

**CARACTERISTICAS DE LOS REGISTROS CLINICOS DE ENFERMERIA EN
HOSPITALIZACION DE LA CLINICA FOSCAL INTERNACIONAL AÑO 2015**

INVESTIGADORA:

Lina Paola Cáceres Galvis

AUDITORIA EN SALUD

OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA

BUCARAMANGA

2016

**CARACTERISTICAS DE LOS REGISTROS CLINICOS DE ENFERMERIA EN
HOSPITALIZACION DE LA CLINICA FOSCAL INTERNACIONAL AÑO 2015**

INVESTIGADORA:

Lina Paola Cáceres Galvis

ASESOR

Dra. Beatriz Torres Avendaño

AUDITORIA EN SALUD

OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA

BUCARAMANGA

2016

INDICE DEL CONTENIDO

I. PLANTEAMIENTO PROBLEMA.....	5
I.A Formulación del problema.....	5
I.B Justificación.....	6
I.C Pregunta de investigación.....	8
II. MARCO TEÓRICO.....	9
II.A. Marco Conceptual.....	9
II.B. Marco Legal.....	12
II.C. Marco Histórico.....	13
II.D. Marco Situacional.....	15
III. OBJETIVOS.....	17
III.A Objetivo general.....	17
III.B. Objetivos específicos.....	17
IV.METODOLOGÍA.....	18
V. RESULTADOS.....	26
VI. DISCUSIÓN.....	30
VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	33
VIII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	34
IX. ANEXO.....	36

RESUMEN

A nivel del área de la salud, los cuidados del personal de enfermería representan un aspecto importante para el mantenimiento y recuperación de la salud de los pacientes, y constituyen un elemento fundamental para la articulación de una atención integral y con calidad; para ello es indispensable que estos cuidados queden evidenciados en los registros o notas las cuales reflejan el actuar de enfermería, y se convierten en fuente de información que permite dar continuidad a los cuidados.

En este trabajo se hace un estudio retrospectivo de corte transversal y se evaluaron las historias clínicas de pacientes que egresaron de la Clínica Foscal Internacional, en el periodo comprendido entre octubre y diciembre de 2015, con un universo de 629 historias clínicas, una proporción esperada del 50% y un nivel de confianza del 95%, se eligió la precisión 5 lo que representa 242 historias clínicas, las cuales fueron objeto de aplicación de la lista de chequeo que contenía 26 ítems en total, estas variables se determinaron con base en la resolución 1995 de 1999 y los diferentes procedimientos asistenciales a nivel institucional, se obtuvo un resultado global de cumplimiento del 67.86%, lo que califica en un rango deficiente, requiriendo tomar medidas de mejoramiento continuo, estandarizando el proceso y generando resultados positivos y de impacto para la organización.

ABSTRACT

At level of health area cares of nursing staff represent an important aspect for maintenance and recovery of health of patients, they constitute a fundamental element for the articulation for a comprehensive care and quality; for it is essential that this care remain evident in the record or notes which reflect the act of nursing and become source information that allows to continue cares. This paper represents a retrospective cross-sectional study is done and the medical records of patients who left the International Foscal Clinic, they were evaluated in the period between October and December 2015 with a total of 629 medical records, an expected rate of 50% and a confidence level of 95%. It was chosen precision 5 which represents 242 medical records which were the subject of application of the checklist containing 26 items in total; these variables are determined based on resolution 1995 of 1999 and the various care procedures at the institutional level, an overall result of compliance 67,86% was obtained, what qualifies in deficient range, it requires taking continuous measurements of improvement standardizing the process and generating positive results and impact for organization.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

I.A Formulación del problema

La historia clínica es un documento o instrumento legal en donde se consignan cronológicamente todos los datos de los pacientes, así como las diversas intervenciones o actividades que el equipo de salud realiza durante toda la estancia hospitalaria; refleja la evolución, condiciones clínicas y el estado de salud de los usuarios entre otras. (1)

Es por ello que es indispensable que los registros clínicos cumplan con las directrices que determina la legislación o normatividad colombiana, considerando que se puede presentar ambigüedad en la información diligenciada o la calidad de la información que se consigna, puede ser eficiente o deficiente según algunos factores dentro de los cuales tenemos: La falta de supervisión, la carga laboral, o la ausencia de procedimientos o estandarización de lineamientos que determinen la correcta elaboración de la historia clínica a nivel institucional.

Por otro lado, el personal de salud frecuentemente está expuesto a acciones legales por parte de los usuarios o sus familias, por el grado de conocimiento que estos tienen de sus deberes y derechos y la forma de hacerlos valer; convirtiendo los registros clínicos en un medio de prueba a favor o en contra ya que proporciona evidencia de las responsabilidades implícitas en la atención de salud.

Así mismo enfermería como ciencia de la salud, dentro de su ámbito deontológico reglamentado por la Ley 911 de 2004, determina los registros de enfermería como una responsabilidad a nivel profesional, considerando como pilar fundamental el componente ético inmerso en estos documentos clínicos, y definiéndolos según el artículo 35 de dicha ley como: “Documentos específicos que hacen parte de la historia clínica, donde la enfermera describe cronológicamente la situación, evolución y seguimiento del estado de salud e intervenciones que se brindan a los pacientes, familia o comunidad; dichos registros que los profesionales de enfermería adoptaran deben responder a las necesidades de información que se deba mantener acerca de los cuidados que se brindan a los pacientes según los niveles de complejidad, sin perjuicio del cumplimiento de las normas provenientes de las directivas institucionales o autoridades competentes según lo contemplado en el artículo 37.” (2)

En consecuencia de lo anteriormente mencionado Suárez Villa en su artículo Registros de Enfermería como Evidencia del Cuidado concluye que: “La ausencia de registros de cuidados que se brindan a pacientes, puede entenderse como una falta legal y ética, de ahí la importancia de asumir esta tarea de manera responsable. Cuando la historia clínica no es indicio confiable del cuidado brindado al paciente,

es probable que este, al realizar una denuncia penal por las afrentas recibidas, logre resultados positivos.(3)

A nivel general, los registros clínicos de enfermería son considerados una herramienta que mide la calidad asistencial de la atención brindada a los pacientes, por lo que se hace necesario evaluar la calidad de dichos registros en la Clínica Foscal Internacional, ya que es una organización que adopto dentro de su direccionamiento estratégico, una política de calidad con miras a la acreditación, comprometiéndose de esta manera con el mejoramiento continuo de sus procesos; sin embargo dentro de la gestión documental, la institución no cuenta con un procedimiento o directrices estandarizadas de la forma correcta para elaborar los registros clínicos de enfermería, generando ambigüedad en la información consignada en las notas de enfermería, falta de claridad y coherencia de las actividades realizadas a los pacientes, entre otras.

Es por ello, que surge la necesidad de conocer e identificar las posibles fallas que se cometen con mayor frecuencia en el diligenciamiento de estos registros, con el fin de diseñar posteriormente un procedimiento con base en lineamientos institucionales, evidencia científica y la normatividad propuesta por el Ministerio de Salud de Colombia, lo que permite a nivel institucional una evaluación continua y permanente a la calidad de sus procesos y la atención brindada a los pacientes.

I.B Justificación

A nivel nacional el sistema de salud ha logrado una gran transformación, partiendo desde la constitución política de 1991 en su artículo 44 donde se considera la salud como un derecho fundamental, proponiendo al estado como principal ente para la regulación, protección y garantía de este derecho; posteriormente se crea el sistema de seguridad social integral bajo la ley 100 de 1993, en donde se reglamenta e imparte un grado de exigencia a las instituciones prestadoras de servicios de salud a brindar una atención basada en la calidad, siguiendo unos principios de universalidad y equidad. (4) Consecutivamente el tema de calidad surge con mucha trascendencia para el servicio de salud, ya que pretende lograr la máxima satisfacción de los usuarios otorgando seguridad y minimizando los riesgos en la prestación de los servicios(5); lo cual conlleva a la necesidad de crear el sistema obligatorio para la garantía de la calidad reglamentado por el decreto 1011 de 2006, fundamentando principios como la oportunidad y continuidad en la atención de salud.

Por otro lado, Colombia reglamenta desde la Resolución 1043 de 2006 (Habilitación) que todas las instituciones de salud deben llevar un registro adecuado de la información de los pacientes, por medio de la historia clínica y con un mayor rigor y exigencia en cuanto a su diligenciamiento, en el proceso voluntario de acreditación según la resolución 1445 de 2006, donde se contemplan aspectos que debe quedar consignados en la historia clínica de los pacientes como la constancia de la

información dada al usuario o familia, evaluación de la efectividad, validez y oportunidad de la información entre otros. De igual forma imparte un componente legal desde la Resolución 1995 de 1999 donde se contempla: *“Que la Historia Clínica es un documento de vital importancia para la prestación de los servicios de atención en salud y para el desarrollo científico y cultural del sector; por lo que se hace necesario expedir las normas correspondientes al diligenciamiento, administración, conservación, custodia y confidencialidad de las historias clínicas”* (1)

A través del tiempo la recopilación de los datos médicos de los pacientes ha tenido una evolución favorable, ya que cada vez se hace necesario e indispensable el registro de éstos en la historia clínica, beneficiando la toma de decisiones médicas, los diagnósticos clínicos que permiten describir las diversas situaciones o eventos que puede presentar un paciente a lo largo de su estancia hospitalaria.

En cuanto a enfermería, los cuidados que brinda este personal constituyen un elemento fundamental y articulador en la atención integral que se brinda en el medio hospitalario; la enfermera interviene en una forma importante en la prevención, la asistencia y la rehabilitación de la persona en el proceso salud-enfermedad, genera un ejercicio dinámico y participativo, para identificar, dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado propiamente dicho; favoreciendo el compromiso y la responsabilidad del desarrollo holístico, concediendo a la práctica el contenido ético y deontológico que demanda la misma.(3)

Por la importancia que ya se ha precisado, la calidad de los cuidados de enfermería se considera pilar fundamental y motiva hacia su búsqueda permanente; Por ser, entonces, la enfermería un componente articulador entre usuario e institución, es importante que se optimicen los recursos, herramientas y métodos para brindar el cuidado de enfermería con calidad, de forma tal que se evidencie con claridad en la historia clínica del paciente; convirtiéndose las notas de enfermería una importante fuente de información detallada y precisa que permiten dar continuidad al cuidado, favorecen la comunicación entre el equipo de salud y sirven como evidencia de los actos o intervenciones que se llevan a cabo en la atención que se brinda a los pacientes.(3)

La historia clínica se convierte entonces en un instrumento o herramienta para medir la calidad técnico-científica y la responsabilidad de índole profesional de todo el equipo de salud, ya que ésta permite organizar, planear, y gestionar la actividad asistencial, convirtiéndose en una tarea primordial tanto para garantizar una atención basada en calidad como para el desarrollo del ejercicio profesional.

Partiendo del concepto de historia clínica y más específicamente las notas de enfermería como pieza fundamental en la atención sanitaria, se hace indispensable evaluar la calidad de los registros de enfermería en la Clínica Foscal Internacional, favoreciendo al mejoramiento continuo de sus procesos, junto con la elaboración y diseño del procedimiento para el correcto diligenciamiento de los registros de

enfermería, proporcionando un documento estandarizado con las directrices institucionales y la normatividad vigente, aportando de esta manera la aplicación de auditorías internas del procesos, para identificar posibles falencias y proponer las mejoras necesarias para garantizar una atención basada en la calidad a todos los pacientes.

Así mismo, se considera que dicho trabajo es factible y viable, ya que se cuenta con el tiempo y recursos que se requieren para el desarrollo del mismo, generando resultados que posteriormente pueden ser socializados al personal de enfermería, fortaleciendo conocimientos y brindando herramientas que pueden ser aplicadas a la práctica diaria.

I.C Pregunta de la investigación

¿Cuáles son las principales fallas que se evidencian en registros de enfermería de los pacientes que fueron atendidos durante el último trimestre del 2015, en el servicio de hospitalización de Foscal Internacional según la normatividad vigente?

