



REVISIONES

DUDAS DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA. ASPECTOS JURÍDICOS.

DOUBTS IN THE NURSING MANAGEMENT OF CLINICAL HISTORY: LEGAL ASPECTS

*León Molina, J., **Manzanera Saura, JT., ***López Martínez, P., ****González Nieto, L.

*Lcdo. en Documentación. Enfermero. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. **Enfermero. Profesor Asociado Departamento de Enfermería. Universidad de Murcia. ***Enfermera Supervisora Área Digestivo.HU Virgen de la Arrixaca. ****Lcdo. en Documentación. Murcia.

Palabras clave: Enfermería, Historia Clínica, Registros de Enfermería, Responsabilidad legal

Keywords: Nursing, Clinical History, Nursing Records, and Legal Responsibility.

RESUMEN

Dentro de los cambios producidos en la profesión enfermera, el registro de las actividades realizadas se revela como imprescindible para administrar unos cuidados de calidad, sin olvidar el punto de vista legal y el desarrollo de la formación en Enfermería. Según la Ley 41/2002, la Historia Clínica comprende 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, y tiene como fin principal facilitar la asistencia sanitaria, sin obviar aspectos como la docencia e investigación, la evaluación calidad asistencial, la administrativa y la médico-legal.

La Ley 41/2002 determina los documentos obligatorios que deben estar presentes en la Historia clínica. Entre ellos se encuentran las hojas de planificación de los cuidados, el registro de las aplicaciones terapéuticas y el registro de las constantes. Todos ellos deben estar presentes en cada uno de los episodios con la correspondiente identificación de la persona que lo realiza, pues implica responsabilidad jurídica, en tanto en cuanto hay que garantizar el cumplimiento de la ley. Por ello enfermería debe conocer y cumplir lo legislado respecto al uso de la Historia clínica.

Los registros de enfermería son el soporte documental donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente a una persona concreta, valoración, tratamiento recibido y su evolución. Los Registros de Enfermería son parte fundamental de la Historia Clínica y como tal tienen funciones similares; la principal sería la asistencial, enfocada a prestar unos cuidados de la máxima calidad, sin olvidar la docente-investigadora, de gestión y la contribución al desarrollo de nuestra

profesión. Otras de sus finalidades es la jurídico-legal, pues los registros constituyen el testimonio documental de los actos del profesional a requerimiento de los tribunales

ABSTRACT

As part of the changes produced within the nursing profession, the registration of the activities carried out proves to be necessary for the management of quality care, keeping in mind the legal aspect and development of nursing training. According to Spanish Act 41/2002, clinical history is the array of documents related to the care process of every patient, including the identification of doctors and health professionals that have intervened in the care. Its objective is to facilitate sanitary care, paying attention to aspects such as training and research, evaluation of the quality of care, administration and medical-legal.

The Spanish Act 41/2002 determines which documents are obligatory and should be present in the clinical history. Among these are the care planning sheets, the records of therapeutic work and vital signs. All these should be present in each one of the moments along with the correspondent identification of the people carrying out the action, as these imply legal responsibility, as long as law compliance is guaranteed. Therefore, nursing must understand and fulfill the regulation regarding the use of clinical history.

Nursing records are the documental tool where all the information of nursing activity is collected regarding a specific patient, assessment, received treatment, and progression. Nursing records are an essential part of the clinical history and therefore, have similar functions; the main one being treatment, focused on providing maximum quality care, as well as the researcher-trainer, management and contribution to the development of our profession. Other objectives are legal because the records are the documented testimony of the professional actions upon the Court requirements.

INTRODUCCIÓN

Dentro de los cambios que se han ido produciendo en la profesión enfermera, el registro de las actividades realizadas se revela como imprescindible para administrar unos cuidados de calidad, sin olvidar el punto de vista legal y el desarrollo de la formación y la investigación en Enfermería.

