Del cuidado al papel: reflexiones sobre la saturación documental en enfermería

Cristian David Cifuentes-Tinjaca [a], Ana Paula Pinheiro Santana Ruiz [b]

a. Magíster en Enfermería. Vicerrectoría de Investigaciones, Universidad Manuela Beltrán, Bogotá, Colombia. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5648-2748

b. Doctoranda en Psicología. Investigadora del Centro Universitario de Investigación en Psicología (CUIP), Universidad del Algarve, Portugal. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-6215-1742

10.22517/25395203.25984

Resumen

La documentación clínica, incluidos los registros de enfermería, las listas de verificación y los formatos institucionales, es fundamental para la continuidad del cuidado y la seguridad del paciente. Sin embargo, los profesionales de enfermería han señalado la duplicación de registros y las dificultades de integración de los sistemas de información como fuentes de carga documental y de tensión con el cuidado directo. La literatura describe asociaciones entre la carga documental, el desgaste profesional y la menor disponibilidad de tiempo para la atención, sin establecer relaciones causales. En América Latina y Colombia, esta problemática debe analizarse considerando la disponibilidad de personal y las exigencias normativas. Este artículo propone una reflexión crítica sobre el uso de listas de verificación y formatos, reconoce su valor y examina sus límites. Asimismo, plantea simplificar, estandarizar y digitalizar la documentación, fortalecer el liderazgo y la cultura de seguridad, redistribuir las tareas administrativas y evaluar las mejoras, con el propósito de equilibrar el registro oportuno y el cuidado directo.

Palabras clave: Registros de enfermería; Listas de verificación; Carga de trabajo; Seguridad del paciente; Atención de enfermería.

Introducción

Las listas de verificación se han desarrollado para orientar los cuidados durante la transición al alta (1), mientras que los registros de enfermería son reconocidos por su utilidad para la comunicación y la continuidad del

cuidado (2). La Organización Mundial de la Salud promueve las listas de verificación como herramientas para fortalecer la seguridad del paciente (3).

Sin embargo, los profesionales de enfermería han señalado dificultades para conciliar las exigencias de registro con la demanda asistencial (2), y se han descrito asociaciones entre la carga documental y el agotamiento profesional (4). Estos hallazgos justifican revisar la organización de la documentación, sin atribuirle efectos causales sobre los eventos adversos ni interpretar la persistencia de estos como prueba de la ineficacia de las listas.

Este artículo desarrolla una reflexión crítica sobre la utilidad y los límites de estas herramientas, a partir de investigaciones originales sobre las percepciones del registro, la carga documental, la adherencia y la organización del trabajo de enfermería. Desde una perspectiva internacional y colombiana, propone estrategias para integrar la documentación oportuna con el cuidado directo.

Reflexión

La documentación clínica y las listas de verificación contribuyen a la calidad y la seguridad de la atención (5). En el contexto global, un estudio multicéntrico encontró que la implementación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura de la Organización Mundial de la Salud se asoció con una reducción de las complicaciones y la mortalidad quirúrgicas (7). Estos resultados respaldan su utilidad en los contextos estudiados, pero no permiten asumir que la incorporación de más formatos produzca beneficios equivalentes.

Ahora bien, la utilidad de la documentación debe analizarse junto con las exigencias que implica para el personal de enfermería. Se han identificado asociaciones entre la carga documental, el agotamiento emocional y la despersonalización, sin que se haya establecido una relación causal (4). Asimismo, durante la transición de un sistema de documentación en papel a una historia clínica electrónica comercial, se observó un aumento inicial de la carga cognitiva en enfermería (8). En conjunto, estos hallazgos justifican evaluar tanto las exigencias documentales como la usabilidad de los sistemas y la adaptación a estos, sin asumir que la digitalización reduce automáticamente la carga.

En esta misma línea, el Institute for Healthcare Improvement describe una experiencia de rediseño documental en servicios de atención domiciliaria y residencias para personas mayores de Sønderborg, Dinamarca (9). Mediante ciclos de mejora, se redujeron en un 45 % los mensajes internos

y se revisaron 93 formularios y listas en papel. Aunque el informe también describe una mayor disponibilidad de tiempo para el cuidado, no cuantifica las horas recuperadas ni compara los eventos adversos. Por tanto, la simplificación documental constituye una estrategia que debe evaluarse localmente, considerando la pertinencia, la duplicación y la integración de los registros, sin anticipar mejoras en el tiempo disponible para el cuidado o en la seguridad del paciente que aún no se hayan demostrado.

Esta problemática adquiere particular relevancia en América Latina, donde la carga documental debe analizarse en relación con la disponibilidad y la distribución del personal de enfermería, aspectos que la Organización Panamericana de la Salud identifica como prioridades de inversión y fortalecimiento (10). La evidencia disponible ofrece aproximaciones a las dificultades de registro, aunque no permite generalizar los resultados al conjunto de la región. Por ejemplo, en un servicio de emergencia de Lima, un estudio estimó que completar las anotaciones de diez pacientes requería entre 34 y 94 minutos. De las 245 anotaciones evaluadas, el 80,4 % presentó deficiencias en el criterio de legalidad y el 100 % presentó deficiencias en estructura y contenido (11). Estos resultados evidencian dificultades en la calidad de los registros, pero no permiten atribuirlas específicamente a la sobrecarga documental.

Por otra parte, en un estudio cualitativo realizado con 12 enfermeras de un hospital público de Chiclayo, las participantes señalaron la falta de tiempo y la demanda asistencial como limitaciones para completar los registros, y expresaron la necesidad de contar con formatos estandarizados e informatizados (2). Ambos estudios aportan perspectivas complementarias sobre la calidad de los registros y las condiciones en que se elaboran. Sin embargo, sus resultados no representan al conjunto de América Latina, por lo que justifican examinar la organización documental y evaluar mejoras que preserven la información necesaria para la continuidad del cuidado.

En Colombia, el análisis de la documentación clínica también debe considerar las exigencias normativas y las condiciones de la práctica asistencial. El Decreto 780 de 2016 regula el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (12), mientras que la Política de Seguridad del Paciente promueve la identificación, el análisis y la gestión de los eventos adversos (13). Este marco exige disponer de información que permita evaluar la atención, pero no demuestra, por sí mismo, que exista una sobrecarga documental en enfermería.

En cuanto a la práctica asistencial, un estudio realizado en una institución de cuarto nivel evaluó a 105 auxiliares y 15 profesionales de enfermería y encontró una buena adherencia al protocolo de registros clínicos en el 30 % del personal (5). Este resultado evidencia dificultades de cumplimiento, pero no permite atribuirlas específicamente al exceso de formatos. Por su parte, un estudio que examinó 4006 turnos en unidades de cuidados intensivos de adultos describió diferencias en la distribución de las actividades asistenciales y administrativas entre profesionales y auxiliares de enfermería, con correlaciones no concluyentes respecto de los indicadores de resultado (6). En consecuencia, estos estudios justifican examinar la calidad de los registros y la organización del trabajo en los contextos evaluados, pero no permiten estimar el tiempo destinado a la documentación a escala nacional ni establecer que la carga documental cause agotamiento profesional o eventos adversos.

A partir de esta evidencia internacional y regional, es necesario considerar cómo la documentación y las listas de verificación se relacionan con la atención y la seguridad del paciente. En primer lugar, la evaluación de estas herramientas debe distinguir entre la persistencia de los eventos adversos y la ausencia de beneficios. Que estos eventos continúen ocurriendo no permite establecer, por sí solo, si su frecuencia o gravedad se han reducido. Para valorar la contribución de las listas de verificación se requieren comparaciones que consideren las características de los pacientes, el contexto asistencial y las condiciones de implementación (7,14).

En segundo lugar, aunque las listas de verificación contribuyen a estandarizar los procesos y a reducir errores conocidos, no sustituyen el juicio clínico, la vigilancia continua ni la comunicación efectiva entre los miembros del equipo de salud. Cuando el diligenciamiento de los formatos se convierte en un fin en sí mismo, existe el riesgo de que se realice de manera mecánica, sin una reflexión efectiva sobre el estado del paciente o las decisiones clínicas (14,15). De forma paralela, la asociación entre la sobrecarga administrativa, la fatiga cognitiva y el desgaste profesional (4) justifica examinar las exigencias documentales y el bienestar del personal. Sin embargo, estas asociaciones no permiten concluir, por sí solas, que la carga documental cause errores o deteriore la seguridad del paciente. El análisis de estas relaciones debe considerar también otros factores asistenciales y organizacionales.

En este contexto, reconocer la importancia de la documentación clínica

no implica ignorar sus límites. A partir de la evidencia disponible, es posible plantear recomendaciones para optimizar el uso de las listas de verificación y los formatos sin desplazar el cuidado directo. Una primera medida consiste en simplificar la documentación, eliminar duplicaciones y conservar la información necesaria para la continuidad del cuidado, la seguridad y el cumplimiento normativo. Asimismo, se propone estandarizar y digitalizar los registros mediante sistemas adaptados al flujo asistencial, cuya usabilidad, tiempo de registro y frecuencia de errores de transcripción puedan evaluarse.

Estas medidas deben acompañarse del fortalecimiento de la formación y el liderazgo, con la participación del equipo de enfermería en el diseño y el uso de las listas, teniendo en cuenta las barreras de implementación descritas en la literatura (14). Otra estrategia consiste en redistribuir las tareas administrativas, asignando las actividades no clínicas al personal competente, delimitando las responsabilidades y preservando la autoría del registro asistencial.

Finalmente, las mejoras deben evaluarse mediante ciclos de mejora continua que permitan medir la carga documental, el tiempo dedicado al cuidado, la calidad de los registros y los eventos adversos, sin asumir beneficios antes de comprobarlos. En todos los casos, estas acciones deben preservar el registro simultáneo a la atención o inmediatamente posterior a esta, de manera que la documentación se integre al cuidado y el cumplimiento formal no sustituya su utilidad clínica.

La utilidad de las listas de verificación y los registros clínicos debe analizarse considerando tanto su contribución a la seguridad del paciente como las exigencias documentales que implica su uso. La evidencia revisada permite reconocer asociaciones entre la carga documental y el desgaste profesional, pero no establecer relaciones causales entre esta carga y los eventos adversos ni concluir que dichas herramientas sean ineficaces. En este sentido, resulta pertinente examinar estrategias de simplificación e integración de los registros que preserven su utilidad clínica y oportunidad, sin desplazar el cuidado directo ni comprometer la calidad de la atención.

Conclusión

Las listas de verificación y los registros clínicos contribuyen a la seguridad del paciente; sin embargo, su pertinencia debe evaluarse en relación con la carga documental y el tiempo disponible para el cuidado directo. La evidencia analizada describe asociaciones entre la carga documental y el

desgaste profesional, pero no permite establecer relaciones causales con los eventos adversos ni concluir que estas herramientas sean ineficaces. Por ello, es necesario optimizar la documentación mediante la eliminación de duplicaciones, la integración de los registros y la evaluación de los sistemas utilizados, preservando la calidad, la oportunidad y la utilidad clínica de la información. El desafío consiste en equilibrar las exigencias documentales con las necesidades del cuidado y el bienestar del personal de enfermería.

Financiación: Ninguna.

Conflictos de intereses: Ninguno.

Correspondencia electrónica: ccifuentest@unal.edu.co

Referencias

1. Barbosa SGR, Gavioli A, Cicchetto JRM, Sanches RCN, Radovanovic CAT. Nursing checklist of home care guidelines for informal caregivers in the hospital discharge transition. Aquichan. 2024;24(1). doi:10.5294/aqui.2024.24.1.3.
2. Soza Díaz CDF, Bazán Sánchez ACL, Díaz Manchay RJ. Percepción de las enfermeras sobre el uso de sus registros para garantizar la continuidad del cuidado. Ene [Internet]. 2020 [citado 2026 oct 5];14(1). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000100012
3. World Health Organization. Clinical checklists [Internet]. Geneva: World Health Organization; [fecha desconocida] [citado 2026 oct 5]. Disponible en: https://www.who.int/tools/clinical-checklists
4. Gesner E, Dykes PC, Zhang L, Gazarian P. Documentation burden in nursing and its role in clinician burnout syndrome. Appl Clin Inform. 2022;13(5):983-90. doi:10.1055/s-0042-1757157.
5. Bautista LM, Vejar LY, Pabón MR, Moreno JJ, Fuentes L, León KY, et al. Grado de adherencia al protocolo de registros clínicos de enfermería. Rev Cuid. 2016;7(1):1195-203. doi:10.15649/cuidarte.v7i1.237.
6. Arango G, Peña B, Vega Y. Relación de la asignación de personal de enfermería con indicadores de resultado de la calidad de la atención en unidades de cuidados intensivos de adulto. Aquichan. 2015;15(1):90-104. doi:10.5294/aqui.2015.15.1.9.
7. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. N Engl J Med. 2009;360(5):491-9. doi:10.1056/NEJMsa0810119.
8. Colligan L, Potts HWW, Finn CT, Sinkin RA. Cognitive workload changes for nurses transitioning from a legacy system with paper documentation to a commercial electronic health record. Int J Med Inform. 2015;84(7):469-76. doi:10.1016/j.ijmedinf.2015.03.003.
9. Rischel V. Alleviating the burden of documentation to focus on what matters [Internet]. Institute for Healthcare Improvement; 2022 nov 3 [citado 2026 oct 5]. Disponible en: https://www.ihi.org/library/blog/alleviating-burden-documentation-focus-what-matters
10. Pan American Health Organization. The strategic importance of national investment in nursing professionals in the Region of the Americas [Internet]. Washington (DC): Pan American Health Organization; 2022 [citado 2026 oct 5]. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/55957
11. Álvarez Antezana L. Calidad y tiempo de llenado de las anotaciones de enfermería en un Servicio de Emergencia de Lima–2018. Rev Enferm Herediana. 2019;12:20-5. doi:10.20453/renh.v12i0.3961.
12. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 780 de 2016, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social [Internet]. Diario Oficial No. 49865; 2016 may 6 [citado 2026 oct 5]. Disponible en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=77813

13. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente [Internet]. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2008 [citado 2026 oct 5]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf

14. Concha-Torre A, Díaz Alonso Y, Álvarez Blanco S, Vivanco Allende A, Mayordomo-Colunga J, Fernández Barrio B. Las listas de verificación: ¿una ayuda o una molestia? An Pediatr (Barc). 2020;93(2):135.e1-135.e10. doi:10.1016/j.anpedi.2020.05.006.

15. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 1995 de 1999, por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud; 1999 jul 8 [citado 2026 oct 5]. Disponible en: https://normograma.invima.gov.co/compilacion/docs/resolucion_minsalud_r1995_99.htm