



## Necesidad de registrar en la profesión enfermera

Estefanía Torrecilla Cilleros

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquest document i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a RECERCAT (framing)

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de este documento y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y título. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a RECERCAT (framing).

TRABAJO DE FIN DE GRADO

# Necesidad de registrar en la profesión enfermera

Grado en Enfermería

**Autor:** Estefanía TORRECILLA CILLEROS

**Tutor:** Anna M. ALIBERCH RAURELL

**Fecha de presentación:** 03/06/2015

**“Prohibida la reproducción total o parcial de este texto por medio de imprenta, fotocopia, microfilm u otros, sin permiso previo expreso de la Universitat Internacional de Catalunya”**

## RESUMEN

**Introducción:** Los registros son una documentación donde se recoge toda la información relativa al proceso asistencial, su núcleo gira entorno al paciente y a sus necesidades.

Enfermería posee un papel fundamental debido a su prestación de cuidados continuos. Utiliza dicha documentación como apoyo documental que recoge la información y plasma la atención individual que realiza a las personas.

En este trabajo se argumenta la necesidad de efectuar registros enfermeros. Para ello, se especifican las características propias para una elaboración correcta y profesional. Obteniendo así los objetivos que se pretenden alcanzar con ellos. Poniendo en relevancia la mejora de la calidad asistencial, la continuidad de los cuidados, ser el vehículo de comunicación entre los diversos profesionales sanitarios y todo ello amparado en un marco legal.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio es destacar la función que ejercen los registros enfermeros, la necesidad de realizarlos de manera profesional y la legalidad vigente por la cual se rigen.

**Metodología:** Se llevó a cabo una revisión de la literatura entre Octubre de 2014 y Marzo del 2015. Se obtuvieron un total de 43 fuentes, de las cuales 32 pertenecen al ámbito internacional y los 11 restantes son redactados en lengua hispana.

**Resultados:** La bibliografía consultada pone en relevancia los servicios que prestan los registros de Enfermería. Son los siguientes:

- Contribuyen a la continuidad del cuidado
- Facilita la comunicación escrita entre el equipo sanitario
- Desarrollo de la enfermería como profesión
- Coadyuvan a la calidad de los cuidados
- Conllevan una responsabilidad legal
- Herramienta para la investigación

**Conclusiones:** Enfermería tiene la responsabilidad de llevar a cabo unos registros de calidad, que representen la actividad realizada y donde exponga su criterio. Se debe utilizar un

lenguaje técnico, preciso y universal. Para conseguir así, los beneficios que comportan tanto para la profesión como para el paciente.

**Palabras Clave:** registros enfermeros, cuidados de calidad, registros de salud electrónicos, documentación enfermera, taxonomía enfermera.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Records are documents in which all the information concerning the care process is collected. The information they contain is related with the patient and their needs.

Nursing has a key role due to its provision of continuing care. Nurses use this documentation as a documentary support that collects information and reflects the individual attention that makes people.

In this project, it is discussed the need of the nursing records in the clinical practice. To do this, the characteristics for proper and professional development are specified. Thus attaining the objectives to be achieved with them, putting relevance on improving the quality of care and allowing the continuity of care, being at the same time the vehicle of communication between different health professionals and protected by a legal framework.

**Objectives:** The aim of this study is to highlight the role and the function exerted by the nurses records, the need to carry them out professionally and current legislation which are governed.

**Methods:** It was carried out a literature review between October 2014 and March 2015, including a total of 45 sources, 33 of whom belong to an international background, while the remaining 12 were obtained written in Spanish.

**Results:** The literature points out the benefits provided by nursing records, as follows:

- They contribute to continuity of care
- They facilitate written communication between the health team
- They contribute to the development of nursing as a profession
- They contribute to the quality of care
- They carry a legal responsibility
- They work as a research tool

**Conclusions:** Nursing has a responsibility in order to carry out quality records that represent the activity performed, but also the nurses professional point of view. For that reason, it is

necessary to use a technical, precise and universal language to thereby obtain benefits for both professionals and patients.

**Keywords:** nursing records, quality care, electronic health records, documentation nurse, nurse taxonomy.

## ÍNDICE

Resumen .....	I
Índice de figuras .....	VI
Abreviaturas .....	VII
Introducción .....	2
Justificación.....	3
Objetivos .....	4
Metodología .....	4
Resultados: Revisión de la literatura .....	6
Historia de los registros enfermeros .....	6
Características de los registros de enfermería .....	7
Lenguaje enfermero estandarizado .....	9
Legalidad de los registros enfermeros .....	11
Paso registros de papel a informatizados.....	16
Beneficios de los registros enfermeros .....	17
Discusión y conclusiones .....	20
Límites de la revisión .....	22
Propuestas para futuros trabajos.....	22
Reflexión personal sobre el aprendizaje obtenido.....	23
Referencias bibliográficas .....	24
Anexos.....	30
Anexo 1: Cronograma .....	31
Anexo 2: Algoritmos de búsqueda y resultados arrojados por Base de Datos .....	33
Anexo 3: Referencias incluidas en la revisión.....	34
Agradecimiento .....	40



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica.....	6
---	---

## **ABREVIATURAS**

**ANA** American Nurses Association

**NANDA** North American Nursing Diagnosis Association

**NIC** Nursing Intervention Classification

**NOC** Nursing Outcome Classification

*Este trabajo va dedicado a los dos grandes pilares de mi vida,  
mi madre y mi padre. Gracias por el amor y apoyo  
que me habéis brindado.*

*Os quiero.*

## INTRODUCCIÓN

## INTRODUCCIÓN

En el ámbito de la salud, la prestación adecuada de los servicios está estrechamente ligada con la calidad de la información disponible para los profesionales sanitarios. Por ese motivo los registros son una herramienta clínica esencial donde se recogen los datos pertinentes y necesarios para la práctica profesional diaria [1].

Para llevar a cabo sus servicios, las organizaciones asistenciales deben registrar una información veraz, concisa, recopilada y compartida entre los diversos niveles que coexisten y trabajan en la organización sanitaria. Esto es debido al modelo organizativo presente en las instituciones, ya que tiene un enfoque multidisciplinario; no es la profesión de una sola persona, sino la de un grupo de profesionales, que ofrece una atención global y coordinada [1, 2].

Por ello se desprende la definición de los registros, considerándose el instrumento más relevante para recolectar datos, para facilitar el intercambio de información entre las organizaciones de salud y un elemento imprescindible para avalar la continuidad y la gestión de la atención al paciente [1, 3].

Centrándonos en la profesión, enfermería realiza una labor fundamental en la prestación de cuidados las 24 horas, en la regulación y estructuración de la atención prestada por el equipo. Son reconocidos como recolectores, generadores y usuarios de la información del paciente. Enfermería utiliza dicha documentación como soporte documental donde recoge toda la información y plasma la atención individual dada a las personas que ha otorgado los cuidados [4, 5].

En relación a la función que ejerce los registros de enfermería, en primer lugar destacar la competencia asistencial, debido a que se desarrolla la continuidad del cuidado y permite respaldar la evolución del paciente. Gracias a su carácter continuo con anotaciones sucesivas y también a su carácter permanente, nos permite seguir el proceso asistencial que recibe el paciente, valorar y evaluar las actuaciones emprendidas. Y es aquí donde encontramos la siguiente función de los registros, la del desarrollo de enfermería como profesión. Debido a que gracias a las anotaciones que se realizan, se puede efectuar un análisis crítico de las actuaciones llevadas a cabo, poder ver su eficiencia y poder rectificar o bien continuar con los

cuidados. Esto hace que la profesión se enriquezca y consiga su denotación de profesión autónoma y libre [6].

Por lo tanto, los registros realizados por el equipo de enfermería consisten en la prueba más fehaciente de la calidad de sus cuidados, debido a que permiten la evaluación de los procedimientos aplicados y la valoración de la calidad de la asistencia prestada. Es un instrumento que permite la planificación y la coordinación de la atención, por lo que es indiscutible la necesidad de registros adecuados y frecuentes en los documentos de los pacientes [7].

Los registros de enfermería, también son una importante herramienta de comunicación escrita de las acciones emprendidas, las observadas y de la información obtenida del paciente y la familia. Con el propósito esencial de proporcionar datos sobre la atención recibida. Lo que nos garantiza la comunicación entre todos miembros del equipo de salud y por consiguiente garantizará una continuidad en el cuidado [8].