Según Córcoles Jiménez, la prestación de cuidados de Enfermería, en épocas recientes se realizaba "sobre la marcha" y en ocasiones *ad limitum* a medida que iban surgiendo las necesidades; siempre existió una cierta programación de actividades que sin embargo atendía casi únicamente al seguimiento de horarios establecidos. En cuanto a los registros de las actividades de Enfermería eran mínimos o inexistentes, entendiéndose tácitamente que las actividades necesarias se realizaban. (1)

El **principal objetivo del artículo** es conocer la obligación legal, importancia y necesidad, de los registros de Enfermería dentro del marco de la historia clínica, para ello hemos realizado un análisis de la legislación vigente sobre las dimensiones relacionadas con la Historia clínica y los registros de enfermería sin olvidar el marco conceptual

MARCO CONCEPTUAL DE LA HISTORIA CLÍNICA

La Historia Clínica (HC), según la Ley 41/2002 en su capítulo V, artículo 14, "comprende 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". (2)

La HC ha pasado por diferentes etapas históricas (3), utilizando diferentes soportes (arcilla, piedra, papiro, pergamino, papel, soportes magnéticos e informáticos). Centrándonos en la segunda mitad del siglo XX, en España, en la década de los sesenta, es cuando se comienza a fomentar escribir en cada proceso asistencial, pero cada servicio, dentro de un mismo hospital, tenía su propia HC, por lo que un mismo paciente podía tener más de una HC en el hospital. En la siguiente década comienza la unificación de la HC, aunque con documentos sin estructuración y orden secuencial por procesos. A mitad de la década de los ochenta comienza la ordenación sistemática; se estructuran las hojas de la HC por procesos asistenciales, sintetizados en un único documento (informe de alta). Se potencia la ordenación documentos por episodios y elaboran los reglamentos de uso de la HC, además comienza el uso de sistemas informáticos y una serie de ítems en cada proceso, hincándose el uso del CMBD ó Conjunto Mínimo Básico de Datos. Ya en la última década del Siglo XX se desarrollan técnicas organizativas y gestión de la HC, como son la codificación de diagnósticos y procedimientos (CIE 9 MC), la utilización del soporte telemático para almacenar y recuperar los informes de alta de hospitalización. El verdadero salto cualitativo es la transformación de documento de cada episodio en lenguajes documentales que facilita la memorización de datos en formato electrónico y la utilización del CMBD para la búsqueda y recuperación de los documentos que componen la Historia Clínica Electrónica. Actualmente la HC refleja todo el saber del médico-sanitario y del enfermo, ordenándose por episodios asistenciales, con datos administrativos. Las tecnologías tanto de la información como de la comunicación han supuesto una revolución en todos los campos de la medicina y especialmente en el de la Documentación Médica, al introducir un cambio en sus instrumentos tradicionales de trabajo.

Características básicas que debe cumplir la Historia Clínica

Basándonos en diferentes trabajos consultados, la Historia Clínica debe cumplir las siguientes características:

- Sus registros deben ser coetáneos.
- Debe contener todos los documentos (datos administrativos, consentimientos, informe de asistencia, protocolos especiales, etc.)
- Se deben cumplir con rigor todos los requisitos de confidencialidad ya que la HC es el expediente más privado que existe una persona.
- Debe ser accesible a paciente, profesionales, investigadores y jueces, guardando la citada confidencialidad e intimidad.
- Ser exacta, con rigor técnico y científico, conteniendo datos objetivos, sin afirmaciones subjetivas hirientes para enfermo, profesionales o institución.
- Todos los documentos que se almacenen en ella deben tener exacta e inequívoca identificación del paciente, utilizando siempre que sea posible etiquetas; así mismo **todo personal sanitario que intervenga en la asistencia del paciente, debe constar su identificación, nombre y apellidos de forma legible, rúbrica y número de colegiado.**
- La HC debe ser completamente legible, exenta de rectificaciones sin aclaración, en todos y cada uno de sus documentos.
- Debe estar ordenada y contener datos irrelevantes.
- Según la Ley General de Sanidad debe ser única.
- Por último y no menos importante la HC debe ser veraz. El no cumplir tal requisito puede incurrir en un delito tipificado en el actual Código Penal (falsedad documental).

En la gran mayoría de estudios y análisis sobre la HC aparecen destacados e interrelacionados tres temas sumamente problemáticos como son pertenencia o propiedad, custodia y acceso. Temas que suscitan desconocimiento y dudas en el profesional de Enfermería

El problema de la propiedad surge por la confluencia de valores éticos de cada uno de los afectados (paciente, familia, profesionales, instituciones) y sus derechos e intereses jurídicamente protegidos. Existen cuatro teorías que intentan solucionarlo. Las tres primeras son más rigurosas y sitúan la pertenencia cuasi total en cada uno de los sujetos implicados. Existe una cuarta teoría integradora y ecléctica que reparte la propiedad en cada uno de ellos y donde el verdadero propietario es el paciente y la institución sanitaria tiene el derecho y obligación de la custodia (archivo). A los profesionales sanitarios se le atribuyen derechos de acceso y relativa pertenencia, pero nunca, como se intentó hasta épocas recientes, derecho a la propiedad intelectual, puesto que las aportaciones científicas y de conocimiento se deben, principalmente a la aportación de paciente y su familia. En todo caso el problema de la propiedad da pie a que el acceso a la HC se legisle, como posteriormente veremos, en la Ley 41/2002

Funciones de la Historia Clínica

Según la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, la HC tiene como fin principal facilitar la asistencia sanitaria, es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente, y comprenderá el conjunto de documentos relativos a los procesos asistenciales de que sea objeto, incorporando la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. No deben obviarse otros aspectos como la docencia e investigación, la evaluación calidad asistencial, la administrativa y la médico-legal.