II. MARCO TEORICO

II.A. Marco Conceptual

Partiendo entonces del concepto de historia clínica ésta se define: “Como el conjunto de documentos surgidos de la relación entre el médico y el paciente y, a partir de la segunda mitad del siglo XX, como el registro de la relación que se establece entre los usuarios y el hospital o la atención primaria”.(6)

La HC se considera como el único documento válido desde los puntos de vista clínico y legal a todos los niveles de atención en salud. Con frecuencia, en el campo de la atención primaria, la historia clínica se denomina como historia de salud.

Hoy, con el desarrollo de la medicina, ese documento no se limita a narrar o exponer hechos simples, como tal vez expusieran aquellos médicos hipocráticos, sino que incluyen juicios, documentos, procedimientos, informaciones y el consentimiento del paciente; en fin, es un registro que se desarrolla con el tiempo y que documenta la relación médico-paciente. Es por ello, que cuando se habla de la historia clínica, se puede afirmar que, en principio, es un documento privado, personal, que posee determinadas características éticas, legales, docentes, estadísticas y médicas.

Según Rey y Rinesi, la HC es el instrumento oficial que adopta la llamada ficha médica como un borrador en algunas situaciones. Estos autores establecen que la HC es un registro de datos médicos sobre el diagnóstico, terapia y evolución de la enfermedad del paciente, y estiman, a su vez, que no es simplemente un banco de datos, porque, además de registrar datos y circunstancias, también recoge la opinión del profesional sobre la evolución de la enfermedad, las opiniones de otros facultativos cuando existen inter-consultas o los cambios de terapia según las evaluaciones que realice el titular.

Desde el punto de vista clínico, puede entonces afirmarse que la HC se origina con el primer episodio de la enfermedad o el control de salud, en cuyo contexto se atiende al paciente, sea en la atención primaria o secundaria.

La HC es el documento principal en el sistema de información hospitalaria, imprescindible en sus vertientes asistencial y administrativa. Constituye, además, el registro completo de la atención prestada al paciente durante su enfermedad y de ello, su trascendencia como documento legal.

Por esta razón, la HC es uno de los elementos fundamentales en la medicina institucional que se ejerce en nuestros días. Dicho documento es la fuente que, además de recoger todo un informe de salud, comunica el pensamiento médico, registra observaciones, diagnósticos e intervenciones que reflejan uno o varios problemas; sin embargo, su formato tradicional enfrenta diversas dificultades, que se han hecho evidentes durante la práctica diaria como es su deterioro o pérdida,

debido a que la historia convencional, en su formato de papel, sólo puede existir en un lugar y en un momento determinado, en condiciones determinadas, así como la presencia de una escritura pobre, ilegible e incompleta que dificulta la interpretación del mensaje que se pretende enviar. Otra de sus limitaciones es que sólo puede contribuir de forma pasiva a la toma de decisiones y esto dificulta el análisis con fines científicos o de planeamiento de estrategias de salud.(6)

Por otra parte, a nivel nacional según la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud en Colombia, dentro de las principales definiciones que se consideran importantes para la presente investigación, con el fin de aclarar conceptos y facilitar el entendimiento y comprensión de todo lo expuesto a través del desarrollo del trabajo, tenemos:

La Historia Clínica se considera un documento de vital importancia para la prestación de los servicios de atención en salud y para el desarrollo científico y cultural del sector, así mismo 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. (1)

Estado de salud: El estado de salud del paciente se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario.

Equipo de Salud son los Profesionales, Técnicos y Auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínico asistencial directa del Usuario y los Auditores Médicos de Aseguradoras y Prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado. (1)

Característica: Cualidad o circunstancia particular de una persona o cosa que la distingue de las demás.

Diligenciar: Poner los medios necesarios para el logro de una solicitud, Tramitar un asunto administrativo. Hospitalización: Ingreso de una persona enferma o herida en un hospital para su examen, diagnóstico, tratamiento y curación por parte del personal médico.

Calidad: Conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite caracterizarla y valorarla con respecto a las restantes de su especie.

Registro: Acción de registrar. Documento donde se relacionan ciertos acontecimientos o cosas; especialmente aquellos que deben constar permanentemente de forma oficial.

Registros De Enfermería: Son testimonio documental sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente al paciente, su tratamiento y su evolución.

Dentro de las principales características que la historia clínica debe tener se encuentra: (1)

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

* **Secuencialidad:** Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

* **Racionalidad científica:** Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

* **Disponibilidad:** Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.

* **Oportunidad:** Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

Como se puede observar, partiendo de los conceptos y premisas anteriormente mencionadas a lo largo del trabajo, el correcto diligenciamiento de la historia clínica, favorece la **calidad** en la atención en salud y esta representa uno de los elementos estratégicos en que se fundamenta la transformación y mejora de los sistemas sanitarios modernos. La calidad de los servicios sanitarios será el resultado de las políticas sanitarias, de hacer bien lo correcto, de la imagen de la organización que perciben los prestadores y receptores de los cuidados, de la definición del servicio atendiendo al cliente interno y externo y de la adecuada interacción entre ambos.
(7)

Así mismo, desde el punto de vista de la profesión de enfermería, **la calidad** se debe reflejar y debe quedar consignada en los registros que realiza la enfermera en la historia clínica del paciente, dichos aportes son definidos como las anotaciones diarias que realiza el personal de enfermería en su jornada laboral con el propósito de comunicar los aspectos técnicos y clínicos referidos a la atención del paciente o cuidados de enfermería, estos avalan la calidad, la continuidad de los cuidados, mejora la comunicación y evita errores. Además son un respaldo legal a posibles

demandas y también permiten evaluar retrospectivamente la calidad de los cuidados brindados durante la estancia hospitalaria. (8)

II.B. Marco Legal

Colombia es un país considerado según la constitución política de 1991, como un estado social de derecho, fundamentado según lo que contempla el artículo 1 en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general; Por otra parte, propone desde su artículo 49 al estado como principal ente para la protección y regulación del derecho a la salud (9) ámbito que se encuentra enmarcado desde la ley 100 de 1993 la cual fue reformada en algunos aspectos por la ley 1122 de 2007, donde se contempla el Sistema General De Seguridad Social en Salud, el cual tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

Por otro lado, la ley 100 expone en su artículo 153 las características que toda institución que presta servicios de salud debe cumplir y se enfatiza en la **Calidad** ya que el sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención la cual debe ser oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesionales.

En consecuencia, con el fin de garantizar dicha calidad en la prestación de los servicios de salud el gobierno establece con el decreto 1011 de 2006 el sistema obligatorio de la garantía de la calidad, el cual en el artículo 33 obliga a garantizar el desarrollo de procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad, siguiendo el modelo el cual se lleva a cabo a través de acciones: Acciones Preventivas, correctivas y de Seguimiento: que se definen como el conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.(10); dichos programas de auditoría deben ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básico en el Sistema Único de Habilitación; por tanto como menciona el artículo 34 el proceso de acreditación en salud está reglamentado por la resolución 1445 de 2006 y se define como un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del usuario en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar. (11)

Dentro del ámbito específico de la historia clínica la normatividad colombiana se basa en lineamientos establecidos desde la Resolución 1995 de 1999 por la cual se establecen normas científico- administrativas de obligatorio cumplimiento por las

entidades que integran el sistema de salud para el manejo de la historia clínica, así mismo de conformidad en lo establecido en el Artículo 35 de la Ley 23 de 1981, corresponde al Ministerio de Salud implantar modelos relacionados con el diligenciamiento de la Historia Clínica en el Sistema Nacional de Salud, y se hace necesario expedir las normas correspondientes al diligenciamiento, administración, conservación, custodia y confidencialidad de las historias clínicas, conforme a los parámetros del Ministerio de Salud y del Archivo General de la Nación en lo concerniente a los aspectos archivísticos contemplados en la Ley 80 de 1989. (1)

Otra directrices son las que establece la resolución 2546 de 1998 la cual determina los datos mínimos; las responsabilidades y los flujos de información de prestadores de salud en el sistema general de seguridad social en salud.(12)

En cuanto a la profesión de enfermería se encuentra la Ley 911 de 2004 que expone en su artículo 3 el acto de cuidado de enfermería que es el ser y esencia del ejercicio de la Profesión. Se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas y en su artículo 24 de la misma ley se expone: La información de la historia clínica vislumbra el derecho a la intimidad, confidencialidad, secreto profesional, que examina a la luz del principio de respeto a la dignidad humana y defensa de la intimidad” (2) y la ley 266 de 1996 en su artículo 3 expone: El ejercicio de la profesión de enfermería 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. Fundamenta su práctica en los conocimientos sólidos y actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas y en sus propias teorías y tecnologías. (13)

La Ley 23 de 1981 en los artículos 33, 34, 35, los cuales dictan las normas en materia de ética médica, secreto profesional de la Historia clínica, regula archivos de las historias clínicas.

El Decreto 3380 de 198 determina que el conocimiento que de la historia clínica que tengan los auxiliares del médico o de la institución en la cual éste labore, no son violatorios del carácter privado y reservado de ésta.

II.C. Marco Histórico

La consignación de los datos sanitarios han presentado una evolución a través del tiempo, comenzado desde la época de Hipócrates considerado el padre de la Medicina, quien impartió gran importancia a la técnica de anamnesis, observación y valoración física de los pacientes, se basó en el interrogatorio de naturaleza y duración de la sintomatología, y alimentación consumida para dar inicio al método racional de la descripción y manifestaciones de los enfermos creando de esta forma la Historia Clínica, es por ello que según lo expresa Alonso Lanza en su artículo La historia clínica electrónica: ideas, experiencias y reflexiones los llamados “Médicos

Hipocráticos” del siglo V (AC), fueron quienes sintieron la necesidad intelectual de consignar por escrito, con precisión y orden, su experiencia profesional ante la enfermedad individual de sus pacientes; algo que, de hecho, les servía de herramienta fundamental, tanto para el tratamiento a otros pacientes con signos y síntomas similares como para enseñar a sus aprendices. (6)

Así mismo Lanza (2005) cita en su artículo a Rey y Rinesi quienes mencionan que la HC es el instrumento oficial que adopta la llamada ficha médica como un borrador en algunas situaciones. Estos autores establecen que la HC es un registro de datos médicos sobre el diagnóstico, terapia y evolución de la enfermedad del paciente, y estiman, a su vez, que no es simplemente un banco de datos, porque, además de registrar datos y circunstancias, también recoge la opinión del profesional sobre la evolución de la enfermedad, las opiniones de otros facultativos cuando existen interconsultas o los cambios de terapia según las evaluaciones que realice el titular. (6)

Fue hasta el siglo XVIII que la historia clínica toma la estructura que hoy en día conocemos y evoluciona a la luz de la ciencia y la tecnología durante el siglo XIX, la cual es denominada según Guzmán y compañía en su artículo La historia clínica: elemento fundamental del acto médico como un documento que Constituye el registro de varios hechos de la vida de un ser humano: ya que en ella se registran eventos por los que trasciende la persona los cuales representan su intimidad y la relación con dichos eventos, la historia clínica Intenta encuadrar el problema del paciente porque a través de la recopilación de la información acerca de la sintomatología del paciente se intenta ubicar dentro del marco teórico, con el fin de lograr un diagnóstico y posteriormente Orienta el tratamiento ya que quien recibe la información, la procesa y la utiliza para entregar una opinión que emite exclusivamente el personal médico quedando constancia de los pasos que se siguieron para llegar a esa opinión científica. De allí, la importancia de su exhaustividad, con el objeto de encuadrar el mayor número de datos en forma ordenada y así llegar a conclusiones válidas.(14)

En cuanto a las notas de enfermería según Calixto Méndez y compañía en la investigación *La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico*: En estos registros se evidencia las observaciones que realiza la enfermera de la forma como brinda los cuidados al paciente, y estas sirven para registrar cinco clases de informes: medidas terapéuticas aplicadas por diversos miembros del equipo profesional, medidas terapéuticas ordenadas por el médico y aplicadas por el personal de enfermería, medidas planeadas y ejecutadas por la enfermera que no fueron ordenadas por el médico, conducta del paciente y otras observaciones en relación con su estado de salud y respuestas específicas del paciente al tratamiento y los cuidados. (15)

II.D. Marco Situacional (16)

En contexto con la institución donde se desarrollará esta investigación se puede mencionar que la Clínica Foscal Internacional nació gracias a la alianza estratégica de la Fundación Oftalmológica Carlos Ardila Lulle junto con la Universidad Autónoma De Bucaramanga (UNAB) que da origen al macro proyecto en salud más ambicioso e integral del oriente colombiano: Zona Franca Permanente Especial FOSUNAB.

