

Calidad de los registros de enfermería Sanatorio Allende cerro en el año 2019.
Quality of nursing reports Sanatorio Allende cerro in the year 2019.
Qualidade dos relatórios de enfermagem Sanatorio Allende cerro no ano 2019.

Autores
Nora Suarez¹
Ana Caputo²
Facundo Cruz³

Resumen: los registros de enfermería son un fiel reflejo de las actividades que el profesional de enfermería realiza de los cuidados que se brindan y de cuanta dedicación y empeño otorga en favor de lograr el bienestar del paciente. En ellos se debe dejar constancia no solo de los signos vitales, sino también dejar reflejada la visión holística que el enfermero aplica a cada uno de sus pacientes como seres únicos. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, evaluativo y retrospectivo, constituido por los registros realizados por el personal de Enfermería en las historias clínicas de los pacientes internados en el internado general del Sanatorio Allende Cerro en Agosto/septiembre de 2019. La selección de la unidad de análisis fue por muestreo aleatorio simple. Se realizó auditoría de los registros de Enfermería de 13 historias clínicas desde el momento de ingreso a la institución hasta el egreso del mismo, constituyendo un total de 208 registros de Enfermería. Esta investigación determinó que 10 de 15 indicadores que se propusieron para valorar la calidad de nuestros registros fueron clasificados como escasamente adecuado, lo que refleja la necesidad de centrar la atención en mejorar la calidad de nuestros registros de enfermería, ya que estos son documentos sobre actos y conductas profesionales que conllevan a responsabilidades de índole profesional y legal.

Palabras Clave: auditoría de Enfermería, registros de Enfermería, calidad.

Abstract: the nursing records are a faithful reflection of the activities that the nursing professional performs of the care provided and how much dedication and commitment he grants in favor of achieving the patient's well-being. They should record not only the vital signs, but also reflect the holistic vision that the nurse applies to each of his patients as unique beings. An observational, descriptive, evaluative and retrospective study was carried out, consisting of the records made by the Nursing staff in the clinical records of the patients admitted to the general ward of Sanatorio Allende Cerro in August / September 2019. The selection of the unit of analysis was by simple random sampling. Nursing records were audited for 13 medical records from the moment they entered the institution until they left the institution, constituting a total of 208 Nursing records. This investigation determined that 10 of 15 indicators that were proposed to assess the quality of our records were classified as poorly adequate, reflecting the need to focus attention on improving the quality of our nursing records, since these are documents about professional acts and behaviors that lead to professional and legal responsibilities.

Keyword: nursing audit, nursing Records, Quality, Electronic Records.

¹ Lic. en enfermería, supervisora del turno noche. S. Allende, Cerro, Córdoba.

²Lic. Especialista en enfermería en el cuidado del paciente crítico. S. Allende, Cerro, Córdoba. Correo: analauracaputo@hotmail.com

³Lic. en Enfermería. Enfermero de cuidado directo de UTI. S. Allende, Cerro, Córdoba.

Resumo: os registros de enfermagem refletem fielmente as atividades que o profissional de enfermagem realiza dos cuidados prestados e quanta dedicação e comprometimento ele concede em prol do bem-estar do paciente. Eles devem registrar não apenas os sinais vitais, mas também refletir a visão holística que a enfermeira aplica a cada um de seus pacientes como seres únicos. Foi realizado um estudo observacional, descritivo, avaliativo e retrospectivo, composto pelos registros realizados pela equipe de Enfermagem nos prontuários dos pacientes internados na enfermaria geral do Sanatório Allende Cerro em agosto / setembro de 2019. A seleção da unidade de A análise foi realizada por amostragem aleatória simples. Os prontuários de enfermagem foram auditados em 13 prontuários, desde o momento em que entraram na instituição até a saída da instituição, constituindo um total de 208 prontuários. Esta investigação determinou que 10 dos 15 indicadores propostos para avaliar a qualidade de nossos registros foram classificados como inadequados, refletindo a necessidade de focar a atenção na melhoria da qualidade de nossos registros de enfermagem, uma vez que são documentos sobre atos e comportamentos profissionais que conduzem responsabilidades profissionais e legais.

