



ORIGINALES

Calidad de los registros clínicos de enfermería de una Unidad de Terapia Intensiva – Neonatal

Quality of the clinical nursing records of a Neonatal - Intensive Care Unit

Judit Figueira Teuly¹

Carlos J Canova Barrios^{1,2}

Marcelo Garrido³

Alberto Damián Tallarita³

Vivian Boyardi¹

Marina Concepción Elizabeth Cisneros³

¹ Facultad de Enfermería. Universidad de Ciencias Sociales y Empresariales (UCES). Buenos Aires, Argentina. jfigueira@uces.edu.ar; ccanova@uces.edu.ar

² Grupo de Investigación en Ciencias del Cuidado de Enfermería. Universidad del Magdalena. Santa Marta, Colombia.

³ Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Buenos Aires, Argentina.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.508071>

Recibido: 20/01/2022

Aceptado: 9/02/2022

RESUMEN:

Introducción: La historia clínica es un registro para el seguimiento de la asistencia brindada por los profesionales de la salud, el cual tiene implicaciones legales y profesionales y es considerado la piedra angular del sistema de información hospitalario. Este ha de reunir una serie de características o requerimientos en cuanto a contenido, orden, normalización documental y legibilidad, los cuales en la práctica de la enfermería permiten relacionar los conocimientos científicos y la práctica clínica.

Objetivo: Medir la calidad de los registros de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva – Neonatal de una institución pública de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Método: Estudio observacional, analítico y transversal. Se analizaron 396 clínicos de enfermería, seleccionados por medio de muestreo aleatorio. Se utilizó una grilla de cotejo para identificar el cumplimiento de los requisitos de calidad del registro determinados según los requisitos legales e institucionales.

Resultados: Se halló un cumplimiento general de los criterios de calidad del 71.95% promedio (cumplimiento mínimo), siendo las áreas de prioritaria intervención el registro de los diagnósticos de enfermería y la respuesta ante los cuidados enfermeros. El turno y el nivel formativo mostró relación con mejores índices generales en las distintas dimensiones.

Conclusiones: Se espera que los resultados del presente estudio puedan aportar a la identificación de áreas de intervención para mejorar el registro de los cuidados y actividades realizadas por los profesionales enfermeros, a la vez, que se busca aumentar los recursos para el abordaje de la temática.

Palabras Clave: Registros de enfermería; Gestión de la calidad; Proceso de enfermería.

ABSTRACT:

Introduction: The clinical history is a record for monitoring the assistance provided by health professionals, which has legal and professional implications and is considered the cornerstone of the hospital information system. This must meet a series of characteristics or requirements in terms of content, order, documentary standardization and legibility which, in nursing practice, allow scientific knowledge as well as clinical practice to be related.

Objective: To measure the quality of the nursing records of the Neonatal Intensive Care Unit of a public institution in the City of Buenos Aires, Argentina.

Method: An Observational, analytical, and cross-sectional study. 396 nursing records, selected by random sampling, were analyzed. A comparison grid was used to identify compliance with the quality requirements of the registry determined according to legal and institutional requirements.

Results: A general compliance with the quality criteria of 71.95% average (minimum compliance) was found, with the priority intervention areas being the recording of nursing diagnoses and the response to nursing care. The shift and the training level showed a relationship with better general indexes in the different dimensions.

Conclusions: It is expected that the results of this study can contribute to the identification of areas of intervention to improve the recording of care and activities performed by nursing professionals, while seeking to increase resources to address the issue.

Keywords: Nursing Records; Quality Management; Nursing Process.

INTRODUCCIÓN

Desde la práctica asistencial se ha referido a la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) como una herramienta fundamental que permite la mejoría en la calidad de atención, al promover los cuidados oportunos y eficientes, mejorando la gestión del cuidado y disminuyendo la posibilidad de errores en la práctica cotidiana ⁽¹⁾. Sin embargo, este proceso amerita de la generación de información confiable sobre nuestras acciones, siendo en la práctica hospitalaria la historia clínica el documento sobre el que nuestras acciones se vuelcan, siendo más específicos, el registro clínico de enfermería, por lo cual se hace imperativo el análisis de los procesos de registro como una primera instancia para la valoración de la práctica basada en la evidencia.

El proceso de registro se encuentra regulado por estatutos que buscan asegurar la seguridad del paciente. En la República Argentina, el capítulo IV de la Ley 26 529 del 2009, Ley de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado establece aspectos referidos a la estructura del registro de la Historia Clínica (HC) que abarcan los datos que deben asentarse y otros aspectos legales como la integridad, unicidad, inviolabilidad, legitimación, acceso y las sanciones que corresponden a quien incumpla las obligaciones de la legislación ⁽²⁾.

