

Aspectos legales de las notas de enfermería

Carmen Vargas-Cubero¹, María Aurelia Ruiz-Sánchez²

RESUMEN

Título: "Evaluación de los aspectos legales de las notas de enfermería":

Problema. ¿Se protegen las enfermeras y las auxiliares de enfermería del Hospital Nacional de Niños y las del Hospital Escalante Pradilla de potenciales y posibles implicaciones legales en las notas de enfermería?

Justificación. Se duda de que las enfermeras y las auxiliares de enfermería que escriben los registros de enfermería (notas) estén protegidas contra problemas legales, con el enunciado de la nota. La inquietud surge porque han aumentado las demandas por mala praxis. Las enfermeras y las auxiliares de enfermería son susceptibles de riesgo legal.

Metodología. El diseño fue descriptivo y de observación. Primero, se identificaron las normas, se enunciaron y se enlistaron para cotejo. Segundo, se seleccionó la muestra de modo similar en cada Hospital. Tercero, se aplicó el instrumento habiendo analizado minuciosamente las notas por 24 horas en los expedientes clínicos seleccionados en forma sistemática.

Resultados del estudio de la muestra. La proporción de notas escritas

por enfermeras y auxiliares fue de 1 a 3. El color de la tinta fue el aceptado (negro).

Se cuidó la integridad de los registros, pero se dejaron espacios en blanco en un 27%. En ambos Hospitales, un 10% de los nombres fue ilegible. No se registró la información dada a los profesionales de salud sobre la evolución de los clientes. En el 100% se omitió el comentario del cliente sobre la atención recibida.

Conclusión. El estudio debe repetirse en otra instancia, para identificar si el problema es universal. De serio, se recomienda la estandarización de las normas entre el equipo de salud, porque integran calidad, prevención y mejoramiento de la atención al fluir la comunicación relacionada con el cliente.

Palabras clave: Registros de enfermería, riesgo legal, enfermera, auxiliar de enfermería.

INTRODUCCIÓN

El estudio partió del problema planteado: "¿Se protegen las enfermeras y las auxiliares de enfermería de potenciales y posibles implicaciones legales en las notas de enfermería

Las autoras se apoyan en la revisión bibliográfica y el asesoramiento legal del Llé. Guillermo Rojas Vargas y el Llé. Óscar Mora Vargas, profesionales en Derecho.

Primero, las investigadoras identificaron las pautas para escribir re-

gistros que protejan legalmente al personal de enfermería; segundo, diseñaron el estudio descriptivo y de observación de las notas de enfermería en dos hospitales, uno nacional, el Hospital Nacional de Niños (HNN), y el otro regional, el Hospital Escalante Pradilla (HEP).

Los datos se recolectaron por medio de una lista de cotejo de 23 requisitos, fácilmente observables en las notas de enfermería escritas en los expedientes revisados. Las pautas se obtuvieron de la revisión bibliográfica. Para el análisis de los datos, recopilados por medio de la observación de las notas escritas en los expedientes, se utilizó Epi Info W 6, Excel 2000 y los métodos convencionales.

La comparación de los Hospitales revela lo siguiente: se localizan en la provincia de San José; el HNN está en la capital, mientras que el HEP está instalado en San Isidro de Pérez Zeledón, cantón número 19 de esta provincia. Están separados por 136 kilómetros. Tienen trayectorias diferentes; pero fueron traspasados a la Caja Costarricense de Seguro Social en el decenio de los 70. El HNN atiende a niños y adolescentes menores de dieciocho años y el HEP, a todos los grupos etarios. El HNN es nacional, especializado, subespecializado, los pacientes se distribuyen según la tendencia de cuidado progresivo; por eso, la atención va de lo simple a lo complejo y de lo general a lo especializado y subespecializado. Por ser nacional, es un centro de referencia y cuenta con el programa

¹. Hospital Escalante Pradilla. LICDA. Carmen Vargas Cubero, Hospital de Pérez Zeledón; San José Costa Rica. Carvacu@racsa.co.cr.

². Hospital Nacional de Niños. UCDA. María Aurelia Ruiz Sánchez. Apartado 29-2400 Desamparados, San José Costa Rica. Aureliaruiuz@racsa.co.cr

de enfermería en el hogar. El HEP es regional y brinda atención preventiva, asistencial, comunitaria, cirugía menor y hospitalaria de segundo nivel.

