

LA DOCUMENTACIÓN ENFERMERA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA DE MÁLAGA

Cristóbal Corral Leal,
Manuel Jiménez Ruiz,
Deogracias González Orihuela,
Isabel M^a Ávila Rodríguez,
M^a Victoria Requena Toro.
Enfermeros Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga

INTRODUCCIÓN

¿Por qué tiene que documentar Enfermería?

Básicamente, uno de los objetivos principales que justifican el acto de registro de la documentación por parte de los profesionales de Enfermería es el de *revelar su rol profesional*: Es una finalidad añadida, derivada en cierta medida de otras más generales, con la que se trata de hacer visible el papel y funciones enfermeras,.

- En otras palabras, con la documentación enfermera deberíamos hacer visibles los “cuidados invisibles”, esas intervenciones que invitan a las personas a tomar conciencia de sus elecciones de salud, a actuar y a llevar a cabo las actividades ligadas a la salud¹. Un sistema organizado y planificado de registro sirve para tener puntos de referencia para dotar de validez la comunicación y organización del trabajo enfermero, respecto a la propia profesión y hacia el resto del equipo asistencial que interactúa con el paciente.
- Es también expresar la práctica completa de la enfermería (Qué + cómo + **design**). El **design** recurre a varios procesos: reflexión, integración de creencias y valores, análisis crítico, aplicación de conocimientos, juicio clínico e intuición, siendo un paso más allá del acto de cuidar, representado por el qué y el cómo del cuidado. Así pues, en este término es posible recoger lo que de común encierra el patrón de comportamiento profesional, la intencionalidad de los actos enfermeros, el arte de la profesión enfermera no encerrado en sus conocimientos como

ciencia, el proceso heurístico del que hacen gala las enfermeras.

- Es un hecho que las disciplinas científicas consiguen su desarrollo gracias al registro, a la constatación por escrito de su desarrollo. Ya Florence Nightingale insistía en la necesidad de registrar, de dejar constancia de todo aquello que las enfermeras realizaran para llevar a cabo su función de cuidar, y ella dio un buen ejemplo. Los registros son, pues, la base del desarrollo profesional y existe, para la enfermera, la obligación de llevarlos a cabo por cuanto que tenemos la obligación profesional y ética de contribuir al desarrollo disciplinar².

¿Sobre qué tiene que documentar Enfermería?

Como norma general cualquier circunstancia que a juicio del profesional deba ser reseñada. Pero específicamente, el núcleo básico y fundamental del registro enfermero es dejar constancia de todos y cada uno de los pasos y fases seguida en la actuación profesional con un paciente. En otras palabras, dejar constancia del proceso de atención enfermera para un paciente. Así, lo primero a registrar será siempre el punto de partida inicial: LA valoración del paciente. A continuación, se pretende dejar constancia fehaciente del momento de juicio profesional, tras razonamiento lógico obtenido de los datos de valoración, sintetizado probablemente en un problema detectado por enfermería que deberá ser resuelto en colaboración con otros profesionales o bien en un problema independiente que el profesional se planteará resolver de forma autónoma. Tras estos pasos, muy

importante, base quizás de muchos de los estudios aportados hasta el momento, se llegará al núcleo de los registros, documentar el plan de cuidados del paciente.

La etapa de planificación se cubre cuando se ha realizado el registro organizado de los datos, análisis, priorizaciones, objetivos e intervenciones. El método para comunicar toda esa información es lo que se conoce como *plan de cuidados de enfermería*.

El plan de cuidados recoge las aportaciones de las fases de valoración y diagnóstico, ayudando a configurar la información, se convierte en el receptor de los resultados de la planificación, facilita la comunicación y permite la evaluación de los cuidados. Por todo ello, el plan de cuidados intenta conseguir los propósitos de:

- Unos cuidados individualizados
- Una continuidad asistencial, con cuidados consistentes y coordinados
- Una comunicación eficiente
- Una evaluación de los cuidados prestados.

Así pues, como define B. Wesorick³, el plan de cuidados es *"un mecanismo de comunicación para transmitir la información de una enfermera a otra a fin de facilitar la prestación de un cuidado individualizado y dotado de una calidad coherente"*.

Según Wesorick, los planes de cuidados se asimilan a la documentación que sería necesaria para contemplar la visión global de lo que realiza enfermería respecto a un paciente determinado. Las características de los planes de cuidados, bajo la premisa de estándares de cuidados, serían las aplicables a la documentación enfermera:

a.- Escritos por un profesional de enfermería: La persona encargada de iniciar el plan de cuidados y hacerse responsable de su desarrollo es el profesional de enfermería.

- El cliente y demás profesionales de la salud estarán implicados en el plan, el cliente contribuirá definiendo y convalidando los resultados y las intervenciones, otros profesionales como auxiliares, fisioterapeutas, asistentes

sociales, logopedas... serán necesarios para desarrollar el plan establecido, sin embargo, es responsabilidad del profesional de enfermería el iniciar el plan de cuidados.

b.- Iniciación desde el primer contacto: Usualmente, la enfermera que obtiene la base de datos iniciales suele ser quien posee mayor información y es probable que sea la que pueda desarrollar un plan de cuidados global. No obstante, es posible por diversas circunstancias que se desarrolle un plan preliminar, que se reúnan los datos que faltan en posteriores contactos, que se perfeccione un plan inicial o que se delegue la responsabilidad de obtener los datos que faltan y de perfeccionar el plan en otro profesional.

- La tendencia actual de disminuir los índices de estancia de los pacientes en los hospitales resalta la importancia de iniciar cuanto antes el plan de cuidados, desde el primer contacto.

Con ello, se consigue fomentar una mayor eficacia y coordinación en la asistencia prestada.

c.- Fácil disponibilidad: Situando el plan en la historia del paciente, en la cabecera de la cama o en el control de enfermería. El fácil acceso incrementa su utilidad y su valor como instrumento de comunicación.

d.- Actualizado: Considerando el plan de cuidados como un borrador continuo que orienta sobre los cuidados del paciente, es obvio que debe estar actualizada la información, revisando o cerrando los diagnósticos, objetivos y actividades que ya no sean válidos.