Contenido básico legal de la Historia Clínica

Para la Ley 41/2002 el contenido mínimo de la HC será:

- 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**
- ñ) el gráfico de constantes**
- o) El informe clínico de alta".

Obsérvese que los apartados específicos de enfermería están referidos en m, n, ñ, en los que se requiere de las enfermeras/o el registro de su trabajo, al menos en lo que se refiere a

la evolución y planificación de los cuidados, el registro de las aplicaciones terapéuticas y el registro de las constantes; las hojas de valoración-evolución, planificación de cuidados, de aplicación terapéutica y gráfico de constantes son documentos escritos o en el soporte técnico más adecuado, que **con la correspondiente identificación de la persona que lo realiza** deberá constar en la HC; así lo reafirma la propia Ley: **"La cumplimentación de la Historia clínica, en los aspectos relacionados con la asistencia directa al paciente, será responsabilidad DE LOS PROFESIONALES que intervienen en ella."**

LEGISLACIÓN ESPAÑOLA SOBRE HISTORIA CLÍNICA

Enfermería debe conocer y cumplir lo legislado respecto al uso de la HC, actualmente regulado en la Ley 41/2002 14 Noviembre" ley básica de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica". Esta ley incorpora un avance de enfermería en cuanto a registros y documentación clínica, porque obliga al profesional de enfermería, a registrar, como hemos visto y al menos la evolución y planificación de cuidados de enfermería, la aplicación terapéutica de enfermería y el gráfico de constantes, dando con ello importancia al trabajo realizado por Enfermería. **El concepto obligación implica responsabilidad jurídica**, por lo que generar un cambio cultural en nuestro trabajo, en tanto en cuanto hay que garantizar el cumplimiento de la ley.

Antes de la Ley 41/2002, en España, la mayoría de los derechos de los pacientes y de las obligaciones de las instituciones sanitarias y de sus profesionales estaban regulados por la Ley General de Sanidad de 1986 (4). Esta suponía el desarrollo legislativo del derecho de protección a la salud establecido en el artículo 43 de la Constitución Española (5) y subrayaba a relevancia que tienen los **derechos de los pacientes en cuanto a los registros y su constatación por escrito**: Derecho del paciente: "a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público", "A que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento", derecho de todos los pacientes a la constancia por escrito de todo su proceso, pero sin establecer cual es el contenido que debe tener la historia clínica; incluso ya en este texto el Legislador hace constar el derecho del paciente a su intimidad y el deber del profesional de guardar secreto, derecho del enfermo a su intimidad personal y el deber de guardar el secreto profesional por quien en virtud de sus competencias tenga acceso a su HC

Ley 41/2002 14 Noviembre" ley básica de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica"

La ley supone, como se ha comentado, un importante hito en la visión de registros de enfermería y contempla las previsiones que la Ley General de Sanidad enunció como principios generales, reforzando y dando un trato especial a la autonomía del paciente, tratando con profundidad lo referente a la documentación clínica generada en los procesos asistenciales, y haciendo especial énfasis en los derechos de los usuarios en materia de documentación clínica. El capítulo V de esta Ley está íntegramente dedicado a la HC. Concretamente los artículos 14 al 19. Antes de su análisis más detallado destacamos:

- 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.
- La HC incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Todo paciente o usuario tiene

derecho a que quede constancia escrita o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud tanto en el ámbito de atención primaria como de atención especializada.

- La HC es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente. Los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica de éste como instrumento fundamental para su adecuada asistencia.
- **Los profesionales sanitarios que desarrollen su actividad individual son responsables de la gestión y custodia de la documentación asistencial que generen.** Es decir la custodia de la HC de los pacientes que cada profesional de enfermería tiene a su cargo son de su responsabilidad
- La ley reitera la **obligación de registrar de los profesionales sanitarios**, especialmente en el artículo 23: donde dice que los profesionales sanitarios, además de las obligaciones señaladas en materia de información clínica, tienen el deber de cumplimentar los protocolos, registros, informes, estadísticas y demás documentación asistencial o administrativa, que guarden relación con los procesos clínicos en los que intervienen.