En Costa Rica, las notas de enfermería son escritas por profesionales en Enfermería, auxiliares y estudiantes.

Para el Código Civil y el Código Penal costarricense, "lo que no está escrito, no está hecho"; de allí la obligación ineludible de escribir un buen registro: completo, claro, preciso, conciso y minucioso.

El personal de enfermería es sujeto de derecho y, como tal, de responsabilidades e implicaciones de índole legal. Como dicen Roper y otros (1987), si las acciones de enfermería no están bien registradas, no le sirven de documento a un abogado defensor.

La evaluación simultánea pretendió identificar la existencia de la cultura de un registro, donde se clarifican las necesidades totales de los clientes. Se dudaba de si en las notas de enfermería había claridad, pulcritud, respeto al cliente, a otros trabajadores de la salud y a la institución o si existían omisiones relacionadas con el incumplimiento de normas.

El interés estaba dirigido hacia el aspecto social porque, en un proceso legal que culmine con la sentencia de reparación del daño, se vulnera el bienestar económico de la persona afectada. La sentencia penal la privaría de libertad, con las implicaciones psicosociales agregadas.

En Costa Rica existe jurisprudencia por mala praxis. La "Estadística del Sistema Judicial. casos de Mal praxis (sic) del año de 1990 al 2000 ", describe que entre 1990 y 1997

hubo 0 casos; en 1998, 38 casos y en 2000, 33 casos. De acuerdo con la reforma del Poder Judicial, a partir del año 2001, las denuncias por mala praxis se incluyen dentro de las lesiones de homicidios culposos (Departamento de Planificación; Sección Estadística del Poder Judicial). En la base de datos de la Caja, se registran entre 3 y 4 casos por semana (Fuente: CCSS, Dirección Jurídica).

El objetivo general fue " Valorar el cumplimiento de las normas del diseño de las notas de enfermería relacionadas con la protección de índole legal en el Hospital Escalante Pradilla y el Hospital Nacional de Niños durante noviembre de 2002";

Los objetivos específicos fueron:

1. Identificar las pautas para diseñar las notas de enfermería que protejan de implicaciones legales a quienes las escriben.
2. Identificar la aplicación de la norma para escribir notas de enfermería que protejan de implicaciones legales
3. Valorar si el personal de enfermería se protege de potenciales y posibles implicaciones legales en las notas de enfermería.

MARCO TEÓRICO

Cuando a Poncio Pilatos le solicitaron que corrigiera el letrero "Jesús Nazareno Rey de los judíos"; contestó "Lo escrito, escrito está" Un. 19,17-22). Lo mismo ocurre con las notas de enfermería: lo anotado u omitido en ellas, es permanente y acarrea consecuencias.

Las autoras Iyer, Taptich y Losey (1997a, p. 202) refieren que los registros de las intervenciones de enfermería deben contener firma y

fecha. Acotan, además, que todo registro debe ser completo y claro y que los verbos deben evidenciar acciones concretas y cambios exactos.

Roper, Logan y Tierney (1987) exponen que ha de registrarse la información diaria del paciente y, en cada turno, anotar lo necesario. Estos datos proporcionan información para actualizar el plan de cuidados. Las notas tienen que ser fuente constante de información para las enfermeras. Para ellas, los escritos bien diseñados y redactados con precisión serán de valor inestimable para un abogado defensor y proporcionarán pruebas ante los tribunales, ante una demanda. Existe duda de la calidad de los registros; en ellos, la causa más omitida es la relacionada con la mejoría del paciente.

Peplau, citada por Wesley (1997), explica que el ejercicio de la enfermería como proceso, avanza, en la recolección de los datos, de lo general a lo específico y se vale de la observación, la comunicación y el registro.

Du Gas (1970, p. 82) afirma que las notas de enfermería sirven como comprobante de los tratamientos y las prescripciones ordenadas por el médico, las acciones de enfermería y la respuesta del paciente.