Tras dejar claras las órdenes de enfermería respecto al paciente, es obvio que a partir de este momento, las actuaciones que se sigan serán reseñar cada intervención, cada respuesta del paciente las intervenciones, los momentos en que se realicen valoraciones focalizadas, la evaluación de los cuidados prestados, anomalías, problemas, variaciones, etc. Justo en este punto es donde deberá

realizarse, en función de los objetivos marcados en el plan de cuidados, la evaluación de los criterios de resultados alcanzados por el paciente para mantener una línea inequívoca de información hacia otros niveles de atención, hacia otros profesionales y hacia el propio paciente, como ocurre en los momentos de alta hospitalaria o remisión del paciente a un nivel especializado de atención sanitaria.

¿De dónde partimos y dónde nos encontramos?

En determinado momento, por parte de la Dirección de Enfermería del Hospital Universitario Virgen de la Victoria, se vio la necesidad de conocer lo que las enfermeras del centro hacían con y en los documentos que manejaban como registros oficiales de los pacientes ingresados. Fue el punto de partida para decidir la creación de una comisión de profesionales que entendieran sobre este tema. En esa misma época se acababa de finalizar el trabajo de otra Comisión encargada de elaborar el Informe de Enfermería al Alta, siendo el claro antecedente para formalizarla. Así fue como nació la Comisión Técnica de Registros Enfermeros (CTRE), como responsable del trabajo coordinado en lo que respecta a la documentación de Enfermería del Hospital.

El punto de dónde iniciar el trabajo surgió de la evaluación de situación que realizaron los propios miembros de la CTRE, recogiendo entre los argumentos y manifestaciones los siguientes respecto a la realidad de los registros enfermeros en nuestro centro:

- No se cumplimentan sistemática ni adecuadamente.
- Escasa unificación de criterios.
- Visión de imposición burocrática o institucional.
- Infravaloración de las actividades propias frente a las tareas delegadas, específicamente la de registrar.
- Bajo nivel de cumplimentación basado en:
 - Minusvaloración de las actividades propias frente a las delegadas.

- Déficit de conocimientos en relación a la terminología a utilizar.
- Infraestructuras laborales inadecuadas para el desarrollo de las actividades intelectuales de enfermería.
- Falta de tiempo.
- Formato de registro inadecuado.
- Quejas sobre que los planes de cuidados no se leen.
- No adecuación del registro con las intervenciones y organización de la unidad.
- Falta de formación para la correcta cumplimentación.
- Falta de motivación en enfermería hacia los registros: (Desconocimiento del valor de la documentación enfermera; no se encuentra el sentido práctico a los registros; no centrados en el paciente como eje de la atención...).

Por otra parte, esos mismos profesionales que intervenían como miembros de la CTRE, valoraron las posibles repercusiones de los registros en la labor diaria de enfermería, desde un punto de vista positivo y que deberían ser la base que sustentara el trabajo de esta comisión:

- Modifica la sistemática de trabajo: Es distinto trabajar "con" que "sin registros". El tiempo disponible para las tareas ha de ser distribuido de manera muy diferente.
- Ese cambio específico provoca en diversos sentidos un cambio más general en la organización del trabajo en equipo: Los registros ponen de manifiesto la continuidad en la prestación de los cuidados.
- Relacionado con lo anterior, es necesario combinar nuevas soluciones a las situaciones asistenciales, tomando como referencia la documentación clínica: Planes de cuidados estandarizados, vías clínicas, mapas de cuidados...

- Cada profesional necesita readaptar sus esquemas mentales y conceptuales a la situación de registrar.
- Es necesario creer que se trata de una necesidad, una obligación o un deber profesional más que de una imposición institucional o burocrática.
- Facilitan aspectos formativos, investigadores, de gestión y de mejora de la calidad.

¿Qué queremos conseguir?

Solventar cierto dilema que se plantea a la hora de reflexionar sobre la documentación enfermera en nuestro sistema sanitario, donde se convive con dos perspectivas diferenciadas, por la cuales en una se valoran aspectos que poco o muy sesgadamente tienen que ver con el trabajo enfermero y en la otra se entiende que descubrir la labor enfermera es responsabilidad propia e ineludible de los propios profesionales enfermeros⁴.

Contestar todos estos interrogantes, en los que sólo cabe una única respuesta: Registrar, documentar la labor enfermera, demostrar documentalmente el desarrollo enfermero, incrementar el conocimiento de la ciencia de los cuidados gracias a los datos sobre los que investigar, evaluar el nivel de cuidados, establecer el verdadero nivel de formación que se precisa y conseguir hacer valer los datos enfermeros.

LA COMISIÓN TÉCNICA DE REGISTROS ENFERMEROS

Como ya se ha dicho, esta Comisión fue la heredera del trabajo iniciado por la Comisión de Alta Enfermera, formada en el año 1998 y que se planteó para el año 1999 los siguientes objetivos:

1º Plantear estrategias para la difusión total en las unidades de la hoja de alta enfermera.

2º Impartir sesiones monográficas en las unidades enfermeras sobre la hoja de alta.

3º Establecer nexos de unión en las que exista reciprocidad en la información por Atención Primaria y Atención Especializada.

4º. Confección definitiva del registro de alta enfermera.

OBJETIVOS DE LA COMISIÓN

El 27 de enero de 2000, se constituyó oficialmente la CTRE. Desde entonces, los objetivos de cada año han sido los siguientes

Objetivos del año 2000:

- Difusión e información de la creación de la Comisión de Registros Enfermeros, su estructura, cometidos y funcionamiento.
- Realizar la recopilación, estudio y análisis de los registros enfermeros que actualmente están en curso en el Complejo Hospitalario.
- Definir la composición del dossier enfermero que debe aparecer en la Historia Clínica de los pacientes atendidos en el Complejo Hospitalario.
- Creación de un registro de Consentimiento Informado para los procedimientos enfermeros.

Objetivos del año 2001:

- Adecuación de los registros de proceso enfermero de las unidades al modelo de Virginia Henderson.
- Iniciar el proceso de unificación de los registros.
- Creación de un modelo guía de cumplimentación de los distintos registros del complejo hospitalario.
- Creación de un registro enfermero de consentimiento informado.
- Actualización del manual del dossier enfermero.
- Difusión de la comisión de registros a través de sesiones y publicaciones en revistas.
- Información a la junta de enfermería de las decisiones acordadas en las diferentes reuniones del año.

