



**Español**

Universidade Federal Fluminense

**uff**

Artículos Originales

ESCUELA DE ENFERMERÍA  
AURORA DE AFONSO COSTA



## Registros de enfermería en un hospital de educación: estudio casi-experimental

Herica Silva Dutra,<sup>1</sup> Simone Emerich Mendes,<sup>1</sup> Sylvia Miranda Carneiro,<sup>1</sup> Fernanda Mazzoni da Costa,<sup>1</sup> Romanda da Costa Pereira Barboza,<sup>1</sup> Luiz Cláudio Ribeiro<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidad Federal de Juiz de Fora

### RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar los registros del equipo de enfermería cuanto al cumplimiento de la legislación específica en un hospital de educación considerándose el sector de la institución, el turno de trabajo, la categoría profesional y el número de infracciones por registro antes y después de la intervención educativa. **Método:** estudio casi-experimental del tipo pre-teste y pos-teste con un único grupo. **Resultado:** fueron evaluados 826 registros de enfermería. El mayor número de registros fue hecho en la Unidad de Terapia Intensiva, por los técnicos de enfermería y en el turno nocturno. Hubo un aumento en la cantidad de registros hechos por los auxiliares de enfermería en los sectores clínica masculina y cirugía femenina. Hubo reducción cuanto a la ocurrencia de tres infracciones o más. La intervención fue eficaz para los ítems presencia de fecha, hora, firma y sello. **Discusión:** anotaciones incompletas pueden dificultar la asistencia individualizada, perjudicar la continuidad de la asistencia e implicar riesgos para la seguridad del paciente. **Conclusión:** intervenciones educativas pueden contribuir para mejorías en los registros de enfermería.

**Descriptor:** Registros de Enfermería; Enfermería; Estudios de Intervención; Hospitales de Educación; Equipo de Enfermería.

## INTRODUCCIÓN

Los registros de enfermería son parte integrante del sistema de información en las instituciones de salud y son considerados un importante instrumento de comunicación<sup>(1)</sup>. Son realizados por el equipo de enfermería con la finalidad de ofrecer informaciones sobre el estado general del paciente, posibilitando la comunicación entre el equipo de enfermería y, también, el equipo multidisciplinar. Los datos descritos registran la continuidad de la asistencia, respaldando legalmente el trabajo del profesional, además de servir de instrumento para auditorías, validan la práctica profesional y son utilizados como fuente de investigación científica, auxiliando en las investigaciones y la educación<sup>(2)</sup>. Además de eso, las informaciones registradas por los profesionales de salud son fuente de datos para la toma de decisiones gerenciales, debiendo tales datos ser completos y fidedignos<sup>(3)</sup>.

La historia clínica es la colecta de todos los documentos relacionados al cuidado prestado al paciente. En él, están contenidas informaciones ofrecidas por el equipo multidisciplinar responsable por los cuidados a ese paciente, siendo un instrumento de comunicación entre todos los miembros del equipo de salud<sup>(4)</sup>. Los registros de enfermería hacen parte de la historia clínica del paciente y sirven de soporte documental de las actividades desarrolladas por los profesionales de enfermería. Su principal objetivo es describir la asistencia de enfermería prestada al paciente/familia, incluyendo la descripción de la situación de salud/enfermedad, el planeamiento de la asistencia, su implementación, las reacciones del paciente/familia a las intervenciones realizadas y la evaluación de los resultados obtenidos.

El equipo de enfermería debe prever el tiempo para documentar las actividades realizadas en la asistencia a los individuos/familias en la historia clínica, pues hacen parte de las responsabilidades legales de esos profesionales que permanecen 24

horas junto al paciente, pudiendo contribuir con mayor cantidad de informaciones con respecto a la asistencia prestada<sup>(5)</sup>.

Cabe comentar que los registros de enfermería son utilizados para otros fines, como: investigación; educación; gestión de recursos humanos, físicos y materiales; auditoría de costos y de la asistencia; y reembolsos de aseguradoras de salud<sup>(2)</sup>. Se resalta el valor jurídico-legal de la historia clínica, ya que los registros son pruebas documentales de actos profesionales<sup>(2,6)</sup>. Cuando bien redactados y detallados, los registros de enfermería pueden alejar alegaciones de impericia, imprudencia o negligencia en la prestación de servicios<sup>(5)</sup>.