En la revista Nursing (en español), entre los años 1988 y 2002, Bergerson (1988 p.21-26) anota que, en una querrela por mala praxis, los miembros del jurado suelen considerar los registros como la mejor prueba. Recomienda el uso las normas de registro OPCO (objetivo, preciso, completo, oportuno) y afirma que, con este método, se le impide al demandante desacreditar el registro. Murphy y Burkes (199, p.30-40) defienden el sistema

de registro sobre la base de estándares escritos en que se identifiquen las responsabilidades básicas de las enfermeras para con los pacientes. Iyer publicó dos artículos en los volúmenes de marzo y abril (1992 b, c) en los cuales suministró reglas básicas para registrar los cuidados de enfermería que protejan legalmente. Calfee (1994, p. 57) propone nunca incluir, en la historia del paciente, comentarios de índole administrativa. Parisi (1995, p. 40) describe cómo anotar los errores de la medicación. Para Thomas (1996, p 19-23), la documentación debe basarse en el plan individualizado y actualizado de las necesidades de cada paciente. Respecto a la administración de tratamiento intravenoso, Satarawala (2001-p. 20-23) ordena registrar los aspectos positivos y negativos relacionados con el paciente; afirma, además, que los registros deben ser breves, adecuados y concisos.

MARCO LEGAL

El diccionario enciclopédico Pequeño Larousse (2001) define jurídicamente el delito como hecho ilícito sancionado por la ley. El Diccionario Moderno de la Lengua Española y Nombres Propios lo define como culpa, crimen, quebrantamiento de la ley. Está determinado por la culpa y se comete por una acción u omisión voluntaria, que la ley castiga con pena grave.

En el ordenamiento jurídico costarricense, los delitos están establecidos y determinados por el Código Penal. Se cometen cuando sí existe una acción típica, definida en un ordenamiento jurídico específico, descrita como antijurídica o no existen causas de justificación para este actuar. Quien incurre en él es culpable y puede ser reprochable

como individuo. Por último, el delito es una conducta punible, sancionada por la ley y que merece una pena ya establecida.

El delito se refiere exclusivamente a una conducta humana llevada a cabo tanto por acción como por omisión. La acción puede ser: dolosa, porque la persona la lleva a cabo en forma intencional, voluntaria y consciente; culposa, porque es producto de un hecho accidental y no se pudo evitar, y preterintencional. la conducta humana debe ser antijurídica, para que no existan causales justificantes de la acción del individuo. Otros elementos son la culpabilidad, la irreprochabilidad de la conducta y la punibilidad, es decir, que merece una sanción.

El jurista Johannes Wessels (1980), en su libro Derecho Penal General, Parte General, clasifica los delitos así:

- Crímenes y delitos. Todos los hechos antijurídicos. Se clasifican por la gravedad de la amenaza de pena: privación de libertad durante mayor o menor tiempo, más benigna o con pena pecuniaria.

- Delitos de resultado v de simple actividad. Los primeros presuponen la producción de un resultado en el mundo exterior y los segundos no, porque la actividad descrita en la ley ya tiene incluido el correspondiente tipo de actuar en forma injusta.

- Delitos de lesión y delitos de peligro. Los primeros se refieren a la intensidad del perjuicio que sufre el objeto de la acción, sea una pérdida real o total de un Individuo u objeto. En los segundos, basta la existencia de una situación de peligro para el individuo o la víctima.

El concepto de mala praxis (Tiffer, 2001), en Costa Rica, se refiere a la práctica inadecuada de la profesión médica. La frase se origina en el anglicismo malpractice, en lugar de práctica imprudente.

- En sentido amplio, se aplica a la profesión médica y a otras profesiones estrechamente vinculadas con el ejercicio de la Medicina.

- La "responsabilidad profesional" significa el ejercicio inadecuado de la profesión con resultado dañino. Está ligado al concepto de daño o lesión en la persona, sus intereses o sus bienes.

- En sentido estricto, en Costa Rica se entiende por "mala praxis médica ", la responsabilidad del médico por las consecuencias culposas de su actuación profesional.

- La práctica errónea de la enfermería es derivada de la responsabilidad culposa. La persona incurre en ella sin la intención de causar un daño a otro.

- La responsabilidad profesional es conocida tradicionalmente como culpa. Según el concepto civil de culpa, se definen cuatro categorías:

1. Impericia. Actuación sin los conocimientos fundamentales. Es una ignorancia inexcusable.
2. Imprudencia. Actuación temeraria o precipitada.
3. Negligencia. Omisión o demora injustificada en la actuación o una actuación perezosa, con falta de celo y de constancia profesionales.
4. Inobservancia de reglamentos o normas. Incumplimiento de la obligación de respetar los reglamentos internos o específicos de la institución y las reglas del servicio; se incluyen los principios éticos, los derechos del paciente, los derechos humanos y otros afines.