Esto conlleva una responsabilidad a nivel profesional y legal que contempla una estructuración, unos planes de cuidados normalizados, una unificación del vocabulario para incrementar la calidad asistencial, facilitar la búsqueda, ayudar al enfermero a tomar decisiones y la posibilidad de recuperación y análisis posterior de los datos resultantes [9, 10].

## **JUSTIFICACIÓN**

Los registros de Enfermería son una parte fundamental de la Historia Clínica del paciente y una parte esencial del trabajo de los profesionales enfermeros. Los registros tienen una función asistencial y de desarrollo para la profesión pero además tienen la función de investigación, docencia y de gestión. Y por último, tiene una finalidad jurídico-legal debido a que forman parte del testimonio documental en caso de problemas jurídicos.

Se considera esencial realizar una revisión de la literatura para poder analizar las funciones que ejercen los registros en el ámbito profesional. Para contribuir en la mejora de los

conocimientos al respecto y detallar los beneficios que aporta su consecución de manera correcta.

Las preguntas de investigación formuladas y a las cuales se intenta dar respuesta con este trabajo son:

- a) ¿Cuál es el beneficio de registrar para la profesión de enfermería?
- b) ¿Qué beneficios aporta al paciente los registros de enfermería?

## **OBJETIVOS**

Por todo ello, creo necesario:

- ✓ Conocer la bibliografía actual en referencia a los registros enfermeros y más relevantes en la literatura nacional e internacional
- ✓ Destacar su función, su necesidad en el control de la salud/enfermedad del paciente y el marco legal

## **METODOLOGÍA**

La tipología del trabajo es una revisión de la literatura, por ello he realizado una exhaustiva búsqueda bibliográfica en las bases de datos accesibles a través del intranet de la Universidad Internacional de Cataluña, añadiendo también las de acceso público en la web, han sido las siguientes:

- Pubmed
- CINAHL Complete
- Cochrane Library
- EBSCO Host
- Google Scholar

La búsqueda bibliográfica empezó en Octubre de 2014. Las palabras claves empleadas fueron “nursing records”, “quality care”, “electronic health records”, “nursing documentation”, “nursing taxonomy”.

La estrategia de búsqueda incluyó la utilización de operadores booleanos AND/ NOT.

Para acotar la búsqueda se utilizó los siguientes filtros: año de publicación (deben haber sido publicados en los últimos diez años; las bibliografías obtenidas son a partir del año 2005). Acceso del texto completo del documento y se excluyeron todos aquellos artículos que trataran de registros que no fueran del ámbito de la salud y también los que no fueran específicos de la profesión enfermera.

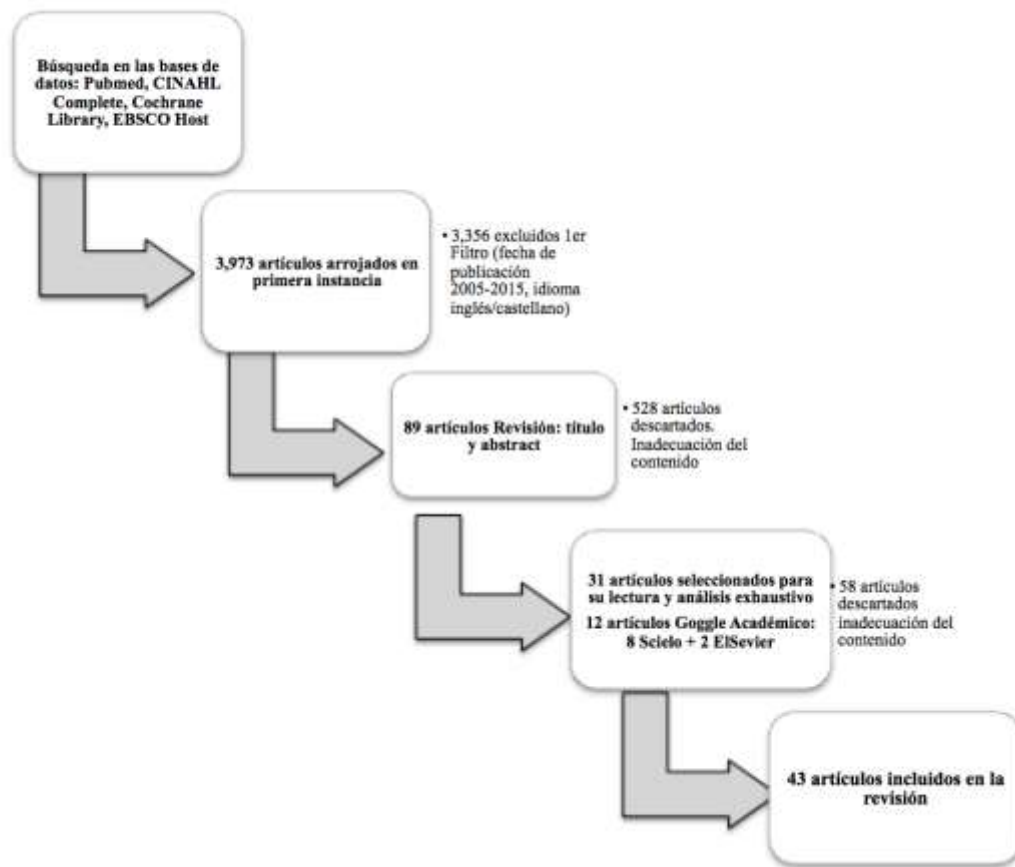
La selección de artículos se basó en una primera lectura de los títulos de los estudios, del la cuál permitió un primer descarte de 528 estudios de los cuáles no se ceñían al tema del trabajo. Posteriormente, la lectura del “abstract” permitió la selección de 89 artículos de los cuales presentaban los criterios de inclusión del trabajo. Finalmente se realizó una lectura profunda y crítica para la selección de 43 artículos científicos que cumplen con los criterios de inclusión mencionados. De los 43 artículos consultados 11 son en lengua española tanto del ámbito nacional como internacional y los 32 restantes son artículos internacionales redactados en lengua inglesa.

Todos los archivos seleccionados fueron adjuntados en el gestor bibliográfico Refworks para la realización de una bibliografía siguiendo la normativa Vancouver.

Debido a la tipología del trabajo, no ha sido necesaria la consultoría con el Comité de Ética. Aún así, el trabajo se rige por la normativa vigente de investigación de la Universidad Internacional de Cataluña. También se ha tenido en cuenta dicha normativa para la selección de los artículos científicos.



**Figura 1:** Diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica



## **RESULTADOS: REVISIÓN DE LA LITERATURA**

### **HISTORIA DE LOS REGISTROS ENFERMEROS**

El cuidado como actividad, ha existido desde el comienzo de la humanidad. Puesto que en la especie humana siempre ha habido personas más débiles, incapaces de valerse por sí solas. En consecuencia, aparece la figura que cuida a los más necesitados. Pero durante muchos años los cuidados no formaban parte de un oficio, ni mucho menos se consideraba una profesión, además de una nula existencia de reportes escritos sobre ellos [11].

La tradición escrita sobre los cuidados aparece en los monasterios, todavía aquí no existía la denominación de profesión enfermera, se atribuye la designación de etapa pre-profesional. Comprende desde la edad antigua hasta mitad del siglo XIX. Es en esta etapa, donde aparecen los primeros documentos instructivos que propiciaron el gran desarrollo de un cuerpo de conocimientos teóricos. Y en concreto, es en los monasterios, dónde se empieza a organizar los cuidados, que originalmente se centraban en atender a los propios monjes, abriéndose posteriormente a la sociedad. Sus reglas comienzan a estar establecidas por escrito, aparecen sus principios basados esencialmente en la ayuda al enfermo [11,12].

Pero no es hasta finales del siglo XIX, cuando surge la enfermería como profesión y lo hace de la mano de Florence Nightingale. Fue la primera teórica en enfermería, que aplicó sus conocimientos de historia, matemáticas y filosofía al estudio de la realidad, en particular a esa parte de la realidad que se constituyó en el centro de su vida: el cuidado de la salud de las personas. Obtuvo un papel brillante en su época y aún hoy está vigente su enfoque sobre enfermería y su implementación de ciencias como la administración, la estadística y el arte de brindar cuidados. Era necesario destacar en este trabajo la figura de Nightingale, debido a que fue precursora en recolectar datos y organizar la práctica del control de registros [13,14].