Para que los registros de enfermería sean considerados documentos válidos, ellos deben seguir criterios determinados por los órganos reguladores del ejercicio profesional de enfermería. Las informaciones relativas al proceso de cuidar deben ser redactados de forma clara, correcta, objetiva y organizada; deben ser libres de rasuras; constar la identificación completa del paciente y del profesional responsable por su realización; además de identificación de fecha y hora referentes a la información registrada<sup>(7)</sup>. Los registros de enfermería también son considerados como indicadores de calidad. Por medio de ellos, son ofrecidos datos y hechos que embasan el planeamiento de la asistencia de enfermería<sup>(1,8)</sup>. Con el propósito de planear, ejecutar y evaluar continuamente la actuación de su equipo y del cuidado por ella prestado, el enfermero debe asumir su papel de liderazgo con el fin de promover cambios en el escenario de la práctica asistencial y garantizar subsidios legales para la práctica diaria<sup>(9)</sup>.

Considerándose lo que fue anteriormente expuesto, se adoptó como objeto de esta investigación los registros de enfermería de una institución hospitalaria de educación.

La realización de la presente investigación se justifica por los siguientes argumentos cuanto a los registros de enfermería: 1) ofrecen las informa-

ciones necesarias para el cuidado y el acompañamiento del paciente; 2) posibilitan la comunicación entre los miembros del equipo de enfermería y multidisciplinario, asegurando la continuidad y la calidad de la asistencia prestada; 3) son considerados evidencia legal de los cuidados prestados; 4) son fuente para educación, investigaciones y auditorías; 5) cuando correctamente registrados, permiten reembolsos y justifican los costos de las actividades realizadas<sup>(8)</sup>; 6) la existencia y la disponibilidad de informaciones completas, correctas, organizadas y seguras pueden reducir ruidos en la comunicación, fallas en el proceso de trabajo y riesgos a la seguridad de los pacientes<sup>(10)</sup>; 7) alegaciones de impericia, imprudencia o negligencia en la asistencia pueden ser alejadas cuando los registros de enfermería son continuos y actualizados<sup>(5)</sup>; 8) califican el cuidado y promueven el empoderamiento de los profesionales de enfermería<sup>(2)</sup>. Además de eso, se resalta que la comunicación segura es una de las metas para la seguridad del paciente en los servicios de salud<sup>(11)</sup>.

Así, el estudio tuvo como objetivo evaluar los registros del equipo de enfermería, cuanto al cumplimiento de la legislación específica, en un hospital de educación considerándose el sector de la institución, el turno de trabajo, la categoría profesional y el número de infracciones por registro antes y después de la intervención educativa.

## MÉTODO

Se trata de estudio casi-experimental del tipo pre-teste y pos-teste con un único grupo acerca de los registros de enfermería en las historias clínicas de pacientes de un hospital de educación de la Zona de la Mata Minera. Estudios del tipo casi-experimento son aquellos en que no es posible seguir rigurosamente los criterios de un experimento verdadero, como la distribución aleatoria de los sujetos en grupo

experimental y grupo control. Sin embargo, la introducción de manipulación o de experimento por el investigador posibilita la observación de su efecto en la variable de interés. En el caso de esta investigación, el grupo control y el grupo experimental fueron formados por los mismos sujetos (profesionales de enfermería de la institución elegida). Se realizó una evaluación previa y otra posterior a la realización del experimento (actividad educativa) cuanto a los registros de enfermería de la institución. Los datos observados antes y después de la intervención fueron comparados, permitiendo, de esa forma, evaluar la eficacia de la intervención sobre la variable de interés (registros de enfermería).

En la primera etapa del estudio, fue, inicialmente, realizada una evaluación descriptiva que apuntó la situación de los registros de enfermería de la institución<sup>(12)</sup>. Para la referida investigación, fue elaborado un guión con base en la legislación sobre registros de enfermería<sup>(7,13)</sup> en el cual fueron evaluados los siguientes ítems: uso de impreso propio; identificación completa del paciente; fecha; hora; identificación del profesional responsable por medio de firma y sello o inserción manual de las informaciones de identificación profesional conforme legislación vigente; rasuras; apuntamiento de errores sin ocultar original; uso de abreviaturas estandarizadas; letra legible y ortografía.