MATERIALES Y MÉTODOS

El universo se escogió por afinidad de las investigadoras y por el interés de identificar si el problema se presentaba en los dos Hospitales.

Primero se clarificaron los aspectos legales que deberían contener las notas o registros de enfermería para el diseño del instrumento. Este consta de dos partes: datos básicos y lista de cotejo para evaluar el aspecto legal. Los criterios de valoración utilizados en la lista de cotejo fueron: Todas: En las 3 notas del expediente revisado se observa la pauta valorada. Parcial: En 1 ó 2 de las notas del expediente revisado se observa la pauta valorada. Ninguna: En las 3 notas del expediente se omite la pauta valorada. No aplica: En las 3 notas del expediente no califica el criterio por valorar.

El universo fue el total de enfermeras y auxiliares de enfermería del HNN y el HEP. Por conveniencia de las investigadoras, se determinó revisar 30 expedientes por hospital durante un día completo (tres turnos). El muestreo fue sistemático.

En el HNN, los servicios se agruparon por similitud de cuidados: cuidados generales (medicinas), cirugías, especialidades y cuidado crítico. Los servicios seleccionados mediante rifa fueron Cirugía 2, Medicina 1, Medicina 4, Endocrinología y Neonatología. Los servicios son mixtos; por eso, fue innecesaria la división por género. Una vez agrupados, se solicitó la lista de pacientes de ambos servicios (en un mismo día). Con el total de pacientes obtenido, se calculó la proporción de expedientes por servicio que debían ser evaluados con el resultado de: 5 en Cirugía 2, 8 en Medicina 1, 3 en Endocrinología, 9 en Medicina 4 y 5 en Neonatolo-

gía, para un total 30 expedientes y 90 notas. A fin de que la revisión fuera sistemática, se tomó uno de cada dos.

En el HEP, se consideraron todos los servicios de hospitalización:

Medicina de varones, Medicina de mujeres, Cirugía de varones, Cirugía de Mujeres, Pediatría, Neonatología y Gineco-obstetricia.

Se procedió en forma similar a lo practicado en el HNN; pero la diferencia está en la cantidad de servicios seleccionados: 5 expedientes por servicio, excepto Neonatología y Gineco-obstetricia donde, por ser un área integrada, se escogieron mediante rifa que facilitó la distribución así: Neonatología 1, Ginecología 2 y Maternidad 2. La elección sistemática por servicio se efectuó dividiendo el total de pacientes de cada lista por 5.

RESULTADOS

El producto del objetivo 1 está constituido por las reglas siguientes:

1. Escribir con tinta negra y en forma pulcra o legible.
2. Redactar de manera clara y sin faltas de ortografía.
3. Evitar el uso de abreviaturas o usar sólo las autorizadas.
4. Usar el horario establecido en el hospital, reloj de veinticuatro horas o AM, PM.
5. Transcribir detalladamente las prescripciones.
6. Anotar toda la información acerca de los medicamentos.
7. Detallar lo relacionado con los procedimientos y tratamientos intravenosos (Satarawala): Características y localización de los catéteres, Número de inten-

tos de la venopunción, Tipo de solución y de perfusión, Medicación administrada. Fecha, hora y nombre de la enfermera que realiza el procedimiento.

8. Realizar pronto los registros.
9. Nunca registrar los cuidados de enfermería antes de ejecutarlos.
10. Identificar claramente los cuidados administrados por otro miembro del equipo de salud.
11. No dejar espacios en blanco entre las notas.
12. Identificar claramente las anotaciones .
13. Corregir las anotaciones incorrectas.
14. Nunca alterar los registros clínicos.
15. Por ningún motivo criticar, en el expediente, a otros profesionales de la salud.
16. Anotar cualquier comentario hecho por el paciente o sus familiares, relacionados con una posible demanda contra un profesional o el hospital.
17. Eliminar los prejuicios al describir lo relacionado con el paciente.
18. Anotar con exactitud toda información que se notifique al médico relacionada con el paciente, así como lo que respondió y ordenó; además, qué hizo usted y en quién delegó (si fue necesario).
19. Anotar cualquier acto de parte del paciente, considerado como potencialmente contribuyente (datos que afectan el tratamiento).
20. No referirse a la carencia de personal en las notas (canalice por la vía administrativa).