Foscal Internacional Fosunab está ubicada en Floridablanca frente a la facultad de ciencias de la salud de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, esta institución es para la región, la única aprobada en todas sus instancias por la comisión intersectorial de zonas francas del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo y la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales DIAN. Foscal Internacional, al finalizar la obra de infraestructura e inauguración total, se convertirá en un complejo de alta tecnología en salud, que integrará servicios médicos y quirúrgicos, innovación, investigación científica, desarrollo del conocimiento, hotelería y centro de convenciones.

Dentro de su direccionamiento estratégico Foscal Internacional tiene como misión: brindar servicios integrales de salud de clase mundial, formación humana y académica desarrollo científico y esperanza de vida con responsabilidad social, así mismo se proyecta en el 2020 como un complejo médico líder en seguridad del paciente, humanización, docencia e investigación de América latina.

Por otro lado como se mencionó al inicio del trabajo la institución adopto una política de calidad comprometiéndose con el mejoramiento continuo como base para el desarrollo de procesos médicos y asistenciales confiables, seguros, oportunos y prestados con calidez para el cuidado de la salud de nuestros usuarios, dentro de los objetivos de calidad se encuentra: Lograr que los clientes estén “Satisfechos” con los servicios prestados., Lograr que los clientes estén “Bien Informados” en cuanto a los servicios que proporciona la Institución, Asegurar que los procesos utilizados para entregar el servicio sean confiables y seguros, entre otros.

Dentro de la distribución hasta el momento la institución cuenta con 3 unidades de cuidados intensivos (Médica, Quirúrgica y Polivalente), un centro cancerológico, una sala de cirugía como 6 quirófanos habilitados, un piso asignado para el instituto del corazón, consultorios particulares, 2 pisos de Hospitalización (5to Piso: conformado por 4 estaciones de enfermería y 6to piso: conformado por 3 estaciones de enfermería), habitaciones individuales debidamente dotadas para brindar un confort a todos los pacientes.

Foscal Internacional abrió sus puertas desde febrero del año 2014 con el servicio de hospitalización y posteriormente fue inaugurando los servicios anteriormente mencionados, a su vez siguiendo la política de calidad la institución se encuentra constantemente fortaleciendo los procesos por medio de planes de mejoramiento continuo, actualización de procedimientos y realizando seguimiento y auditorías internas, así mismo cuenta con un sistema de registro de historia clínica electrónica por medio del sistema integrado SAP, que desde el ingreso de todo el personal que tiene acceso a este firma un compromiso de confidencialidad para el manejo de la información, clave personal y condiciones de uso del mismo; el sistema dentro de su plataforma contempla plantillas que realiza el personal de enfermería como notas, monitoreo general, registro de dispositivos y procedimientos, egresos, escalas valorativas, balance de líquidos entre otras; sin embargo aún no cuenta con un procedimiento donde estandarice los registros de enfermería según la normatividad, la evidencia científica y las directrices institucionales, por tanto no se realiza el debido seguimiento ni auditoría al proceso, haciéndose necesario el diseño y elaboración del mismo así como lo menciona Suarez Villa en su artículo Registros de Enfermería como Evidencia del Cuidado: “Las instituciones prestadoras de servicios asistenciales tienen la potestad de definir sus registros siempre y cuando cumplan con las normas ético-legales, y las establecidas por los entes legislativos que regulan la salud. Estos registros clínicos sirven como documento legal y pueden emplearse en beneficio del centro asistencial que presta el servicio y del personal de la salud, para defenderlos ante una acción legal”(3)

III. OBJETIVOS

III.A. Objetivo general

Evaluar las características de los registros de enfermería de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en Foscal Internacional durante el último trimestre de 2015 según lineamientos establecidos en la normatividad colombiana.

III.B. Objetivos específicos

- Determinar los criterios a evaluar en los registros de enfermería según la normatividad Colombiana vigente.
- Elaborar y aplicar los instrumentos de medición según los criterios previamente definidos, para la evaluación de la notas de enfermería.
- Analizar las principales fallas halladas en el diligenciamiento de las notas de enfermería según la normatividad colombiana.
- Diseñar un procedimiento que permita estandarizar las notas de enfermería en la historia clínica según lo establecido en la normatividad Colombiana y las directrices institucionales.

IV. DISEÑO METODOLOGICO

a) Tipo de estudio:

Se realizara un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, ya que estos son estudios observacionales, en los cuales no se interviene o manipula el factor de estudio, es decir se observa lo que ocurre con el fenómeno en estudio en condiciones naturales, en la realidad (3), así mismo será retrospectivo el cual se define: Si al inicio del estudio, el evento investigado ya ocurrió y el investigador planea reconstruir su ocurrencia en el pasado utilizando registros o entrevistando a los mismos sujetos de estudio, se considera que el estudio es retrospectivo (17)

b) Universo/Población

Total de historias clínicas de los pacientes que egresaron del servicio de hospitalización (Quinto y sexto piso) de la Clínica Foscal Internacional en el último trimestre de 2015.

Total universo=649 Historias Clínicas

c) Diseño Muestral:

La muestra, se obtuvo al aplicar la técnica estadística de muestreo simple con el software Epidat, con un tamaño poblacional de 649 egresos del servicio de hospitalización en el último trimestre de 2015, con una proporción esperada del 50% y un nivel de confianza del 95%. Se eligió la precisión 5 que representa 242 historias clínicas las cuales serán objeto de aplicación de la herramienta -Anexo 1. Ver imagen generada desde el software Epidat:

[1] Tamaños de muestra. Proporción:

Datos:

Tamaño de la población:	649
Proporción esperada:	50,000%
Nivel de confianza:	95,0%
Efecto de diseño:	1,0

Resultados:

Precisión (%)	Tamaño de la muestra
1,000	608
2,000	511
3,000	404
4,000	312
5,000	242

Gráfico 1. Diseño Muestral desde el software Epidata.

d) **Criterios de inclusión y exclusión**

- **Criterios de inclusión:** Para este trabajo se incluyeron todas las historias clínicas de los usuarios que egresaron de la institución en el periodo comprendido entre octubre y diciembre de 2015; se evaluaron las notas de enfermería de los turnos de la mañana, tarde, noche tanto para auxiliares como profesionales de enfermería, durante 3 días de estancia hospitalaria de las historias clínicas según el cálculo del tamaño de la muestra.
- **Criterios de exclusión:** No se evaluaron las historias clínicas que no contenían registros realizados por el personal de Enfermería, pacientes hospitalizados menos de 24 horas.

e) **Variables:**

Objetivo 1: Determinar los criterios a evaluar en los registros de enfermería según la normatividad Colombiana vigente.

N°	Variable	Definición	Naturaleza	Nivel de Medición	Unidad de medida o categorías
1.	Notas de Recibo de Turno, Examen Físico	La nota de recibo de turno contiene la siguiente información relacionada con el paciente: Estado de conciencia y orientación, estado de ánimo, estado respiratorio y hemodinámico, manifestaciones verbales, estado de la piel, medidas de soporte como oxigenoterapia, medidas preventivas y de seguridad aplicadas a la persona enferma.	Cualitativa	Nominal	Dicotómica (Cumple o no cumple)
2.	Notas de Recibo de Turno, Ubicación del paciente y presencia de familiar o cuidador	La nota de recibo de turno contiene la posición física en relación a punto determinado, detalla número de la habitación, donde se encuentra el usuario y la presencia de acompañamiento de familiar o cuidador.	Cualitativa	Nominal	Dicotómica (Cumple o no cumple)
3.	Notas de Recibo de Turno, Dispositivos Médicos	Corresponde a los dispositivos médicos que tiene insertado el paciente (Acceso Venoso, Sonda Nasogástrica, Sonda Vesical etc.)	Cualitativa	Nominal	Dicotómica (Cumple o no cumple)
4.	Notas de Recibo de Turno, Líquidos endovenosos instalados	Corresponde a las soluciones administradas al momento del registro de enfermería y la cantidad faltante por administrar.	Cualitativa	Nominal	Dicotómica (Cumple o no cumple)
5.	Notas de Recibo de Turno, Actividades de enfermería y órdenes médicas pendientes.	Se evidencia en la nota de recibo de turno las actividades de enfermería pendientes u órdenes medicas a realizar durante el turno (Toma o resultados de exámenes de laboratorio, toma de imágenes diagnósticas, procedimientos quirúrgicos, etc.)	Cualitativa	Nominal	Dicotómica (Cumple o no cumple)
6.	Oportunidad en la nota de recibo de turno de enfermería	Corresponde a tiempo transcurrido entre el evento y el registro (Se verifica en el sistema electrónico la hora real del registro el cual debe ser menos de 2 horas)	Cualitativa	Nominal	Dicotómica (Cumple o no cumple)
7.	Orden cronológico y coherente de la nota		Cualitativa	Nominal	Dicotómica (Cumple o no cumple)

	de recibo de turno de enfermería	Los registros son consignados según las actividades o intervenciones realizadas al paciente de forma secuencial y guardando un orden coherente.			
8.	Uso de abreviaturas autorizadas en el listado institucional de la nota de recibo de enfermería	Se evidencia el uso de abreviatura en las notas de enfermería que son autorizadas por la institución.	Cualitativa	Nominal	Dicotómica (Cumple o no cumple)
9.	Ortografía y Gramática de la nota de recibo de turno de enfermería	Existe una gramática adecuada y notas realizadas sin falta de ortografía	Cualitativa	Nominal	Dicotómica (Cumple o no cumple)
10.	Notas de entrega de Turno, Estado general	La nota de entrega de turno contiene: Estado de conciencia y orientación, estado de ánimo, estado respiratorio y hemodinámico, manifestaciones verbales, estado de la piel, medidas de soporte como oxigenoterapia, medidas preventivas y de seguridad aplicadas a la persona enferma.	Cualitativa	Nominal	Dicotómica (Cumple o no cumple, no aplica)
11.	Notas de entrega de Turno, Ubicación y presencia de cuidador	La nota de entrega de turno contiene la ubicación o posición en la que se encuentra el paciente (Si se encuentra en su unidad, en posición supina etc.), y si el paciente queda en compañía de familiar o cuidador.	Cualitativa	Nominal	Dicotómica (Cumple o no cumple)
12.	Notas de entrega de Turno, Dispositivos médicos	Se evidencia en la nota de entrega de turno los medios invasivos con los que queda el paciente (venopunción, catéteres, sondas, drenes etc.), la ubicación anatómica, el funcionamiento y estado de los mismos.	Cualitativa	Nominal	Dicotómica (Cumple o no cumple)
13.	Notas de entrega de Turno, los líquidos endovenosos instalados	Se evidencia registro en la nota de entrega de turno los líquidos endovenosos instalados al paciente, nombre, presentación, velocidad de infusión y cantidad de líquidos pendientes por pasar	Cualitativa	Nominal	Dicotómica (Cumple o no cumple)
14.	Notas de entrega de Turno, actividades de enfermería y órdenes médicas pendientes.	Se evidencia en la nota de entrega de turno las actividades de enfermería pendientes u órdenes medicas a realizar (Toma o resultados de exámenes de laboratorio, toma de imágenes diagnósticas, procedimientos quirúrgicos, etc.)	Cualitativa	Nominal	Dicotómica (Cumple o no cumple)