Un siglo después de los aportes de Nightingale, la documentación se enriqueció notablemente a partir de publicaciones en revistas y libros, gracias a los valiosos aportes de teóricos como Hildegard Peplau (1952), Virginia Henderson (1948) y Vera Fray (1953) [12, 13].

## CARACTERÍSTICAS DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA

En primera instancia es necesario realizar una definición de los registros enfermeros, por consiguiente los registros son testimonios documentales sobre sucesos y actuaciones profesionales. Donde queda recogida la información sobre la actividad de enfermería, la cual se centra en el paciente, su diagnóstico, su tratamiento y su evolución. Además, los registros son una importante herramienta de comunicación escrita de las acciones emprendidas, las observadas y de la información obtenida del paciente y la familia. Con el propósito esencial de

proporcionar datos sobre la atención que reciben. Esto nos garantiza la comunicación entre todos los miembros del equipo de salud y la continuidad del cuidado [2].

Para que dicha función sea factible, los registros deben contener una información de calidad, esto significa unos datos fidedignos, concisos, almacenados y compartidos entre el equipo de salud [1].

Para la correcta realización de los registros en el ámbito de enfermería, deben estar centrados en el paciente. Incluyendo una amplia gama de datos específicos de la persona, refiriéndose a todos sus aspectos (físico, psicológico, emocional, cultural y de su entorno). Además deberán contener la información del proceso y de la actuación realizada [16].

Añadir, que estos registros se deben llevar a cabo simultáneamente con la atención que se presta al paciente. Los escritos se pueden realizar con frecuencia en función de la condición del paciente y si fluctúa, es decir, debemos escribir tan pronto como sea posible después de que ocurra un evento, proporcionando información actualizada sobre el cuidado y la condición del paciente [10].

En el caso de que el registro se realice de forma escrita, debemos procurar que sea legible para todos los componentes del equipo interdisciplinar. La escritura a mano que sea difícil de descifrar puede contribuir a retrasos y errores en la atención de pacientes. Las enfermeras/os tienen la obligación profesional y legal de que sus manuscritos sean comprensibles por otros miembros del personal. Además de realizar un documento inteligible, hay que recordar que esto incluye la firma del profesional que lo ha llevado a cabo [17].

En la redacción de los registros no deben aparecer frases sin sentido, jerga, especulaciones irrelevantes, declaraciones ofensivas y sólo se escribirán abreviaturas consensuadas. Debe primar la escritura de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor ni opiniones personales. La objetividad debe ser fundamental en los escritos, en el caso de que hubiera información subjetiva relevante se deberá transcribir la frase y puntuarla entre comillas, además de hacer referencia a la persona que ha aportado dicha declaración. A su vez, se deberá evitar el uso de connotaciones negativas que hagan referencia a la persona [18].

Varios autores relatan la importancia de la precisión en la documentación, como una necesidad fundamental. Esto se consigue con anotaciones claras y concisas, con el uso de términos cuantificables en las observaciones y con descripciones meticulosas de los hallazgos. De manera que no deje espacio a dubitaciones [19, 20].

La precisión en la documentación se lleva a cabo con la reflexión crítica de los cuidados de enfermería, detalle minucioso y trascendental del viaje del paciente y, por último, la claridad en el uso de términos. Por ello, la precisión es indispensable en los escritos de enfermería debido a que la información registrada debe ser un reflejo completo de la atención recibida. Debe ser el relato fiel del proceso de atención otorgada [1, 17, 20].

Este punto de vista de la precisión en la documentación, como una narración verídica de lo que realmente pasó con el paciente durante la totalidad de su cuidado, es también un medio de salvaguardar la responsabilidad de enfermería, a través del mantenimiento del registro. Obtenemos aquí otra de las características que define a los registros, deben ser recuperables, custodiados y conservados [10, 17].

Se recomienda además que la enfermera no debe dejar líneas en blanco entre cada entrada específica en la documentación, por lo que las entradas adicionales no pueden ser insertadas de forma retrospectiva. Por consiguiente las rectificaciones elaboradas posteriormente se realizarán fechadas en el momento de su transcripción y siempre pudiendo recuperar o bien dejando visible el registro inicial. En esta línea se añade, que los manuscritos no se podrán borrar, dejando el uso exclusivo de tinta [17, 18].

## LENGUAJE ENFERMERO ESTANDARIZADO

Las palabras son fundamentales, nos permiten expresar nuestras ideas, pensamientos y permanecer en una constante comunicación con quienes nos rodean, para así, lograr un mejor entendimiento y comprensión entre las personas.

Para crear los registros utilizamos palabras, por ello es importante elegir correctamente dichos vocablos que argumenten nuestra redacción, ya que depende que términos se utilicen tienen el don de crear significados distintos en la mente de los demás. Por eso, es importante que en el ámbito profesional se elijan cuidadosamente. En concreto en enfermería no siempre se ha prestado especial atención a las palabras que se emplean. Era común encontrar que enfermeras distintas utilizasen diferentes palabras para describir la misma situación o condición, dando lugar a interpretaciones subjetivas de lo que el compañero ha querido registrar. Estas diferencias poseen la capacidad de crear malentendidos y consecuentemente posibles efectos adversos para el paciente, cuando una palabra significa una cosa para una enfermera y algo diferente para otra [21, 22].

En los centros sanitarios, se debe tener cuidado en el uso adecuado de la palabra, utilizando expresiones precisas y coherentes para la situación dada. El no hacerlo, puede dar lugar a confusión entre los proveedores del cuidado. Por este motivo a la hora de trabajar con palabras será importante la elección de tecnicismos propios de la profesión y del ámbito sanitario. Existe una nomenclatura ratificada por la comunidad científica que se rige por unas normas previamente establecidas y se utilizan para nombrar aspectos relacionados con la disciplina.

Además del uso de palabras, el lenguaje es la base para la comunicación y en la profesión se emplea para la descripción del proceso enfermero. Para ello, ha sido necesaria la creación de un lenguaje enfermero estandarizado, para reflejar las respuestas del paciente ante los cuidados y también para denotar el conocimiento enfermero [23, 24, 25].

Por consiguiente, ha sido conveniente crear una taxonomía estandarizada, definida cómo un lenguaje común entre los profesionales, comprensible y que detalle la atención otorgada. Tienen el objetivo de clasificar conceptos, asociándolos en categorías donde compartan rasgos comunes y que sigan unos criterios estipulados [26].

Consecuentemente se ha unificado el lenguaje de la práctica clínica permitiendo una universalización de la nomenclatura enfermera. Esto reporta a la profesión visibilidad, desarrollo de la investigación y por tanto una enfermería más académica [27, 28, 29].

Para conseguir este objetivo, enfermería ha tenido que trabajar palabras clave que signifiquen lo mismo para todos los profesionales enfermeros. Las taxonomías enfermeras estandarizadas comúnmente aceptadas elaboradas por ANA son: NANDA para unificar los diagnósticos en el ámbito enfermero. Además de los NOC, utilizado para la clasificación de resultados enfermeros y por último los NIC, para clasificar de forma agrupada las intervenciones por parte de enfermería. Así pues, a partir de NANDA, NOC, NIC se ha conseguido obtener un lenguaje común para la profesión enfermera [30, 31].

Aún así, los registros sí incluyen una sección de descripción de texto libre donde el profesional puede individualizar el plan de cuidado, documentando las necesidades o el estado específico de un paciente. Por ello enfermería tiene la responsabilidad de exponer sus criterios de forma profesional haciendo uso de un lenguaje técnico y universal [23].

## LEGALIDAD DE LOS REGISTROS ENFERMEROS

El registro de las actividades que realiza enfermería, tal y como se ha mencionado a lo largo del trabajo, es imprescindible para administrar unos cuidados de calidad, para el desarrollo de la formación y la investigación en Enfermería. Pero no se puede obviar el punto jurídico de los registros.

El marco legal en el estado español viene regulado por la Ley 41/2002, “Ley básica de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica” [32].

La ley supone un importante cambio en la visión de los registros de enfermería, se ensalza y protege la autonomía del paciente y redonda en los derechos que poseen los usuarios en materia de documentación clínica [4].

Después de la lectura y análisis de la Ley, se destacan los conceptos más relevantes referentes a la legalidad de los registros clínicos.