Cabe aclarar que los errores ocurridos en la elaboración de los registros de enfermería deben ser apuntados utilizándose del término "digo" seguido de la información corregida, siendo prohibido el empleo de medios que puedan inviabilizar la lectura del error ocurrido, como rayar el documento varias veces, el uso de corrector o de borrador, entre otros. En relación a la estandarización de abreviaturas, esta no había sido implantada en el período anterior a la intervención. Así, para ese momento, fueron consideradas solamente las abreviaturas que

constan en el Sistema Internacional de Unidades<sup>(14)</sup>. Ese sistema fue adoptado oficialmente en el territorio brasileiro por medio de la Resolución n.º 12 de 1988 del Consejo Nacional de Metrología, Normalización y Calidad Industrial, como forma de estandarización<sup>(15)</sup>.

A partir de la constatación de la necesidad de mejoría en los registros, fue establecida la asociación escuela-servicio, a partir de un proyecto de iniciación científica sobre registros de enfermería y de un proyecto de entrenamiento profesional vinculado a la disciplina Administración en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidade Federal de Juiz de Fora (Universidad Federal de Juiz de Fora).

Fue elaborada la instrucción del trabajo "Registros de Enfermería" junto al núcleo de Gestión de la Calidad del hospital, conteniendo en anexo la lista de estandarización de abreviaturas institucional. Fue también construido un folder explicativo apuntando aspectos favorables a la realización del registro de enfermería conforme legislación específica<sup>(7,13)</sup>.

Inicialmente, fue realizado un encuentro en el auditorio del hospital con invitación a los profesionales de enfermería para la exposición dialogada y la discusión sobre registros de enfermería. Entretanto, hubo baja adhesión, y se percibió que ese abordaje no sería eficaz para obtener cambios positivos en relación a los registros de enfermería. De esa forma, después una reunión con la Dirección de Enfermería, el equipo responsable por la Educación Permanente del hospital y la enfermera del Núcleo de Gestión de la Calidad, se decidió por realizar encuentros en los puestos de enfermería.

La intervención se constituye, entonces, de encuentros realizados con los profesionales de enfermería en los puestos de enfermería de la institución, durante el horario de trabajo, en todos los turnos y sectores. El cronograma de encuentros fue construido con el fin de englobar

el mayor cuantitativo de profesionales considerando las actividades diarias, la rutina y el perfil de cada unidad, y el horario de descanso y/o comidas de los equipos. En los encuentros, era presentada y puesta a disposición una copia de la instrucción de trabajo y distribuido un folder para cada profesional participante. Se resaltaba la importancia y la necesidad del cumplimiento de la legislación referente a los registros y la responsabilidad individual por la calidad y por la disponibilidad de las informaciones en la historia clínica del paciente.

Con el fin de evaluar los resultados de la intervención, fue replicado el estudio de los registros de enfermería de la institución<sup>(12)</sup> utilizándose del mismo instrumento de colecta de datos. De esa forma, fueron evaluados los registros de enfermería de historia clínica archivados en el Servicio de Archivo Médico y Estadística.

Criterios de inclusión: registros de profesionales de enfermería realizados a partir de 1º de febrero de 2013. Ese criterio fue establecido considerándose el período de implementación de la instrucción de trabajo "Registros de Enfermería" conteniendo la lista de estandarización de abreviaturas de la institución, como también el período de realización de la intervención. Fueron incluidos en el estudio las seis primeras historias clínicas (a partir de 1º de febrero de 2013) de las unidades: clínica femenina, clínica masculina, cirugía femenina, cirugía masculina, pediatría y unidad de terapia intensiva. Para la selección de las historias clínicas, fue considerado el período de internación mayor o igual a 10 días. Ese criterio fue adoptado con el fin de permitir la evaluación de los registros de los diferentes turnos y jornadas de trabajo que coexisten en la institución (diaristas, turno 12/36 horas diurno y nocturno, turno 12/60 horas diurno y nocturno).

Criterios de exclusión: registros de otros profesionales del equipo multidisciplinario y de académicos, pasantes o residentes.