Palavras-chave: auditoria de enfermagem, registros de enfermagem, qualidade, registros eletrônicos.

Introducción

La valoración es la primera fase del proceso de atención de enfermería, es considerada base y la piedra angular para obtener la información que lleve a formular el diagnóstico de enfermería, y a partir de este a proponer y ejecutar intervenciones y finalmente la evaluación.¹

Es un proceso activo, dinámico que requiere conocimientos científicos, sensibilidad profesional para recoger datos, interpretarlos y darle un significado ajustado y veraz. Ayuda a identificar los factores y las situaciones que guían la determinación de problemas - presentes, potenciales o futuros- en individuos o grupos.²

Los registros de enfermería se pueden definir como un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario, son fundamentales ya que son testimonio documental sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente al paciente, su tratamiento y su evolución.³

Los registros de enfermería deben reflejar la calidad de atención brindada, así mismo la Organización Mundial de Salud (OMS) la define como un “conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del usuario y del servicio médico, logrando un resultado con el mínimo riesgo de efectos, y la máxima satisfacción del usuario.”⁴

La calidad en la atención de enfermería se define como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y

eficiente que brinda el personal de enfermería de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable; con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador del servicio. Es un concepto complejo que comprende la asistencia acorde con el avance de la ciencia, a fin de implantar cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y asegurar su continuidad. A nivel internacional, la tendencia es crear nuevas estrategias que permitan garantizar la seguridad del paciente, evidenciar la calidad de atención y facilitar la creación de indicadores de evaluación.⁵

En consecuencia, la calidad de la información registrada, influye en la efectividad de la práctica profesional, por tanto, los registros de enfermería deben cumplir unos estándares básicos que favorezcan la eficacia de los cuidados en las personas y legitiman la actuación del profesional sanitario, como principios éticos, profesionales y legislativos fundamentales, como el derecho a la intimidad, confidencialidad, autonomía y a la información del paciente.³ Sumado a esto los registros deben algunas normas tales como: *Orden cronológico de las anotaciones - Precisión - Conciso - Completo - Legibilidad - Ausencia de vaguedades - Científico*, dichos informes deberán ser firmados por el profesional de enfermería que los realiza.^{6 7}

Para decidir en qué medida se logra satisfacer las necesidades de los usuarios en cuanto a la calidad de atención es preciso determinar cuáles son los indicadores de evaluación de calidad a tener en cuenta, estos constituyen la variable o conjunto de variables susceptibles de ser medidas, que permite identificar y comparar el nivel o estado de un aspecto o área determinada. Son la base objetiva para realizar la evaluación de las actividades del sistema de prestación de salud, detectar desviaciones de lo esperado y tomar decisiones sobre el tipo de medidas dirigidas al mejoramiento continuo de la calidad de la atención.

La monitorización de indicadores de calidad en enfermería, debe ser una actividad planificada y sistemática para identificar oportunidades de mejora o situaciones que deben ser estudiadas en profundidad. Es una puerta de entrada a la dinámica de los ciclos de mejora y un componente ineludible de las actividades de diseño o planificación de la calidad.⁸

Tales registros se encuentran en la institución donde se desarrolla la presente investigación en la Historia Clínica informatizada, ésta es una herramienta que nos permite registrar y gestionar los cuidados prestados a los pacientes en tiempo real. El modelo de atención de enfermería dentro de la institución de salud es el de *Virginia Henderson* quien define a la enfermería en términos funcionales y afirma que: *“la única función de la enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), y que él realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”*

Este proyecto de investigación pretende ser útil para el desarrollo de la profesión de enfermería en cuanto al aumento

del conocimiento del registro de los cuidados de enfermería brindados a los pacientes internados.

Objetivo General: evaluar los registros realizados por el personal de enfermería en las historias clínicas de los usuarios del Sanatorio Allende Cerro en el año 2019.

Objetivos Específicos: determinar si los registros de enfermería respetan los criterios establecidos en cuanto a estructura. Establecer si los registros de enfermería ajustan a los criterios establecidos en cuanto a contenido. Valorar la calidad de los registros de enfermería.

Material y método

Tipo de Estudio: observacional, descriptivo, evaluativo y retrospectivo.