Objetivos del año 2002:

- Homogeneizar y confeccionar todos los registros básicos de enfermería de las unidades.
- Adecuar guía de cumplimentación a los registros básicos.
- Actualizar el manual de registros enfermeros.
- Creación de registro de consentimiento informado.
- Difusión e información de la actividad de la comisión al personal del centro.

Objetivos del año 2003:

- Completar la homogeneización de los registros básicos de enfermería en las unidades.
- Completar la adecuación de la guía de cumplimentación de los registros básicos.
- Actualizar el manual de registros enfermeros.
- Creación del registro de consentimiento informado.
- Difusión e información de la actividad de la comisión al personal del centro, mediante actividades específicas de formación.
- Tutelar la calidad en los aspectos referidos al I.C.A., como grupo encargado a nivel interno del hospital y coordinado con la Comisión de Cuidados de Área.
- Realizar una primera evaluación de la situación de los registros en una muestra de unidades del centro, mediante uso de los criterios marcados por la comisión.

Objetivos del año 2004:

- Continuar con la elaboración en la homogeneización de los registros básicos enfermeros del centro.
- Colaborar en la adecuación de la guía de cumplimentación de los registros básicos enfermeros del centro.
- Edición de catálogo de registros básicos de enfermería del Hospital Universitario Virgen de la Victoria.
- Difusión y entrega a los responsables de enfermería del centro del manual con los registros básicos enfermeros.
- Entrega al servicio de Documentación Clínica de los diferentes registros con la codificación indicada por el mismo.

- Entrega a Reprografía de los diferentes registros con la codificación indicada por el servicio de Documentación Clínica para su uso como documento original.
- Información en las reuniones programadas de los acuerdos adoptados por la Comisión de Coordinación de Cuidados de Área.
- Colaborar y facilitar la publicación de los documentos presentados a esta comisión en la revista Enfermería Docente.
- Potenciar la elaboración de registros estandarizados de Cuidados al alta.

MÉTODO DE TRABAJO DE LA COMISIÓN

La CTRE se conforma como un grupo de trabajo de profesionales del Hospital Universitario Virgen de la Victoria, con carácter voluntario. Basándose en los principios que regulan su funcionamiento, así como en el afianzamiento en el tiempo de la Comisión, sus resultados y el reconocimiento institucional que posee, se constituye en grupo de "expertos", de tal manera que sus acuerdos son una base crítica para desarrollar todos los aspectos referidos a la documentación y registros enfermeros. Es de señalar que desde su creación, la CTRE posee unas normas de funcionamiento que regulan de manera consensuada los procedimientos y circuitos para introducir, elaborar y mejorar los documentos que Enfermería debe usar en este centro (Anexo 1).

Existen diferentes opciones a la hora de establecer una metodología de elaboración de protocolos, documentos o cualquier otro aspecto asistencial susceptible de ser protocolizado: Cabe la opción de realizar una exhaustiva revisión bibliográfica actualizada y redacción del informe por parte de la comisión correspondiente; otra posibilidad es el consenso entre un grupo de expertos mediante discusiones de opinión y concretado en documento consensuado; por último, existe la posibilidad más elaborada de combinar la revisión bibliográfica con el proceso formal de discusión en grupo e informe final consensuado⁵. En cualquier caso, el hecho de existir una metodología

para elaborarlos, dota al documento correspondiente de un mayor nivel de calidad que cuando no existe.

RESULTADOS DEL TRABAJO DE LA COMISIÓN, SEGÚN SUS OBJETIVOS

Hasta la fecha, es necesario puntualizar que los objetivos planteados por los miembros de la CTRE, se han ido cumpliendo en un nivel altamente satisfactorio, a pesar del reto que alguno de ellos suponía. De entre los resultados que pueden dar idea del trabajo desarrollado hasta el momento, se destacarían por su relevancia los siguientes:

- El punto inicial del trabajo de la CTRE se dirigió a recopilar toda la información disponible sobre los documentos que existían en el Hospital, además de recabar un original de cada uno de ellos para su estudio y catalogación. Tras este punto, se procedió al análisis de toda esa documentación, fruto de lo cual se creó un primer *borrador de Manual de Registros Enfermeros del Hospital Universitario Virgen de la Victoria*.
- En ese análisis se procedió a clasificar los documentos, distinguiendo, por un lado, aquellos que poseían un uso compartido entre dos o más profesionales sanitarios (por ejemplo. médico-enfermera) o eran de uso exclusivo de enfermería y, por otro lado, dentro de estos documentos que eran de uso exclusivo del personal de enfermería, se distinguió entre los que eran utilizados como de recurso general para la organización en el servicio, como hojas de relevo, anotaciones de dietas, ayunas, etc., o bien para el soporte hostelero, mantenimiento, cocina, almacén, etc., es decir, de apoyo al trabajo diario en las unidades, de aquellos otros que poseían un indudable carácter profesional enfermero, es decir, que componían la documentación que soporta el desarrollo particular del proceso enfermero o plan de cuidados para un paciente. Así se obtuvo la *Clasificación de Registros Enfermeros*, que daba forma

y lógica a la diversidad de documentos (Anexo 2).

- El objetivo siguiente era iniciar el proceso de homogeneización de la documentación, de manera que la variabilidad por unidades y servicios se estableciera en los mínimos imprescindibles. Esto se inició en los contenidos básicos, llegando a establecerse por la CTRE el *formato tipo del documento enfermero en la Historia Clínica del paciente* (Anexo 3).
- Un paso más, que facilitara los objetivos propuestos, iba en el sentido de unificar criterios en lo referente a la documentación enfermera. Un punto esencial fue definir qué documentos serían los que básicamente deberían estar en la Historia Clínica de cualquier paciente ingresado en nuestro hospital. Éste fue la propuesta presentada y aprobada por la CTRE como *Documentación enfermera mínima y básica para la Historia Clínica* y consensuada con el Servicio de Documentación Clínica (Anexo 4).
- *Coordinación con los sistemas de información del centro*, en particular con el Servicio de Documentación Clínica y con la Comisión de Historias Clínicas. Este es un elemento crítico que aporta legitimidad a todo estos planteamientos y lo integra en el entramado organizativo del centro. Este hecho se inició justo al plantearse los documentos básicos de la Historia Clínica por parte de Enfermería, así como en la adecuación de toda la información que aporta este colectivo.