A continuación destacamos y comentamos los artículos más relevantes y pertinentes al tema tratado (Capítulo V: La historia clínica, artículos 14 al 19), recordando que esta ley reconoce y refuerza la importancia de la actividad enfermera en la asistencia a los pacientes y usuarios del Sistema Sanitario español y supone el vehículo legal para el desarrollo de la enfermería.

Artículo 14. Definición y archivo de la Historia Clínica.

En su punto número 1 dice textualmente: “La historia clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro”. Debemos recordar que **los registros de enfermería son documentos relativos a los procesos asistenciales de los pacientes, por lo que estos deben formar parte de la historia clínica**

Artículo 15. Contenido de la historia clínica de cada paciente.

Sus puntos 1 y 2 dicen: “La historia clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Todo paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud tanto en el ámbito de atención primaria como de atención especializada” y “La historia clínica 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”. En cuanto al contenido mínimo de la historia clínica, reflejado en el punto 2 de este artículo, quedó enumerado en párrafos anteriores y recordamos que en él se incluyen la evolución y planificación de cuidados de enfermería (m), la aplicación terapéutica de enfermería (n) y el gráfico de constantes (ñ)

En el punto 3 del artículo se dice: “La cumplimentación de la historia clínica, en los aspectos relacionados con la asistencia directa al paciente, será responsabilidad de los profesionales que intervengan en ella”

En el punto 4 se legisla el criterio de unidad e integración de la HC: “La historia clínica se llevará con criterios de unidad y de integración, en cada institución asistencial como mínimo, para facilitar el mejor y más oportuno conocimiento por los facultativos de los datos de un determinado paciente en cada proceso asistencial”. Es decir, la práctica habitual de fragmentar la HC en las unidades o controles de enfermería para facilitar las tareas diarias y no interferir el trabajo de profesionales médicos y de enfermería no está permitida por la ley. Las direcciones de cada centro deberían tener en cuenta esto y normalizar ciertas rutinas no legales.

Artículo 16. Usos de la historia clínica. 1.

Aunque no es el aspecto más problemático para Enfermería, en general, si debemos recordar algunos aspectos de este artículo, puntos 1 y 2: “La historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente. Los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica de éste como instrumento fundamental para su adecuada asistencia” y “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”. Sin olvidar que “El personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto”.

Artículo 17. La conservación de la documentación clínica.

Tampoco son los puntos con más pertinencia pero destacamos los puntos 3 al 6: “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 gestión de la historia clínica por los centros con pacientes hospitalizados, o por los que atiendan a un número suficiente de pacientes bajo cualquier otra modalidad asistencial, según el criterio de los servicios de salud, se realizará a través de la unidad de admisión y documentación clínica, encargada de integrar en un solo archivo las historias clínicas. La custodia de dichas historias clínicas estará bajo la responsabilidad de la dirección del centro sanitario”. En especial el punto 5: “Los profesionales sanitarios que desarrollen su actividad de manera individual son responsables de la gestión y de la custodia de la documentación asistencial que generen”, recordamos que Enfermería es profesional sanitario que desarrollan actividad asistencial. En el punto 6 “Son de aplicación a la documentación clínica las medidas técnicas de seguridad establecidas por la legislación reguladora de la conservación de los ficheros que contienen datos de carácter personal y, en general, por la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal”. La citada Ley de Protección de Datos es otra Ley que Enfermería desconoce y que debiera tener en cuenta a la hora no sólo de proteger la intimidad del paciente sino de protegerse a si misma, evitando comentarios fuera de entornos estrictamente asistenciales y de mal uso de datos extraídos de diferentes bases para estudios o investigaciones.

Artículo 18. Derechos de acceso a la historia clínica.

En este artículo se legisla una situación problemática de la HC que ya hemos citado con anterioridad. En su punto 1 se dice que “El paciente tiene el derecho de acceso, con las reservas señaladas en el apartado 3 de este artículo, a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella. Los centros sanitarios regularán el procedimiento que garantice la observancia de estos derechos”. En los puntos 2 y 3: “El derecho de acceso del paciente a la historia clínica puede ejercerse también por representación debidamente acreditada” y “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, ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas”. “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 ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni que perjudique a terceros”, según consta en el punto 4.