En el capítulo I viene definido el objetivo de la Ley, que viene descrito de la siguiente manera:

*“La presente Ley tiene como objetivo la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente, de información y documentación clínica” .*

Destacar la reseña que se hace en el capítulo III, artículo siete sobre el derecho de la intimidad. Se define lo siguiente:

*“Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley”.*

*“Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior, y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes”.*

En el capítulo V de esta Ley está íntegramente dedicado a la Historia Clínica. Concretamente los artículos que van desde el 14 al 19. En ellos se explicita lo siguiente:

Se define la Historia Clínica cómo:

*“(…) el conjunto de documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y los profesionales sanitarios que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica del paciente, al menos, en el ámbito de cada centro”.*

Tras la definición de Historia Clínica se añade el propósito que tiene, se destaca lo siguiente:

*“ (...) tendrá como fin principal facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud (...)”.*

Establece un contenido mínimo que debe constar en la Historia Clínica del paciente, se señala:

- a) la documentación hoja clínico-estadística*
- b) la autorización del ingreso*
- c) el informe de urgencias*

- d) *la anamnesis y exploración física*
- e) *la evolución*
- f) *las órdenes médicas*
- g) *la hoja de Interconsulta*
- h) *los informes de exploraciones complementarias*
- i) *el consentimiento informado*
- j) *el informe de anestesia*
- k) *el informe quirófano o registro de parto*
- l) *el informe de anatomía patológica*
- m) *la evolución y planificación de cuidados de enfermería*
- n) *la aplicación terapéutica de enfermería*
- o) *el gráfico de constantes*
- p) *el informe clínico de alta*

A continuación se redacta el uso de dicha Historia Clínica, definiéndose como:

*“ (...) instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente (...)”*

*“El personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto”.*

Se prosigue con la accesibilidad de la historia clínica por parte de los centros destacando:

*“Cada centro establecerá los métodos que posibiliten en todo momento el acceso a la historia clínica de cada paciente por los profesionales que le asisten.”*



En referencia al mantenimiento y conservación, se estipula lo siguiente:

*“Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad”*

*“(…) Los profesionales sanitarios tienen el deber de cooperar en la creación y el mantenimiento de una documentación clínica ordenada y secuencial del proceso asistencial de los pacientes (…)”*.

La Ley exige:

*“La identificación de los profesionales sanitarios en los documentos (…)”*

Es decir, Enfermería debe firmar, de forma legible, identificándose en todos los documentos en los que intervenga en la actividad asistencial del paciente.

Con respecto al acceso de los registros sanitarios por parte de los pacientes viene legislado en este mismo capítulo en el artículo 18, que estipula lo siguiente:

*“El paciente tiene el derecho de acceso, a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella (…)”*.

*“(…) El derecho al acceso del paciente a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente (…)”*.

*“Los centros sanitarios y los facultativos de ejercicio individual sólo facilitarán el acceso a la historia clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite. En cualquier caso el acceso de un tercero a la historia clínica motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes. No se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido (…)”*.

Es necesaria la mención de la Ley Orgánica 15/1999, que hace referencia a la Protección de Datos de Carácter Personal. En el Artículo I viene definido el objetivo de dicha ley [33]:

*“(...) tiene por objeto garantizar y proteger, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor e intimidad personal y familiar.”*

Más específicamente en el Artículo VIII redacta lo siguiente:

*“(...) las instituciones y los centros sanitarios públicos y privados y los profesionales correspondientes podrán proceder al tratamiento de los datos de carácter personal relativos a la salud de las personas que a ellos acudan o hayan de ser tratados en los mismos, de acuerdo con lo dispuesto en la legislación (...)”*

Destacar a su vez, la mención que se realiza en el Código Deontológico de Enfermería Española la mención que se realiza en el Capítulo X: Normas comunes para el ejercicio de la profesión específicamente en su Artículo 65 que hace referencia a [34]:

*“Es deber de la Enfermera/o compartir con sus colegas aquellos conocimientos y experiencias que puedan contribuir al mejor servicio de los enfermos y al fortalecimiento de la profesión”.*

A nivel autonómico, se indaga en el “Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya”, en base a las obligaciones establecidas en la legislación vigente, en 2009 se empezó a desarrollar un programa para disponer de una Historia clínica compartida entre los centros asistenciales que forman parte del sistema sanitario integral de utilización pública en Cataluña [35].

*“La implementación del programa permite que los profesionales que atiendan a un paciente puedan, tener accesos a la Historia Clínica Compartida correspondiente (...)”.*

*“ (...) Esto facilitará el acceso de inmediato a la información de las Historias Clínicas de cada paciente en otros centros asistenciales y optimizar los procesos para la solicitud y recepción de pruebas diagnósticas (...)”.*

## PASO REGISTROS DE PAPEL A INFORMATIZADOS

La tecnología y la ciencia en estos últimos años han evolucionado de manera veloz, nos encontramos ante una nueva era, “la era del conocimiento” o “revolución tecnológica”, que esta suponiendo un cambio social, político y económico.

Estas nuevas tecnologías se han instaurado progresivamente en el ámbito sanitario. Se han instaurado herramientas informáticas con el propósito de solventar la problemática clínica. Con el principal objetivo de facilitar el acceso a la documentación por parte de todos los profesionales que participan en la labor asistencial. Permitiendo así, una mejora en el control de las actividades y a su vez la mejora de los recursos implicados [6].

Enfermería como profesión, no ha permanecido exenta de todos estos cambios y a esta evolución científica y tecnológica. En este nuevo contexto y para hacer frente a los cambios surgidos y desarrollados en estos últimos años, los profesionales han debido adquirir competencias personales imprescindibles para la adaptación a esta nueva era [36].

Por consiguiente, Enfermería ha tenido que adecuar su forma de trabajar a las características de estos nuevos sistemas emergentes, adaptarse a la electrónica y a las nuevas formas de registrar el trabajo diario.

El cambio de sistema de información ha englobado la implantación de la Historia Clínica electrónica, haciendo especial mención a la informatización de los registros que realiza Enfermería, esto ha supuesto una normalización documental que ha incluido la metodología de Enfermería a través de las taxonomías NANDA, NIC y NOC [9, 36].

Antes de la era tecnológica, las enfermeras han empleado formularios en papel, que incorporaban anotaciones manuscritas, para el traspaso de información concerniente del paciente. Aún hoy existen unidades de hospitales dónde persiste la documentación de enfermería en papel [6].

A partir de esta informatización de los registros, se ha intentado implementar en la Historia Clínica de enfermería un sistema de anotación estructurado que siga las pautas utilizadas anteriormente por los enfermeros en el papel. La sistematización presenta como atributo la facilidad de búsqueda, acceso a la información requerida, aunar el vocabulario, acrecentar la

calidad del registro y posibilita la fácil y pronta recuperación, permitiendo además su posterior análisis de datos inscritos [37, 38, 39].

Los registros informatizados nacen con la intención de mejorar la calidad asistencial ya que existe una minoración de errores por omisión e ilegibilidad. Además, otra de las funciones de la tecnología es optimizar el tiempo, ayuda a acelerar el proceso de toma de decisiones clínicas a la hora de realizar los cuidados, resolver problemas relacionados con la persona y cubrir sus necesidades [9].

Varios estudios nos describen la incertidumbre inicial por parte de enfermería por la preocupación existente por la cantidad de tiempo que destinan a la inclusión de datos en el ordenador, expresando su disconformidad por la resta de tiempo asistencial. En la literatura viene suscitado que uno de los problemas que ha originado la incorporación de la informática ha sido la duplicidad de documentos y por consiguiente la doble tarea. Ya que se ha observado que se sigue utilizando papel y además se escribe en el ordenador, dejando así menos tiempo para el cuidado del paciente. Los hallazgos recogidos abogan que el paso a los registros electrónicos no tienen porqué aumentar el tiempo que pasa la enfermera documentando [40, 41].

Además, otros artículos añaden que se reduce el tiempo invertido por enfermería a la hora de rellenar los registros y este tiempo se traduce en un aumento de la atención al paciente [9].

## **BENEFICIOS DE LOS REGISTROS ENFERMEROS**

El registro enfermero tiene como competencia anotar la actividad que se realiza, con la finalidad de proporcionar y asegurar la continuidad asistencial y poder con ello llevar una atención de calidad, con unos cuidados pertinentes y eficientes. Además, tal y como se ha mencionado, es un enlace entre profesionales ya que facilita la comunicación entre ellos [42].