De común acuerdo con los responsables del Servicio de Documentación Clínica, se han formalizado y estandarizado determinados aspectos que serán comunes en una mayoría de documentos, lo que redundará en facilitar la homogeneización de los registros, así como en reducir la variabilidad de contenidos y diversidad de documentos. En conclusión, para determinar cuanto antes la estructura definitiva de la documentación que debe aparecer en la Historia Clínica de los pacientes, las

propuestas fueron consensuadas con el Servicio de Documentación Clínica:

- ✓ Establecer el número y tipo de documentación mínima, de carácter básico que deberá aparecer en cualquier Historia Clínica, de responsabilidad directa de Enfermería.
- ✓ Dar a conocer la estructura definitiva de toda la documentación que enfermería puede aportar y cumplimentar en el Centro.
- ✓ Reglamentar de manera absoluta, la metodología y circuito (Ya establecido por las Normas y reglamento de funcionamiento de la CTRE) para la presentación y puesta en marcha de nuevos registros en las unidades.
- ✓ Limitar la producción indiscriminada de documentos y conocer en todo momento por los interesados la situación de éstos.
- ✓ Difundir todo lo anterior entre los Mandos Intermedios y profesionales de Enfermería en cada una de las Unidades.
- ✓ Posicionamiento patente de la Dirección, con especificación de responsabilidades en todo este asunto, e implicación ineludible de los Mandos Intermedios.
- ✓ Abrir la posibilidad de desarrollar programas de mejora continua de calidad, con diferentes perspectivas:
 - Detección de necesidades y oportunidades de mejora.
 - Ordenación y estructuración de las Historias Clínicas.
 - Cumplimentación de registros.
 - Circuitos y protocolos.
 - Monitorización de diversos indicadores a través de la documentación.
- ✓ Diseñar planes formativos y ofrecer ideas para futuros proyectos de investigación relacionados, en función del análisis de los datos que se vayan aportando.
- *Clasificación codificada de documentos enfermeros en la Historia Clínica:* Tomando como referencia lo apuntado en el apartado anterior, se ha procedido a codificar cada uno de los documentos que

podrán aparecer en la Historia Clínica de los pacientes, específicamente de cumplimentación por Enfermería. La clasificación de registros enfermeros se transformaría en una clasificación codificada. Hasta la fecha, se han establecido los códigos correspondientes a los documentos actualmente en uso en las unidades, que han sido revisados y aprobados en la CTRE (Anexo 5). En la relación adjunta a este informe se aporta copia de dichos documentos.

- *Proceso de actualización y homogeneización para Enfermería:* Es el proceso actual en el que la CTRE está trabajando, acorde con la propuesta de objetivos que se plantearán para el año 2005 (Anexo 6), donde entre otros asuntos se encuentran los de elaborar las guías de cumplimentación correspondientes a los registros básicos enfermeros, recopilar en una nueva fase los documentos en uso en las unidades de enfermería del hospital y construir con ellos el Manual de Registros Enfermeros, con la información complementaria que lo sustente.
- Como punto particular, en consonancia con objetivos anteriores y entre los previstos para el próximo año, se encuentra el diseñar un proceso de seguimiento para evaluación de calidad de los registros enfermeros en las unidades, que pueda dar a paso a programas de mejora en dichas unidades. Como punto de referencia se encuentran los criterios, ya elaborados y aprobados por CTRE, que pueden ser el eje para configurar el programa de seguimiento y monitorización a más largo plazo (Anexo 7).

ANEXO 1: NORMAS DE FUNCIONAMIENTO Y REGLAMENTO DE LA COMISIÓN DE REGISTROS ENFERMEROS DE LA DIVISIÓN DE ENFERMERÍA:

Art. 1: A instancias de la Dirección de Enfermería del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga y al amparo de lo establecido en el artículo 14 del Decreto

462/1996 de 8 de Octubre de la Consejería de Salud sobre Ordenación de la Asistencia Especializada y Órganos de Dirección de los Hospitales, se constituye la Comisión de Trabajo o Comisión Consultiva, dependiente, a su vez, de la Junta de Enfermería, denominada *Comisión Técnica de Registros Enfermeros*.

Art. 2: Serán funciones específicas de la Comisión Técnica de Registros Enfermeros las siguientes:

- a.- Establecer, normalizar y diseñar los documentos que componen el dossier enfermero, para las unidades de la Dirección de Enfermería del Hospital Universitario Virgen de la Victoria, incluyendo a sus centros adscritos.
- b.- Definir los contenidos de los registros enfermeros, la adecuación de los mismos a la normativa general que prevé el Comité de Historias Clínicas, Documentación e Información, así como su actualización a las demandas que origine la actividad asistencial.
- c.- Aprobar la propuesta de diseño y puesta en marcha de nuevos registros o la modificación de alguno de los ya existentes, elevando dicha propuesta a la Junta de Enfermería para su aprobación definitiva.
- d.- Definir los circuitos para la creación de nuevos registros y controlar las fases en la que se encuentre hasta su implantación.
- e.- Fijar los mecanismos de control adecuados para la monitorización de los registros enfermeros en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria.
- f.- Informar y actuar sobre la base de aquellas otras propuestas que defina la Junta de Enfermería y/o la Dirección de Enfermería, en lo concerniente a la documentación enfermera.

Art. 3: Para una adecuada operatividad, para una información directa y el conocimiento de los órganos de responsabilidad y ejecutivos y para una organización coordinada se establece la siguiente dependencia orgánica de la Comisión Técnica de Registros Enfermeros:

- **Línea de dependencia normativa y resolutoria:** Corresponde a la Junta de

Enfermería y Dirección de Enfermería, como órganos de máxima responsabilidad y de toma de decisiones en la División de Enfermería, quienes poseerán la potestad de promover, crear, conocer, aprobar y/o rechazar los acuerdos de esta Comisión de Trabajo.