Entonces, ¿los pacientes tienen derecho a acceder a su HC? ¿Qué hacemos si en un turno determinado un paciente, o un familiar, nos piden la HC? Trataremos de solucionar la duda. En primer lugar enfermería debe conocer la ley y por tanto los derechos de los pacientes. Efectivamente el paciente tiene derecho de acceder a su historia clínica. Respecto a los familiares, solo aquellos que tienen por expreso consentimiento del paciente con representación para hacerlo. Pero el paciente no tiene derecho a la totalidad de su expedientes, puesto que en él hay registrados datos y observaciones que afectan a terceras personas y anotaciones subjetivas, que son propiedad de los profesionales. Sólo el juez, tácitamente, tiene derecho al acceso completo de la HC. Enfermería debe conocer, también, los protocolos de cada centro, normalmente están normalizados, para el caso de que un paciente solicite su HC.

La actitud del enfermero es poner, la solicitud, en conocimiento del responsable directo (supervisor de unidad o área, supervisor de turno, dirección de enfermería) quien dirigirá al paciente, o familiar a los servicios de atención al usuario. Enfermería de planta puede dirigir en cualquier caso al paciente directamente a atención al usuario. Enfermería debe conocer el derecho del paciente a acceder a su HC y debe informarle cómo hacerlo. No puede darle directamente la historia clínica; en todo caso, sí se permite, explícitamente, fotocopiar los documentos a los que tenga derecho. Mayor problema son los familiares de menores de edad o de fallecidos, puesto que, generalmente, son por causas con más complejidad. La solución es idéntica a la anterior, es decir, saber dónde dirigir al peticionario, dándole a conocer en todo momento sus derechos y explicándole los límites. Recordemos, así mismo que la custodia de las Historias Clínicas de los pacientes son responsabilidad de los profesionales que tienen a su cargo al paciente (médicos y enfermería)

Artículo 19. Derechos relacionados con la custodia de la historia clínica.

“El paciente tiene derecho a que los centros sanitarios establezcan un mecanismo de custodia activa y diligente de las historias clínicas. Dicha custodia permitirá la recogida, la integración, la recuperación y la comunicación de la información sometida al principio de confidencialidad con arreglo a lo establecido por el artículo 16 de la presente Ley”.

Por último y, a modo de aviso, la disposición adicional sexta de la ley en su régimen sancionador dice: “Las infracciones de lo dispuesto por la presente Ley quedan sometidas al régimen sancionador previsto en el capítulo VI del Título I de la Ley 14/1986, General de Sanidad, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal y de la responsabilidad profesional o estatutaria precedentes en derecho”. Es decir, precaución. La infracción de lo regulado en la ley no presupone sólo castigo administrativo o civil, si no que puede conllevar responsabilidad penal.

La Ley 41/2002 es básica, es decir tienen carácter de obligatoriedad en todo el estado español. La Ley contempla que las diferentes Comunidades Autónomas regulen los temas tratados adaptándolos a sus peculiaridades, pero nunca podrán contradecirse y siempre la ley básica tendrá supremacía. Con anterioridad a la ley 41/2002 Cataluña, Galicia, Valencia, entre otras promulgaron leyes en este sentido y luego las adaptaron y otras lo hicieron con posterioridad. En el caso de la Región de Murcia en mayo de 2009 se promulgó la Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia que básicamente transcribe y profundiza en los legislado por ley general de sanidad y la ley 41/2002 y dedica su título VI a los derechos en materia de documentación sanitaria y su capítulo I a la historia clínica, desarrollándose en los artículos 52 al 56 concepto, contenido de la historia clínica, gestión y conservación de la historia clínica, acceso y uso de la historia clínica por los profesionales e instituciones sanitarias y derecho de acceso del paciente a su historia clínica.

REGISTROS DE ENFERMERÍA

Los registros de enfermería son el soporte documental donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente a una persona concreta, valoración, tratamiento recibido y su evolución. Su principal finalidad sería la asistencial, enfocada a prestar unos cuidados de la máxima calidad, además de la finalidad docente-investigadora y de gestión, permitiendo el análisis estadístico que contribuye al desarrollo de nuestra profesión y la mejora de los cuidados. No podemos olvidar que otra de sus finalidades es la que podría denominarse jurídico-legal, pues los registros constituyen el testimonio documental de los actos del profesional a requerimiento de los tribunales. Las finalidades de los registros de Enfermería son idénticas a las de la propia HC, como componentes de ella que son.