Para *cumplir* los objetivos 2 y 3, se revisaron 60 expedientes clínicos, 30 del HNN y 30 del HEP. En cada expediente, se evaluaron 3 notas de enfermería escritas en un día o en 24 horas. Se analizaron 180 notas. Los resultados más sobresalientes en el estudio de la muestra se refieren a continuación (Por razones prácticas, se mencionan solo los datos referidos al estudio de la muestra).

La proporción de notas de enfermería escritas por las enfermeras y las auxiliares en ambos Hospitales fue de 1 a 3.

Los datos obtenidos por medio del instrumento se presentan según el orden en que se formularon las preguntas:

¿Las notas están escritas en forma pulcra? En el HNN, 23 calificaron en la categoría Todas (76%) y 7 en Parcial (23.4%). En el HEP, 1 S corresponden a la categoría Todas (50%) y 15 a la categoría Parcial.

¿Las notas están escritas con letra legible? En el HNN, 28 corresponden a la categoría Todas (93.3%) y 2 de la Parcial (6.7%). En el HEP, 17 obtuvieron la categoría Todas (56.6%) y 13 la Parcial (43.3%).

¿La redacción de la nota es comprensible) y ¿Lo anotado carece de errores ortográficos? En el HNN y el HEP, a 26 les correspondió la categoría Todas (86.6%) y a 4 la Parcial (13.3%).

¿El color de la tinta es negro? En HNN y el HEP, les correspondió la categoría Todas (100%).

¿La redacción de las anotaciones es comprensible? En el HNN, 27 califican en la categoría Todas (90%), 2 en la Parcial 6.7% y 1 en la categoría Ninguna (incomprensible 3.3%). En el HEP, a 13 se les asignó

la categoría Todas (43.3%), a 16 a la categoría Parcial (53.3 %) y a 1 Ninguna (3.3%).

¿Escribió la hora de las anotaciones según el horario establecido?) En el HNN, a 19 se les otorgó la categoría Todas (63%), a 9 la Parcial (30%) y a 1 Ninguna (33.3%). En el HEP, a 14 se les asignó la categoría Todas (43.3%), a 13 la Parcial (43.3%) y a 3 Ninguna (10%).

¿Usó únicamente abreviaturas autorizadas? En el HNN, a 26 se les otorgó la categoría Todas (86.6%) y a 4 la categoría Parcial (13.3%). En el HEP, a 16 se les otorgó la categoría Todas (53.6%), a 12 la Parcial (40%) y a 2, Ninguna (6.7%).

¿Se identifican las prescripciones del profesional de salud en forma detallada? En el HNN, a 9 calificaron en categoría Todas (30%) , a 3 en Parcial (10%) ya 18 en Ninguna (60%). En el HEP, a 6 se le asignó la categoría Parcial (20%) y 24 la de Ninguna (80%).

¿Existe delimitación entre una y otra nota de enfermería (punto final, nombre y cargo)? En el HNN, a 19 se les asignó la categoría Todas (63.3%) ,a 7 la de Parcial (23.3%) y a 4 la de Ninguna (13.3%). En el HEP, a 6 se les otorgó la categoría Todas (20%), a 21 a Parcial (70%) y a 31 a de Ninguna (10%).

¿Aparece registrado el nombre de la persona que hizo la nota? En el HNN, a 26 se les asignó la categoría Todas (86.6%) y a 4 la Parcial (13.3%). En el HEP, a 3 se les asignó la categoría Todas (10%), a 21 la Parcial (70%) y a 6 la de Ninguna (20%).

¿Hay espacios en blanco entre una y otra nota? En el HNN, a 13 se les asignó la categoría Todas (43.3 %) , a 3 la Parcial (10%) ya 14 la de

Ninguna. En el HEP, a 3 se les otorgó la categoría Todas (10%), a 13 la Parcial (43.3 %) ya 14 la de Ninguna (46.6%).

¿Hay evidencia de la evolución del progreso de los clientes? En el HNN, a 21 se les calificó con la categoría Todas (70%), a 3 con la Parcial (10%) y a 14 con la de Ninguna. (46.6%). En el HEP, a 3 se les asignó la categoría Todas (10%), a 13 la de Parcial 43.3% y a 14 la de Ninguna (46.6%).

¿ Se identifica con precisión toda información suministrada al médico sobre la condición del cliente? y ¿Se incluye al hora en que se hizo tal información? En el HNN, a 4 se les asignó la categoría Todas (13.3%) y a 26 la de Ninguna (86.6 %). En el HEP, a 6 se les asignó la categoría Parcial (20%) y a 4 la de Ninguna (13%).