- **Línea de dependencia organizativa y de coordinación de actividades:** En el nivel operativo, donde se incluyen las funciones de coordinación, generación de actividades, apoyo logístico, convocatoria de sesiones, archivo de documentación y centralización de información, son asignadas al Bloque de Formación e Investigación, mediante la Unidad de Proceso Enfermero, como instancias responsables de la buena marcha del trabajo en la Comisión.

Art. 4: El tiempo de actuación y vigencia de la Comisión será de un año natural.

Art. 5: La Comisión Técnica de Registros Enfermeros estará integrada por profesionales que desarrollen su labor en la División de Enfermería del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga, con obvia inclusión de sus Centros adscritos. Eventualmente, a propuesta de la propia Comisión, podrán participar como miembros asesores y colaboradores otros profesionales procedentes de otros Centros Asistenciales o Docentes, relacionados en su actividad con el Hospital.

Aquellos profesionales que soliciten participar en la comisión posteriormente a su creación se consideraran como miembros colaboradores con voz, pero sin derecho a voto.

5.1: Se formará parte como miembro activo de la Comisión por decisión voluntaria, expresada por escrito ante el Bloque de Formación e Investigación e información a la Unidad de Proceso Enfermero.

5.2: Para que, sobre todo, no se vea alterada la operatividad de la Comisión, se establece como número óptimo máximo de miembros en 15 profesionales. No obstante, si este número se supera, por acuerdo de la propia Comisión se podrán crear *Subcomisiones específicas* para diversificar la oferta de trabajo.

5.3: Las subcomisiones antes citadas se atenderán a las normas de funcionamiento,

acuerdos y tiempo de vigencia establecidos para esta Comisión Técnica de Registros Enfermeros, de la que dependen. En todo caso, para que una propuesta sea aprobada y pueda ser elevada a la Junta de Enfermería, deberá ser aprobada en sesión plenaria de la Comisión Técnica de Registros Enfermeros, sin perjuicio de mantener lo especificado en el artículo 8 de este mismo reglamento.

Art. 6: Para la estructuración y definición de funciones entre sus miembros, la Comisión Técnica de Registros Enfermeros contará al menos con los siguientes cargos de responsabilidad:

- *Coordinador de la Comisión:* Actuará como presidente y representante de la Comisión en aquellos foros e instancias que así lo soliciten, coordinando, conjuntamente con el Secretario, el desarrollo de las reuniones y trabajo de la Comisión.
- *Secretario de la Comisión:* Sustituirá al coordinador en ausencia de éste, siendo el responsable de convocar a los miembros a las reuniones y recoger las actas de las mismas.
- *Vocal de la Junta de Enfermería:* Esta figura deberá, preferentemente, recaer sobre un profesional que sea miembro de la Junta de Enfermería, actuando como enlace entre la Comisión y el Pleno de la Junta de Enfermería.
- *Otros cargos:* Por decisión en el seno de las Comisiones podrán crearse otros vocales con áreas de responsabilidad especificadas en las normas de funcionamiento de dicha comisión (P.ej.: Vocal de archivo y documentación).

Art. 7: De forma ordinaria, las reuniones tendrán una periodicidad de una al trimestre, aprobándose en la primera sesión el calendario anual de reuniones. De forma extraordinaria, se realizará cuando los miembros de la Comisión lo estimen oportuno.

7.1: En la convocatoria de cada reunión, que realizará el secretario, constará fecha, hora, lugar y orden del día, incluyéndose en el orden la lectura y aprobación de la reunión anterior.

7.2: En las actas de cada reunión aparecerá: El orden del día de la reunión, asistentes, acuerdos adoptados, objetivos anuales aprobados por la Comisión (en la primera reunión del año), evaluación de objetivos (en la sesión final del año) y la firma de al menos el 50 % de los miembros refrendando el acta.

Art. 8: Los acuerdos que se adopten en la Comisión deberán ser por consenso. En caso de no llegarse a acuerdo, la mayoría exigida para valorarse como acuerdo de la Comisión será de 2/3 de los miembros. Si persistiese el desacuerdo manifiesto, cabría la posibilidad de elaborar propuestas divergentes para elevarlas al Pleno de la Junta de Enfermería donde se analizarán y se establecerá la decisión pertinente.

Art. 9: Para recoger inquietudes de los profesionales y de las unidades en los aspectos a que se refieren la Comisión Técnica de Registros Enfermeros, se establece un circuito específico para conocer, informar y poner en marcha la implantación de cualquier nuevo documento o la modificación de alguno de los ya existentes.

9.1: Los objetivos que se persiguen con la implantación de dicho circuito son:

- a.- Conocimiento, información y difusión para que el registro a implantar sea conocido, informado y tenga el visto bueno de todos los responsables que competen de la Dirección de Enfermería, asegurando su difusión.
- b.- Implicación de la Junta de Enfermería para que, como órgano de representación profesional, tenga una implicación directa y formal en la documentación enfermera del Hospital.
- c.- Garantías de implantación para que el documento, como propuesta elaborada, en el momento de afrontar su debate en el Comité de Historias Clínicas, Documentación e Información haya alcanzado un grado de consenso, filtrado y depuración

que no exija un gasto de recursos y tiempo innecesarios, ganándose en eficacia y organización.

- d.- Adecuación a la política institucional para que la documentación enfermera, en consonancia con los retos planteados en el Plan Estratégico del S.A.S. y recogidos en la orientación de los servicios sanitarios en el marco del II Plan Andaluz de Salud, sirvan para fomentar la autonomía profesional del colectivo, encauzándola hacia la configuración definitiva de su herramienta profesional básica: el Proceso Enfermero.

9.2: El circuito que deberán seguir los proyectos de registro hasta que se formalicen como acuerdos que se adopten en Comisión para su aprobación en Junta de Enfermería será el siguiente:

1. *Proyecto de registro:* Independientemente del mecanismo por el que surge la idea del nuevo documento, en el proyecto inicial de éste se contemplará el contenido, la propuesta de formato y la justificación de su necesidad de implantación.
2. *Supervisor de la unidad:* El responsable de la Unidad en la que surge el proyecto será el encargado de presentarlo, una vez depurada la información necesaria, y quien lidere las estrategias para su pilotaje e implantación. En este sentido, los proyectos de registros deberán tender, desde este punto, a su aprobación por la Comisión de Registros Enfermeros para su puesta en marcha oficial, para lo cual sería deseable que para ganar en calidad, coherencia y validez, estos proyectos cumplieran determinados trámites a modo de filtro, para que junto con su aprobación se tuviera una cierta garantía de su viabilidad.