La consideración de que los registros son un mero trámite burocrático que resta tiempo asistencial es una errata que dificulta la consecución de los propósitos que presenta el llevar a

cabo los registros de enfermería. Para no caer en esta incorrección es necesario destacar la utilidad que conlleva la cumplimentación de dichos registros.

Para lograr unos registros útiles es necesario que avalen de forma activa la práctica enfermera realizada. Los aspectos a registrar son complejos y requieren tiempo pero, en realidad, muchas de las veces se repiten anotaciones de los cuidados y observaciones rutinarias, ahí está el gran reto para enfermería saber sintetizar y registrar aquellos acontecimientos realmente esenciales, anotando datos concisos. No se trata de escribir lo máximo posible, se trata de anotar aquello relevante, aportando la visión específica de la profesión [43].

Además, la documentación de enfermería puede ser utilizada para otros fines y para poder lograr su consecución, los registros de enfermería necesitan poseer una información veraz, profesional y cumplir con las normas establecidas [42]. Si se consigue realizar unos registros de forma profesional, es cuando obtenemos:

En primer lugar, unos registros correctos donde están registradas todas las actividades realizadas y todos los hechos observados, permitirá que se pueda efectuar un análisis crítico de las actuaciones llevadas a cabo, poder ver su eficiencia y poder rectificar o bien continuar con los cuidados. Además de evaluar la calidad de la asistencia prestada. Añadir que gracias a su carácter continuo con entradas sucesivas y también a su carácter permanente proporciona el manejo de la coordinación y gestión de aspectos relacionados con los cuidados y cuestiones que hacen referencia a la profesión, es decir, dispone de los datos reales para constatar los recursos existentes o carentes tanto a nivel humano como lo referido a material e instalaciones [7].

El registro enfermero es utilizado como claro puente de comunicación entre profesionales, ha sido una herramienta necesaria debido al paradigma actual en que trabaja enfermería. Permitiendo el acceso por parte de los profesionales para la obtención de información y datos para la práctica diaria, proporcionando información rápida y veraz del estado del paciente [1, 2].

Se debe destacar que enfermería en su documentación deja plasmado su valoración, diagnóstico, planificación y su posterior evaluación ante la situación del paciente. Por lo tanto, recoge todo el Proceso de Atención Enfermera recolectando así toda la información transcendental del paciente, además de reflejar las acciones emprendidas por parte de los

profesionales. Es aquí, donde se emprende el paralelismo de que una documentación rica conlleva una mejora de la calidad prestada. Se destaca en la literatura la utilización de registros como un instrumento para verificar la evaluación de la calidad en los cuidados otorgados [8].

Se realiza la postura de que unos registros minuciosos y redactados con rigurosidad son los pilares fundamentales para brindar unos cuidados satisfactorios y profesionales [8]. Por el contrario, si los registros son escasos, poco exactos y con lenguaje inapropiado se estará contribuyendo a la aparición de errores y por consiguiente una atención inadecuada hacía el paciente [17].

Otro aspecto que se extrae de unos buenos registros es la investigación, debido a que constituyen una fuente de información que facilita, permite evaluar y trabajar datos expuestos en los documentos acerca de la actividad prestada por enfermería. A través de unos registros enfermeros adecuados, la profesión puede evolucionar con la búsqueda del conocimiento, orientado a la investigación, creación y liderazgo enfermero [16, 37].

De la misma forma, los podemos utilizar para el estudio y el enriquecimiento propio. Tienen una labor docente, ya que a partir de su lectura o bien de la información extraída del mismo se elabora un aprendizaje que permite la adquisición de conocimientos [4, 16].

Además con una buena elaboración de los registros enfermería crece como profesión, pues los enfermeros son responsables de los cuidados prestados, tiene la labor de que éstos sean individuales a las características de cada paciente. Por tanto elaboran planes de cuidados específicos, los evalúan y valoran su eficiencia. Esto contribuye al desarrollo de la disciplina, ya que la Enfermería crece a partir de la presencia de documentos donde los profesionales dejan constancia de las actividades llevadas a cabo en el proceso asistencial. Con ello se consigue fortalecer el rol autónomo, debido a que las intervenciones realizadas no registradas son “trabajo invisible”, por consiguiente es la manera de hacer visible la enfermería. Sirve de apoyo para la indagación e investigación, esto es esencial para el desarrollo de la profesión ya que fomenta una práctica enfermera reflexiva [3, 4, 21].

Con la creación de registros profesionales que conlleven a: Una comunicación eficaz entre profesionales, que posibiliten la mejora de la gestión, que utilicen una estandarización de la terminología, implicará la construcción de unos conocimientos para la profesión enfermera que se verá reflejado en una prestación de atención de calidad [44]. Añadir, que si hacemos y registramos correctamente se reduce el riesgo de perder información del paciente, esto permite su posterior evaluación, teniendo como resultado la continuidad del cuidado sea quien sea el profesional que lo atienda. Obteniendo como resultado la mejora de calidad y seguridad asistencial [45, 46, 47].

Por otro lado, la documentación puede ser utilizada como base legal para constatar que la asistencia realizada no ha sido la correcta. Esto puede convertirse en una prueba o evidencias para demandas contra el centro y los profesionales de salud, ya que los registros permiten evaluar retrospectivamente la actividad y la atención ofrecida a los pacientes. Por ello la importancia de dejar constancia escrita de las acciones realizadas de manera detallada, ya que sirven de testimonio fidedigno de lo acontecido y del trabajo elaborado [1, 4, 7].

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Tras los resultados obtenidos en la revisión bibliográfica se puede constatar la relevancia de los registros en el ámbito sanitario. Actualmente el modelo sanitario se caracteriza por un trabajo interdisciplinario, para su buen funcionamiento y para ofrecer una asistencia adecuada a los usuarios, ha sido necesaria una adecuada comunicación entre los profesionales sanitarios. Por ello, en la mayoría de artículos revisados describen los registros como la herramienta escrita utilizada para facilitar y asegurar el entendimiento.

Las bases para la realización de un buen registro vienen definido por la cumplimentación de manera que contengan una información minuciosa y rigurosa, que se centren en el paciente de manera holística, teniendo en cuenta todos los aspectos dimensionales existentes en la persona. Además deben ser redactados de forma simultánea a las acciones emprendidas, actualizar la información, con la presencia siempre de la fecha y la hora. De forma indispensable siempre debe de constar la firma del profesional que realice el escrito. Dichas líneas de ejecución correcta de los registros enfermeros se establecen de manera compartida en la literatura indexada.

Asimismo para la redacción de los registros se debe utilizar un lenguaje cuidado, exento de jerga y coloquios, obviando opiniones personales y juicios de valor. Se han elaborado unas taxonomías comúnmente aceptadas y pertinentes a la profesión. Se destacan de forma repetida en los artículos las admitidas por ANA referidas a NANDA, NOC, NIC.

A partir de la descripción de las características que deben poseer, se obtiene los beneficios resultantes de la ejecución correcta de la documentación escrita por parte de Enfermería.

En primer lugar, obtenemos la continuidad del cuidado debido a que todo aquello que se registre se mantendrá permanente y visible. Esto permite realizar análisis críticos de las actuaciones y su continua re-valoración. Con ello se consigue evaluar la eficiencia y calidad otorgada, además de posibilitar la gestión y coordinación de aspectos sanitarios.

El almacenamiento de información contribuye a la investigación, debido a que es una fuente fidedigna para la indagación y recolección de datos. Este aspecto junto con la visibilidad que aporta la escritura de la actividad, da lugar a la fomentación del rol autónomo que ejerce en su día a día Enfermería, realzando su figura a través de sus conocimientos expuestos y su metodología de ejecución.

Para finalizar, destacar que los autores equiparan la consecución adecuada de los registros con la calidad asistencial que recibe el paciente, ya que queda patente que sin una buena documentación se dificultaría el seguimiento, la valoración de la evolución del paciente, la comunicación y entendimiento por parte del equipo sanitario. Aunque esta afirmación puede crear controversia, debido a que hay otros autores que remarcan que en la actualidad todavía hay dificultades en hacer registros donde esté reflejado el criterio clínico utilizado tras las decisiones clínicas [17]. Por lo consiguiente, el profesional enfermero no únicamente transcribe la situación y evolución del paciente, sino que en sus escritos debe reflejar su conocimiento y su reflexión crítica tras las decisiones clínicas [5].