Según García Ramírez, hacer el registro de los cuidados que la enfermería proporciona diariamente, es una tarea esencial, tanto para dar una adecuada calidad sanitaria como para el desarrollo de la profesión. Por ello, los profesionales, deben conocer no sólo el adecuado cumplimiento de los registros sino también la legislación vigente que afecte tanto a usuarios como a los profesionales de la salud (6)

Hasta hace pocos años Enfermería no ha dado suficiente importancia a sus registros. Es un hecho que en nuestra profesión, relativamente actual y en fase de cambio, aún existe hoy un amplio colectivo que no da la suficiente importancia a los registros de su actividad, considerando que son una obligación administrativa que les aparta de su labor asistencial. Este sector de enfermería que indudablemente ha cumplido y cumple a la perfección su trabajo a "pie de cama", ha sabido "inventar" documentos al margen de la historia del paciente, que les han servido para comunicarse con el resto de profesionales cuando han considerado necesaria la transmisión de alguna información (libros de incidencias, libros de registro exploraciones, notas en tablón de anuncios), a lo que se ha añadido la información verbal transmitida en los cambios de turno. Es decir una gestión de conocimiento Incompleta con mayor preponderancia del componente tácito sobre el explícito

Diversas razones se esgrimen para seguir justificando esta postura: falta de tiempo, carga de trabajo asistencial, falta de aplicabilidad, dificultades con la metodología, dificultades de plasmar por escrito nuestro trabajo por falta de costumbre o por desconocimiento del lenguaje adecuado. Debemos convencernos de la importancia de los registros, de su finalidad asistencial, investigadora y docente e incluso a nivel estadístico, ya que los registros suponen el reconocimiento de nuestro trabajo, además del imperativo legal y del reconocimiento de los derechos del paciente.

No debemos olvidar que actualmente estamos en una interesante, aunque difícil, etapa de paso del soporte en papel al soporte informático. Si bien en nuestro país en este desarrollo informático se están utilizando distintos programas, todos ellos incorporan la metodología enfermera y las taxonomías NANDA, NOC y NIC; el tiempo y su manejo es el que nos dirá si esta diversidad facilita o no el desarrollo de nuestra disciplina.

Siguiendo las normas de la OMS, los registros deben ser permanentes, con las limitaciones que tiene esta permanencia y tener una identificación que permita su localización y recuperación cuando sea necesario, lo que implica que todos los documentos que lo componen deben llevar una serie de datos como nombre y apellidos, número de Historia, número de Seguridad Social, DNI u otros que hagan posible su reconocimiento. Además de tener continuidad, es decir, debe existir la intención de realizar anotaciones sucesivas a medida que se precise. Esto es tanto una cuestión de espacio (no se pueden hacer historias “de un solo uso”) como una necesidad para que la información acumulada tenga sentido

PREGUNTAS Y RESPUESTAS SOBRE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA

Atendiendo a las recomendaciones de diferentes autores consultados podemos resumir una serie de dudas sobre los registros de Enfermería:

1. ¿Por qué debemos registrar? Debemos registrar, en primer lugar por responsabilidad jurídica. Debemos registrar por responsabilidad moral, respeto a los derechos de pacientes y a la contribución del desarrollo de la Enfermería y su responsabilidad profesional. Sin olvidar que por razones asistenciales, es imprescindible el registro para un aseguramiento de la continuidad de los cuidados, pilar básico en la calidad de los mismos. Otros motivos que nos hacen, al menos aconsejable, registrar son las funciones de investigación y de gestión. Investigación, ya que toda la información que proporcionan pueden ser la base para la investigación de los trabajos de enfermería, proporcionar datos para el análisis estadístico para conocer la mejor evidencia científica que nos permita la mejora continua de los cuidados, por tanto, nuestros cuidados deben estar recogidos en la HC y servir de base para mejorar su calidad a través de su análisis y valoración y de gestión por que su desarrollo permitirá a los gestores determinar cargas de trabajo y necesidades derivadas de estas y la adecuación de los recursos asistenciales. En cuanto a la función docente los registros en la HC son fuente de información para los alumnos de enfermería y para nuestra propia formación.
2. ¿Para Qué Registrar? Para mejorar calidad científico-técnica, ya que el intercambio de la información que suministran unos buenos registros mejora la calidad en la atención prestada al utilizar un lenguaje común que favorece la evolución y la mejora de la calidad asistencial, el desarrollo del conocimiento enfermero disminuyendo la variabilidad de los cuidados y garantizando su continuidad. También para dar legitimidad y reconocimiento social e institucional a nuestra profesión
3. ¿Cuándo hay que registrar? En todo el conjunto de actos y en todos los espacios de atención (urgencias, programada, espontánea), debiéndose realizar lo antes posible ya que su demora puede tener como consecuencia la omisión u olvido de alguna anotación; tenemos que tener en cuenta que lo que no se registra no existe.
4. ¿Cómo hay que registrar? En soporte papel o informatizado (cuando surja o exista). Cuando se trate de formato en papel, se debe escribir de forma legible y ordenada, evitando siglas y abreviaturas que no sean de uso generalizado, tachaduras...etc. Unos registros defectuosos pueden ser interpretados como una mala ejecución de los cuidados, sobre todo con el paso del tiempo. Utilizando metodología común (Valoración patrones NANDA/NOC/NIC).La inclusión de la metodología y el esfuerzo por la utilización