Unidades de Análisis los registros electrónicos realizados por el personal de enfermería en las historias clínicas de los pacientes del internado general del Sanatorio Allende Cerro en agosto/septiembre de 2019. La selección de las unidades de análisis fue por muestreo aleatorio simple. Se realizó auditoría de los registros de enfermería de 20 historias clínicas, desde el momento de ingreso a la institución hasta el regreso, constituyendo un total de 208 registros de enfermería analizados

Criterios de inclusión: todas las historias clínicas de los usuarios dados de alta que hayan permanecido en el internado general del Sanatorio Allende Cerro en el periodo agosto/ septiembre de 2019.

Criterios de exclusión: Aquellas historias clínicas que se encuentren en movimiento al momento de recolectar los datos, asimismo se excluirán las historias clínicas de usuarios menores de 18 años de edad.

Variables: se tendrán en cuenta dos tipos de variables, variables de estructura y variables de contenido.

Variables de estructura: son todos aquellos indicadores que dan forma a la organización de la información que se detalla en cada registro de Enfermería. **Indicadores:** *Objetividad:* de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, la información que refiere el paciente o familiar. *Orden cronológico de las anotaciones:* en tiempo real a medida que transcurre el turno. *Precisión:* los hechos deben anotarse de forma clara y concisa. Deben expresar las observaciones en términos cuantificables describiendo los hallazgos de manera meticulosa: tipo, forma, tamaño y aspecto. *Conciso:* se debe redactar los hechos tal y como ocurren. *Completo:* no se debe omitir información. *Legibilidad y claridad:* deben ser claros y legibles, correctas ortográfica y gramaticalmente. Usar sólo abreviaturas de uso común y evitar aquellas que puedan entenderse con más de un significado. *Científico:* se debe redactar con terminología apropiada, con conocimiento técnico que refleje la competencia del profesional. *Firma:* dichos informes deberán ser firmados por el profesional de enfermería que los realiza.

Variables de Contenido: expresaran los informes de ingreso, alta, evolución y adherencia la modelo de cuidado.

Ingreso al internado general: la primera variable a considerar es si

en los registros se realiza la valoración del paciente al ingresar al internado general ya sea desde la guardia central o si proviene desde otra área o unidad dentro de la institución.

Alta sanatorial, egreso del internado general: Así mismo es necesario determinar si al momento de realizarse el alta sanatorial o traslado del paciente a otra área o unidad dentro de la institución se deja registro del procedimiento, estado del paciente y cuidados oportunos.

Además, en este grupo de variables se tendrá en cuenta que en los registros de enfermería contengan los cuatro indicadores de calidad, referidos a la seguridad del paciente internado: *Caídas:* deberá registrarse el grado de conciencia, movilidad, dependencia del paciente y riesgo de caídas, así como si permanece al cuidado del familiar o acompañante. *Medicación segura:* constancia de la administración segura de medicamentos, si el paciente es alérgico a medicamentos y si presenta la identificación correspondiente. *Identificación: registrar y garantizar los datos para confirmar la identidad del paciente. *Úlceras por decúbito:* valorar y registrar la presencia de úlceras por decúbito, su localización y grado, las curaciones realizadas para poder darle seguimiento a la evolución de las mismas.

Virginia Henderson: los cuidados de enfermería registrados en base a las 14 necesidades y su resolución.

Instrumento: los datos fueron volcados en una lista de cotejo realizada a fin de poder registrar las observaciones de las unidades de análisis observadas. Donde:

Siempre: 100% correctos.

Casi siempre: corresponde a un rango comprendido entre 67 y 99% correctos.

A veces: corresponde a un rango comprendido entre 34 y 66% correctos.

Casi nunca: corresponde a un rango entre 1 y 33 % correctos.

Nunca: corresponde a que los indicadores no están registrados.

Para valorar la calidad de los registros de enfermería se realizó una subdivisión en categorías según rangos de ponderación:

Escasamente adecuado: corresponde a un rango comprendido entre 1 y 33%.

Adecuado: corresponde a un rango comprendido entre 34 y 66%.