¿Se registró con claridad lo que el médico comunicó? (Esta pregunta complementa las dos anteriores). En el HNN, a 2 se les otorgó la categoría Todas (6,7), a 1 la Parcial (3.3 %) Y a 27 la de Ninguna (90%). En el HEP, a 1 se le calificó con la categoría Todas (3.3%), a 6 con Parcial (20%) ya 23 con Ninguna (76:6%).

¿Se registró las manifestaciones verbales acerca del tratamiento y evolución por parte de los familiares o el paciente? En el HNN, a 6 se les asignó la categoría Parcial (20%). a 19 la de Ninguna (63.3%) y a 5 la de No Aplica (16.6%, eran recién nacidos de pretérmino, gravemente enfermos). En el HEP, a todas las notas se les asignó la categoría Ninguna (100%).

¿Hay comentarios alusivos a un mal proceder o cuidado dado por otros? En el HNN, a todas las notas se le asignó la categoría Ninguna

(100%). En el HEP, a 1 se otorgó la categoría Parcial (3.3%) y a 29 la categoría Ninguna (96.6%).

¿Se identifican omisiones en las notas? En el HNN, a 1 se le otorgó la categoría Todas (3.3%), a 10 la Parcial (33%) y 26 la de Ninguna (86.6%).

¿Hay comentarios alusivos a un mal proceder o cuidado dado por otros u en otro turno? En el HNN, a todas las notas revisados se les asignó la categoría Ninguna (100%). EN el HEP, las notas de 1 expediente fueron calificadas con Parcial (3.3 %) Y 29 con Ninguna (96.6%).

Las siguientes interrogantes tuvieron idéntica categorización en ambos Hospitales, porque a las notas de los 30 expedientes revisados en cada uno se les asignó la categoría Ninguna: ¿Hay notas alteradas?, ¿Hay registros que enfatizan errores u accidentes?, ¿Existen registros de comentarios del cliente o de familiares sobre la atención recibida?, ¿Se evidencian prejuicios alusivos al cliente o familiares?, ¿Hay registro de conductas identificadas en el cliente y su familia que afecten el cuidado o tratamiento?

DISCUSIÓN

El estudio aporta las reglas para diseñar de notas de enfermería, con el menor riesgo de implicaciones legales. Al aplicarlas, se asegura la calidad de los registros, sin detrimento de su contenido e independientemente del modelo de atención de enfermería o teórica que se practique.

La proporción de notas de enfermería refleja que las enfermeras escriben menos notas que las auxiliares. Es recomendable invertir esa relación, porque la responsabilidad profesional así lo requiere.

En ambos Hospitales, se escribió con tinta de color negro, hecho excelente porque asegura a la nitidez de las fotocopias de las notas y del microfilm.

Las enfermeras y las auxiliares de enfermería escriben notas pulcras, lo que reflejó el respeto por el expediente clínico; pero, los 22 expedientes cuyas notas merecieron la categoría Parcial, indican que debe mejorarse aspecto.

La escritura de las notas con letra legible, redacción comprensible y sin tachaduras ni errores de ortográficos propicia la transparencia de las notas y favorece la comprensión adecuada de su contenido; asimismo, demuestra el cuidado de las personas que las escriben. Ellas saben que cuanto más minucioso, claro, breve y preciso sea el mensaje escrito más se asegura la continuidad del cuidado de sus pacientes. En ambos Hospitales, solo hubo un expediente con notas incomprensibles; sumado a la existencia de expedientes de categoría Parcial, evidencian el signo de peligro o riesgo de índole legal al que se exponen quienes escriben en ellos.

Se identificó una tendencia, en los dos Hospitales, a "escribir el período de tiempo (sic) comprendido por un turno de trabajo y no la hora en que escribe la nota"; aunque 55% lo registró en forma correcta: turno y hora. Es clara la discrepancia entre el conocimiento y el hecho porque, en las normas y los procedimientos diseñados por ellas, se enfatiza en el registro de la hora.

El uso de abreviaturas sin autorización es un descuido grave porque puede distorsionar el significado del registro. El hecho de que las notas de 16 expedientes revisados obtuviera la categoría Parcial

revela la existencia de riesgo legal, pues las siglas pueden confundir la comprensión del mensaje escrito, lo cual puede perjudicar a la persona que lo escribió.