De aquí la gran responsabilidad que tiene Enfermería para llevar a cabo unos documentos profesionales, para otorgar así la mayor prestación de calidad en los cuidados y ensalzar la figura Enfermera.



Los dos objetivos generales del trabajo se han conseguido ya que se ha realizado una búsqueda exhaustiva de la literatura actual existente sobre los registros. Además se ha podido describir la competencia que desempeñan juntamente con la reseña del por qué su necesidad para salud/enfermedad del paciente y para la profesión enfermera. Sin obviar la legislación por la cuál van ligados.

### **LÍMITES DE LA REVISIÓN**

La revisión de la literatura se ha realizado en base a la búsqueda de rasgos imprescindibles y característicos que definen y que aporta la consecución de los registros enfermeros. Utilizando artículos de aspectos generales y únicamente tres artículos donde se hace mención a una documentación más específica según el servicio de trabajo, tal como la unidad de cuidados intensivos o bien según la patología.

Es patente la especificación y diferenciación que existe en las tareas que se realizan en cada servicio, por ello se considera necesario ampliar la investigación recogiendo todos los tipos de registros, individualizando según la unidad de trabajo.

### **PROPUESTAS PARA FUTUROS TRABAJOS**

En la realización de este trabajo, se han especificado las bases definitorias y teóricas sobre los registros enfermeros. A partir de esta investigación se han abierto varias líneas de indagación más específica, pudiendo realizarse un trabajo de campo que consistiera en:

- ✓ Valoración de la cumplimentación de los registros enfermeros junto con las barreras para su consecución en el ámbito estatal.
- ✓ Implementación de los registros informatizados en los hospitales consecuentes beneficios/inconvenientes.
- ✓ Opinión y creencias de los profesionales enfermeros sobre los registros.

## **REFLEXIÓN PERSONAL SOBRE EL APRENDIZAJE OBTENIDO**

Estos cuatro años de mi vida cursando la carrera de Enfermería me ha supuesto un crecimiento personal, de madurez y de adquisición de valores. He alcanzado los conocimientos propios de la ciencia de Enfermería y he potenciado la parte humana, la del respeto hacia la persona en todas sus dimensiones. He aprendido el arte de cuidar y de estima por nuestra profesión.

Este trabajo ha sido el compendio final para concluir esta etapa, me ha servido para acrecentar la inquietud de investigar, el querer saber más sobre el tema trabajado. Creo que este sentimiento de querer saber más debe de estar siempre presente en la profesión, somos una ciencia y como tal debemos de conseguir este afán continuo por el conocimiento. Para ello, debemos de tener una base teórica y en nuestra persona recae el deber de actualizarnos, seguir nuestra adquisición de conocimientos, basar nuestra actividad en evidencia científica, cuestionar nuestras acciones con un espíritu crítico, investigar, liderar proyectos y sobretodo registrar nuestras acciones.

El registro enfermero es el principio para lograrlo, ya que recoge nuestra actividad, nuestro saber y tal como menciono en el trabajo nos hace visible. Este concepto creo que es fundamental que esté en la mente de los profesionales, porque es el pilar para desarrollar y mostrar nuestro saber.

Con esto conseguiremos fomentar la investigación en nuestra disciplina y alzarnos con el reconocimiento de igualdad que el resto de ciencias, pero con nuestra esencia humana.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Oroviogicoechea C, Elliott B, Watson R. Review: evaluating information systems in nursing. *J Clin Nurs.* 2008 03;17(5):567.
- (2) Fátima-Padilha E, Fernandez-Lourenço MC, Misue-Matsuda L. Quality of Nursing Records in Intensive Care: Evaluation through a Retrospective Audit. *COGITARE ENFERMAGEM.* 2014; 19(2):217-223.
- (3) Tarruella-Farré M. Registros de enfermería: porqué, para qué y cómo. *Tesela.* 2013;14.
- (4) León J, Manzanera JT, López P, González L. Dudas de enfermería en el manejo de la historia clínica: Aspectos jurídicos. *Enferm Glob.* 2010; 19(0-0): 1695-6141.
- (5) Stonham G, Heyes B, Owen A, Povey E. Measuring the nursing contribution using electronic records. *Nur Manage.* 2012 12;19(8):28-32.
- (6) Kelley T, F., Brandon D, H., Docherty S, L. Electronic Nursing Documentation as a Strategy to Improve Quality of Patient Care. *J Nurs Scholarsh.* 2011 06;43(2):154-162.
- (7) Vituri DW, Matsuda LM. The records of nursing as indicators of the quality of care: a documentary study, exploratory and descriptive-retrospective. *Online Braz J Nurs.* 2008 01;7(1):4.
- (8) De Marinis M, Piredda M, Pascarella MC, Vincenzi B, Spiga F, Tartaglioni D, et al. 'If it is not recorded, it has not been done!?' Consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. *J Clin Nurs.* 2010; 19(11-12):1544-1552.
- (9) Compte-Vilella M, Fullà-Corredor I. Un paso mas en el mundo de la enfermería: Los registros informatizados. *Ágora de Enfermería.* 2011 09;15(27):119.
- (10) McGeehan R. Best practice in record-keeping. *Nurs Stand.* 2007 03;21(17):51.

- (11) Arratia F. Investigación y documentación histórica en enfermería. Texto contexto-enferm. 2005; 14 (4):567-574.
- (12) García-García I, Gozalbes-Cravioto E. Investigación en Enfermería y en Historia de la Enfermería en España. *Índex Enferm.* 2012;21(1-2):100-104.
- (13) Jetha Z, Asif. Nursing Care in the Lance of Florence Nightingale. *J NURS.* 2014 2015;4(4):22-26.
- (14) Lescaille-Taquechel M, Apao-Díaz J, Reyes-Figueroa M, Alfonso-Mora M. Eticidad del pensamiento de Florence Nightingale. *Rev haban cienc méd.* 2013;12(4):0-0.
- (15) Young P, Hortis De Smith V, Chambi MC, Finn BC. Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento. *Rev méd Chile.* 2011;139(6):807-813.
- (16) Gebru K, Åhsberg E, Willman A. Nursing and medical documentation on patients' cultural background. *J Clin Nurs.* 2007 11;16(11):2056.
- (17) Prideaux A. Issues in nursing documentation and record-keeping practice. *Br J Nur.* 2011 12/06;20(22):1450.
- (18) Blair W, Smith B. Nursing documentation: frameworks and barriers. *Contemp Nurse.* 2012 06;41(2):160-168.
- (19) Urquhart C, Currell R, Grant MJ, Hardiker NR. Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009;(01).

- (20) Paans W, Sermeus W, Nieweg RMB, Van der Schans CP. Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. *J Adv Nurs*. 2010 11;66(11):2481-2489.
- (21) Coeling H, V. On the Importance of Words: Standardized Nursing Terminology. *Nosileftiki*. 2011 07;50(3):252-254.
- (22) Juvé-Udina ME, Pérez EZ, Padrés NF, Samartino MG, García MR, Creus MC, et al. Basic nursing care: retrospective evaluation of communication and psychosocial interventions documented by nurses in the acute care setting. *J Nurs Scholarsh*. 2014;46(1):65-72.
- (23) Klehr J, Hafner J, Spelz LM, Steen S, Weaver K. Implementation of standardized nomenclature in the electronic medical record. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2009 10/20;20(4):169-180.
- (24) Schwirian P, Thede L. Informatics: The Standardized Nursing Terminologies: A National Survey of Nurses' Experience and Attitudes--SURVEY II: Participants, Familiarity and Information Sources. *J Issues Nurs*. 2012 05;17(2):1-1.
- (25) Jefferies D, Johnson M, Nicholls D. Comparing written and oral approaches to clinical reporting in nursing. *Contemp Nurse*. 2012 08;42(1):129-138.
- (26) Conrad D, Hanson PA, Hasenau SM, Stocker-Schneider J. Identifying the barriers to use of standardized nursing language in the electronic health record by the ambulatory care nurse practitioner. *J Am Acad Nurse Pract*. 2012 07;24(7):443-451.
- (27) Müller-Staub M. Evaluation of the implementation of nursing diagnoses, interventions, and outcomes. *INT J NURS TERMINOL CLASSIF*. 2009;20(1):9-15.
- (28) González-Caballero J. Aplicación de los diagnósticos de enfermería en el ámbito de la salud laboral: Ejemplos de prescripción enfermera. *Med segur Trab*. 2010; 56(221): 328-346.