Los requisitos a que se hacen referencia podrían estar expuestos en formato de fases en las que se encontraría cada proyecto de registro, tal y como se recogen en el apartado 9.3 de este reglamento.

3. *Bloque de Formación e Investigación:* El supervisor tramitará al Bloque de Formación e Investigación la petición correspondiente para formalizar el nuevo registro, para su evaluación y elaboración del boceto según formato oficial, contactando con el Servicio de Documentación Clínica del Centro, conformándose así la propuesta para la Comisión de Registros Enfermeros.
4. *Estudio por la Comisión Técnica de Registros Enfermeros:* El Bloque de Formación e Investigación remitirá a través de la Unidad de Proceso Enfermero la propuesta de nuevo registro para su estudio, valoración y configuración definitiva a la Comisión de Registros Enfermeros, quien lo deberá aprobar en sesión plenaria de sus miembros.
5. *Dirección de Enfermería y Junta de Enfermería:* Los acuerdos adoptados por la Comisión, con el formato de propuesta, se enviarán a la Dirección de Enfermería, para su aceptación y presentación a la Junta de Enfermería, quién deberá dar su aprobación definitiva del registro, como última instancia de la División de Enfermería.
6. *Comité de Historias Clínicas, Documentación e Información:* Si la propuesta aprobada de documento es para uno que deba ser incluido en la Historia Clínica de los pacientes, dicha propuesta en Junta será remitida al Comité de Historias Clínicas, el cual, tras valorarlo y considerarlo pertinente, podrá dar la aprobación para

convertir el registro en un documento oficial, para que así conste en la Historia Clínica del paciente y se haga extensivo a todas las Unidades del Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

9.3: Para el seguimiento y control de cualquier registro o proyecto, éstos podrán encontrarse en alguna de las siguientes fases o situaciones:

1. **FASE 1 DE PRUEBA EN LA UNIDAD:** En la Unidad donde surge el proyecto inicial debería haber probado el documento, con un formato provisional, siendo en este punto responsabilidad del supervisor su control y revisión. Sería aconsejable que se aportara datos sobre el conocimiento y la aprobación del personal asistencial implicado (Acta de la reunión donde se decide y aprueba llevar a cabo el nuevo registro). Esta fase se daría por concluida tras realizarse una 1ª evaluación, con resultado positivo, por los mandos intermedios correspondientes (supervisor).
2. **FASE 2 DE PILOTAJE:** Se exigirá para el inicio de esta fase la información, el asesoramiento y el consenso entre los mandos intermedios de la Unidad, el bloque de Formación e Investigación (Unidad de Proceso Enfermero) y la Comisión de Registros Enfermeros. Tras obtener dicho consenso se procederá a elaborar *un formato de pilotaje* y posteriormente realizar una *evaluación* de esta fase por la Comisión Técnica de Registros Enfermeros. Durante esta fase será posible realizar modificaciones, adecuaciones y rectificaciones al documento provisional, tras valoración por la Comisión.
3. **FASE 3 DE APROBACIÓN EN LA COMISIÓN:** Una vez se cuente con el visto bueno del documento por la Comisión, éste permanecerá todavía en situación

de pilotaje, en tanto la propuesta no sea revisada y aprobada por el Pleno de la Junta de Enfermería.

4. **DOCUMENTO OFICIAL DE LA DIVISIÓN DE ENFERMERÍA:** Para ello, la propuesta de registro contará con la aprobación de la Junta de Enfermería, pudiendo desde este momento ser exigible por la Dirección de Enfermería y estar implantado a nivel general del complejo hospitalario, a la vez que se eleva la propuesta, desde este órgano al Comité de Historias Clínicas.
5. **DOCUMENTO OFICIAL DE LA HISTORIA CLÍNICA:** El documento enfermero sería analizado por el Comité de Historias Clínicas, el cual deberá dar su aprobación para que sea incluido como registro oficial en el dossier enfermero que contempla la Historia Clínica de los pacientes del Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

Art. 10: La disolución de la comisión se producirá con la conclusión del año natural (Mes de Diciembre), tras celebrarse la última reunión y realizar un análisis evaluativo del trabajo desarrollado.

Art. 11: Anualmente, por parte de la Jefatura de Bloque de Formación e Investigación, se emitirá certificado acreditativo de la pertenencia y trabajo desarrollado por cada uno de los miembros de la Comisión.

Art. 12: Por parte de la Dirección de Enfermería y por ende de los mandos intermedios de la División se procurará, dentro de los límites organizativos y de disponibilidad, facilitar la labor de los miembros integrantes en cada una de las Comisiones.

Art. 13: Para todo aquello que no aparezca regulado en el presente reglamento, será de aplicación como norma supletoria los acuerdos adoptados por la Junta de Enfermería sobre Normas de Funcionamiento y Reglamento de la Comisiones de Trabajo de la Dirección de Enfermería.

Málaga, a 3 de Marzo de 2004

ANEXO 2: CLASIFICACIÓN DE REGISTROS ENFERMEROS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA DE MÁLAGA

Esquema de Clasificación de los documentos enfermeros del Hospital Universitario Virgen de la Victoria

DEFINICIÓN DE REGISTRO ENFERMERO

De manera complementaria a otras definiciones o aportaciones de ámbito legal⁶⁻⁷ o con carácter más o menos científico^{2-3, 8-11}, por parte de la Comisión Técnica de Registros Enfermeros se establece que tendrá la consideración de registro de enfermería todo *aquel documento que refleja cualquier acción o actividad realizada por los profesionales de enfermería a una persona en el uso de sus funciones profesionales, en el contexto asistencial del hospital*. Esta definición se complementa con que las anotaciones deberán estar hechas por los propios profesionales que ejecutan dichas acciones, además de poseer el carácter de centrado en el propio paciente, con la única intención de facilitarle la asistencia en cuidados.

