M, Ramírez M, Sosa V, Jiménez M.** La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica.* 2001; 9(1-4): 11-17.
26. **Urquiza R.** Conceptos de calidad en salud. *Evid. actual. práct. Ambul.* 2004; 7:152-5.
27. **Decreto 1011 de 2006.** Presidencia de la República. Ministerio de la Protección Social. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2006.
28. **Ortiz O, Chávez M.** El Registro de enfermería como parte del cuidado. *Rev Fac Cien Salud.* 2006; 8(2):52-56.
29. **Anglade-Vizcarra C.** Características de las anotaciones de enfermería y factores personales e institucionales asociados a su elaboración en el Hospital Nacional 2 de Mayo. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006.
30. **Leiva-Alfaro I.** Gestión del cuidado y calidad a través de los registros de enfermería, SMC Clínica del Maule. VII SOCCAS Congreso de la Sociedad Chilena Asistencial de Calidad Asistencial. Santiago; 2013.
31. **Chávez-Arcos D.** Utilización de los registros clínicos de enfermería por el equipo de salud en los procesos asistenciales de los pacientes del servicio de medicina interna del Hospital Pablo Arturo Suarez. Quito; 2013.
32. **Méndez-Calixto G, Morales-Castañeda MA, Preciado-López ML, Ramírez-Nuñez MR, Sosa-Gonzaga V, Jiménez-Villegas MC.** La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* 2001;9 (1-4): 11-17.
33. **Escalante L.** El arte de registrar, la importancia de los registros de enfermería. San Sebastián: Universidad del País Vasco; 2013.
34. **Romero MJ, Romero E.** Registros de enfermería: La importancia de lo escrito. *Revista Rol de Enfermería.* 2008; 31(9): 580-82.
35. **Torres-Santiago M, Zárate-Grajales RA, Reyna-Matus M.** Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación. *Revista Enfermería Universitaria.* 2011; 8(1):17-25.
36. **Urquhart C, Currell R, Grant MJ, Hardiker NR.** Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009; Jan 21;(1):CD002099.
<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002099.pub2>