15.	Oportunidad en la nota de entrega de turno de enfermería	Corresponde a tiempo transcurrido entre el evento y el registro (Se verifica en el sistema electrónico la hora real del registro el cual debe ser menos de 2 horas)	Cualitativa	Nominal	Dicotómica (Cumple o no cumple)
16.	Orden cronológico y coherente de la nota de entrega de turno de enfermería	Los registros son consignados según las actividades o intervenciones realizadas al paciente de forma secuencial y guardando un orden coherente.	Cualitativa	Nominal	Dicotómica (Cumple o no cumple)
17.	Uso de abreviaturas autorizadas en el listado institucional en la nota de entrega de turno	Se evidencia el uso de abreviatura en las notas de enfermería que son autorizadas por la institución	Cualitativa	Nominal	Dicotómica (Cumple o no cumple)
18.	Ortografía y Gramática de la nota de entrega de turno de enfermería	Existe una gramática adecuada y notas realizadas sin falta de ortografía	Cualitativa	Nominal	Dicotómica (Cumple o no cumple)
19.	Educación brindada al paciente y su familia o cuidador.	Corresponde a la información, recomendaciones o educación que se le brinda al paciente o su familia entorno a su seguridad o a las acciones de autocuidado durante la hospitalización.	Cualitativa	Nominal	Dicotómica (Cumple o no cumple)
20.	Novedades e intervenciones realizadas por enfermería	Se evidencian notas de enfermería durante el turno que contenga información de las novedades, actividades e intervenciones realizadas al paciente.	Cualitativa	Nominal	Dicotómica (Cumple o no cumple)
21.	Registro de traslado interno del paciente	Descripción del traslado del paciente a otro servicio (cirugía, escanografía, unidad de cuidados intensivos etc.)	Cualitativa	Nominal	Dicotómica (Cumple o no cumple, no aplica)
22.	Nota del profesional de enfermería del turno de la mañana	Se evidencia registro por parte del profesional de enfermería del turno de la mañana consignando la siguiente información: condiciones de salud del paciente, intervenciones realizadas o gestionadas, novedades presentadas y ordenes médicas o actividades de enfermería pendientes por realizar.	Cualitativa	Nominal	Dicotómica (Cumple o no cumple)
23.	Nota del profesional de enfermería del turno de la tarde	Se evidencia registro por parte del profesional de enfermería del turno de la tarde consignando la siguiente información: condiciones de salud del paciente, intervenciones realizadas o	Cualitativa	Nominal	

		gestionadas, novedades presentadas y ordenes médicas o actividades de enfermería pendientes por realizar.			Dicotómica (Cumple o no cumple)
24.	Nota del profesional de enfermería del turno de la noche	Se evidencia registro por parte del profesional de enfermería del turno de la noche consignando la siguiente información: condiciones de salud del paciente, intervenciones realizadas o gestionadas, novedades presentadas y ordenes médicas o actividades de enfermería pendientes por realizar.	Cualitativa	Nominal	Dicotómica (Cumple o no cumple)
25.	Egreso del paciente	Corresponde a la nota de enfermería de egreso del paciente de la institución	Cualitativa	Nominal	Dicotómica (Cumple o no cumple)
26.	Anotaciones de última hora o aclaratorias	Corresponde a los registros realizados de forma extemporal	Cualitativa	Nominal	Dicotómica (Cumple o no cumple)

f) **Técnicas de recolección de información:**

- **Fuente Primaria:** Las historias clínicas evaluadas constituyeron la principal fuente de información y recolección de datos para el presente estudio.
- **Instrumento de recolección:** Para la recolección de la información se elaboraron dos bases de datos en Excel, una PRINCIPAL que contiene la lista de chequeo titulada: “FORMATO PARA EVALUACION DE REGISTROS CLINICOS DE ENFERMERIA SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN”, donde se incluyeron los resultados generales de cada una de las historias clínicas evaluadas y se logró evidenciar el resultado global de cumplimiento para el estudio, la segunda base de datos contiene la misma lista de chequeo principal pero para cada una de las 242 historias clínicas y cada una de las notas de enfermería por turno que se evaluaron, la lista de chequeo consta de 26 ítems, con variables cualitativas tipo nominal, con calificación dicotómica (cumple o No cumple).
- **Procedimiento de recolección de datos:** Se inició solicitando a la dirección médica y a la división de enfermería de la Clínica Foscal Internacional, el permiso o autorización para llevar a cabo la ejecución del estudio, además se hizo necesario solicitar autorización por el comité de investigaciones y del comité de ética institucional, posterior a obtener el aval por parte de cada una de las instancias mencionadas anteriormente, se procedió a realizar el cálculo del universo o población, tomando como referencia el total de egresos durante los meses de octubre a diciembre de 2015 con el fin de determinar el tamaño de la muestra de los registros de enfermería a evaluar; teniendo el total de historias a evaluar (242), se aplicó la lista de chequeo a cada una de las notas de enfermería durante 3 días de estancia hospitalaria, es decir se evaluaron las notas del turno de la mañana, tarde, y noche tanto del personal auxiliar como profesional de enfermería, por medio de la lista de chequeo previamente elaborada teniendo en cuenta la normatividad Colombiana y las recomendaciones de la evidencia científica o parámetros institucionales.

El cumplimiento global sirvió para determinar, en términos porcentuales el nivel de calidad, dando un resultado parcial para cada una de las historias clínicas evaluadas y uno global que definió los resultados del estudio, la calificación se definió de la siguiente manera:

- ✓ Óptimo > 95%
- ✓ Aceptable 70,1 - 95%
- ✓ Deficiente <70%

Las 242 historias clínicas fueron seleccionadas al azar de la base de datos que contenía el total de pacientes que egresaron del servicio de hospitalización quinto y sexto piso de la clínica Foscal Internacional en el periodo comprendido entre octubre y diciembre del 2015, esta información fue proporcionada por el departamento de estadística de la institución.

g) Prueba Piloto:

La prueba piloto se llevó a cabo tomando 5 historias clínicas aleatoriamente de pacientes hospitalizados durante el periodo determinado para la investigación, se aplicó la lista de verificación previamente diseñada, y se determinó que era necesario realizar dos bases de datos, una principal que recopilara la información global del estudio y otra secundaria donde se consignara los resultados de las 242 historias clínicas con cada una de las notas de enfermería evaluadas, así mismo fue de gran utilidad ya que contribuyo a disminuir sesgos al momento de evaluar los registros y a validar que el instrumento fuera fácil de interpretar y permitiera recoger los datos que se requieren para el desarrollo de la investigación.

h) Técnicas de procesamiento y análisis de los datos:

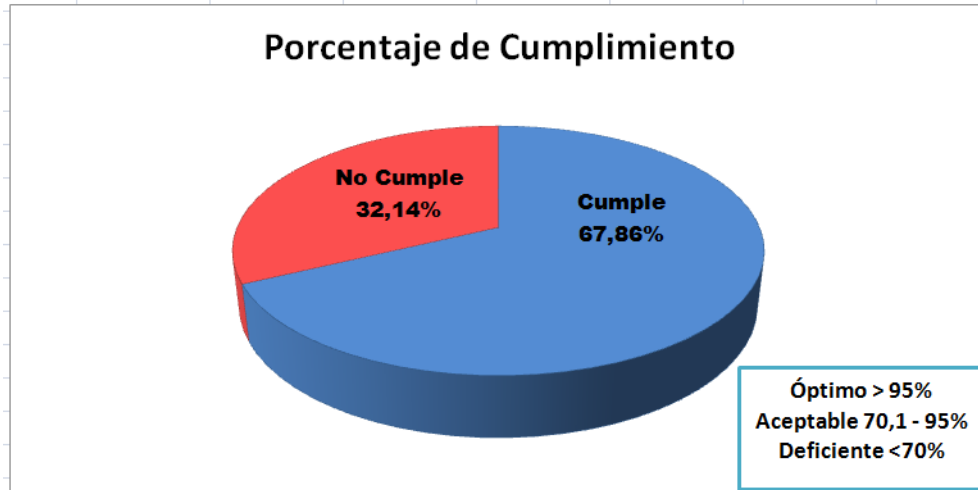
Finalmente luego de la recolección de datos obtenidos a través de la aplicación de la lista de verificación, con el fin de determinar si los registros de enfermería evaluados cumplen con las características para un correcto diligenciamiento según la normatividad, evidencia científica y parámetros definidos por la institución, se creó dos bases de datos en Excel, y se realizó el respectivo análisis de los resultados, se documentaran los hallazgos obtenidos, y se diseñó el procedimiento de notas de enfermería como proceso misional para la clínica Foscal Internacional.

i) Divulgación: Los resultados obtenidos del presente trabajo serán socializado con el personal asistencial y administrativo, adicionalmente la institución podrá contar con el documento para realizar las respectivas auditorias del proceso, favoreciendo el mejoramiento continuo y la calidad de la atención que se presta a los pacientes, esta información se amplía al final de la sección de discusión en el presente trabajo.

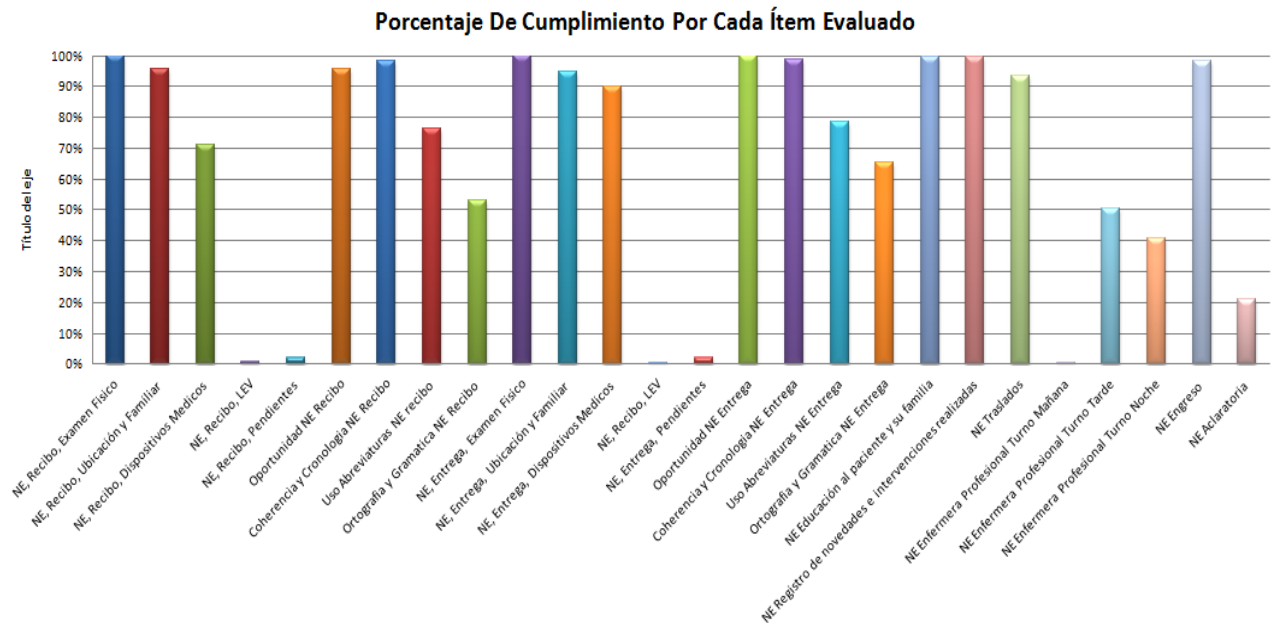
j) Consideraciones Éticas: De acuerdo a la “ Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos” proclamada por la UNESCO(18), para el presente trabajo se mantendrá el respeto por la privacidad y confidencialidad de las historias clínicas, y el contenido que allí se consigna, no se dispondrá la información o resultados obtenidos de la investigación con otros fines distintos a los planteados en el objetivo general, así mismo el desarrollo de la investigación no genera riesgo alguno para la población a estudio pues no tendrá contacto directo con personas, sino se evaluara las historias clínicas, evitando efectos nocivos y potenciando beneficios para la población.

V. RESULTADOS

De acuerdo a los resultados obtenidos posterior a la aplicación de la lista de chequeo para un n=242 historias clínicas, donde se evaluaron 26 ítems propuestos según la normatividad Colombiana, la evidencia científica y las recomendaciones institucionales, se obtuvo un cumplimiento global del estudio de un **67,86%**, que según la calificación planteada se encuentra como **DEFICIENTE**.