Está claro que el registro de cuanto acontece en la atención directa y relaciones entre enfermera y paciente deberá reflejarse en un registro y dicho registro deberá constar en un expediente más amplio que contenga aquellos otros documentos que transcriben los momentos de la asistencia sanitaria dada al paciente por parte del resto de profesionales. Se entiende que dicho expediente es la Historia Clínica del paciente.

A- DOSSIER DE ENFERMERÍA (HISTORIA CLÍNICA)

- A.1- DOCUMENTOS DE PROCESO:
 - A.1.1- BÁSICOS.
 - A.1.2- FUNCIONALES.
- A.2- DOCUMENTOS CLÍNICOS:
 - A.2.1- BÁSICOS.
 - A.2.2- FUNCIONALES.

B- DOCUMENTOS DE TRABAJO EN LAS UNIDADES.

TIPOS DE DOCUMENTOS

En la División de Enfermería del Hospital Virgen de la Victoria existen como documentación enfermera los siguientes tipos de documentos y registros:

A.- Documentos del dossier enfermero:

Son aquellos documentos y registros que deberán ser incluidos en la historia clínica del paciente. Estos documentos serán los que sigan el procedimiento establecido en las normas de funcionamiento de la Comisión Técnica de Registros Enfermeros, apartado 9.2, hasta llegar a ser aprobados como documentos a integrar en la Historia Clínica del paciente.

- A nivel organizativo y descriptor de la labor profesional, los documentos del dossier enfermero se pueden catalogar como:
 - **Documento de proceso:** Se entienden así, aquellos que reconocen en su estructura y contenidos las bases lógicas y conceptuales de la aplicación del Proceso Enfermero, como herramienta básica de la labor profesional, y todos aquellos que en cualquier medida permitan plasmar la actuación enfermera desde una perspectiva teórica o conceptual determinada, haciendo valer el papel autónomo y de propio control profesional, con la perspectiva en el modelo de enfermería primaria.
 - **Documento clínico:** Se consideran como tales, toda aquella documentación, que formando parte de la asistencia básica al paciente, recogen actividades complementarias, de apoyo, de interés general para el equipo asistencial y de actividades interdependientes.
- A la vez, cualquier documento anterior, se podrá catalogar como alguno de los siguientes tipos, con el objetivo de obtener una clasificación eficaz:
 - **Documento básico:** Son los que poseen una implantación general, en todo el complejo hospitalario, o bien en un número variable de Unidades donde se impliquen varios bloques

asistenciales o servicios muy diversos en cuanto a especialidades médicas.

- **Documento funcional:** Son aquellos que tienen una implantación localizada, bien en áreas funcionales o estructurales muy determinadas, o bien por especialidades muy circunscritas.

B.- Documentos de trabajo: Son aquellos documentos y registros que actúan básicamente de apoyo, control y de interés específico para las Unidades, con un uso demostrado y valorado, pero que no necesariamente deberán incluirse en la historia clínica.

Relación de algunos documentos según esta clasificación:

A- DOSSIER DE ENFERMERÍA (HISTORIA CLÍNICA)

- **A.1- DOCUMENTOS DE PROCESO:**
- **A.1.1- BÁSICOS:**
 - Valoración
 - Planificación de Cuidados
 - Registro de Actividades
 - Informe de Cuidados al Alta
 - Consentimiento informado
 - Consentimiento para uso de la imagen corporal
 - Registros específicos para garantizar la calidad de los cuidados
 - Registro Perioperatorio
- **A.1.2- FUNCIONALES:**
 - Partograma
 - Neonatos
 - Críticos
 - Mapas de cuidados
- **A.2- DOCUMENTOS CLÍNICOS:**
- **A.2.1- BÁSICOS:**
 - Gráfica
 - Órdenes y control de tratamiento
 - Defunción
 - Alta voluntaria
- **A.2.2- FUNCIONALES:**
 - Técnicas específicas
 - Pruebas diagnósticas y terapéuticas

B- DOCUMENTOS DE TRABAJO EN LAS UNIDADES:

- Registro de actividades de la auxiliar de enfermería
- Libros de registros (Ingresos, altas, traslados, etc.)
- Hoja de dietas

- Solicitud de material estéril
- Solicitud de stock a Farmacia
- Solicitud de PRN
- Informe de relevo
- Registro de revisión de carro de emergencias
- Registro de revisión de material y aparataje
- Ficha de control de pacientes ingresados
- Hoja de pedido extra a Cocina
- Talonario petición de estupefacientes
- Solicitud de materiales a lencería y otros servicios (Talón de encargo)
- Talonario de averías
- Libro de control de estupefacientes (Entradas y salidas)

ANEXO 3: FORMATO TIPO DE REGISTRO ESTÁNDAR PARA LA DOCUMENTACIÓN ENFERMERA DE LA HISTORIA CLÍNICA

ANEXO 4: DOCUMENTACIÓN ENFERMERA MÍNIMA Y BÁSICA PARA LA HISTORIA CLÍNICA

La Comisión Técnica de Registros Enfermeros, en coordinación con el Servicio de Documentación Clínica del Hospital, propone que la relación de documentos básicos, que deberá formar parte de la Historia Clínica y que cualquier paciente ingresado en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria tendrá en ella, sea la siguiente:

1. **Registro de valoración enfermera inicial (Deberá concluir en relación de problemas y/o DdE, si procede).**
2. **Registro de control de constantes y/o gráficas.**
3. **Registro de Actividades.**
4. **Hoja de control y administración de tratamiento y/o medicación.**
5. **Registro de evolución enfermera (Con especificación de problemas y/o DdE reseñados).**
6. **Informe de Cuidados al Alta.**
7. **Registro perioperatorio, en pacientes quirúrgicos.**

La anterior relación es la relación mínima y obligatoria que deberá aparecer en la Historia Clínica sobre documentación enfermera. No obstante, dependiendo de la casuística personal y clínica de cada

paciente se deberán incorporar todos aquellos otros registros, considerados como integrantes de la Historia Clínica, definidos así en la *Clasificación Codificada de Registros Enfermeros*.