Ampliamente adecuado: corresponde a un rango comprendido entre 67 y 100%.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados de los 208 registros de enfermería de intervinieron en este estudio. Los mismos fueron organizados en función de los objetivos planteados.

Objetividad: Cabe destacar que al realizar el análisis de los datos obtenidos en esta variable observamos que el 38,5% siempre son objetivos, sin embargo en el 61,5% de los registros observados la información que refiere el paciente o familiar no se encuentra enmarcada entre comillas. El rango correspondiente a “casi siempre.”

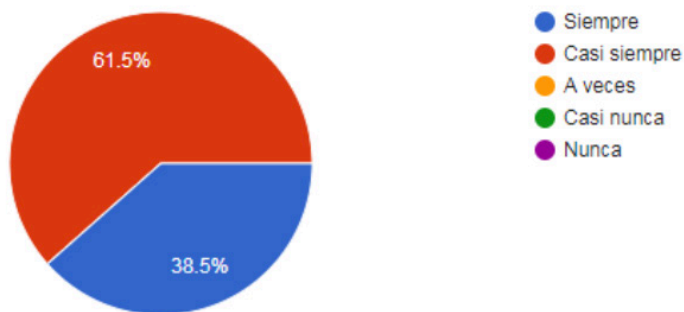


Figura N° 1
Distribución de la objetividad en los registros de enfermería del internado general del Sanatorio Allende Cerro en el periodo agosto/septiembre del 2019.

Orden cronológico de las anotaciones: se observó que en el 76,9 % de los registros el orden cronológico casi nunca está presente, en un 15,4 % a veces y un 7,7 % casi siempre presentan orden cronológico.

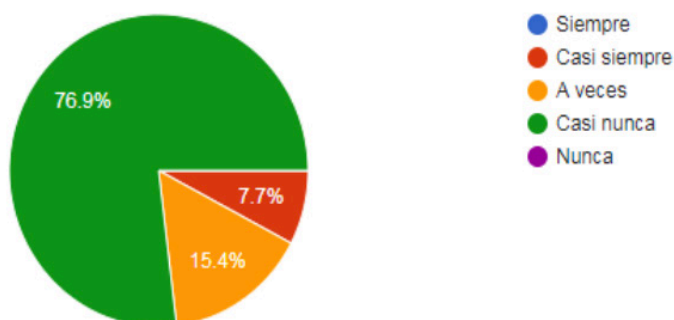


Figura N° 2
Distribución del orden cronológico en las anotaciones de enfermería del internado general del Sanatorio Allende Cerro en el periodo agosto/septiembre del 2019.

Precisión: en un 23,1% a veces registraron sus hallazgos de manera precisa, un 23,1% nunca describe las características de los hallazgos y en el 53,8% de los registros observados casi nunca son expresados de manera meticulosa. Un ejemplo fue que se registraba que existía un drenaje y se cuantificaba su débito, no las características de lo drenado.

Conciso: un 30.8% de los registros casi siempre cumplen con el indicador conciso, un 30.8% a veces, un 23.1% siempre son concisos y el 7.7% casi nunca y nunca se redactaron de dicha manera.

Completo: de los registros observados 38,5 % nunca estuvieron completos y en un 61,5% casi nunca estaban completos. La información omitida se observa en los traslados del paciente, presencias de drenajes o sondas, procedimientos y curaciones realizadas, higiene del paciente, entre otros.

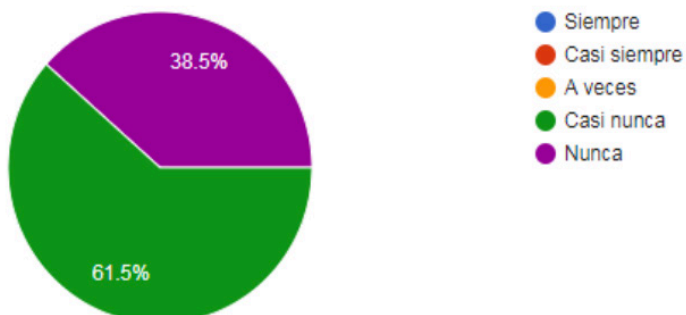


Figura N° 3
Distribución de la variable Completo en los registros de enfermería del internado general del Sanatorio Allende Cerro en el periodo agosto/septiembre del 2019.