Gráfica 2. Cumplimiento Global De Las Historias Clínicas Evaluadas



Gráfica 3. Porcentaje de cumplimiento por cada uno de los ítems evaluados

Por otro lado como se logra evidenciar en la gráfica 3, el personal de enfermería registra en las notas tanto de recibo como entrega de turno, las condiciones en las que se encuentra el paciente, tales como estado de conciencia, estado respiratorio, soporte de oxígeno, integridad de la piel, con un cumplimiento global del 100%, sin embargo se puede evidenciar que no se tiene en cuenta aspectos como estado de ánimo, manifestaciones verbales, ni medidas preventivas o de seguridad aplicadas a la persona enferma.

En cuanto al registro de la ubicación del paciente y presencia o no de acompañante, se observa un resultado del 95% de cumplimiento tanto en las notas de recibo como de entrega, no obstante solo se menciona que se encuentra en la unidad en compañía de familiar, pero no en qué posición ni el número de la habitación.

El registro de dispositivos invasivos en las notas de enfermería de recibo de turno se encuentra en calificación aceptable es decir en un porcentaje de cumplimiento del 71%, con tendencia a ser deficiente, ya que se evaluaba el registro de la ubicación anatómica, el funcionamiento y estado de los mismos, cumpliendo en la mayoría de los casos solo la ubicación de los accesos venosos etc.; contrario a las notas de entrega donde se obtuvo un cumplimiento del 90% para este ítem.

El porcentaje más deficiente de todo el estudio se obtuvo de la evaluación de los ítems que corresponde a registro en notas de enfermería tanto de recibo como de entrega de turno de los líquidos endovenosos instalados en el paciente y la cantidad pendiente por administrar, fallando en su totalidad en esta última característica y el registro de las actividades de enfermería u órdenes médicas pendientes por realizar, con puntuación entre el 0% y el 2% de cumplimiento.

En cuanto a la oportunidad de los registros de enfermería se evidencia un cumplimiento tanto en las notas de recibo como de entrega del 96% y 100% respectivamente, ya que estas fueron registradas casi en su mayoría antes de las 2 horas de ocurrido el evento, así mismo la coherencia y cronología de los registros cumplieron para ambas notas en un 98% y 99% de los casos, sin embargo el uso de abreviaturas que no son permitidas por la institución se obtuvo un porcentaje de cumplimiento para las notas de recibo del 76% y de entrega del 79% encontrándose en un rango Aceptable, la más usada por el personal de enfermería es la abreviatura DX para referirse al diagnóstico médico.

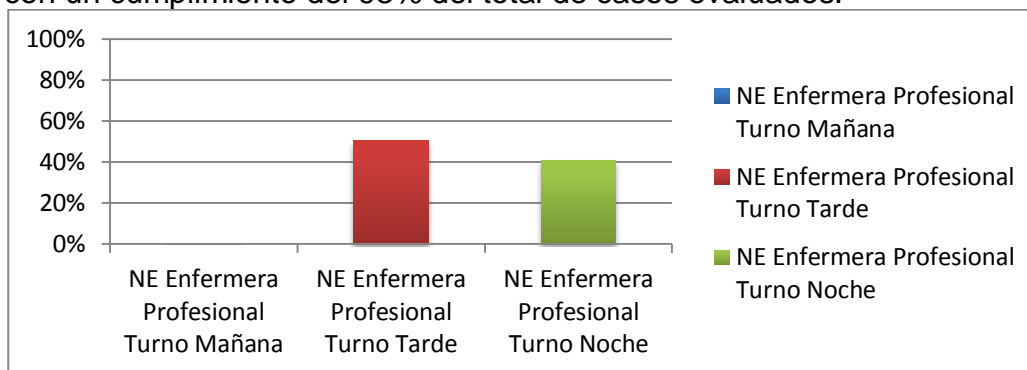
La ortografía y gramática es un aspecto calificado también como DEFICIENTE, ya que se obtuvo para las notas de enfermería de recibo de turno un 53% y para las notas de entrega de turno un 65% de cumplimiento, es decir a pesar de que se cuenta con historia clínica electrónica, lo que hace pensar que beneficiaría este aspecto, resulta no tan ventajoso.

Para el ítem de registro de educación brindada al paciente o su familia acerca de las medidas de seguridad y prevención de riesgos, se cumplió en un 100%, sin

embargo no se evidencio registro de educación o información brindada de acciones de autocuidado, tratamientos o intervenciones de enfermería.

El porcentaje de cumplimiento para el ítem de novedades e intervenciones realizadas al paciente se obtuvo un 100% ya que se planteó inicialmente que cumplía si se registraba una de las siguientes variables: Las novedades presentadas, las acciones efectuadas para la solución de las mismas, las anteriormente mencionadas se cumplen, sin embargo se omiten situaciones muy especiales e importantes durante la estancia hospitalaria de un paciente, como lo es el registro en cuanto a la conducta especifica de la persona enferma o de sus familiares (Rechazo al tratamiento médico, no acatamiento de medidas de seguridad, manipulación de equipos clínicos, cambios en el comportamiento, actividades realizadas al paciente) etc.

Los traslados efectuados a los pacientes se registraron en las notas de enfermería con un cumplimiento del 93% del total de casos evaluados.



Grafica 4. Resultados registros de profesionales de enfermería según turno

Otro hallazgo importante dentro de los resultados obtenidos es el porcentaje DEFICIENTE de los registros realizados por los profesionales de enfermería grafica número 4, donde se tiene para el turno de la mañana el 0%, para el turno de la tarde el 50% y para el turno de la noche un 41%, ya que no se realizaba la nota o si se hacía no contenía las condiciones de salud del paciente, intervenciones realizadas o gestionadas, novedades presentadas y ordenes médicas o actividades de enfermería pendientes por realizar.

Por último, la nota de egreso que contenía la hora de salida, persona que acompaña al paciente, forma de traslado a la salida (Silla, Camilla, de ambulando etc.), condiciones de salud en las que egresa en usuario, obtuvo un porcentaje de cumplimiento del 98% OPTIMO, se evidenció que en los casos donde se requería una nota aclaratoria para corregir algún registro esta no se realizó, dando como resultado un porcentaje del 21% de cumplimiento para este ítem.

Dando entonces respuesta a la pregunta de investigación: ¿Cuáles son las principales fallas que se evidencian en registros de enfermería de los pacientes que fueron atendidos durante el último trimestre del 2015, en el servicio de hospitalización de Foscal Internacional según la normatividad vigente?: Se tiene según los hallazgos encontrados a través del estudio, que el personal de enfermería principalmente falla en el registro de líquidos endovenosos instalados en los pacientes, consignación de pendientes o intervenciones a realizar posteriormente, notas por parte de profesionales de enfermería en los diferentes turnos laborales, diligenciamiento de notas aclaratorias cuando se requieren por falta de atención al detalle o desconocimiento de la posibilidad de hacerlas en la historia clínica electrónica, falla en la ortografía y gramática así como el uso de abreviaturas que no son permitidas a nivel institucional.

VI. DISCUSIÓN

Luego de la descripción y presentación de los resultados del estudio, en donde se muestra las variables que se evaluaron para determinar las principales fallas que se presentan en los registros o notas de enfermería, se obtuvo resultados que no concuerdan con lo mencionado en la literatura científica, ya que la historia clínica representa un documento legal donde se describe cronológicamente todas las intervenciones realizadas al paciente por el equipo de salud (1), aspecto que no se vio reflejado en las notas de enfermería evaluadas ya que se mencionan condiciones en las que se recibe, se entrega el paciente y las novedades presentadas con el mismo, sin embargo no se mencionan intervenciones realizadas por el equipo de salud propiamente dichas, o registros en cuanto a la conducta específica de la persona enferma o de sus familiares (Rechazo al tratamiento médico, no acatamiento de medidas de seguridad, manipulación de equipos clínicos, cambios en el comportamiento, etc.), que en caso de presentarse un evento adverso atribuible a conductas del paciente o no acatamiento de medidas de seguridad o normas institucionales por parte del paciente o su familia, no servirían de soporte o evidencia ante un proceso legal.

En cuanto a la característica mencionada en la Resolución 1995 de 1999 que hace referencia a la racionalidad científica, se menciona que la historia clínica debe ser lógica, clara y completa, esto no se logra evidenciar, ya que teniendo en cuenta los resultados de los ítems evaluados en cuanto a ortografía y gramática donde se obtuvo un porcentaje de cumplimiento del 53%, es decir calificándolo como deficiente a pesar de que se cuenta con la historia clínica electrónica lo que debería beneficiar este aspecto, así mismo la variable de actividades pendientes por realizar por parte del equipo de salud, la cual marca una clara pauta para la continuidad y seguimiento en el cuidado de los pacientes, se obtuvo un resultado entre el 0% y 2%, clasificándolo como deficiente, lo que genera que no se tengan registros claros o completos de lo que se le realizó al paciente durante la estancia hospitalaria, además esto sirve como parámetro para determinar que los registros se estén realizando de forma consciente, con datos actualizados y verídicos según la condición clínica del paciente; hay que mencionar además que estos registros se hacen con el propósito de comunicar los aspectos técnicos y clínicos referidos a la atención del paciente o cuidados de enfermería, estos avalan la calidad, la continuidad de los cuidados, mejora la comunicación y evita errores. Además son un respaldo legal a posibles demandas y también permiten evaluar retrospectivamente la calidad de los cuidados brindados durante la estancia hospitalaria. (8)

Por otro lado, haciendo una comparación con la característica de oportunidad en el diligenciamiento de los registros los cuales deben ser simultáneos o inmediatamente después de que ocurre la prestación o atención en salud, según la misma resolución antes mencionada, se observa que según los resultados del estudio el personal de enfermería si cumple con este aspecto, pues se logró un

porcentaje del 96% y 100% en notas de recibo y entrega de turno respectivamente, cabe resaltar que el rango de tiempo prudente para considerar oportunos los registros fue menos de 2 horas trascurrido el evento.

Otro aspecto importante que vale la pena mencionar, es lo relacionado con los dispositivos médicos, en notas de recibo se obtuvo un porcentaje aceptable de cumplimiento 71%, reflejado en que el personal de enfermería menciona que el paciente tiene un acceso venoso periférico por ejemplo, pero no su ubicación anatómica, no le dan la importancia a registrar el funcionamiento del mismo, o si tiene algún signo de infección local o flebitis; con las sondas vesicales no se menciona aspecto del retorno de la orina o fijación de la misma, con catéter de mahurkar o venoso central se omite condiciones en que se recibe el dispositivo, como gasas, micropore etc. Y con otros dispositivos no se tiene en cuenta características del drenaje ni condiciones del sitio de inserción; todos estos aspectos son importantes para hacer seguimiento y dar continuidad a los cuidados de enfermería, así como a la hora de investigar y analizar infecciones asociadas a la atención en salud, incidentes o eventos adversos. (19)

Siguiendo la línea de los dispositivos médicos, se puede observar el resultado deficiente que se obtuvo con el registro de los líquidos endovenosos instalados en el paciente, con un porcentaje de cumplimiento entre el 0% y el 1%, esto quiere decir que el personal de enfermería registra la solución que se le está administrando al paciente y la velocidad de infusión, sin embargo se mencionaba por ejemplo SSN a 80 cc por hora, sin tener en cuenta presentación de la solución, concentración y cantidad de líquidos pendientes por administrar, esta última característica está incluida dentro del procedimiento asistencial de control de líquidos administrados y eliminados de la institución, con el fin de tener trazabilidad a la cantidad de líquidos administrados y obtener un balance hídrico verifico y confiable de cada paciente.

Examinemos ahora la gráfica número 4 expuesta anteriormente, la cual es bastante preocupante ya que refleja los registros que realiza los profesionales de enfermería, donde queda en evidencia que el turno de la mañana no hace ningún tipo de registro (0% de cumplimiento), el turno de la tarde solo cumple un 50% y el turno de la noche un 41%, de los registros que deben contemplar las condiciones en las que se encuentran los pacientes, gestión del cuidado realizadas durante su jornada de trabajo, las intervenciones, si se presentaron novedades y la forma de respuesta ante estas, la evidencia de la ejecución de órdenes médicas y plan de tratamiento de los pacientes, así como los pendientes a realizar en el siguiente turno; todos estos aspectos influyen en la calidad de las notas de enfermería y la atención brindado a las personas sujeto de cuidado, como se menciona en el artículo de Ramírez y compañía titulado: "NORMAS BÁSICAS PARA LA ELABORACIÓN DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA", según se expone los registros de enfermería constituyen una parte fundamental de la asistencia sanitaria, estando integrados en la historia clínica del paciente, lo que conlleva unas repercusiones y

responsabilidades de índole profesional y legal, que precisa llevarlos a la práctica con el necesario rigor científico, que garantice la calidad de los mismos.