ANEXO 5: RELACIÓN DE REGISTROS ENFERMEROS CODIFICADOS

TIPO DE DOCUMENTO	CÓDIGO
Valoración enfermera	02.05
Valoración enfermera en Urgencias	02.06
Planificación / Ejecución enfermera	02.17
Actividades de colaboración de Auxiliares	02.17
Gráficas de constantes y actividades	02.11
Gráfica de constantes (Antigua –en desuso-)	02.25
Evolución de enfermería	02.14
Informe de Cuidados al Alta	00.10
Informe de Continuidad de Cuidados al ingreso en planta	06.37
Registro de control nocturno de Psiquiatría	06.39
Registro de control de objetos personales	06.31
Registro de control de pruebas complementarias Psiquiatría	06.32
Registro de control de sujeción física en Psiquiatría	06.38

ANEXO 6: PROPUESTA DE OBJETIVOS PARA EL AÑO 2005 DE LA COMISIÓN TÉCNICA DE REGISTROS ENFERMEROS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA DE MÁLAGA

- Homogeneizar los registros básicos enfermeros del hospital.
- Dotar a los registros básicos de la guía correspondiente de cumplimentación.
- Actualizar el catálogo de registros enfermeros del hospital, de acuerdo con el servicio de documentación clínica.
- Información y difusión del manual de registros enfermeros.
- Fomentar la elaboración y cumplimentación de registros esenciales en la continuidad de cuidados.

- Colaborar con el resto de las Comisiones Técnicas para facilitar el soporte a los materiales que se precisen para cada uno de sus apartados.
- Diseñar proyecto de seguimiento de los registros enfermeros, con el fin de llevar a cabo propuestas de mejora continua en la calidad de los mismos.

ANEXO 7: CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA UN PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN APROBADOS POR LA COMISIÓN TÉCNICA DE REGISTROS ENFERMEROS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA DE MÁLAGA

1. Existe registro de valoración enfermera del paciente, en la HC o en los archivos de uso de la unidad.
2. Existe registro de control de constantes y/o gráfica del paciente, en la HC o en los archivos de uso de la unidad.
3. Existe registro de Actividades aplicadas al paciente, en la HC o en los archivos de uso de la unidad.
4. Existe registro de control y administración de tratamiento y/o medicación del paciente, en la HC o en los archivos de uso de la unidad.
5. Existe registro de evolución enfermera del paciente, en la HC o en los archivos de uso de la unidad.
6. Existe registro perioperatorio del paciente, en la HC o en los archivos de uso de la unidad.
7. Existe registro de Informe de Cuidados al Alta del paciente disponible en la unidad.
8. La/el enfermera/o realiza I.C.A. a todos los pacientes dados de alta en la unidad.
9. La/el enfermera/o realiza I.C.A. a determinados pacientes dados de alta en la unidad.
10. Existen datos mínimos de filiación del paciente que identifican el registro de valoración enfermera.
11. Existen datos mínimos de filiación del paciente que identifican el registro de control de constantes y/o gráfica.
12. Existen datos mínimos de filiación del paciente que identifican el registro de Actividades.

13. Existen datos mínimos de filiación del paciente que identifican el registro de control y administración de tratamiento y/o medicación.
14. Existen datos mínimos de filiación del paciente que identifican el registro de evolución enfermera.
15. Existen datos mínimos de filiación del paciente que identifican el registro perioperatorio.
16. El registro de valoración enfermera contiene datos clínicos significativos del paciente.
17. El registro de control de constantes y/o gráfica contiene datos clínicos significativos del paciente.
18. El registro de actividades contiene datos clínicos significativos del paciente.
19. El registro de control y administración de tratamiento y/o medicación contiene datos clínicos significativos del paciente.
20. El registro de evolución enfermera contiene datos clínicos significativos del paciente.
21. El registro perioperatorio contiene datos clínicos significativos del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El Pensamiento Enfermero. Barcelona: Masson S.A. 1996.
- ² Benavent Garcés MA, Leal Cercós MI. Los registros de Enfermería: Consideraciones ético-legales. Ponencia presentada en I Trobada d'Infermeria Comunitària. Asociación de Enfermería Comunitaria Valencia, celebrada en Valencia en Octubre de 1998. Publicado en CB N^o 41,^o 1^o 2000. Disponible en URL: http://www.bioeticaweb.com/Comentarios_juridicos/Benavent_regist_enferm.htm [Consultado el 15/6/2003].
- ³ Wesorick, B. Estándares de calidad para cuidados de enfermería. Barcelona: DOYMA SA. 1993.
- ⁴ Corral Leal C. Registra... ¡que algo queda!. Enf Docente 2001; (71): 2-3.
- ⁵ Audet AM, Greenfield S, Field M. Medical Practice Guidelines: Current activities and

futures directions. Ann Intern Med 1990; 113: 709-714.

⁶ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

⁷ Decreto 45 /1998 del Gobierno Vasco del 17 de marzo por el que se establece el contenido y se regula la valoración, conservación y expurgo de los documentos del Registro de Actividades Clínicas de los Servicios de Urgencias de los Hospitales y de las Historias Clínicas Hospitalarias. Artículo 2.

⁸ Giménez-Pérez D. La historia clínica : aspectos éticos y legales. Rev Calidad Asistencial 2001; 16: 66-68.

⁹ Gutiérrez de Terán Moreno G. Aspectos legales de los registros de enfermería. Enf Clín 1993; 3 (1): 29-32.

¹⁰ Amezcua M. La calidad en la documentación clínica de enfermería. Del papeleo a los registros para el cuidado. Index Enf 1995; IV (11): 15-24.

¹¹ Serrano Sastre MR. Documentación y cuidados de enfermería: una perspectiva bibliográfica. Enf Clín 1994; 4 (6): 272-277.

FIGURA 1: FORMATO ESTANDAR DE REGISTRO.

 <p>Servicio Andaluz de Salud CONSEJERIA DE SALUD HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA MÁLAGA</p>	UNIDAD:		Primer Apellido _____	
	Fecha: _____	Turno: _____	Nombre _____	
Título del registro	Fecha de Ingreso: _____	Segundo Apellido _____		Nº Cama _____
		Sexo _____		Nº Historia _____
<p>CUERPO DEL REGISTRO</p> <p>Procurando respetar márgenes derechos e inferior</p>				
<p>FORMATO ESTÁNDAR DE REGISTRO</p>				
02.00 a				