de un sistema de lenguaje común facilitará la comunicación y el camino a los registros informatizados.

5. ¿Cuanto registrar? Debemos registrar todo lo que precisemos comunicar, para permitir la continuidad de los cuidados además su perduración en el tiempo; documentando con precisión, sin prejuicios ni divagaciones, identificando a las personas que intervienen en cada acto, etc. Los registros aportan datos que contribuyen a la continuidad de cuidados, aumentando así la calidad asistencial percibida por el cliente interno (profesionales de la salud) y la calidad percibida por el cliente externo (paciente o usuario), perdurando en el tiempo como herramienta de formación e investigación y como documentación ético-legal de la atención prestada.
6. ¿Quién debe registrar? Los profesionales sanitarios tienen el deber de cumplimentar protocolos, registros, informes estadísticas y demás documentación asistencial o administrativa que guarden relación con los procesos clínicos.
7. ¿Que registrar? En base a la ley 41/2002 debemos registrar al menos evolución y planificación de cuidados de enfermería, la aplicación terapéutica de enfermería y el gráfico de constante. Sobre el contenido de los registros la ley nos ofrece una orientación de lo que debe contener cada registro o documento al referirse a los "datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y evolución clínica de un paciente.

CONCLUSIONES

- Enfermería tiene obligación de conocer y cumplir la legislación vigente respecto del uso de la historia clínica de los pacientes que tienen a su cargo (responsabilidad) como parte integrante de la actividad (asistencial, docente, investigadora, de gestión) diaria.
- Los registros contribuyen a la mejora la calidad científico-técnica de enfermería y la búsqueda de la excelencia de los cuidados.
- Son obligatorios desde el marco moral y jurídico.
- Deben aportar valor al enfermero asistencial. (No olvidar quién es el cliente interno).
- El profesional de Enfermería recoge en los registros toda la información posible sobre el enfermo y valora qué necesidades están alteradas; a continuación se planifican las acciones para suplir o ayudar a cubrir estas necesidades; se realizan las acciones planificadas y se va evaluando si se producen o no cambios que hagan necesario mantener los cuidados o modificarlos.
- No es sólo un imperativo de calidad sino también una exigencia legal ante posibles reclamaciones, cada día más frecuentes. Otra razón no menos importante es que los registros de nuestras actividades propias nos proporcionarán una fuente para la formación pregrado y postgrado y para la investigación en Enfermería
- Si no registramos nuestra ACTIVIDAD, es imposible constatar lo específico que aportamos a la atención de la salud de la disciplina enfermera: CUIDAR
- Además no debemos cerrar la enumeración de los problemas sin apuntar algunas posibles soluciones:
 - Formación de profesionales en metodología científica de trabajo (planificación de cuidados) y en la importancia de los registros como reflejo de la actividad realizada.
 - Implicación de los gestores y mandos intermedios en el control de la calidad de los registros, evaluando periódicamente tanto la adecuación de los documentos existentes a las actividades reales como el contenido de lo registrado.
 - La realización de evaluaciones periódicas y la difusión de los resultados motivan sin duda a los profesionales a mejorar sus registros.

- Establecimiento de objetivos de cumplimentación de registros en cada Unidad, mejorando paulatinamente los índices y consensuando con los profesionales el nivel que pueden alcanzar en la siguiente evaluación.
- Relación con el reparto de productividad variable.
- Introducir el uso de programas informáticos de planificación de cuidados que reduzcan el tiempo empleado en la cumplimentación manual de los documentos, formando a los profesionales en el uso de estas tecnologías.
- La incorporación de las últimas promociones de profesionales puede generar un beneficio en las Unidades, aprovechando su formación para mejorar la metodología de trabajo y el registro de las actividades.
- Mejorar la colaboración entre los distintos ámbitos profesionales de Enfermería: Docencia, Atención Primaria y Especializada.