A nivel general, obtener un resultado de cumplimiento global del 67.86% representa un estado DEFICIENTE de las historias clínicas evaluadas dentro del estudio, presentando aspectos críticos e indispensables para garantizar la continuidad, eficacia y seguridad en el cuidado de los pacientes, los registros de enfermería deben proporcionar la información clara y suficiente para lograr crear un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo de salud, demostrar la calidad de los cuidados e intervenciones realizadas por enfermería, que estos registros contribuyan a la evaluación y gestión de servicios de salud, a la investigación y soporte legal; posibilitando el intercambio de información sobre el cuidado, permitiendo diferenciar la actuación propia a la del resto del equipo de salud, fortaleciendo el rol autónomo de la enfermera, y finalmente considerándose una prueba objetiva en la valoración del personal sanitario respecto a su conducta y cuidados al paciente.(20).

Finalmente, dando cumplimiento al último objetivo planteado para el trabajo con base en los hallazgos evidenciados durante el desarrollo de las evaluaciones de las historias clínicas, se elaboró el procedimiento asistencial de registros en notas de enfermería, el cual contiene las recomendaciones e indicaciones generales, para el correcto diligenciamiento y consignación de la información, que el personal de enfermería debe realizar con el fin de reflejar y plasmar los cuidados, intervenciones o abordajes realizados a los pacientes; se recomienda que dicho procedimiento sea incluido dentro del programa de educación continuada de la institución y en el cronograma de socialización de procedimientos asistenciales del servicio de hospitalización, así mismo debe ser evaluado periódicamente con el fin de medir la adherencia que tiene el personal a este, por medio de auditorías aplicadas a historias clínicas o con listas de verificación, retroalimentando según los resultados obtenidos, por ultimo para ver el procedimiento REGISTRO NOTAS DE ENFERMERIA dirijase al anexo 3.

VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- En consecuencia de lo anterior, se puede inferir que las notas de enfermería se consideran un aspecto esencial, tanto para la adecuada calidad de la atención en salud, como para la continuidad, eficiencia y seguridad de los pacientes a nivel institucional, por ello es de vital importancia que el personal de enfermería conozca el adecuado cumplimiento y elaboración de los registros clínicos, así como la legislación vigente en el país, en lo que concierne a historia clínica.
- Según lo observado en las 242 historias clínicas evaluadas en la Clínica Foscal Internacional, se puede concluir que al no existir un procedimiento asistencial, que contenga las directrices generales para la elaboración de notas de enfermería, el personal asistencial no tiene claridad de la información que debe registrar, desconoce las pautas a tener en cuenta para garantizar el cumplimiento de la normatividad vigente.
- Por tal razón, es indispensable que se estandarice los criterios de elaboración correcta y redacción de notas de enfermería, con el fin de evitar ambigüedades en la información consignada, se evite omisión de aspectos relevantes para garantizar el cuidado y fomentar principios éticos, mejorando la capacidad del personal de enfermería para prevenir y resolver conflictos en la práctica asistencial.
- Se requiere entonces incluir dentro del programa institucional de educación continuada, y auditoria concurrente, la socialización, evaluación y seguimiento del procedimiento de elaboración de notas de enfermería el cual debe contener las directrices generales según la literatura científica y normatividad legal, con el fin de cumplir con este importante documento que se hace indispensable para la seguridad, soporte y evidencia de la atención de los pacientes.
- Por consiguiente, se hace importante incluir al personal de enfermería en la socialización de resultados de adherencia y cumplimiento de estándares de calidad de la historia clínica, exponer las principales fallas en el diligenciamiento de notas de enfermería, adquiriendo un deber ético-legal y responsabilidad de cada persona en la correcta elaboración de la historia clínica.
- Finalmente, a medida que aumenta la complejidad de las instituciones de salud, se hace más importante favorecer la capacidad de comunicación efectiva acerca de la atención de los pacientes; beneficiando a través de los registros de enfermería el conocimiento común de los cuidados y contribuir con ello al desarrollo profesional y organizacional.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

1. Ministerio S. RESOLUCION 1995 [Internet]. 1999. p. 2. Available from: http://www.archivo.palmira.unal.edu.co/paginas/documentos/normatividad/R ESOLUCION_1995_1999.pdf.
2. República de Colombia C. Ley 911 de 2004 [Internet]. 2004 p. 1–15. Available from: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articulos-105034_archivo_pdf.pdf
3. Suárez Villa M. Registros de Enfermería como Evidencia del Cuidado Nursing Records as Evidence of Care. 2013;1(2):126–33.
4. Colombia C de la R de. Ley 100 de 1993 [Internet]. 1993 p. 10698–705. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-80052828021&partnerID=40&md5=28d7575e9694edf4247b2c67319134f6>
5. Alejandra Cancela, Veronica Fontan AM. CARACTERISTICAS DE LOS REGISTROS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LA HISTORIA CLINICA EN CUANTO A SU CALIDAD. Univ la Repub. 2010;4.
6. Lanza LA. La historia clínica electrónica: ideas , experiencias y reflexiones. Acimed. 2005;13(5):20.
7. Martínez Quesada A. Aspectos legales y prácticos de los registros de enfermería. Rev Gall Actual Sanit. 2004;3:54–9.
8. Prieto G. Notas de Enfermería. Tribunal Nacional, Ético de Enfermería Bogota; 2013 p. 1–5.
9. Colombia R de. Constitucion Politica de Colombia. Derechos [Internet]. 1991; Available from: http://www.procuraduria.gov.co/guiamp/media/file/Macroproceso Disciplinario/Constitucion_Politica_de_Colombia.htm
10. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 De 2006. Medicina (B Aires) [Internet]. 2006;17. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975#0>
11. Ministerio de la Protección Social. RESOLUCION 1445 Lineamientos para el desarrollo del proceso de otorgamiento de la acreditación en salud. 2006 p. 1–14.
12. Ministerio De Salud Resolucion Numero 2546 De 1998. 1998 p. 1–3.
13. Congreso de la República de Colombia. Ley 266 de 1996 [Internet]. Diario oficial 42.710 1996 p. 8. Available from: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articulos-105002_archivo_pdf.pdf
14. Guzman F y CAA. La historia clínica : elemento fundamental del acto médico. Rev Colomb Cir. 2012;2(27):15–24.
15. Calixto GM, Azucena M, Castañeda M. La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico. Rev Mex Enfermería Cardiológica. 2001;9:1–4.
16. Inernacional F. Direccionamiento Estrategico [Internet]. Available from: <http://www.foscal.com.co/institucion/empresa/direccionamiento-estrategico>
17. Hernández-avila M, Ph D, Garrido-latorre F, C M. Diseño de estudios epidemiológicos. Salud Publica Mex. 2000;42(2):144–54.
18. General LC. UNESCO Declaración Universal sobre Bioética y Derechos

- Humanos. 1997;
19. Ministerio S. Protocolo de londres 1. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PR/OTOCOLO_DE_LONDRES_INCIDENTES%20CLINICOS.pdf.
 20. Ramírez SG, Marco AMN, Morganizo LV. Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. NURE Investig [Internet]. 2007;4(28). Available from: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/335>

IX. ANEXOS

Anexo 1. Formato Para Evaluación De Registros Clínicos De Enfermería Servicio De Hospitalización

N° DE IDENTIFICACION																	
FECHA:																	
EPISODIO:																	
Notas																	
Criterios	1 M	2 T	3 N	4 M	5 T	6N	7M	8T	9N	10	11	12	13	14	15	Porcentaje de Cumplimiento	¿CUMPLE?
Nota De Recibo De Turno	(C) CUMPLE - (NC) NO CUMPLE																
Se realiza registro en notas de enfermería de recibo de turno el examen físico cefalocaudal y las condiciones en las que recibe al paciente																NA	NA
Se consigna en la nota de enfermería de recibo de turno la ubicación del paciente y la presencia de familiar o cuidador.																NA	NA
Se consigna en la nota de enfermería de recibo de turno los dispositivos médicos insertados en el usuario, el estado y las características del mismo.																NA	NA
Se consigna en las notas de recibo de turno los líquidos endovenosos instalados en el paciente y la cantidad pendiente por administrar.																NA	NA
Se registra en notas de enfermería de recibo de turno las actividades de enfermería y órdenes médicas pendientes por realizar.																NA	NA
Las notas de enfermería se realizan oportunamente (Menos de dos horas de ocurrido el evento)																NA	NA
Se documenta en las notas en orden cronológico y coherente la atención brindada al paciente																NA	NA
En las notas de enfermería se evita el uso de abreviaturas no permitidas por la institución.																NA	NA
Las notas de enfermería mantienen una gramática correcta y sin faltas de ortografía																NA	NA
Nota De Entrega	(C) CUMPLE - (NC) NO CUMPLE																
Se realiza registro en notas de enfermería de entrega de turno las condiciones en las que queda el paciente																NA	NA
Se consigna en la nota de enfermería de entrega de turno la ubicación del paciente y si queda acompañado de un familiar o cuidador.																NA	NA
Se consigna en la nota de enfermería de entrega de turno los dispositivos médicos insertados en el usuario, el estado y las características del mismo.																NA	NA
Se consigna en las notas de entrega de turno los líquidos endovenosos instalados en el paciente y la cantidad pendiente por administrar.																NA	NA
Se registra en notas de enfermería de entrega de turno las actividades de enfermería y órdenes médicas pendientes por realizar.																NA	NA

Se realiza nota de traslado interno de pacientes según sea el caso.																NA	NA	
Se evidencia registro clínico realizado por el profesional de enfermería del turno de la mañana																NA	NA	
Se evidencia registro clínico realizado por el profesional de enfermería del turno de la Tarde																NA	NA	
Se evidencia registro clínico realizado por el profesional de enfermería del turno de la noche																NA	NA	
Se evidencia nota de egreso del paciente mencionando condiciones generales del mismo.																NA	NA	
Se identifica correctamente las anotaciones de última hora o aclaratoria cuando se necesita incluir o corregir información importante.																NA	NA	
Se documenta en las notas en orden cronológico y coherente la atención brindada al paciente																NA	NA	
En las notas de enfermería se evita el uso de abreviaturas no permitidas por la institución.																NA	NA	
Las notas de enfermería mantienen una gramática correcta y sin faltas de ortografía																NA	NA	
Otras Notas De Enfermería	(C) CUMPLE - (NC) NO CUMPLE																	
En las notas de enfermería se consigna la educación brindada a los pacientes y familiares en acciones de autocuidado y medidas de seguridad aplicadas en																	NA	NA
Se evidencian notas de enfermería durante el turno que contenga información de las novedades, actividades e intervenciones realizadas al paciente.																	NA	NA
Se realiza nota de traslado interno de pacientes según sea el caso.																	NA	NA
Se evidencia registro clínico realizado por el profesional de enfermería del turno de la mañana																	NA	NA
Se evidencia registro clínico realizado por el profesional de enfermería del turno de la Tarde																	NA	NA


Anexo 2. Instructivo de diligenciamiento del formato para evaluación de historias clínicas

INSTRUCTIVO PARA DILIGENCIAR EL FORMATO DE EVALUACION DE REGISTROS CLINICOS DE ENFERMERIA SERVICIO HOSPITALIZACION				
	Numero de Identificación	Registre el numero de identificación con el que se admisiono el paciente en el sistema o historia clinica		
	Fecha de Evaluación	Registre la fecha DD/MM/AA en la que realizó la evaluacion de los registros clinicos de enfermeria		
	Episodio	Consigene el número del episodio asignado por la institución para el paciente.		
ITEM A EVALUAR	CRITERIOS A EVALUAR	CALIFICACIÓN	OBSERVACIONES	
1	Se realiza registro en notas de enfermería de recibo de turno el examen físico cefalocaudal y las condiciones en las que recibe al paciente	La nota de recibo de turno cotiene la siguiente informacion relacionada con el paciente: Estado de conciencia y orientación, estado de ánimo, estado respiratorio y hemodinámico, manifestaciones verbales, estado de la piel, medidas de soporte como oxigenoterapia, medidas preventivas y de seguridad aplicadas a la persona enferma.	Se calificara CUMPLE si contiene 4 o más de las variables a evaluar, de lo contrario se calificara como NO CUMPLE	Esta Nota es realizada por el personal auxiliar de enfermeria
2	Se consigna en la nota de enfermeria de recibo de turno la ubicación del paciente y la presencia de familiar o cuidador.	La nota de recibo de turno cotiene la ubicación o posición en la que se encuentra el paciente (Si se encuentra en su unidad, en posición supina etc), y si el paciente se encuentra en compañía de familiar o cuidador.	Se calificara CUMPLE si contiene las dos variables a evaluar, el caso de que no se encuentre una de las variables se calificara como NO CUMPLE	Esta Nota es realizada por el personal auxiliar de enfermeria
3	Se consigna en la nota de enfermeria de recibo de turno los dispositivos médicos insertados en el usuario, el estado y las características del mismo.	Se evidencia en la nota de recibo de turno los medios invasivos con los que se encuentra el paciente (venopunción, cateteres, sondas, drenes etc.), la ubicación anatomica, el funcionamiento y estado de los mismos.	Se calificara CUMPLE si contiene todas las variables a evaluar, el caso de que no se encuentre una de las variables se calificara como NO CUMPLE	Esta Nota es realizada por el personal auxiliar de enfermeria
4	Se consigna en las notas de recibo de turno los líquidos endovenosos instalados en el paciente y la cantidad pendiente por administrar.	Se evidencia registro en la nota de recibo de turno los líquidos endovenosos instalados al paciente, nombre, presentación, velocidad de infusión y cantidad de líquidos pendientes por pasar	Se calificara CUMPLE si contiene todas las variables a evaluar, el caso de que no se encuentre una de las variables se calificara como NO CUMPLE	Esta Nota es realizada por el personal auxiliar de enfermeria
5	Se registra en notas de enfermeria de recibo de turno las actividades de enfermería y órdenes médicas pendientes por realizar.	Se evidencia en la nota de recibo de turno las actividades de enfermeria pendientes u ordenes medicas a realizar durante el turno (Toma o resultados de exámenes de laboratorio, toma de imagenes diagnosticas, procedimientos quirurgicos, etc.)	Se calificara CUMPLE si contiene todas las variables a evaluar, el caso de que no se encuentre una de las variables se calificara como NO CUMPLE	Todo el personal de enfermeria


12	Se consigna en la nota de enfermería de entrega de turno los dispositivos médicos insertados en el usuario, el estado y las características del mismo.	Se evidencia en la nota de entrega de turno los medios invasivos con los que queda el paciente (venopunción, cateteres, sondas, drenes etc.), la ubicación anatómica, el funcionamiento y estado de los mismos.	Se calificara CUMPLE si contiene todas las variables a evaluar, el caso de que no se encuentre una de las variables se calificara como NO CUMPLE	Esta Nota es realizada por el personal auxiliar de enfermería
13	Se consigna en las notas de entrega de turno los líquidos endovenosos instalados en el paciente y la cantidad pendiente por administrar.	Se evidencia registro en la nota de entrega de turno los líquidos endovenosos instalados al paciente, nombre, presentación, velocidad de infusión y cantidad de líquidos pendientes por pasar	Se calificara CUMPLE si contiene todas las variables a evaluar, el caso de que no se encuentre una de las variables se calificara como NO CUMPLE	Esta Nota es realizada por el personal auxiliar de enfermería
14	Se registra en notas de enfermería de entrega de turno las actividades de enfermería y órdenes médicas pendientes por realizar	Se evidencia en la nota de entrega de turno las actividades de enfermería pendientes u ordenes medicas a realizar (Toma o resultados de exámenes de laboratorio, toma de imagenes diagnosticas, procedimientos quirurgicos, etc.)	Se calificara CUMPLE si contiene todas las variables a evaluar, el caso de que no se encuentre una de las variables se calificara como NO CUMPLE	Todo el personal de enfermería
15	Oportunidad en la nota de entrega de turno de enfermería	Se evidencia que las notas de enfermería son realizadas en menos de dos horas de ocurrido el evento, verificando la hora real vs la hora modificada, en la historia clínica electrónica	Si la nota de enfermería fue realizada antes de 2 horas del evento se calificara como CUMPLE, en caso contrario NO CUMPLE.	Todo el personal de enfermería
16	Orden cronológico y coherente de la nota de entrega de turno de enfermería	Los registros son consignados según las actividades o intervenciones realizadas al paciente de forma secuencial y guardando un orden coherente.	Si las notas de enfermería cumplen con estas características se calificará como CUMPLE, en caso contrario se calificará como NO CUMPLE	Todo el personal de enfermería
17	Uso de abreviaturas autorizadas en el listado institucional en la nota de entrega de turno	Se evidencia el uso de abreviatura en las notas de enfermería que son autorizadas por la institución. (Ver listado)	Si se encuentra el uso de abreviaturas no permitidas por la institución en las notas de enfermería NO CUMPLE, en caso contrario CUMPLE	Todo el personal de enfermería
6	Oportunidad en la nota de recibo de turno de enfermería	Se evidencia que las notas de enfermería son realizadas en menos de dos horas de ocurrido el evento, verificando la hora real vs la hora modificada, en la historia clínica electrónica	Si la nota de enfermería fue realizada antes de 2 horas del evento se calificara como CUMPLE, en caso contrario NO CUMPLE.	Todo el personal de enfermería
7	Orden cronológico y coherente de la nota de recibo de turno de enfermería	Los registros son consignados según las actividades o intervenciones realizadas al paciente de forma secuencial y guardando un orden coherente.	Si las notas de enfermería cumplen con estas características se calificará como CUMPLE, en caso contrario se calificará como NO CUMPLE	Todo el personal de enfermería
8	Uso de abreviaturas autorizadas en el listado institucional de la nota de recibo de enfermería	Se evidencia el uso de abreviatura en las notas de enfermería que son autorizadas por la institución. (Ver listado)	Si se encuentra el uso de abreviaturas no permitidas por la institución en las notas de enfermería NO CUMPLE, en caso contrario CUMPLE	Todo el personal de enfermería
9	Ortografía y Gramática de la nota de recibo de turno de enfermería	Existe una gramática adecuada y notas realizadas sin falta de ortografía	de diferente persona con faltas de ortografía o inadecuada gramática se calificara como NO CUMPLE, de lo contrario CUMPLE	Todo el personal de enfermería
10	Se realiza registro en notas de enfermería de entrega de turno las condiciones en las que queda el paciente	La nota de entrega de turno contiene: Estado de conciencia y orientación, estado de ánimo, estado respiratorio y hemodinámico, manifestaciones verbales, estado de la piel, medidas de soporte como oxigenoterapia, medidas preventivas y de seguridad aplicadas a la persona enferma.	Se calificara CUMPLE si contiene 4 o más de las variables a evaluar, de lo contrario NO CUMPLE se calificara como NO CUMPLE	Esta Nota es realizada por el personal auxiliar de enfermería
11	Se consigna en la nota de enfermería de entrega de turno la ubicación del paciente y si queda acompañado de un familiar o cuidador.	La nota de recibo de turno contiene la ubicación o posición en la que se encuentra el paciente (Si se encuentra en su unidad, en posición supina etc), y si el paciente queda en compañía de familiar o cuidador.	Se calificara CUMPLE si contiene las dos variables a evaluar, el caso de que no se encuentre una de las variables se calificara como NO CUMPLE	Esta Nota es realizada por el personal auxiliar de enfermería
	Se consigna en la nota de enfermería de entrega de turno los dispositivos médicos insertados en el usuario, el estado y las características del	Se evidencia en la nota de entrega de turno los medios invasivos con los que queda el paciente (venopunción, cateteres, sondas, drenes etc.), la ubicación anatómica,	Se calificara CUMPLE si contiene todas las variables a evaluar, el caso de que no se encuentre una de las variables se	Esta Nota es realizada por el personal auxiliar

18	Ortografía y Gramática de la nota de entrega de turno de enfermería	Existe una gramática adecuada y notas realizadas sin falta de ortografía	Si se encuentra más de tres notas de diferente persona con faltas de ortografía o inadecuada gramática se calificará como NO CUMPLE, de lo contrario CUMPLE	Todo el personal de enfermería
19	En las notas de enfermería se consigna la educación brindada a los pacientes y familiares en acciones de autocuidado y medidas de seguridad aplicadas en situaciones de riesgo.	Se observa en las notas de enfermería registro de la educación brindada al paciente, familia o cuidador acerca de las medidas de seguridad y prevención de riesgos, acciones de autocuidado, tratamientos o intervenciones de enfermería, etc.	Se calificará CUMPLE si contiene una de las variables a evaluar, el caso de que no se encuentre una de las variables se calificará como NO CUMPLE	Todo el personal de enfermería
20	Se evidencian notas de enfermería durante el turno que contenga información de las novedades, actividades e intervenciones realizadas al paciente.	Se observa notas de enfermería durante el turno registrando las actividades realizadas al paciente, las novedades presentadas, las acciones efectuadas para la solución de las mismas, la conducta específica de la persona enferma o de sus familiares (Rechazo al tratamiento médico, no acatamiento de medidas de seguridad, manipulación de equipos clínicos, cambios en el comportamiento etc)	Se calificará CUMPLE si contiene una de las variables a evaluar, el caso de que no se encuentre una de las variables se calificará como NO CUMPLE	Todo el personal de enfermería
21	Se realiza nota de traslado interno de pacientes según sea el caso.	Se evidencia nota de enfermería del traslado del paciente a otro servicio (cirugía, escanografía, unidad de cuidados intensivos etc.).	Se calificará CUMPLE si contiene la nota, en ausencia de esta se calificará como NO CUMPLE	Todo el personal de enfermería
22	Nota del profesional de enfermería del turno de la mañana	Se evidencia registro por aparte del profesional de enfermería consignando la siguiente información: condiciones de salud del paciente, intervenciones realizadas o gestionadas, novedades presentadas y ordenes medicas o actividades de enfermería pendientes por realizar.	Se calificará CUMPLE si contiene todas las variables a evaluar, el caso de que no se encuentre una de las variables se calificará como NO CUMPLE	Profesional de Enfermería
21	Se realiza nota de traslado interno de pacientes según sea el caso.	Se evidencia nota de enfermería del traslado del paciente a otro servicio (cirugía, escanografía, unidad de cuidados intensivos etc.).	Se calificará CUMPLE si contiene la nota, en ausencia de esta se calificará como NO CUMPLE	Todo el personal de enfermería
22	Nota del profesional de enfermería del turno de la mañana	Se evidencia registro por aparte del profesional de enfermería consignando la siguiente información: condiciones de salud del paciente, intervenciones realizadas o gestionadas, novedades presentadas y ordenes medicas o actividades de enfermería pendientes por realizar.	Se calificará CUMPLE si contiene todas las variables a evaluar, el caso de que no se encuentre una de las variables se calificará como NO CUMPLE	Profesional de Enfermería
23	Nota del profesional de enfermería del turno de la tarde	Se evidencia registro por aparte del profesional de enfermería consignando la siguiente información: condiciones de salud del paciente, intervenciones realizadas o gestionadas, novedades presentadas y ordenes medicas o actividades de enfermería pendientes por realizar.	Se calificará CUMPLE si contiene todas las variables a evaluar, el caso de que no se encuentre una de las variables se calificará como NO CUMPLE	Profesional de Enfermería
24	Nota del profesional de enfermería del turno de la noche	Se evidencia registro por aparte del profesional de enfermería consignando la siguiente información: condiciones de salud del paciente, intervenciones realizadas o gestionadas, novedades presentadas y ordenes medicas o actividades de enfermería pendientes por realizar.	Se calificará CUMPLE si contiene todas las variables a evaluar, el caso de que no se encuentre una de las variables se calificará como NO CUMPLE	Profesional de Enfermería
25	Se evidencia nota de egreso del paciente mencionando condiciones generales del mismo.	La nota de egreso contiene la siguiente información: Hora de salida, persona que acompaña al paciente, forma de traslado a la salida (Silla, Camilla, de ambulando etc.), condiciones de salud en las que egresa en usuario.	Se calificará CUMPLE si contiene todas las variables a evaluar, el caso de que no se encuentre una de las variables se calificará como NO CUMPLE	Esta Nota es realizada por el personal auxiliar de enfermería
26	Anotaciones de última hora o aclaratorias	Se evidencia registro de información de ultimo momento o aclaratoria cuando se requiere.	Se calificará CUMPLE si contiene la nota, si existe la necesidad y hubo ausencia de esta se calificará como NO CUMPLE	Todo el personal de enfermería

Anexo 3: Manual de procedimientos asistenciales

	FUNDACION FOSUNAB – CLINICA FOSCAL INTERNACIONAL			Código
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES			-MPA
	REGISTRO NOTAS DE ENFERMERIA			Hoja
				1 de 4
DIRECCION:	DIVISION: Enfermería	DEPARTAMENTO: No Aplica	SERVICIO: Hospitalización	
COORDINACIÓN:	RESPONSABLE:		VERSIÓN:	
<p>DEFINICIÓN DEL PROCEDIMIENTO: Los registros de enfermería son los documentos específicos que hacen parte de la historia clínica, en los cuales se describe, cronológicamente la situación, evolución y seguimiento del estado de salud e intervenciones de promoción de la vida, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que la profesión de enfermería brinda a las personas a su cuidado, la familia y a la comunidad. : </p> <p>PROPÓSITO: Establecer los criterios o lineamiento para la adecuada elaboración y documentación de las notas de enfermería, con el fin de promover la calidad y continuidad de los cuidados, creando un lenguaje común entre el personal de enfermería disminuyendo la variabilidad en la documentación.</p> <p>NORMAS DEL PROCEDIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Este procedimiento debe ser aplicado por todo el personal de enfermería que participe de manera activa en el cuidado de la persona enferma en el servicio de hospitalización. • El correcto diligenciamiento de las notas de enfermería debe ser realizado por el profesional de enfermería del servicio y/o personal autorizado por la división de enfermería, verificando el cumplimiento del plan de enfermería y cuidados correspondientes para cada paciente. • Todo procedimiento realizado debe ser registrado inmediatamente por la persona que lo realizó, precisando la fecha, hora exacta, y descripción de la actividad. • Los registros de enfermería deben ser precisos, objetivos, claros y suficientes. <p>INDICACIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Al momento del ingreso del paciente al servicio de hospitalización. • Cada vez que se requiera documentar una intervención de enfermería. • Cada vez que el personal de enfermería reciba y entregue turno. • Cuando se presente alguna novedad o alteración del estado de salud del paciente. <p>INSUMOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistema Integrado de Información SAP • Plantilla Notas de Enfermería 				

FOSCALIDAD- 002- MF-V3


	FUNDACION FOSUNAB – CLINICA FOSCAL INTERNACIONAL			Código
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES			-MPA
	REGISTRO NOTAS DE ENFERMERIA			Hoja
				2 de 4
GLOSARIOS				
RECOMENDACIONES				
<ul style="list-style-type: none"> • Las notas de enfermería deben diligenciarse en forma clara, coherente y cronológicamente según las actividades realizadas al paciente. • Redacte las notas con una buena gramática y sin faltas de ortografía. • Solo está permitido el uso de abreviaturas establecidas por la institución. 				

ACTIVIDAD No.	PERSONA RESPONSABLE	DOCUMENTOS NECESARIOS	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES
1	Auxiliar de Enfermería	Sistema Integrado de Información SAP Plantilla Notas de Enfermería	Al recibir el turno: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Registre el lugar donde se encuentra el paciente (Cama, silla, diván, baño, de ambulando, etc.) ✓ Si se encuentra en compañía de familiar o cuidador, posición en la que se recibe (supino, prono, semifowler etc.) ✓ Estado de conciencia y orientación, estado de ánimo, estado respiratorio y hemodinámico, manifestaciones verbales, estado de la piel, medios invasivos, la integridad y funcionalidad de los mismos, líquidos endovenosos y cantidad pendiente por administrar, medidas de soporte de oxígeno, las medidas preventivas y de seguridad aplicadas a la persona. ✓ Pendientes a gestionar o a realizar durante el turno.
2	Auxiliar de Enfermería	Sistema Integrado de Información SAP Plantilla Notas de Enfermería	Durante el turno: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Documente las acciones de bienestar y confort así como las medidas de seguridad para prevenir riesgos. ✓ Registre intervenciones de enfermería realizadas al paciente y tratamientos médicos delegados. ✓ Mencione los problemas de salud presentados en el paciente durante el turno y las acciones efectuadas para la solución de los mismos y su evolución. ✓ Consigne la información suministrada a la enfermera profesional a cerca de las novedades presentadas con el paciente. ✓ Documente la conducta específica del paciente y su familia frente a las recomendaciones o medidas de seguridad.
3	Auxiliar de Enfermería	Sistema Integrado de Información SAP Plantilla Notas de Enfermería	Al entregar el turno: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Registre el lugar donde se queda el paciente (Cama, silla, diván, baño, de ambulando, etc.) ✓ Si queda en compañía de familiar o cuidador y posición en la que se entrega (supino, prono, semifowler etc.) ✓ Estado de conciencia y orientación, estado de ánimo, estado respiratorio y hemodinámico, manifestaciones verbales, estado de la piel, medios invasivos, la integridad y funcionalidad de los mismos, líquidos endovenosos y cantidad pendiente por administrar, medidas de soporte de oxígeno, las medidas preventivas y de seguridad aplicadas a la persona. ✓ Pendientes a gestionar o a realizar durante el turno.

4	Auxiliar de Enfermería	Sistema Integrado de Información SAP Plantilla Notas de Enfermería	Traslado a otro servicio: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Documente el personal asistencial que acompaña al paciente, si se traslada en compañía de familiar, en silla, camilla o en ambulancia, condiciones clínicas del paciente, estado hemodinámico y respiratorio, soporte de oxígeno si aplica, integridad de la piel, condiciones de higiene y confort del paciente, registre documentos o historia clínica enviada, pertenencias, medicamentos o dispositivos que fueron entregado al personal que realizara el traslado.
5	Enfermera Profesional/ Auxiliar de Enfermería	Sistema Integrado de Información SAP Plantilla Notas de Enfermería	Fallecimiento: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Documente hallazgos y situaciones en las que se encontraba el paciente al momento del suceso. ✓ Registre las intervenciones médicas y de enfermería que se llevaron a cabo hasta el momento de la muerte. ✓ Consigne en la nota de enfermería el número del certificado de defunción y los trámites administrativos realizados ✓ Registre la gestión realizada para ubicar al familiar o cuidador de la persona fallecida (Si aplica). ✓ Documente los procedimientos realizados para el arreglo del cadáver y traslado al área blanca. ✓ Diligencie la plantilla de Egreso de Enfermería
6	Enfermera Profesional	Sistema Integrado de Información SAP Plantilla Notas de Enfermería	Aplica para el turno de la mañana, tarde y noche: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Documente en las notas de enfermería las condiciones de salud del paciente: Estado de conciencia y orientación, estado de ánimo, estado respiratorio y hemodinámico, manifestaciones verbales, estado de la piel, medios invasivos, la integridad y funcionalidad de los mismos, líquidos endovenosos, medidas de soporte de oxígeno, las medidas preventivas y de seguridad aplicadas a la persona, intervenciones realizadas o gestionadas, novedades presentadas y ordenes medicas o actividades de enfermería pendientes por realizar.
7	Auxiliar de Enfermería	Sistema Integrado de Información SAP Plantilla Notas de Enfermería	Al egreso del paciente: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Diligencie la plantilla de EGRESO DE ENFERMERIA. ✓ En notas de enfermería diligencie la persona que acompaña al paciente, condiciones en las que egresa de la institución, si se traslada en silla, camilla o en ambulancia, estado hemodinámico y respiratorio, integridad de la piel, si se retira acceso venoso y la forma como se deja el punto de inserción, novedades presentadas previo al egreso si aplica.
8	Enfermera Profesional/ Auxiliar de Enfermería	Sistema Integrado de Información SAP Plantilla Notas de Enfermería	Fuga <ul style="list-style-type: none"> ✓ Registre la hora en la que se evidencio la ausencia del paciente. ✓ Consigne los métodos de búsqueda que se llevaron a cabo para la búsqueda del paciente (Procedimiento asistencial manejo de usuario extraviado). ✓ Registre la gestión realizada para ubicación del familiar y notificación de lo sucedido.

9	Enfermera Profesional/ Auxiliar de Enfermería	Sistema Integrado de Información SAP Plantilla Notas de Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Consigne las manifestaciones por las cuales el paciente desea irse de la institución, notifique al médico los deseos del paciente o su familia. ✓ Verifique y documente la constancia firmada por la persona de su retiro. ✓ Diligencie la persona que acompaña al paciente, condiciones en las que egresa de la institución, si se traslada en silla, camilla o en ambulancia, estado hemodinámico y respiratorio, integridad de la piel, si se retira acceso venoso y la forma como se deja el punto de inserción.
---	--	---	--

FOSCALIDAD- 002- MF-V3

		FUNDACION FOSUNAB – CLINICA FOSCAL INTERNACIONAL		Código
		MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES		-MPA
		REGISTRO NOTAS DE ENFERMERIA		Hoja
				4 de 4
10	Enfermera Profesional/ Auxiliar de Enfermería	Sistema Integrado de Información SAP Plantilla Notas de Enfermería	Otras notas de enfermería <ul style="list-style-type: none"> ✓ Registre valoraciones o procedimientos realizados por otro personal del equipo de salud. ✓ Registre la educación brindada al paciente y su familia en cuanto a medidas de seguridad, recomendaciones a tener en cuenta durante la hospitalización, indicaciones de preparación especial para procedimientos quirúrgicos o medios diagnósticos. ✓ Registre manifestaciones verbales del paciente relacionadas con intentos o deseos de suicidio, notifique al médico, familia y personal de salud, así como las medidas preventivas para evitar la materialización del riesgo. ✓ Documente los actos del paciente o de su familia que no contribuyan con el cuidado de su salud u obedezca a incumplimiento de medidas de seguridad tales como: <ul style="list-style-type: none"> • Rechazo al tratamiento médico o intervenciones de enfermería, así como la educación e información que se brinda a cerca de la necesidad de las mismas. • Negación al cumplimiento de la dieta recomendada según condición de salud. • No solicitud del llamado de enfermería para traslado de paciente al baño o movilización cuando tiene riesgo alto de caída. • Manipulación de equipos médicos o dispositivos invasivos utilizados para el tratamiento y recuperación (Bombas de infusión, sondas vesicales, sonda para alimentación enteral, dispositivos de drenaje, 	

BIBLIOGRAFIA

1. COLOMBIA, TRIBUNAL NACIONAL ETICO DE ENFERMERIA. LEY 911 Octubre 5 De 2004
2. Ramírez SG, Marco AMN, Morganizo LV. Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. NURE Investig [Internet]. 2007;4(28). Available from: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/335>
3. República de Colombia C. Ley 911 de 2004 [Internet]. 2004 p. 1–15. Available from: http://www.mineduccion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf.
4. Ministerio S. RESOLUCION 1995 [Internet]. 1999. p. 2. Available from: http://www.archivo.palmira.unal.edu.co/paginas/documentos/normatividad/RESOLUCION_1995_1999.pdf.
5. Ruiz Hontangas A. Calidad de los registros de Enfermería En Enfermería. Valencia. España.
6. Murphy, J. Y J. Bruke, L. Anotar las excepciones. Una forma más eficaz de hacer los registros. (1991); *Nursing*, 9 (3): 39-41

ELABORADO POR: Lina Cáceres Galvis Enf. Profesional	REVISADO POR:	APROBADO POR:
FECHA DE ELABORACIÓN:	FECHA DE REVISIÓN:	FECHA DE APROBACIÓN:

FOSCALIDAD- 002- MF-V3