Excepto en 9 expedientes de los 60 analizados, las enfermeras no anotaban en forma detallada las prescripciones del profesional en salud. Esta tendencia debe cambiar porque en un juicio, para el juez, "lo que no está escrito no se ha hecho":

La identificación clara de los cuidados administrados por otro miembro del equipo de salud, evita confusiones que, sin duda, perjudican al paciente y servirán para exonerar de cargos de práctica indebida.

Se identificaron omisiones en la delimitación entre una y otra nota (punto final, nombre y cargo). La presencia del nombre y los dos apellidos, seguidos del número de licencia, indica responsabilidad personal y profesional.

La práctica de dejar espacios en blanco es inadmisibles por insegura, pues otra persona puede alterar el documento y la responsabilidad recaerá sobre quien firma las notas.

Se incurrió en omisión grave porque no se registró el progreso del paciente en un 43%. Este descuido indica falta de diligencia y al deber de cuidado que implica cuidar, observar y registrar al paciente; además, la omisión priva los miembros del equipo de visualizar signos de mejoría o peligro. El hallazgo coincide con lo escrito por Nancy Roper y otras respecto a los registros de enfermería; para ellas, lo que más se omite son los datos relacionados con el progreso del paciente.

Quienes escribieron las notas de enfermería fueron cuidadosas al no

omitir datos importantes del cuidado, pero en un expediente si faltaron. Este es un signo de peligro, porque las anotaciones tienen que ser completas en lo concerniente a los cuidados de enfermería.

El instrumento se diseñó con la expectativa de que, para algunas interrogantes, la respuesta ideal fuera Ninguna. En los dos Hospitales el 100% de las notas de los 60 expedientes revisados obtuvieron dicha respuesta, para los siguientes ítems: ¿Hay notas alteradas?, ¿Hay registros que enfatizan errores u accidentes?, ¿Existen registros de comentarios del cliente o de familiares sobre la atención recibida?, ¿Se evidencian prejuicios alusivos al cliente o familiares?, ¿Hay registro de conductas identificadas en el cliente y su familia que afecten el cuidado o tratamiento? Por supuesto, el azar desempeña su papel en este hecho, porque la situación es infrecuente; pero tiene que adoptarse si la enfermera o la auxiliar de enfermería se expone a estos riesgos.

Las enfermeras y las auxiliares de enfermería están obligadas a conocer y respetar las reglamentaciones generales, así como los reglamentos internos de la institución donde laboran, los cuales deben acatar al pie de la letra y en forma inexcusable.

La inobservancia de las normas o los reglamentos y la falta del deber de cuidado conducen a implicaciones legales así como escribir las notas sin las directrices de prevención, control y aseguramiento de la calidad de la atención.

Es importante que el profesional en Enfermería investigue sobre su campo de acción porque, al evaluarlo, se mantiene el statu quo que oculta las oportunidades de mejo-

rar procesos como las notas de enfermería.

La ausencia de notas alteradas revela la honestidad del personal.

RECOMENDACIONES

Ante los resultados obtenidos, se requiere:

Estandarizar los lineamientos de los registros a escala institucional, para integrar el conocimiento de prevención, control y aseguramiento de la calidad en la atención de enfermería.

Que las(os) profesionales(es) en Enfermería elaboren el mayor número de notas óptimas, porque es parte de su labor registrar los cuidados que brindan a los pacientes.

Repetir la investigación en otros centros hospitalarios a fin de determinar si los problemas detectados son universales.

Revisar los puntos débiles, porque la tendencia observada fue omitir, en el registro, hechos importantísimos como:

- La descripción de las manifestaciones verbales del cliente relativas al tratamiento.
- Toda la información suministrada al médico sobre el estado del paciente, así como la descripción detallada de las respuestas del médico y las acciones que la profesional ejecuta o delega.

Reforzar los hechos positivos obtenidos: registros pulcros, color negro de la tinta, letra legible, redacción comprensible y sin tachaduras, pocos errores ortográficos y escasas abreviaturas no autorizadas, para mantener la calidad y superar las debilidades. Sin lugar a dudas, esta actitud beneficiará a las pro-

fesionales en Enfermería al protegerlas de posibles inconvenientes de tipo legal por lo escrito u omitido en los expedientes clínicos.