Los datos fueron colectados entre marzo y mayo de 2013 y, después de la colecta, fueron transportados para una base de datos electrónica. Fueron construidas tablas de frecuencia de las variables. Para verificar la diferencia entre cada variable antes y después del entrenamiento por turno, categoría profesional, sector y número de infracciones, fueron construidas tablas de contingencia. El número de infracciones por registro fue contabilizado considerándose los ítems de caracterización de los registros que constaban en el instrumento de colecta de datos. Así, si había no conformidad en relación a determinado ítem, era computada una infracción, y así sucesivamente.

La significancia de las asociaciones fue verificada con la aplicación del teste chi-cuadrado de Pearson. Fueron considerados significantes valores de  $p$  inferiores a 0,05. Los datos fueron digitados y analizados con el auxilio del programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 15.0.

La presente investigación siguió las recomendaciones éticas y legales vigentes, siendo apreciada y aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la institución bajo parecer número 133.384 antes del inicio de la colecta de los datos.

## RESULTADOS

Fueron evaluados 826 registros de enfermería, siendo 465 antes de la intervención; y 361, después de la intervención. El mayor cuantitativo de registros fue identificado en la Unidad de Terapia Intensiva, entre los técnicos de enfermería y en el período nocturno. El perfil de los registros de enfermería antes y después de la intervención es presentado en la Tabla 1.

**Tabla 1** - Perfil de los registros de enfermería por sector, categoría profesional, turno y número de infracciones antes y después del entrenamiento. Juiz de Fora, 2013.

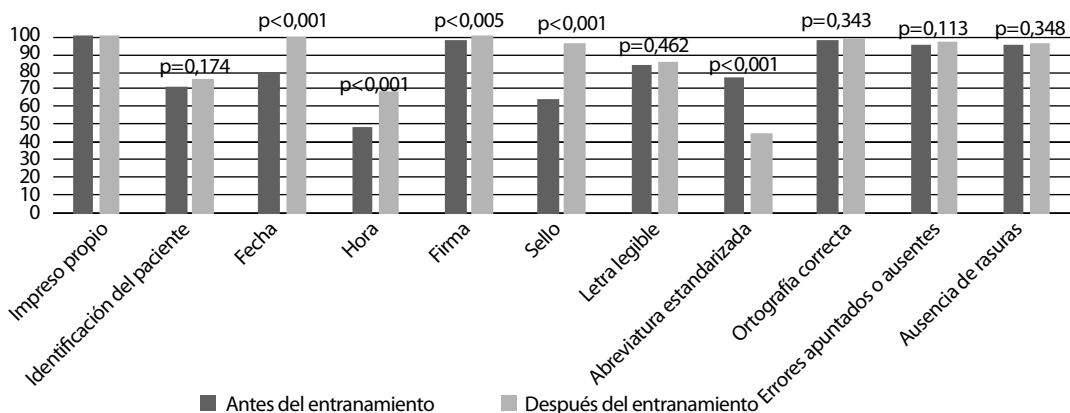
	Antes del Entrenamiento		Después del Entrenamiento	
	n (465)	%	n (361)	%
<b>Sector (<math>p = 0,004</math>)</b>				
Terapia Intensiva	190	40,8	147	40,7
Clínica Masculina	39	8,4	51	14,1
Clínica Femenina	38	8,2	29	8,0
Pediatría	64	13,8	32	8,9
Cirurgía Masculina	86	18,5	48	13,3
Cirurgía Femenina	48	10,3	54	15,0
<b>Categoría profesional (<math>p = 0,008</math>)</b>				
Enfermero	207	44,5	157	43,5
Técnico de Enfermería	236	50,8	167	46,3
Auxiliar de Enfermería	22	4,7	37	10,2
<b>Turno (<math>p = 0,034</math>)</b>				
Diurno	225	48,4	148	41,0
Nocturno	240	51,6	213	59,0
<b>Número de Infracciones (<math>p &lt; 0,001</math>)</b>				
Ninguna	83	17,8	55	15,2
Una o Dos	243	52,3	266	73,7
Tres o más	139	29,9	40	11,1

Leyenda: Valores de  $p$  obtenidos por medio del teste chi-cuadrado de Pearson. Fuente: autoría propia.

En relación a los sectores, fue identificado un aumento en el porcentual de registros en la clínica masculina y en la cirugía femenina. Resultado opuesto fue obtenido en los sectores pediatría y cirugía masculina ( $p=0,004$ ). En la Unidad de Terapia Intensiva, el cuantitativo de registros sufrió poca variación.

La categoría profesional que más fue influenciada por la intervención fue la de los auxiliares de enfermería, presentando un aumento de más de cinco puntos porcentuales ( $p=0,008$ ). La diferencia entre el cuantitativo de registros entre los turnos diurno y nocturno fue pequeña antes de la intervención, sin embargo esa dife-

**Gráfico 1** - Características de los registros de enfermería antes y después del entrenamiento. Juiz de Fora, 2013.



Legenda: Valores de *p* obtenidos por medio del teste chi-cuadrado de Pearson. Fuente: autoría propia.

rencia quedó más distinta después del entrenamiento, con predominio de registros realizados en el turno nocturno ( $p=0,034$ ). Otro cambio positivo obtenido después de la intervención se refiere a la disminución del cuantitativo de registros - tres infracciones o más ( $p<0,001$ ).

Al considerar los ítems que garantizan la validez de los registros de enfermería, fue posible observar mejorías significativas en la presencia de: fecha, hora, firma y sello. Las características de los registros de enfermería antes y después del entrenamiento son presentadas en el Gráfico 1.

Se destaca que algunos ítems se presentaban en conformidad en la casi totalidad de los registros observados en las evaluaciones antes y después de la intervención, como: ortografía correcta, errores debidamente apuntados o ausentes y ausencia de rasuras. Todos los registros de enfermería fueron realizados en impreso propio antes y después del entrenamiento.

## DISCUSIÓN

Los registros de enfermería son un reflejo de la praxis profesional y retratan la competencia y la implicación de los profesionales en el ejercicio de sus actividades. Así se buscó en esa investigación

evaluar los registros del equipo de enfermería de un hospital de educación en relación al sector de la institución, al turno de trabajo, a la categoría profesional y al número de infracciones por registro antes y después de la intervención educativa en cuanto al cumplimiento de la legislación específica.

Durante el período de colecta de datos, la institución enfrentaba un período de transición de gestión, así como otros hospitales de educación. Cambios en los regímenes, contratación y *deficit* en el cuadro de personal eran entonces experimentados. Además de eso, la presencia de profesionales con diferentes tipos de vínculos, algunos considerados precarios o desregulados<sup>(16)</sup>, impone una variación en el ritmo de trabajo con reflejo en los registros realizados por los profesionales de enfermería. Las diferencias de vínculo, jornada y remuneración que coexisten en un mismo ambiente de trabajo pueden producir desmotivación e influenciar en el rendimiento de los profesionales<sup>(17)</sup>. De esa forma, pueden ser justificadas las variaciones en los cuantitativos de registros de enfermería antes y después de la intervención entre los diferentes sectores.

La mayor concentración de registros en la Unidad de Terapia Intensiva puede ser atribuida al perfil de los pacientes que son admitidos en ese sector: pacientes con necesidades de cuida-

dos intensivos, abarcando cuadros variados que pueden incluir inestabilidad hemodinámica, dependencia continua de equipos de soporte para la vida, uso de drogas vasoactivas, necesidad de monitorización continua de señales vitales, entre otras condiciones que exigen atención continua y especializada del equipo multidisciplinario. En ese ambiente, los registros de enfermería pueden ser más frecuentes debido a las variaciones que pueden sufrir las necesidades de los pacientes. Además de eso, la Unidad de Terapia Intensiva es el único sector que posee la Sistematización de la Asistencia de Enfermería implantada de forma completa desde el año 2000 en la institución, lo que implica nuevamente el mayor empeño del equipo en registrar todos los pasos de la asistencia prestada al paciente<sup>(18)</sup>.

El mayor cuantitativo de registros fue realizado por los técnicos de enfermería, hecho que puede ser explicado porque ellos son la mayor fracción del equipo de enfermería en la institución. Entretanto, los auxiliares de enfermería fueron los profesionales que más aumentaron el cuantitativo de registros después de la intervención. El grupo de auxiliares de enfermería de la institución es compuesto exclusivamente por profesionales que hacen parte del cuadro de profesionales efectivo, no siendo admitida contratación de nuevos profesionales con esa formación. Se cree que el vínculo efectivo puede ser una influencia positiva en la adhesión a las recomendaciones, visto que la situación del profesional es "permanente" en relación al local de trabajo y cambios considerados positivos en las actividades desarrolladas cotidianamente pueden reflejar directamente sobre su bienestar y su satisfacción en el trabajo<sup>(17)</sup>.

El turno nocturno fue responsable por un mayor cuantitativo de registros antes y después la intervención. Ese hecho puede ser explicado por la dinámica de funcionamiento del servicio

hospitalario que concentra en el período diurno actividades diversas como exámenes, cirugías, medicaciones, higiene del paciente, visitas de familiares, visitas médicas y de otros profesionales de salud, entre otras. Además de eso, por tratarse de una institución de educación, hay una concentración de las actividades de educación también en el período diurno, incluyendo la realización de registros de enfermería por académicos, los cuales no fueron contemplados en esa investigación. Así, se puede justificar el hecho de un volumen mayor de registros de enfermería haber sido realizado por los profesionales que desarrollan su trabajo en el período nocturno.

Se identificó que los registros con tres o más infracciones presentaron reducción, demostrando que la intervención trajo resultados positivos. Actividades educativas pueden mejorar la calidad de los registros de enfermería<sup>(2)</sup>, permitiendo que estos sean válidos y confiables.

Al discutirse los ítems evaluados en cada registro, se destacaron los resultados obtenidos en relación a la presencia de fecha, hora, firma y sello. Durante la realización de las actividades educativas de intervención, esos ítems fueron muy discutidos, pues son ítems que los profesionales saben que deben ser inseridos, pero que por prisa o descuido acaban siendo olvidados<sup>(10)</sup>. Después de la intervención, los profesionales quedaron más atentos a esos ítems.

La presencia de fecha y hora permite la identificación del momento exacto en que ocurrió el hecho descrito con el paciente, favoreciendo la continuidad de la asistencia fundamentada en datos precisos y organizados<sup>(2,10)</sup>.

La identificación del profesional responsable por el registro por medio de firma y sello conteniendo datos profesionales es esencial, considerándose que se trata de una exigencia legal<sup>(13)</sup>. Ese hecho fue resaltado durante los encuentros, apuntando resolución específica, lo que confirió mayor credibilidad a la información

presentada y fundamentó las recomendaciones ofrecidas. Además de eso, la ausencia de identificación del responsable por el registro inviabiliza su validez legal<sup>(19)</sup>, lo que implica la ausencia de respaldo en caso de cuestiones judiciales. Aún así, algunos profesionales no realizan los registros de enfermería con la calidad que es esperada, a pesar de considerar el registro como parte esencial de su trabajo<sup>(6,20)</sup>.

El único ítem que sufrió reducción después de la intervención fue la presencia de abreviaturas estandarizadas. Tal hecho puede ser explicado por la reciente implementación de la lista de estandarización de abreviaturas institucional, la cual fue puesta a disposición anexa a la instrucción de trabajo por ocasión de la intervención. El uso de abreviaturas estandarizadas es esencial para la comunicación efectiva entre los profesionales de salud, permitiendo la adecuada comprensión de lo que fue registrado. En oposición, si son utilizadas abreviaturas no estandarizadas, pueden ocurrir ruidos comunicacionales con potencial perjuicio a la seguridad del paciente y la calidad de la asistencia ofrecida<sup>(8)</sup>.

La documentación de enfermería completa, correcta y fidedigna favorece la comunicación entre los miembros del equipo de enfermería y del equipo multidisciplinario, promueve el cuidado de enfermería, facilita alcanzar objetivos profesionales, atiende requisitos legales, auxilia la calidad de la asistencia y demuestra credibilidad. De forma contraria, registros incompletos pueden comprometer la seguridad del paciente y la calidad de la asistencia, con posibles implicaciones profesionales y organizacionales<sup>(10)</sup>.

Los buenos resultados obtenidos con esta investigación evidencian cuán importante es el enfermero asumir su papel de liderazgo junto al equipo de enfermería y promover uno de los pilares de su proceso de trabajo, que es el enseñar. Actividades educativas representan posibilidades de transformación, de visualización

y de valorización de los conocimientos de los sujetos involucrados, creando un movimiento dinámico del hacer y del rehacerse y tornando los trabajadores más comprometidos con su proceso de trabajo<sup>(2)</sup>.

Los profesionales de enfermería reconocen la importancia del registro, no obstante, la documentación de las acciones desarrolladas junto al paciente é frecuentemente dejada en segundo plano. Algunas razones son presentadas para justificar ese hecho, entre ellas la falta de tiempo consecuente de la excesiva carga de trabajo y la dinámica de funcionamiento de las unidades asistenciales en las cuales actividades paralelas a la asistencia al paciente son impuestas a los profesionales, tomándoles el tiempo que podría ser dedicado al registro del cuidado prestado al paciente/familia<sup>(6)</sup>. Se resalta que es función del enfermero proporcionar a su equipo el conocimiento necesario y buscar los medios para que los profesionales puedan realizar el registro de enfermería.

## CONCLUSIÓN

La evaluación de los registros de enfermería antes y después de una intervención educativa permitió identificar que tal actividad promovió cambios en el perfil por sector, turno de trabajo, categoría profesional y número de infracciones por registro, bien como en las características de los registros de enfermería, destacándose los ítems presencia de fecha, hora, firma y sello.

Se cree que el uso de tecnologías sencillas y de bajo costo, como intervenciones educativas, puede impactar en el desempeño de los equipos de enfermería, promoviendo transformaciones positivas en la realidad de trabajo. La asociación educación-servicio es una asociación deseable, pues puede proporcionar crecimiento bilateral, favoreciendo el desarrollo de la profesión y la calidad de los servicios ofrecidos a la comunidad.



Para la promoción constante de mejorías en los registros de enfermería, se sugiere la evaluación rutinaria de estos por medio de auditorías internas, las cuales pueden revelar ítems que necesitan ser mejor trabajados con los equipos.

La informatización puede ser una estrategia capaz de solucionar algunos de los problemas apuntados en esta investigación, como la letra ilegible, la presencia de fecha y hora, la identificación completa del paciente y la presencia de borrones. El uso de *softwares* específicos también puede ser eficiente en la reducción del uso de abreviaturas, cuando herramientas de auto llenado son adicionadas.

Una de las limitaciones de la presente investigación es haber sido restricta a una única institución y haber evaluados solamente ítems de validez legal y estética de los registros de enfermería. Investigaciones que consideren el contenido de los registros y puedan evaluar los registros del equipo multidisciplinario deben ser futuramente realizadas.

## CITAS

1. Kim H, Dykes PC, Thomas D, Winfield LA, Rocha RA. A closer look at nursing documentation on paper forms: Preparation for computerizing a nursing documentation system. *Comput Biol Med.* 2011 Apr [cited 2015 Nov 28];41(4):182-9. Available from: <http://www.computersinbiologyandmedicine.com/article/S0010-4825%2810%2900121-6/pdf>.
2. Wang N, Hailey D, Yu P. Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. *J Adv Nurs.* 2011 Sep [cited 2015 Aug 19];67(9):1858-75. Available from: [https://www.ksa.ch/intranetEvents/Attachments/1626/Wang\\_2011\\_quality\\_tools\\_documentation.pdf](https://www.ksa.ch/intranetEvents/Attachments/1626/Wang_2011_quality_tools_documentation.pdf).
3. Barreto PA, Braga ALS, Andrade M. Evaluation of completeness of dengue records: exploratory study of compulsory notices. *Online braz j nurs* [internet]. 2012 Dec [cited 2016 Jan 29];

- 11(3):829-47. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3920>.
4. Galvão MCB; Ricarte ILM. *Prontuário do Paciente.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
5. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 311, de 08 de fevereiro de 2007. Aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem. [internet]. Brasília: COFEN; 2007. [cited 2015 Sep 10]. Available from: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007\\_4345.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007_4345.html).
6. Blake-Mowatt C, Lindo JLM, Bennett J. Evaluation of registered nurses' knowledge and practice of documentation at a Jamaican hospital. *Int Nurs Rev.* [internet] 2013 Sep [cited 2015 Dec 12];60(3):328-334. Available from: <http://online-library.wiley.com/doi/10.1111/inr.12040/epdf>.
7. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. Deliberação COREN-MG 135/2000 de 10 de outubro de 2000. Normatiza no Estado de Minas Gerais os princípios gerais que constituem a documentação de Enfermagem. [internet]. Belo Horizonte: COREN-MG; 2000. [cited 2015 Sep 10]. Available from: [http://www.corenmg.gov.br/anexos/legislacao\\_normas\\_pb.pdf](http://www.corenmg.gov.br/anexos/legislacao_normas_pb.pdf).
8. Jefferies D. Communicate with clarity: Correct use of abbreviations and phrases in nursing records is vital for care efficiency and safety. *Nurs Stand.* [internet] 2012 Jun [cited 2015 Oct 17]; 26(40):62-3. Available from: <http://go.galegroup.com/ps/i.do?id=GALE|A295170938&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=fulltext&issn=00296570&p=AONE&sw=w&authCount=1&u=cap&selfRedirect=true>.
9. Santos JLG, Pestana AL, Guerrero P, Meirelles BSH, Erdmann AL. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2013 Apr [cited 2016 Feb 23];66(2):257-263. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/16.pdf>.
10. Blair W, Smith B. Nursing documentation: Frameworks and barriers. *Contemp Nurse.* [internet] 2012 Jun [cited 2015 Aug 28]; 41(2):160-8. Available from: <http://go.galegroup.com/ps/i.do?id=GALE|A298057135&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=fulltext&issn=10376178&p=AONE&sw=w&authCount=1&u=cap&selfRedirect=true>.

11. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. [internet]. Brasília: ANVISA; 2013. [cited 2015 Dec 28]. Available from: [http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia\\_Segura.pdf](http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf).
12. Barboza RCP. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em um Hospital Universitário. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Juiz de Fora, 2011.
13. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 191 de 31 de maio de 1996. Dispõe sobre a forma de anotação e o uso do número de inscrição ou da autorização, pelo pessoal de Enfermagem. [internet]. Brasília: COFEN; 1996. [cited 2015 Sept 10] Available from: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1911996-revogou-resoluo-cofen-1751994\\_4250.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1911996-revogou-resoluo-cofen-1751994_4250.html).
14. Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO). Sistema Internacional de Unidades: SI. [internet]. Duque de Caxias, RJ: INMETRO/CICMA/SEPIN; 2012. [cited 2015 Aug 05]. Available from: <http://www.inmetro.gov.br/noticias/conteudo/sistema-internacional-unidades.pdf>.
15. Conselho Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial – CONMETRO. Resolução nº 11, de 12 de outubro de 1988. [internet]. Brasília: CONMETRO; 1988. [cited 2015 Aug 31]. Available from: <http://www.inmetro.gov.br/resc/pdf/RESC000114.pdf>.
16. Sodré F, Littike D, Drago LMB, Perim MCM. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? *Serv. Soc. Soc.* [internet] 2013 Apr-Jun; 114:365-80. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n114/n114a09.pdf>.
17. Ribeiro AC, Souza JF, Silva JL. Lack of employment security in the Sus in the perspective of Hospital nursing. *Cogitare Enferm.* [internet] 2014 Jul-Sep; [cited 2015 Nov 08];19(3):569-7. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/33034/23248>.
18. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. [internet]. Brasília: COFEN; 2009. [cited 2015 Sept 10]. Available from: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html).
19. Brasil. Código Processo Civil. Lei nº 5.869, de 11 de janeiro de 1973. [Internet]. Brasília: Presidência da República; 1973. [cited 20 Jan 2016]. Available from: <http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/91735/codigo-processo-civil-lei-5869-73>.
20. Azevêdo LMN, Oliveira AG, Malveira FAS, Valença CN, Costa EO, Germano RM. A visão da equipe de enfermagem sobre seus registros. *Rev Rene.* [internet] 2012 [cited 2015 Oct 30]; 13(1):64-73. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/18/14>.

---

Todos los autores participaron en las fases de esta publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committe of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación sustancial en la concepción o confección del manuscrito o la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (C) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esta declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en [http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE\\_final\\_13-06-2013.pdf](http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf)

---

Recibido: 30/01/2016  
 Revisado: 29/06/2016  
 Aprobado: 03/07/2016