Legibilidad y claridad: el 23,1 % de los registros valorados siempre son claros y legibles, en un 46,2% casi siempre y en un 30,8% a

veces, dado sobre todo por el uso de abreviaturas poco comunes y errores ortográficos.

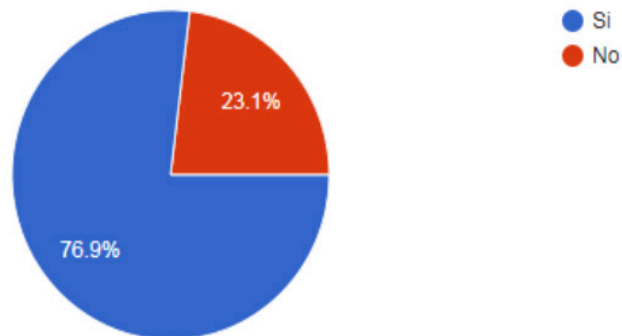
Científico: en un 53,8% de los registros valorados siempre se observó el uso de terminología científica y en un 46,2 % a veces

Firma, legajo y matrícula: el 100% de los registros presentaban número de legajo, la firma en un 53,8% de los registros nunca estuvo presente y un 46,2 % casi nunca matrícula profesional.

El segundo objetivo es determinar si los registros de enfermería en las historias clínicas respetan los criterios establecidos en cuanto a contenido.

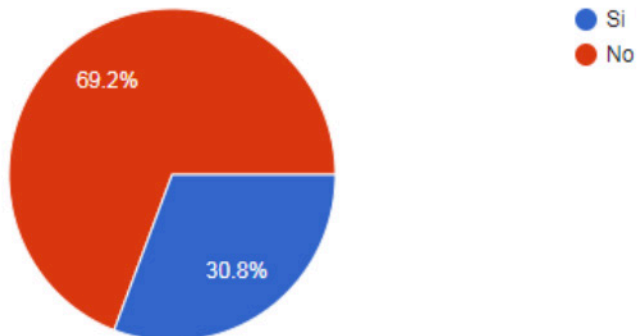
Ingreso: un 76,9% de los registros presenta valoración del paciente al ingresar al internado general y el resto, 23,1% no presento registro de ingreso.

Figura N° 4
Distribución de la variable Ingreso en los registros de enfermería del internado general del Sanatorio Allende Cerro en el periodo agosto/ septiembre del 2019.



Alta: el 69,2 % de los registros no constata el alta u egreso del paciente y un 30,8% si registra el alta del paciente.

Figura N° 5
Distribución de la variable Alta sanatorial, egreso del internado general en los registros de enfermería del internado general del Sanatorio Allende Cerro en el periodo agosto/ septiembre del 2019.



Identificación: un 69,2% de los registros expresa siempre el control de la pulsera de identificación del paciente y un 30,8% a veces lo registraban.

Medicación segura: en un 23 % se realizó a veces registro adecuado de la medicación segura, un 46,2 % casi siempre lo registró y un 30,8 % siempre realizó registro de medicación segura.

Caídas: la valoración del riesgo de caídas fue en un 15,4 % de los registros siempre lo valoraban, el 46,2 % corresponde a los registros que a veces valoraban y un 15,3 casi nunca registraron del riesgo de caídas.

Ulceras por presión: el 92,3% de los registros siempre valoraron este riesgo.

Virginia Henderson: en cuanto a esta variable podemos observar que el 69,2 % tenía siempre cinco o más necesidades registradas (1.Respirar normalmente, 2.Comer y beber adecuadamente, 3.Eliminar por todas las vías corporales, 4.Moverse y mantener postura, 5.Dormir y descansar) el 7,7% de los registros casi siempre registraban las cinco y un 23.1 % casi nunca registró las cinco necesidades fisiológicas.