- (29) Cachón-Pérez JM, Álvarez-López C, Palacios-Ceña D. El significado del lenguaje estandarizado NANDA-NIC-NOC en las enfermeras de cuidados intensivos madrileñas: abordaje fenomenológico. *Enferm Intensiva*. 2012; 23(2): 68-76.
- (30) Carvalho EdC. Nursing Taxonomy and Studies of Efficacy, Efficiency and Effectiveness: A Challenge. *Rev Lat Am*. 2010.
- (31) Carrington JM. The usefulness of nursing languages to communicate a clinical event. *Comput Inform Nurs*. 2012;30(2):82-8.
- (32) LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica, reguladora de la autonomía del paciente y de, derechos y obligaciones en materia de información, y documentación clínica. BOE núm. 274, Viernes 15 noviembre 2002, (40126 - 40131) .
- (33) LEY ORGÁNICA 15/1999, 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE núm.298, 14 de enero 2000.
- (34) Organización Colegial de Enfermería. Código Deontológico de la Enfermería Española [Internet]. Madrid: Consejo General de Enfermería; 1989 [acceso el 3 de enero de 2015]. Disponible en: <http://www.codem.es/Paginas/Ficha.aspx?IdMenu=6eeee00a-7d78-4a7b-8376-740e3f47d5d3>
- (35) Generalitat de Catalunya. Conveni tipus per implantar la Història Clínica Compartida a Catalunya [Internet]. Barcelona: Departament de Salut; 4 marzo 2009 [acceso el 3 de enero de 2015]. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/botss/pdf/hc3%20conveni%20tipus%20.pdf>

- (36) Martínez-Corbalán ED, López-Montesinos MJ. El conocimiento y aplicabilidad de las nuevas tecnologías en el profesional de enfermería. *Revista científica de enfermería*. 2011;(2):1-21.
- (37) Mahler C, Ammenwerth E, Wagner A, Tautz A, Happek T, Hoppe B, et al. Effects of a Computer-based Nursing Documentation System on the Quality of Nursing Documentation. *J Med Syst*. 2007;31:274–282.
- (38) Englebright J, Aldrich K, Taylor CR. Defining and incorporating basic nursing care actions into the electronic health record. *J Nurs Scholarsh*. 2014;46(1):50-7.
- (39) Dahm MF, Wadensten B. Nurses experiences of and opinions about using standardised care plans in electronic health records. *J Clin Nurs*. 2008;17(16):2137-2145.
- (40) Edwards K, Chiweda D, Oyinka A, McKay C, Wiles D. Assessing the value of electronic records. *Nurs Times*. 2011;107(40):12-4.
- (41) Li D, Korniewicz DM. Determination of the Effectiveness Of Electronic Health Records To Document Pressure Ulcers. *MEDSURG Mersin*. 2013;22(1):17.
- (42) Wang N, Hailey D, Yu P. Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. *J Adv Nurs*. 2011 09;67(9):1858–1875.
- (43) Fernández-Pérez JM, Paneque-Sánchez-Toscano I, González-Cotána F y Pinilla-Jiménez C. Registro de cuidados para pacientes tratados en un laboratorio de electrofisiología. *Cardiocre*. 2011;46(3):45-50.
- (44) Stonham G, Heyes B, Owen A, Povey E. Measuring the nursing contribution using electronic records. *Nurs Manag*. 2012 12;19(8):28-32.
- (45) Camargo-Tobias G, Queiroz-Bezerra AL, Silvestre-Branquinho NC, de Camargo-

Silva AE. Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico. *Enferm Glob.* 2014;13(33):336-348.

(46) Törnvall E, Wilhelmsson S. Nursing documentation for communicating and evaluating care. *J Clin Nurs.* 2008;17(16):2116-2124.

(47) Stevenson JE, Nilsson G. Nurses perceptions of an electronic patient record from a patient safety perspective: A qualitative study. *J Adv Nurs.* 2012;68(3):667-676.



## ANEXOS

## ANEXO 1: Cronograma

<b>FECHA</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
<b>23 de Septiembre de 2014</b>	Primera tutoría grupal. Realizar estructura del trabajo. Iniciar búsqueda bibliográfica.
<b>21 de Octubre de 2014</b>	Realización de la primera tutoría individual. Búsqueda de artículos con evidencia científica sobre el trabajo. Establecer palabras claves. Destacar las base de datos a utilizar. Establecer guión de nuevos temas para tratar e investigar.
<b>11 de Diciembre de 2014</b>	En la segunda tutoría individual. Se aporta la bibliografía de los artículos científicos seleccionados. Se muestra la metodología de cómo se ha realizado la búsqueda por redactado. Se indexa artículos en el gestor bibliográfico Refworks. Se presenta introducción empezada y por escrito. Se comenta la información obtenida y se repasa el redactado sobre ella: tipos de registros y legalidad. Se señalan los objetivos y la justificación del trabajo. Se aportan los aspectos éticos.

<p><b>29 de Enero de 2015</b></p>	<p>Realización de la tercera tutoría individual.</p> <p>Valoración de la introducción redactada.</p> <p>Confirmando la lectura de los artículos científicos en profundidad y sus resúmenes.</p> <p>Expongo la estructura de los temas para tratar en el trabajo después de la recogida de información y la lectura de los artículos.</p> <p>Se trata el contenido para la realización del anexo para la bibliografía</p>
<p><b>5 de Marzo de 2015</b></p>	<p>Cuarta tutoría individual.</p> <p>Entrega de la redacción de los resultados.</p>
<p><b>16 de Abril de 2015</b></p>	<p>Quinta tutoría individual.</p> <p>Se evalúa la redacción y contenido del trabajo con la corrección de errores.</p>
<p><b>11 de mayo de 2015</b></p>	<p>Entrega definitiva del Trabajo de Final de Grado. Se procede a la realización del PowerPoint y defensa oral.</p>
<p><b>3 de Junio de 2015</b></p>	<p>Defensa oral del Trabajo de Final de Grado</p>

ANEXO 2: Algoritmos de búsqueda y resultados arrojados por Base de Datos

Base de Datos	Algoritmo de búsqueda	Campo de búsqueda	Iniciales	Primer Filtro (2005/2015) (English/Español)	Después de la lectura Título/Abstract	Incluidos en la bibliografía
EBSCO Host	"Nursing Records" AND "Quality care"	Título/abstract	130	76	21	12
EBSCO Host	"Electronic Health" AND "nursing documentation"	Título/abstract	241	208	20	7
EBSCO Host	"Taxonomy" AND "Nursing documentation"	Título/abstract	562	45	9	4
EBSCO Host	"Holistic care" AND "Florence Nightingale"	Título/abstract	1,014	181	3	1
Pubmed	"Electronic Health" AND "nursing documentation"	Título/abstract	53	40	16	3
Pubmed	"Nursing languages" AND "records"	Título/abstract	24	15	7	2
CINAHL Complete	"Standardized nursing languages"	Título/abstract	72	16	5	1
Cochrane Library	"Nursing" AND "Records"	Título/abstract	1,877	36	8	1

ANEXO 3: Referencias incluidas en la revisión

Referencia	Título	Año	Revista	Tipología	Población	País
<b>Arratía F</b>	Investigación y documentación histórica en enfermería	2005	Texto contexto-enfermagem	Revisión de la literatura	-	Chile
<b>Blair W, Smith B</b>	Mersin documentation: DreamWorks and barriers	2012	Contemp Nurse	Revisión de la literatura	-	New Zealand
<b>Cachón-Pérez JM, Álvarez-López C, Palacios-Ceña D</b>	El significado del lenguaje estandarizado NANDA-NIC-NOC en las enfermeras de cuidados intensivos maternos: abordaje fenomenológico	2012	Enferm Intensiva	Estudio cualitativo fenomenológico	n=12	España
<b>Camargo Tobias G, Queiroz Bezerra AL, Silvestre Branquinho NC, de Camargo Silva AE</b>	Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico	2014	Enfermería Global	Estudio descriptivo	n=135	España
<b>Carrington JM</b>	Te usefulness of nursing languages to communicate a clinical event.	2012	Comput Inform Nurs	Análisis cualitativo	n=57	USA
<b>Carvalho EdC</b>	Nursing Taxonomy and Studies of Efficacy, Efficiency and Effectiveness: A Challenge	2010	Rev Lat Am	Revisión de la literatura	-	Brazil
<b>Coeling H, V</b>	On the Importance of Words: Standardized Nursing Terminology.	2011	Nosileftiki	Revisión de la literatura	-	USA
<b>Compte-Vilella M, Fullà-Corredor I</b>	Un paso mas en el mundo de la enfermería: Los registros informatizados	2011	Agora de enfermería	Revisión de la literatura	-	España
<b>Conrad D, Hanson PA, Hasenau SM, Stocker-Schneider J</b>	Identifying the barriers to use of standardized nursing language in the electronic health record by the ambulatory care nurse practitioner	2012	J Am Acad Nurse Pract	Estudio cuantitativo observacional	n=1,997	USA

Referencia	Título	Año	Revista	Tipología	Población	País
Dahm MF, Wadensten B	Nurses experiences of and opinions about using standardised care plans in electronic health records	2008	J Clin Nurs	Estudio cuantitativo descriptivo	n=85	Sweden
De Marinis M, Piredda M, Pascarella MC, Vincenzi B, Spiga F, Tartaglioni D, et al	If it is not recorded, it has not been done!?	2010	Journal Clinical Nurse	Estudio observacional	n=16	Italia
Edwards K, Chiweda D, Oyinka A, McKay C, Wiles D	Assessing the value of electronic records	2011	Nurs. Times	Revisión de la literatura	-	UK
Englebright J, Aldrich K, Taylor CR	Defining and incorporating basic nursing care actions into the electronic health record	2014	J Nurs Scholarsh	Revisión de la literatura	-	
Fernández-Pérez JM, Paneque-Sánchez-Toscano I, González-Cotána F y Pinilla-Jiménez C	Registro de cuidados para pacientes tratados en un laboratorio de electrofisiología.	2011	Cardiocre	Revisión de la literatura	-	España
García-García I, Gozalbes Cravioto E	Investigación en Enfermería y en Historia de la Enfermería en España	2012	Index de Enfermería	Revisión de la literatura	-	España
Gebru K, Åhsberg E, Willman A	Nursing and medical documentation on patients' cultural background.	2007	Journal Clinical Nurse	Estudio descriptivo	n=121	Sweden
González-Caballero J	Aplicación de los diagnósticos de enfermería en el ámbito de la salud laboral: Ejemplos de prescripción enfermera	2010	Med. segur. Trab	Revisión de la literatura	-	España

Referencia	Título	Año	Revista	Tipología	Población	País
Jefferies D, Johnson M, Nicholls D	Comparing written and oral approaches to clinical reporting in nursing	2012	Contemp Nurse	Estudio comparativo, multicenter study	n=1.195	Australia
Jetha Z, Asif	Nursing Care in the Lance of Florence Nightingale	2014	Journal on Nurse	Case study	-	Pakistán
Juvé-Udina ME, Pérez EZ, Padrés NF, Samartino MG, García MR, Creus MC, et al	Basic nursing care: retrospective evaluation of communication and psychosocial interventions documented by nurses in the acute care setting	2014	J Nurs Scholarsh	Estudio observacional, multicéntrico	n=150.494	España
Kelley T, F., Brandon D, H., Docherty S, L	Electronic Nursing Documentation as a Strategy to Improve Quality of Patient Care	2011	Journal of Nursing Scholarship	Revisión de la literatura	-	USA
Klehr J, Hafner J, Spelz LM, Steen S, Weaver K	Implementation of standardized nomenclature in the electronic medical record.	2009	Int J Nurs Terminol Classif	Revisión de la literatura	-	USA
León J, Manzanera JT, López P, González L	Dudas de enfermería en el manejo de la historia clínica: Aspectos jurídicos.	2010	Enfermería Global	Revisión de la literatura	-	España
Lescaille Taquechel M, Apao Díaz J, Reyes Figueroa M, Alfonso Mora M	Eticidad del pensamiento de Florence Nightingale	2013	Revista Habanera de Ciencias Médicas	Revisión de la literatura	-	Cuba



Referencia	Título	Año	Revista	Tipología	Población	País
Li D, Korniewicz DM	Determination of the Effectiveness Of Electronic Health Records To Document Pressure Ulcers	2013	MEDSURG Nursing	Estudio piloto	n=139	USA
McGeehan R	Best practice in record-keeping	2007	Nursing Standard	Revisión de la literatura	-	UK
Mahler C, Ammenwerth E, Wagner A, Tautz A, Happek T, Hoppe B, et al	Effects of a Computer-based Nursing Documentation System on the Quality of Nursing Documentation	2007	J Med Syst	Estudio piloto	n=61	Germany and Austria
Martínez-Corbalán ED, López-Montesinos MJ	El conocimiento y aplicabilidad de las nuevas tecnologías en el profesional de enfermería	2011	Revista científica de enfermería	Estudio descriptivo	n=45	España
Müller-Staub M	Evaluation of the implementation of nursing diagnoses, interventions, and outcomes	2009	Int J Nurs Terminol Classif	Revisión de la literatura	-	Sweden
Orovioigoicoechea C, Elliott B, Watson R	Review: evaluating information systems in nursing	2008	Journal of Clinical nurses	Revisión de la literatura	-	UK
Paans W, Sermeus W, Nieweg RMB, Van der Schans CP	Prevalence of accurate nursing documentation in patient records	2010	J Adv Nurs	Estudio transversal retrospectivo	n=341	Netherland
Padilha E, Fátima, do Carmo FL, Matsuda L, Misue	Quality of Nursing Records in Intensive Care: Evaluation through a Retrospective Audit.	2014	COGITARE ENFERMAGEM	Auditoria retrospectiva	n=50	Brazil
Prideaux A	Issues in nursing documentation and record-keeping practice	2011	British Journal of Nursing	Revisión de la literatura	-	England



Referencia	Título	Año	Revista	Tipología	Población	País
Schwirian P, Thede L.	Informatics: The Standardized Nursing Terminologies: A National Survey of Nurses' Experience and Attitudes	2012	J Issues Nurs	Estudio de encuesta	n=567	USA
Sierra T, Sayas V, Famoso MJ, Muñoz A, Peiró A, Garrigós E, et al	Continuidad de cuidados: alta de enfermería.	2007	Enferm. Cardiol	Descriptivo longitudinal, cualitativo fenomenológico	n=488	España
Stevenson JE, Nilsson G	Nurses perceptions of an electronic patient record from a patient safety perspective: A qualitative study	2012	J Adv Nurs	Estudio cualitativo	n=21	Sweden
Stonham G, Heyes B, Owen A, Povey E	Measuring the nursing contribution using electronic records	2012	Nursing Management	Revisión de la literatura	-	UK
Tarruella-Farré M	Registros de enfermería: porqué, para qué y cómo	2013	Tesela	Revisión de la literatura	-	España
Törnvall E, Wilhelmsson S	Nursing documentation for communicating and evaluating care	2008	Journal of Clinical nursing	Estudio descriptivo transversal	n=544	Sweden
Urquhart C, Currell R, Grant MJ, Hardiker NR	Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes	2009	Cochrane Database of Systematic Reviews	Revisión de la literatura	-	UK
Vituri DW, Matsuda LM	The records of nursing as indicators of the quality of care: a documentary study, exploratory and descriptive-retrospective	2008	Brazilian Journal of Nursing	Descriptivo Retrospectivo	-	Brazil

Referencia	Título	Año	Revista	Tipología	Población	País
Wang N, Hailey D, Yu P	Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review	2011	Journal of Advanced Nursing	Revisión de la literatura	-	Australia
Young P, Hortis De Smith V, Chambi MC, Finn BC	Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento	2011	Revista médica de Chile	Revisión de la literatura	-	Chile

## **AGRADECIMIENTO**

Finalizar este trabajo agradeciendo a las personas que me han ayudado y han compartido esta etapa de mi vida.

En primer lugar, a mis padres por hacer posible mi sueño, por el amor y la confianza que depositan en mi a diario.

A mi abuelo José, gracias por esa fe ciega en mis posibilidades y en mi persona.

A los amigos que me ha otorgado la vida universitaria y con los que he compartido muchos momentos inolvidables.

Gracias también, a la Universidad y a sus profesores por los conocimientos y valores brindados en esta etapa.

Finalmente mi gratitud para Anna Aliberch mi tutora, por ser la guía de mi proyecto y ofrecerme apoyo, ayuda y supervisión en todo momento. Ha formado parte indispensable para la realización del trabajo.