ABSTRACT

Title: " Evaluation of legal aspects that should contain the infirmary notes"

Problem. Are the nurses and the auxiliary of infirmary of the National Hospital of Children and those of the Hospital Escalante Pradilla protected of potentials and possible legal implications in the infirmary notes?

Justification: As much the nurses as the auxiliary of infirmary carry out the infirmary registrations (you notice) and it is doubted that they are protected of legal problems, with the one enunciated of the note. The restlessness arises because he/she has registered an increase of demands for Bad Practice, and as much the nurses as the auxiliary ones are susceptible to the legal watering.

Methodology. The design was descriptive and of observation. First the norms were identified. they were enunciated, they were listed for compare. Second the selection of ours in similar form in each hospital. Third the application of the instrument observing the notes minutely for 24 hours, in the clinical files that were selected in systematic form.

Results of the study of the sample. The proportion of notes carried out by nurse and assistants went from 1 to 3. The color of the ink was accepted (blue or black). There was care with the integrity of the registrations. But spaces were left in white in 27% and in both hospitals there were illegible names in 10%.

It was not made the registration of the information given to the professionals of health on the evolution of the clients in 83%. In 100% the client's comment was omitted on the received attention.

Conclusion. The study should be repeated in another instance, with the purpose of identifying if the problem is universal. Of being it, we recommend that the norms are standardized, because they integrate quality, prevention and improvement from the attention when flowing the communication related with the client among the team of health.

Words key: Infirmery registrations, legal watering, nurse, auxiliary of infirmery.

REFERENCIAS

1. Bergenson, JD. 1988. Los aspectos legales de los registros de Enfermería. Nursing (España) sin volumen (sin número):21- 26.
2. ((SS. Costa Rica. Estadística de la Caja, ((SS, Dirección Jurídica).
3. Du-Gas K. 1974. Tratado de enfermería práctica.2 ed. Marco Interamericano SA. 344 p.
4. Iyer, WP.;Taptich B.: losey, DB. 1997.Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. Trad. de C. Vallador Martínez.3 ed. 997 México DE Prensa Técnica SA. 444p.
5. Iyer, PW.1992b. Seis nuevas reglas para realizar unos registros que nos protejan legalmente: Nursing.(España) 10.(4): 32-37.
6. _____ 1992c. Trece reglas para realizar un registro que proteja legalmente. Nursing (España) 10(3):40-44
7. Larousse.2001. Diccionario enciclopédico: Pequeño Larousse. España. 1824 p.
8. Llobet, R. 2001. Delitos en contra de la vida y la integridad corporal: Mal Praxis. México. 2 ed. San José Costa Rica, Jurídica Continental. 1 57 p.
9. Murph. 1991. Anotar las excepciones; una forma más eficaz de hacer los registros. Nursing (España) separata, sin volumen (sin número): 3941.
10. Parisi, S. 1994. Siete cosas nuevas que debería anotar la enfermera. Nursing (España)12(9),40.
11. Poder Judicial de Costa Rica, (1990-2001). Departamento de Planificación; Estadística del Poder Judicial. 3 p.
12. Proyecto de Código Penal.2002. La Gaceta: San José C R. Jun. 5.
13. Roper, N.; Logan ,W W; y Tierrey, A J: 1987. Modelo de enfermería. Trad. del Servicio de Traducción E.T:C.2 ed. España, Barcelona. 380 p.
14. Satarawala: 2001.Afronte los peligros legales del tratamiento intravenoso. Nursing (España)19(1): 20- 23 .
15. Sociedades Bíblicas Unidas. 1994. La Biblia de estudio. 1415 p.
16. Tiffer, C. 2001. Mala praxis médica y sus consecuencias penales. Ciencias penales: Revista de la Asociación de Ciencias Penales de Costa Rica. 203 p
17. Thomas, EG. 1996. Documentación inteligente. Cómo utilizar nuevos mecanismos para organizar su papeleo, Nursing (España)14(4),19-2S.
18. Wesley, RL: 1997: Teorías y modelos de enfermería.Trad. de R..L:Wesley. red. México, DF . Mac. Graw Hill Inter. 179 p.
19. Wessels J. 1980. Derecho Penal; Buenos Aires, Argentina Parte General. Ediciones Depalma. 13(19).
20. Zúñiga; M. 2002. Código Penal. Consecuencias civiles del hecho punible. 13a ed. San José, Costa Rica, Investigaciones Jurídicas S.A. 276 p.