Discusión

En el presente estudio, más de la mitad (52.4%) de los registros observados se consideran que son legibles, estos resultados se asemejan con el estudio realizado por Piquero Lazo, Romero Ponce y Díaz Pérez que refleja un porcentaje del 52.27%. También cabe destacar que la variable preciso en ambos estudios tiene porcentajes cercanos, 17.31% para este estudio y 20.45 % para el otro. Al comparar la variable Orden cronológico ocurre algo similar, en este estudio resultó el 35% y un 29.54% para el antes mencionado.¹⁰

Conclusiones

Esta investigación determinó que diez indicadores de calidad de los registros fueron clasificados como escasamente adecuados. En cuanto a la estructura, los aspectos positivos se observan en relación a la descripción de la situación actual de los pacientes, y, las falencias en falta de lenguaje y terminología apropiada. En relación a los riesgos de seguridad de pacientes el índice más alto se vio en el registro de riesgos de caída. Se constató un bajo índice en cuanto al registro del alta o egreso del internado general. Los rangos de ponderación de la valoración de la calidad muestran que los registros se ubican en el rango de escasamente adecuado.

Recomendaciones

Basándonos en los resultados obtenidos, proponemos confeccionar un plan de capacitación tendiente a implementar medidas correctivas en la confección de los Registros de Enfermería y así mejorar la calidad y continuidad de la información que proporcionan los mismos.

Las áreas detectadas como oportunidad de mejoras por esta investigación son:

En cuanto a Estructura: orden cronológico de las anotaciones, utilización de terminología científica.

En cuanto a Contenido: alta o egreso del internado general y medicación segura.

Así mismo proponemos realizar auditorías de los registros de enfermería, con el fin de evaluar la calidad de los mismos de manera sistemática.

Bibliografía

1. Correa Argueta, E; Verde Flota, E y Rivas Espinoza, J.G. Valoración de Enfermería basada en la filosofía de Virginia Henderson. 2016. Revisada en http://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/valoracion_de_enfermeria.pdf. Revisada el 25/04/2019.

2. Roldan de T, A y Fernández de S, M. S. Proceso de atención de Enfermería. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5331980.pdf>. 1999. Revisada 18/05/2019.
3. Martínez Ques, A.A. Aspectos legales y prácticos de los registros de enfermería. *Revista Gallega de Actualidad Sanitaria*. Marzo 2004; Vol. 3(1):54-59.
4. S. B'Chara Graciela, *Seguridad del paciente: Calidad del cuidado de Enfermería*. *Revista Historia y vida*, 9 MAYO, 2017 en <http://www.sanjuandedios.com/historiayvida/seguridad-del-paciente-la-calidad-del-cuidado-enfermeria/> Revisada el 29 de Septiembre 2019
5. Messarina Santolalla Percy A. "Calidad de atención del personal de salud y satisfacción del paciente en el servicio de resonancia magnética del Hospital de Alta Complejidad Trujillo, 2015" en: *Dialnet-CalidadDeAtencionDelPersonalDeSaludYSatisfaccionDe-6181530%20(1).pdf*
6. Dirección de Enfermería. Normativa cumplimentación de registros. Hospital universitario central de Asturias. año 2009. Ed. 2. http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/Normativa%20cumplimentacion%20de%20registros%20de%20enfermeria.pdf. Revisado el 13/06/2019
7. Piquero Lazo, E. M.; Romero Ponce L y Díaz Pérez Y. Auditoría de los registros de enfermería de los casos egresados de la sala A docente del primer trimestre del 2014.
8. Fabré Naldi et all en "Calidad en Enfermería: su gestión, implementación y medición". *Revista Médica Clínica Las Condes*. Volume 29, Issue 3, May-June 2018, Pages 278-287 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864018300567#bib0095>
9. Garcia Ramirez, S; Navío Marco, A.M. y Valentin Morganizo, L. Normas básicas para la elaboración de los registros de Enfermería. *Nure Investigación*, nº 28, Mayo- Junio 07. Revisada el 29/06/2019 en: www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/download/335/326
10. Piquero Lazo Elsa María Romero Ponce Lisset. Díaz Pérez. Yenisey Auditoria de los registros de enfermería de los casos egresados de la sala A docente del primer trimestre del 2014 . Disponible en: <https://instituciones.sld.cu/hfandrade/files/2014/07/Auditoria-de-los-registros-de-enfermer%C3%ADa-.pdf>