REFERENCIAS

1. Córcoles Jiménez, P. EL DOSSIER DE ENFERMERÍA EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE: COMPOSICIÓN Y CONTROL DE CALIDAD. Accesible en <http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%207/dossier7.htm>
2. 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)
3. Curiel Herrero, J; Estévez Lucas, J. “Manual para la gestión sanitaria y de la historia clínica hospitalaria: la admisión de enfermos y documentación clínica” 2003 ISBN: 84-95076-24-1. (cap. II, 37 – 39)
4. LEY ORGANICA 3/1986, 14 DE Abril, de Medidas Especiales en materia de Salud Pública. BOE 102, Martes 24 de Abril 1986, (15207 – 15224)
5. Constitución Española, BOE núm. 311-1, Viernes 29 diciembre 1978 (29317 – 29424)
6. García Ramírez S, Navío Marco M, Laura Valentin Morganizo NORMAS BÁSICAS PARA LA ELABORACIÓN DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA. Nure Investigación, nº 28, Mayo-Junio 07. Accesible en http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/PDF_protocolo28.pdf
7. Córcoles Jiménez, P. EL DOSSIER DE ENFERMERÍA EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE: COMPOSICIÓN Y CONTROL DE CALIDAD. Accesible en <http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%207/dossier7.htm>

LEGISLACION BASICA RECOMENDADA

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE 101/1986 de 29-04-1986)
- 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 274/2002 de 15-11-2002)
- Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE 298/1999 de 14-12-1999)

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Álvarez Cienfuegos Suárez, J.M. Confidencialidad del dato sanitario, derechos de los pacientes e información clínica. Ponencia al II Congreso Nacional de Derecho Sanitario. Madrid. 1995.
- Beneitez Merino, I. La confidencialidad de los datos informáticos sanitarios y el nuevo Código Penal. Ponencia al III Congreso Nacional de Derecho Sanitario. Madrid. 1996.
- Cantero Rivas, R. Cuestiones relativas a la historia clínica. La Ley 1996-4. Revista jurídica española de doctrina, jurisprudencia y bibliografía, ISSN 0211-2744, Nº 5, 1996 , pags. 1421-1428
- Criado del Rio, T., Aspectos Médico legales de la Historia Clínica. Colex. 1.999. COLEX. EDITORIAL CONSTITUCION Y LEYES, S.A. Isbn 8478795081
- González, J. Confidencialidad de datos y gestión asistencial en el sector público. Ponencia al II Congreso Nacional de Derecho Sanitario. Madrid.1995.
- López Domínguez Orencio La información clínica: situación actual, conflictos y tendencias Autores: Localización: Cuadernos de derecho judicial, ISSN 1134-9670, Nº. 25, 1997 (Ejemplar dedicado a: Acceso judicial a la obtención de datos / Miguel Revenga Sánchez (dir.)) , pags. 337-340
- Luna Maldonado, A. Problemas médico-legales de la historia clínica en el ejercicio libre de la Medicina, "Los derechos del enfermo", Consejería de Sanidad y Consumo, Murcia, 1987.
- Romdeo casabona, C.M. y Castellanos A rroyo, M. La intimidad del paciente desde la perspectiva del secreto médico y del acceso a la historia clínica. Revista Derecho y Salud. Enero-Junio de 1995.
- Sánchez Caro Javier El derecho a la información en la relación sanitaria: aspectos civiles Autores: Localización: Responsabilidad penal y responsabilidad civil de los profesionales : presente y futuro de los conceptos de negligencia y riesgo : XXIIº Coloquio de Derecho Europeo : La Laguna, del 17 al 19 de noviembre de 1992 / coord. por Carlos María Romeo Casanova, 1993, ISBN 84-604-8676-1 , pags. 193-224 Recoge los contenidos presentados a: Coloquio de Derecho Europeo (22. 1992. La Laguna)

WEB RECOMENDADAS:

- Clínica Universitaria de Navarra. <http://www.cun.es/la-clinica/servicios-generales/archivo-y-documentacion/>
- Enfermería Global. <http://revistas.um.es/eglobal>
- Nure Investigation, Revista Científica de Enfermería. <http://www.nureinvestigacion.com/>
- Ruiz H. Antonio (Escuela de Enfermería de la Universidad Cardenal Herrera-CEU de Valencia. Director Enfermería del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España). <http://www.fac.org.ar/ccvc/llave/c028/ruizhont.php>

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia

