



Evaluación de registros de enfermería pediátrica: estudio descriptivo



Gabrieli Patricio Rissi¹, Bianca Machado Cruz Shibukawa¹,
Roberta Tognollo BorottaUema¹, Herbert Leopoldo de Freitas
Goes¹

1 Universidade Estadual de Maringá

RESUMEN

Objetivo: analizar la calidad de los registros de enfermería realizados en una unidad de hospitalización pediátrica. **Métodos:** estudio descriptivo, transversal de análisis documental. Se realizó una auditoría entre julio y octubre de 2019, extrayendo datos relacionados con la asistencia a través de la calidad de los registros de enfermeros. Los datos se analizaron utilizando frecuencia absoluta y relativa, además de calcular el Índice de Positividad. **Resultados:** se analizaron 1.129 registros realizados por enfermeros en las historias clínicas de 67 niños y adolescentes. La clasificación de los registros fue adecuado, seguro, dudoso y deficiente. En general, los registros reflejaron una atención deficiente, ya que no fueron clasificados como de calidad. **Conclusión:** el registro de enfermería reveló lagunas en la atención brindada a la población pediátrica, destacando la necesidad de exponer la magnitud del tema a los profesionales directamente involucrados, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención. **Descriptores:** Gestión de la Calidad; Mejoramiento de la Calidad; Calidad de la Atención de Salud; Registros de Enfermería; Pediatría.

INTRODUCCIÓN

La calidad de los servicios de salud se ha convertido en una preocupación constante en la investigación en enfermería y muchos profesionales se han enfocado en presentar la realidad del cuidado de la salud y cómo se debilita la calidad de la atención brindada a los pacientes⁽¹⁾.

La enfermería es protagonista en lo que respecta a la calidad de la atención en salud, que es su principal herramienta de trabajo. Una de las formas fundamentales para brindar calidad y continuidad es a través de la transferencia de información sobre la asistencia brindada, la cual puede ser utilizada para programar, analizar y anticipar la atención en salud⁽²⁾.

La información que adquieren los enfermeros, cuando está bien documentada, puede ser valiosa para mejorar la toma de decisiones y para las acciones de salud, además de ser fundamental en la planificación de una atención segura y de calidad⁽²⁾.

Las mismas permiten la integración de la atención en beneficio del paciente, el profesional y la institución de salud, además de facilitar la comunicación, estructurar el desarrollo de la atención de enfermería, brindar seguridad al paciente, facilitar datos que promuevan la práctica basada en la evidencia,

brindando datos para el diseño de indicadores de salud, asegurar y apoyar el compromiso profesional y, servir como material para la investigación y documentos legales⁽³⁾.

Los estudios muestran que la documentación de enfermería suele ser insatisfactoria con respecto a la realidad de la atención brindada y que ha visto como una gran cantidad de datos carentes de información, que son omitidos y no apreciados por otros profesionales de la salud por ser documentos de baja calidad, posiblemente por no ser científicos⁽⁴⁾.

La documentación, para ser considerada de calidad y una comunicación estructurada y eficaz entre profesionales, debe ser clara, concisa y completa, y también promover la planificación, seguimiento y evaluación de la atención sanitaria. La comunicación ineficaz puede generar dudas en la atención y, en consecuencia, comprometer su seguridad, especialmente cuando se trata de la población pediátrica, debido a las peculiaridades de ese público⁽⁵⁾.

La atención que se brinda a los niños y adolescentes debe ser prudente, ya que se trata de una población frágil y exige mayor cautela, ya que los errores en la atención traen consecuencias mucho más graves. Además, es una población que tiene dificultades para expresar sus

síntomas con claridad o, según el grupo etario, no tiene un nivel cognitivo adecuado para la comunicación verbal⁽⁶⁾.

Ante la evidencia sobre la importancia de la documentación de enfermería para mejorar la atención, especialmente porque constituye la primera línea en la continuidad de la atención y, porque también muestra señales de falta de compromiso y responsabilidad, sumado al hecho de que la población pediátrica es intensamente vulnerable, se desarrolló este estudio, cuyo objetivo fue analizar la calidad de los registros realizados por los enfermeros en una unidad de hospitalización pediátrica.

MÉTODO

Estudio descriptivo, transversal, de análisis documental, con enfoque cuantitativo. El estudio se realizó en una unidad de internación pediátrica de un hospital universitario público ubicado en el sur de Brasil, que brindaba servicios a niños y adolescentes menores de 14 años.

Se realizó una auditoría entre julio y octubre de 2019 sobre registros físicos. Cabe destacar que los datos fueron

recolectados durante el período de internación, con el propósito de monitorear el proceso de internación de la población pediátrica. Por lo tanto, los registros se analizaron diariamente, pero al día siguiente de la actuación.

La unidad de hospitalización pediátrica estudiada contaba con 15 camas, distribuidas en cinco salas de tres camas cada una. Sin embargo, para cumplir con el cálculo del personal de enfermería, solo se ocuparon 12 camas en condiciones ideales. Las puertas de ingreso al sector pediátrico referidas fueron atención Ambulatoria, Urgencias, UTI Pediátrica, UTI Neonatal y Clínica Obstétrica.

El sistema de historias clínicas del hospital en estudio se encontraba en transición y el equipo médico tenía sus registros en formato electrónico, mientras que el equipo de enfermería solía completar la información de los pacientes en las historias clínicas en soporte de papel. La historia clínica electrónica aún no estaba completamente presente en la unidad

hospitalaria por falta de recursos físico-materiales.

La población correspondió a historias clínicas de niños y adolescentes ingresados en el sector pediátrico, conformada por 67 historias clínicas, donde se analizaron todos los registros realizados por los enfermeros. Solo se eligieron los registros de los enfermeros porque la gran mayoría de la información recolectada en el estudio debe ser registrada exclusivamente por esta categoría profesional, tal como propone el Consejo Federal de Enfermería⁽⁷⁾.

Los criterios de inclusión fueron las historias clínicas de los niños y adolescentes ingresados en la unidad de pediatría en tratamiento clínico o quirúrgico durante al menos 72 horas, con el fin de tener registros de cada turno de trabajo.

El instrumento de recolección de datos consistió en una adecuación a la realidad local, con preguntas evaluativas referidas al sector

pediátrico, debido a las particularidades que presenta la atención de niños y adolescentes hospitalizados. Aunque no fue validado, se aclara que se basó en el estudio de Haddad y Évora (2009)⁽⁸⁾, en el cual las autoras adoptaron los criterios de evaluación propuestos por Saupe y Horr (1982)⁽⁹⁾ y Cianciarullo, Fugulin y Andreoni (1998)⁽¹⁰⁾.

El formulario se dividió en dos partes, la primera referida a la caracterización de los pacientes y la segunda referida a la guía para auditoría de los registros, que tenía dos apartados.

En la segunda parte, el primer apartado se refiere a la calidad de la atención, donde se extrajeron los datos de identificación, procedimientos de admisión, proceso de enfermería y proceso de alta/traslado/muerte. Para clasificar la calidad de la atención se utilizaron las opciones de respuesta "sí", "no" y "no aplica", además de la posibilidad de incluir observaciones.

El segundo apartado, también de la segunda parte del instrumento de

recolección, se refiere a la calidad de los registros de enfermería, donde se extrajeron datos sobre la prescripción y evolución de enfermería y el proceso de alta/traslado/muerte. Para clasificar la calidad de la atención se utilizaron las opciones de respuesta "no aplica", "completo", "incompleto", "incorrecto", "no completo" y observaciones.

Para aclarar los puntajes atribuidos, es importante señalar que se consideró: "no aplica" cuando los registros fueron realizados por estudiantes de enfermería o no correspondían a la realidad clínica del paciente; "Completo" cuando todos los registros del día analizado fueron descritos según criterios de cumplimentación preestablecidos; "Incompleto" cuando uno o más (excepto todos) los registros del día analizado eran inexactos, no estaban descritos en la historia clínica o no cumplían con los criterios de análisis; "No completo" cuando todos los registros del día analizado no fueron registrados en la historia clínica; e "incorrecto" cuando uno o más registros del día analizado eran

incorrectos, inadecuados o no se correspondían con la realidad clínica y diagnóstica del paciente.

Todos los criterios de cumplimentación contenidos en esta guía fueron relevantes e individualizados de acuerdo a cada ítem y pregunta evaluados en el instrumento de auditoría. Para ello, se enfatiza que se desarrolló un instrumento con los criterios únicos para cada aspecto de análisis, los cuales se basaron en la teoría de las necesidades humanas básicas de Horta (1979)⁽¹¹⁾.

Para realizar la auditoría se utilizó la hoja de registro de enfermería estandarizada de la institución, para ser cumplimentada con los datos de identificación del paciente, prescripción de enfermería, evolución de enfermería y ficha de control, que incluía signos vitales, alimentación, ingesta de agua, eliminaciones y débitos de drenajes y catéteres.

No hubo cálculo muestral, ya que se incluyeron en la muestra todos los

registros que cumplieron con los criterios de inclusión en el tiempo de recolección propuesto. Por ende, el trabajo de campo terminó cuando los pacientes hospitalizados el 31 de octubre de 2019 fueron dados de alta del hospital, por lo tanto, el mes de finalización fue noviembre de 2019.

Los datos recolectados se organizaron en hojas de cálculo en el programa Microsoft Office Excel® 2016. El instrumento de recolección de datos se completó mediante una guía específica desarrollada para tal fin.

Para la primera sección de la segunda parte del instrumento de recolección, se calculó el Índice de Positividad (IP) mediante la frecuencia relativa y el porcentaje de respuestas positivas. Para la clasificación de la calidad de la atención se adoptaron los criterios de Saupe y Horr (1982)(8), deseable (IP del 100%), adecuada (IP entre 90 a 99%), segura (IP entre 80 a 89%), dudosa (entre 71 a 79%) y deficiente (IP <70%).

En cuanto a la segunda sección de la segunda parte del instrumento de recolección, se calcularon las frecuencias porcentuales absoluta y relativa. Para la clasificación de la calidad de los registros de enfermería se consideraron registros de calidad como aquellos ítems que tenían cumplimentación completo > 80%, incompleto <15%, no completo <5% e incorrecto 0%, según los parámetros establecidos por Cianciarullo, Fugulin y Andreoni (1998)⁽¹⁰⁾.

Es importante aclarar que las respuestas "no aplica", fueron descartadas para el análisis de los resultados. Por ende, cabe señalar que fue posible obtener el mismo número absoluto con diferentes porcentajes en los ítems analizados, dado que cada ítem contenía diferentes cantidades de la respuesta "no aplica", debido a las particularidades y necesidades de cada paciente.

Se respetaron los preceptos éticos relacionados con la investigación con seres humanos, según las resoluciones

466/2012 y 510/2016, del Consejo Nacional de Salud brasileño. El estudio fue aprobado por el Comité Permanente de Ética en la Investigación con Seres Humanos, CAAE: 10381019.8.0000.0104. Todos los tutores legales de los niños, niñas y adolescentes participantes fueron informados sobre el estudio y firmaron el Formulario de Consentimiento Libre e Informado. absoluto com percentuais diferentes nos itens analisados, pois cada item continha diferentes quantidades da resposta "não se aplica", devido às particularidades e necessidades de cada paciente.

Os preceitos éticos referentes à pesquisa com seres humanos foram respeitados, de acordo com as resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, CAAE: 10381019.8.0000.0104. Todos os responsáveis legais pelas crianças e adolescentes participantes foram esclarecidos quanto ao estudo e

assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Había 1.129 registros realizados por enfermeros en las historias clínicas de 67 niños y adolescentes. De estos, 561 correspondieron a prescripciones y 568 a evoluciones de enfermería. El perfil de hospitalización estuvo conformado predominantemente por niños varones, 40 (59,7%), blancos, 47 (70,1%) y menores de un año, 29 (43,3%). En cuanto al perfil clínico, se observó que los pacientes ingresaron mayormente por la noche, 30 (44,8%), procedentes de Urgencias, 38 (56,7%), por hospitalización de tipo quirúrgico, 49 (73,1%), acompañados de su madre, 55 (82,1%), con una estancia hospitalaria de 7 a 10 días, 29 (43,3%), y fueron dados de alta, 65 (97%).

Las causas más frecuentes de hospitalización fueron las enfermedades relacionadas con el tracto respiratorio, 21 (31,3%), endocrino-metabólicas, 13 (19,4%) y tracto gastrointestinal, 12

(17%). Los datos de la primera sección de la guía, referidos a la clasificación de la calidad de la atención ante los registros de enfermería se muestran en la Figura 1.

Figura 1 - Clasificación de los registros de enfermeros en las historias clínicas de niños y adolescentes ingresados en la clínica pediátrica. Maringá, Paraná, Brasil, 2019.

La prescripción indica cuidado individualizado	66,7	Deficiente
Identificación de la prescripción	61,6	Deficiente
Evolución de enfermería		
Presencia de evolución de enfermería diaria	96,8	Adecuada
La evolución indica cuidado individualizado	68,0	Deficiente
Identificación de la evolución	60,4	Deficiente
Diagnóstico de enfermería		
Presencia de diagnóstico de enfermería diario	5,8	Deficiente
Implementación de cuidados con base en los diagnósticos	80,6	Segura
Proceso de alta/traslado		
Presencia de registro de alta/traslado	77,4	Dudosa
Registro de condiciones físicas y/o complicaciones	39,6	Deficiente

Registros de los enfermeros	IP%*	Clasificación
		da asistencia**
Datos de identificación		
Identificación correcta	75,4	Dudosa
Identificación completa	10,7	Deficiente
Procedimientos de admisión		
Registro de admisión del enfermero	89,6	Segura
Registro describe condiciones generales del paciente	63,6	Deficiente
Primera prescripción del enfermero de admisión	64,2	Deficiente
Primera prescripción describe condiciones generales	61,2	Deficiente
Primera prescripción revela prioridad de atención	62,7	Deficiente
Prescripción para prevención de caídas	34,8	Deficiente
Prescripción para identificación correcta	0,0	Deficiente
Prescripción para prevención de lesiones por presión	28,6	Deficiente
Prescripción de enfermería		
Presencia de prescripción de enfermería diaria	94,6	Adecuada

Notas: *IP: Índice de Positividad; ** Clasificación basada en los criterios de Saupe y Horr(10), que clasifican la asistencia en: 100% Deseable, 90 a 99% Adecuada, 80 a 89% Segura, 71 a 79% Dudosa y <70% Deficiente.

Los resultados permitieron observar que se efectuaron los registros. Con excepción de los datos de identificación y los diagnósticos de enfermería, los registros referentes a la presencia de

informe de ingreso, prescripción de enfermería, evolución de enfermería y alta hospitalaria o traslado interno/externo se presentan como clasificación asistencial: segura, adecuada, adecuada y dudosa, respectivamente.

Sin embargo, se verificó que los otros ítems de cada tema reflejaban una atención deficiente (IP <70%). Entonces, se detectó que si bien los registros se realizaron, no estaban individualizados, comprometiendo la calidad de la atención y condicionando el registro al cumplimiento de la responsabilidad profesional.

Los informes del proceso de admisión, aunque frecuentes, presentaban fallas como registro tardío por enfermeros diferentes a los que realizaron el ingreso, además de registros inconclusos y sin identificación profesional, imposibilitando el reconocimiento del responsable.

La primera prescripción de enfermería, idealmente realizada en el turno en que

ingresó el paciente, fue catalogada como deficiente, por falta de registro o incluso aquellas que contenían solo la palabra rutina.

Los ítems referentes a las condiciones generales del paciente (IP 61,2%) y la prioridad de atención (IP 62,7%), mostraron una laguna en la asistencia del enfermero, ya que están relacionados con la realización del examen físico y el conocimiento de la situación general y las necesidades individuales de cada paciente, mostrando generalización de los cuidados, por lo que no era raro encontrar recetas de enfermería con solo medidas de higiene, control de funciones básicas y diversos errores de prescripción, como el cuidado del muñón umbilical de los recién nacidos que no tenían muñón.

También se observaron casos como errores en el registro de diagnósticos, probablemente por falta de atención a lo que estaba escrito, como "condropatía congénita" en lugar de cardiopatía congénita. Era frecuente

encontrar en los registros numerosos errores en los días postoperatorios, descripciones, entre otros.

Se detectó que solo un profesional realizó los diagnósticos de enfermería, por lo que el índice de positividad respecto a la presencia de diagnóstico correspondió al 5,8%. Sin embargo, la implementación de la atención basada en estos diagnósticos fue catalogada como segura para el paciente asistido, con una IP del 80,6%.

En cuanto al proceso de alta o traslado, se observó que la presencia de registros en las historias clínicas se clasificó como dudosa (IP 77,4%), sin embargo, las condiciones físicas del niño o adolescente y las posibles complicaciones presentaron fallas, reflejando una asistencia deficiente (IP 39,6%). Con base en eso, se identificó que muchos registros no tenían notas de alta hospitalaria y los que describían el alta no registraban las condiciones físicas.

Con el fin de contemplar todos los subtemas de los ítems de la segunda sección de la guía para auditoría, se construyó la Figura 2.

Figura 2 - Evaluación de la calidad de los registros de enfermeros en las historias clínicas de niños y adolescentes ingresados en la clínica pediátrica del hospital en estudio. Maringá, Paraná, Brasil, 2019.

Criterios de evaluación	Completo			Incompleto			No Completo			Incorrecto		
	N.º	%	I*	N.º	%	I*	N.º	%	I*	N.º	%	I*
Prescripción												
			-			-						-
ID [‡] profesional	215	51,3	28,7	123	29,4	14,5	51	12,2	-7,3	30	7,2	7,2
			-			-						-
IDP [§]	241	57,5	22,5	128	30,5	15,6	21	5,0	-0,1	29	6,9	6,9
			-			-						-
Higiene oral	276	65,9	14,1	100	23,9	-9,0	24	5,7	-0,8	19	4,5	4,5
			-			-						-
Higiene corporal	299	71,4	-8,6	79	18,9	-4,0	20	4,8	+	21	5,0	5,0
			-			-						-
Controle de SV [†]	382	91,2	+	18	4,3	+	18	4,3	+	1	0,2	0,2
			-			-						-
Anota diuresis	344	82,1	+	36	8,6	+	29	6,9	-2,0	10	2,4	2,4
			-			-						-
Registro de EF [‡]	379	90,5	+	15	3,6	+	23	5,5	-0,6	2	0,5	0,5
			-			-						-
Anota peso	299	71,9	-8,1	55	13,2	+	59	14,2	-9,3	3	0,7	0,7
			-			-						-
Evolución												
			-			-						-
CCI ^l	296	68,0	12,0	87	20,0	-5,1	13	3,0	+	39	9,0	9,0
			-			-						-
Complicaciones	258	58,6	21,4	39	8,9	+	122	27,7	22,8	21	4,8	4,8
			-			-						-
VE ^{††}	254	59,1	20,9	96	22,3	-7,4	48	11,2	-6,3	32	7,4	7,4
			-			-						-
Emocional	168	38,6	41,4	66	15,2	-0,3	193	44,4	39,5	8	1,8	1,8
			-			-						-
Examen físico	47	10,9	69,1	228	52,8	37,9	132	30,6	25,7	25	5,8	5,8
			-			-						-
Alta												
			-			-						-
ICD ^{§§}	12	18,5	61,5	6	9,2	+	46	70,8	65,9	1	1,5	1,5
			-			-						-
ISCR ^{††}	3	4,5	75,5	0	0,0	+	62	93,9	89,0	1	1,5	1,5

Legenda: I*: índice de positividad. ID# profesional: identificación profesional. IDP\$: indica dependencia del paciente. Control de SV+: control de signos vitales. Registro de EF+: registro de examen físico. CCI|: cuidado centrado en el individuo. VE##: vendajes y equipo. ICD\$\$: indicaciones para cuidado domiciliario. ISCR++: indicaciones para el seguimiento en los servicios de contrarreferencia.

Nota: * Índice de diferencia de valores ideales, basado en los criterios de Cianciarullo, Fugulin y Andreoni(11), que consideran registros de calidad los elementos que presentan: Completo > 80%, Incompleto <15%; No Completo < 5% e Incorrecto 0%.

Cabe destacar que, la prescripción de enfermería estaba presente en la unidad hospitalaria de forma premoldeada, donde varios ítems relacionados con las necesidades básicas generales, comunes a la mayoría de los pacientes, tenían solo la opción de marcar y programar los cuidados a realizar para optimizar el trabajo del enfermero.

En cuanto a la prescripción de enfermería, sobre la presencia de identificación profesional, se verificó que ninguno de los criterios de evaluación presentó adecuación con respecto a los parámetros propuestos por la literatura. Se observó que muchas recetas de enfermería no tenían identificación profesional, rúbrica o sello del enfermero.

Es importante señalar el porcentaje incorrecto (6,9%) de indicación de dependencia del paciente, casos en los que la prescripción de enfermería indicó acciones incompatibles con el grado de habilidad involucrado en cada grupo etario, como enviar a los niños menores de dos años a bañarse, mientras que la acción correcta sería realizar, demostrando distracción y mal uso de terminología que forman parte de su vida diaria.

En cuanto a la prescripción de verificación de signos vitales, control de diuresis y eliminaciones fisiológicas, se pudo observar que dichos ítems demostraron conformidad con los criterios de valoración completo e incompleto, presentando baja discrepancia con la referencia en las otras posibilidades de respuesta.

Cabe destacar que la evolución de enfermería, los registros de cuidados según las necesidades del paciente y las complicaciones con el paciente obtuvieron un porcentaje positivo de no completo (3%) e incompleto (8,9%), respectivamente. Sin embargo, ambos tenían un porcentaje incorrecto de 9% y 4,8% en el mismo orden.

Con respecto al registro de complicaciones en la evolución de enfermería, el criterio de evaluación no completo presentó un 22,8% por encima de lo recomendado. Hay que señalar que no hubo acuerdo en ninguno de los criterios de evaluación sobre los registros de vendajes y/o equipos, también que el porcentaje para registros incorrectos es de 7,4% y para registros no completos de 11,2%.

Al respecto, se observó que algunas historias clínicas tenían registros de complicaciones con el uso de catéteres venosos centrales por parte de otros profesionales, sin embargo, el cambio no fue informado por el enfermero responsable.

Cabe señalar que los criterios de cumplimentación establecidos consideraron la realización del examen físico completo. En este sentido, se constató que ninguno de los criterios de evaluación alcanzó el porcentaje establecido por los autores. Sólo un pequeño número de evoluciones de enfermería poseía información completa sobre el examen físico del paciente, y la mayoría de las evoluciones describieron parcialmente el desempeño del mismo (52,8%).

También es evidente el alto porcentaje de registros no completos (30,6%). El porcentaje incorrecto (5,8%) estaba más asociado a errores de vocabulario, como se observa en un registro que describía la auscultación cardíaca con presencia de ronquidos y crepitantes bilaterales. Entre los errores encontrados, se identificó que la evolución de enfermería presentaba imprecisión en algunas terminologías, como la confusión entre los términos hipertensión e hipertermia.

Finalmente, en lo concerniente a los registros del enfermero sobre el proceso de alta o traslado, se detectó que el registro de las indicaciones de atención domiciliaria y de seguimiento en la contrarreferencia mostró una alta tasa de no completo, correspondiente, respectivamente, a 65,9% y 89% por encima del porcentaje estipulado.

DISCUSIÓN

La historia clínica del paciente es uno de los principales instrumentos utilizados dentro de la asistencia, principalmente en lo que respecta al profesional de enfermería. A través de los registros se establece la comunicación continua entre profesionales, además de ser un documento legal y respaldo para todo el equipo(12).

El período de hospitalización, principalmente dentro de los sectores pediátricos, tiene una media de 10 días, variando más o menos, según el diagnóstico del niño. Por lo tanto, se afirma que existe un largo período de exposición a los cuidados de enfermería y, en consecuencia, a los registros que realiza el profesional de enfermería, hecho que refuerza la necesidad de que estos se realicen adecuadamente para favorecer la comunicación interprofesional(13).

Dentro de la rutina de cuidados de enfermería, además de medir los cuidados básicos relacionados con la higiene, el control de peso y los dispositivos, está, por otro lado, la realización práctica del proceso de enfermería (PE), que consta de las etapas de historial, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación de la atención. El PE constituye un indicador en la asistencia, ya que aporta evidencia confiable para el juicio clínico y la toma de decisiones sobre el diagnóstico del paciente, además de ser el principal indicador de anomalías durante la hospitalización del paciente(14).

La organización de la atención realizada con individualidad, sumada al conocimiento científico, enaltece al profesional de enfermería por el reconocimiento de que tales parámetros son fundamentales para la atención, ya que prevé cambios en los mismos que permiten la identificación de diversas enfermedades. Además, el control de estos parámetros es fundamental para ofrecer una atención segura y de calidad(15).

A pesar de la importancia del PE y, consecuentemente, de los registros dentro de los servicios de salud, hay que reconocer que muchas veces estos terminan no siendo realizados adecuadamente, además de que no se le da la importancia necesaria para colaborar en la asistencia y apoyar a los profesionales que trabajan directamente en el cuidado(16).

La falta de registro e incluso su inadecuación provoca retrasos en la asistencia directa y en la toma de decisiones sobre el tratamiento del paciente(17). A su vez, esta situación va en contra del código ético propio de la profesión, que señala que es deber y responsabilidad del enfermero y del equipo de enfermería registrar la información relacionada con su

asistencia en la historia clínica y en otros documentos de enfermería(17).

Además de la falta de anotaciones, también se destacan como fallas o inadecuaciones del proceso de registro la ausencia de horas de atención, la identificación del profesional responsable, los tachones, los problemas de caligrafía, que imposibilitan la comprensión de lo escrito y la falta de información en los registros de enfermería(18).

En cuanto a las razones por las cuales los registros no se realizan adecuadamente, existe una alta demanda de servicios, sobrecarga de trabajo, insuficiente número de profesionales, déficit en la educación permanente, desmotivación relacionada con malas condiciones laborales, baja remuneración, complejidad lingüística y comunicación ineficaz del equipo(18).

Cabe destacar que el enfermero profesional tiene la responsabilidad primordial de educar y preparar tanto al paciente como su plan de cuidados, al mismo tiempo que capacita a su equipo para que ellos también puedan realizarlo. Cuando la información no está registrada, se considera que no fueron realizadas(18-20).

Una forma de asegurar que el equipo multidisciplinario actúe de manera adecuada en la toma de decisiones, alinee la conducta y, por lo tanto, mejore la atención, ofreciendo mayor seguridad al paciente hospitalizado, es adoptar de normas y protocolos basados en evidencia científica(19 -20).

Se describe la relevancia de difundir entre los profesionales de la salud la magnitud que tienen los registros en las historias clínicas tanto en la calidad de la atención como en el ámbito legal. Los gestores de salud deben mirar más de cerca el resultado del producto hospitalario generado por el cuidado brindado por el enfermero, que se

perfila como protagonista del cuidado(15).

Como factor limitante del estudio, cabe mencionar la descripción de un único escenario de investigación, ya que los resultados encontrados pueden ser diferentes de los de otras instituciones.

CONCLUSIÓN

O prontuário do paciente é um dos principais instrumentos utilizados dentro da assistência principalmente no que tange ao profissional enfermeiro. Por meio dos registros se estabelece uma comunicação contínua entre os profissionais, além de se tratar de um documento legal e um respaldo para toda a equipe⁽¹²⁾.

O período de internação, principalmente dentro dos setores pediátricos, possui média de 10 dias, variando para mais ou para menos, de acordo com o diagnóstico da criança. Portanto, afirma-se que existe um longo período de exposição aos cuidados de enfermagem e, conseqüentemente, aos registros realizados pelo profissional enfermeiro, fato que reforça a necessidade destes serem realizados de forma adequada a fim de favorecer a comunicação interprofissional⁽¹³⁾.

Dentro da rotina assistencial do enfermeiro, além da mensuração de cuidados básicos relacionados à higiene, controle de peso e de dispositivos, tem-se, por outro lado, a realização prática do processo de enfermagem (PE), o qual é composto pelas etapas de histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação dos cuidados. O PE se constitui como um marco dentro da assistência, pois fornece evidências seguras para o julgamento clínico e para a tomada de decisões diante do diagnóstico do paciente, além de ser o principal indicador de anormalidades durante a internação do mesmo⁽¹⁴⁾.

A organização da assistência realizada com individualidade, somado ao

conhecimento científico, enaltece o profissional enfermeiro pelo reconhecimento de que tais parâmetros são fundamentais para o atendimento, pois prevê alterações dos mesmos que permitem a identificação de diversas enfermidades. Ademais, o controle desses parâmetros é essencial para ofertar uma assistência segura e de qualidade⁽¹⁵⁾.

Apesar da importância do PE e consequentemente dos registros dentro dos serviços de saúde, tem-se que em muitas situações estes acabam não sendo realizados de forma adequada, além de não receberem a importância necessária para subsidiar a assistência e para respaldar os profissionais que estão atuando diretamente nos cuidados⁽¹⁶⁾.

A falta de registro e até a inadequação dos mesmos resulta em atrasos na assistência direta e na tomada de decisão sobre o tratamento do paciente⁽¹⁷⁾. Ao mesmo tempo, essa situação vai de encontro ao próprio código de ética da profissão, ao afirmar que é dever e responsabilidade do enfermeiro e da equipe de enfermagem registrar informações relativas à sua assistência no prontuário e em outros documentos próprios da enfermagem⁽¹⁷⁾.

Além da falta de anotações também se destacam como falhas ou inadequações do processo de registro a ausência de hora do cuidado, a identificação do profissional responsável, rasuras, dificuldade na caligrafia, impossibilitando entender o que estava escrito e incompletudes nos registros de enfermagem⁽¹⁸⁾.

Em relação aos motivos pelos quais os registros não são realizados de forma adequada, encontra-se a alta demanda dos serviços, a sobrecarga de trabalho, número insuficiente de profissionais, déficit de educação permanente, falta de motivação relacionada às péssimas condições de trabalho, baixa remuneração, complexidade da linguagem e comunicação ineficaz da equipe⁽¹⁸⁾.

Ressalta-se que o profissional enfermeiro possui a responsabilidade

primária de educar e preparar tanto o paciente quanto o seu plano de cuidados, ao mesmo tempo em que capacita sua equipe para que esta também o realize. Quando essas informações não estão registradas, entende-se que as mesmas não foram realizadas⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

Uma forma de garantir que a equipe multiprofissional aja de forma adequada na tomada de decisões, alinhe as condutas e, dessa forma, qualifique os cuidados, oferecendo maior segurança para o paciente hospitalizado, é a adoção de normas e protocolos baseados em evidências científicas⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Retrata-se a relevância de se difundir entre os profissionais de saúde a magnitude que os registros em prontuários possuem tanto na qualidade da assistência quanto no meio jurídico. Os gestores em saúde devem olhar com maior atenção para o resultado do produto hospitalar gerado pela assistência conduzida pelo enfermeiro, a qual se configura como a protagonista do cuidado⁽¹⁵⁾.

Como fator limitante do estudo, destaca-se a retratação de um único cenário de pesquisa, pois os resultados encontrados podem denotar distanciamento de outras instituições.

CONCLUSÃO

Uno de los indicadores de la calidad de la atención en salud son los registros de enfermería, especialmente los de los enfermeros. Se observó, en general, que los registros de los enfermeros reflejaban una atención deficiente, ya que no fueron clasificados como registros de calidad. Se destaca la importancia de sensibilizar al equipo, para promover una asistencia basada en los principios de gestión de la calidad.

Otro punto a considerar es la inclusión del tema de manera pertinente en el cursado de la carrera, para que los enfermeros ingresen al mercado laboral

con los conocimientos suficientes para asegurar que tanto la documentación de la atención como el cuidado del paciente se realicen con el mismo esmero.

REFERENCIAS

1. Adereti CS, Olaogun AA. Use of electronic and paper-based standardized nursing care plans to improve nurses' documentation quality in a nigerian teaching hospital. *Int J Nurs Knowl* [Internet]. 2019 [Cited 2019 jun 15];30(4):219–27. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30525306/> doi: 10.1111/2047-3095.12232
2. González-Samartino M, Delgado-Hito P, Adamuz-Tomás J, Cano MFV, Creus MC, Juvé-Udina M-E. Precisión y exhaustividad del registro de eventos adversos mediante una terminología de interfase. *Rev da Esc Enferm da USP* [Internet]. 2018 [Cited 2019 jun 15]; 52:1–7. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100406 doi:10.1590/s1980-220x2017011203306
3. Linch GFC, Lima AAA, Souza EN, Nauderer TM, Paz AA, Costa C. An educational intervention impact on the quality of nursing records. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2017 [Cited 2019 jun 15]; 25:(e2938). Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/0104-1169-rlae-25-e2938.pdf> Doi: 10.1590/1518-8345.1986.2938
4. Lindberg MH, Venkateswaran M, Khader KA, Awwad T, Ghanem B, Hijaz T, et al. ERegTime, efficiency of health information management using an electronic registry for maternal and child health: Protocol for a time-motion study in a cluster randomized trial. *J Med Internet Res* [Internet]. 2019 [Cited 2019 jun 15]; 21(8):1–15. Available from: <https://www.researchprotocols.org/2019/8/e13653/> doi: 10.2196/13653
5. Mihaljevic AL, Schmidt J, Mitzkat A, Probst P, Kenngott T, Mink J, et al. Heidelberger interprofessionelle ausbildungsstation (HIPSTA): a practice-and theory-guided approach to development and implementation of germany's first interprofessional training ward. *GMS J Med Educ* [Internet]. 2018 aug [Cited 2019 jun 15]; 35(3):1–22. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30186943/> doi: 10.3205/zma001179
6. Cabero MJ, Guerra JL, Gaité L, Prellezo S, Pulido P, Álvarez L. La experiencia de implantar la norma ISO 9001:2015 para certificar una unidad hospitalaria de urgencias pediátricas. *J Healthc Qual Res* [Internet]. 2018 [Cited 2019 jun 15];33(4):187-92. DOI: 10.1016 / j.jhqr.2018.02.005
7. Conselho Federal de Enfermagem. Guia de recomendações para registros de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem [e-book]. Brasília: COFEN; 2016. [cited 2020 nov 17]. Available from: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/RESOLU%C3%87%C3%83O-COFEN-N%C2%BA-0514-2016-GUIA-DE-RECOMENDA%C3%87%C3%95ES-vers%C3%A3o-web.pdf>
8. Haddad MCL, Évora YDM. Qualidade da assistência de enfermagem: a opinião do paciente internado em hospital universitário público. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2009 [Cited 2019 jun 15]; Suplem. 1:45-52. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6559> doi: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v7i0.6559>
9. Saube R, Horr L. Auditoria em enfermagem. *Rev Ciênc Saúde*. 1982;1(1):23.

10. Cianciarullo Ti, Fugulin Fmt, Andreoni S. C & Q: teoria e prática em auditoria de cuidados. São Paulo: Ícone; 1998. 197p.
11. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EDUSP; 1979. 99 p.
12. Carneiro SM, Dutra HS, Costa FM, Mendes SE, Arreguy-Sena C. Uso de abreviaturas nos registros de enfermagem em um hospital de ensino. Rev Rene [Internet]. 2016 [Cited 2019 jun 15];17(2):208-16. doi: 10.15253/2175-6783.2016000200008
13. Parente JSM, Silva FRA. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes internados na clínica pediátrica em um hospital universitário. Rev Med da UFC [Internet]. 2017 [Cited 2019 jun 15]; 57(1):10. Available from: <http://periodicos.ufc.br/revistademedicinadaufc/article/view/19819>
14. Souza VR, Queluci GC, Soares RS, Mendonca AR, Dias SFC. Checklist of Physical Examination: contributions to the teaching of the Fundamentals of Nursing. Rev Enferm Atual [Internet]. 2018 [cited 2019 Jan 18]; 86:1-8. Available from: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/75/386>
15. Teixeira CC, Boaventura RP, Souza ACS, Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Bachion MM, et al. Vital Signs Measurement: an Indicator of Safe Care Delivered To Elderly Patients. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2015 [cited 2019 Jan 18];24(4):1071-8. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000401071
16. Silva TG, Santos RM, Crispim LMC, Almeida LMWS. Conteúdo dos registros de enfermagem em hospitais: contribuições para o desenvolvimento do processo de enfermagem. Enferm Foco [Internet]. 2016 [Cited 2019 jun 15];7(1):24-7. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resolve/pt/biblio-1028236>
17. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 311, de 8 de fevereiro de 2007. Aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2007 Nov 17 [cited 2020 nov 17]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007_4345.html
18. Ferreira LL, Chiavone FBT, Bezerril MS, Alves KYA, Salvador PTCO, Santos VEP. Análise dos registros de técnicos de enfermagem e enfermeiros em prontuários. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020 [cited 2020 nov 17];73(2):e20180542. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672020000200156&script=sci_arttext&lng=pt
19. Mena LS, Silva RC, Porto AR, Zillmer JGV, Barcellos CRB. Peripherally inserted of central catheter of in neonatology: potentials and fragilities according to nurses' perspective. Ciênc Cuid Saúde [Internet]. 2019 [cited 2020 nov 17];18(4):0-3. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resolve/pt/biblio-1120020>
20. Vieira GLC, Campos IML, Fernandes BS, Ladeira AG, Pimenta EF. Falls among children and teenagers in hospitals: an integrative literature review. RECOM. 2019; 9(e2709):1-9. doi: 10.19175

Recibido: 09/10/2020
Revisado: 11/11/2020
Aprobado: 10/12/2020