A nivel de la estructura, la legislación argentina menciona que en la HC se debe asentar la fecha de inicio de confección del registro, los datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar, datos del profesional interviniente, antecedentes de interés (genéticos, fisiológicos, y patológicos), todo acto médico realizado (suministros de medicamentos, prácticas, estudios principales y complementarios, diagnóstico, pronóstico, evolución, entre otros) y se refiere que han de ser claros, precisos, completos y legibles ⁽²⁾. Es importante reconocer que los profesionales de enfermería en conjunto con los otros profesionales sanitarios son los encargados de la atención del paciente, así como de las entradas al registro y de la información que se omite, y que como se menciona en la legislación, el no cumplimiento acarrea sanciones y constituye un riesgo en el aseguramiento de la calidad de la atención sanitaria.

Un historial médico preciso, no solo mejora la comunicación eficaz a través de la continuidad en la atención, sino que impacta positivamente sobre la calidad de la atención al paciente, protegiéndolo de posibles daños relacionados con el cuidado de la salud ⁽¹⁾.

Desde la disciplina enfermera, se ha referido que la documentación debe ser sucinta, sistemática y cronológica, siguiendo las fases del Proceso Enfermero (PE), dado que permite la posibilidad de evaluar de forma sistemática los problemas de salud, tanto reales como potenciales, negativos y positivos, de la persona y su familia, con la finalidad última, de satisfacer las necesidades en salud que fueren detectadas ⁽³⁾. El PE, surge a mediados del siglo XX, y permitió la adopción de un esquema lógico de actuación para los profesionales enfermeros, orientado hacia la prestación del cuidado de la salud de los sujetos ⁽⁴⁾. Este, se halla integrado por cinco fases que son la Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación, y representan la forma lógica y secuencial para la posterior documentación de los cuidados. El profesional de enfermería debe registrar lo que observa, mide e interpreta y lo que experimenta el paciente, el diagnóstico enfermero que de dicha valoración resulta, las intervenciones realizadas (tanto autónomas como en colaboración), y la evaluación de los resultados después de la identificación e intervención de un problema.

Existe un interés creciente sobre el mejoramiento de la calidad de atención sanitaria, las cuales tienen importantes implicaciones en el servicio de salud por lo cual los registros de enfermería deben ser sean precisos y aceptables. Como mencionan diversos autores, los registros diligenciados por el staff de enfermería, se han escrito de manera repetitiva, evidenciando la carencia de datos significativos sobre el estado de salud y la evolución del paciente, y mostrando importantes inexactitudes de relevancia en materia legal ^(5,6). Es importante entonces para el aseguramiento de la calidad de la atención en salud, comprometerse con la seguridad del paciente, siendo los registros clínicos de enfermería un asunto relevante como evidencia para el control de la calidad ⁽⁷⁾.

Actualmente las instituciones de salud adhieren a la práctica del seguimiento y revisión de los registros, dado que sirven como un reflejo de la organización y la calidad de la atención sanitaria ⁽⁸⁾. Por el carácter legal, los registros de enfermería significan un respaldo a la labor de los profesionales de la disciplina; sin embargo, por su variabilidad, complejidad y falta de unificación en los criterios, en muchas oportunidades, no evidencian en lo escrito el cuidado brindado ⁽⁹⁾. Algunos autores resaltan la necesidad de realizar el seguimiento del cumplimiento de calidad de los registros y elaborar un plan de mejora continua ⁽¹⁰⁾. Los estudios vinculados al seguimiento de los registros de enfermería específicamente sirven para evaluar la calidad de la atención prestada por este grupo de profesionales ⁽³⁾.

Un estudio conducido por Rojas y Pastor describió por medio del autorreporte, que el 78,5% de los profesionales de enfermería de Unidades de Terapia Intensiva aplicaba el PE ⁽¹¹⁾. Respecto a las fases, describieron que el 95,4% realizan las actividades de valoración, intervención (87,7%), planificación (75,4%), diagnóstico (61,5%) y evaluación (60%); sin embargo, en estudios que han medido la aplicación del PE y el registro de las actividades, se ha descrito estas no se integran a cabalidad en los mismos, eran omitidas o no había concordancia entre ellas ⁽¹²⁻¹⁴⁾. Además, otros trabajos han descrito que los profesionales enfermeros que se desempeñan en entornos estresantes tienen un 81% menos de probabilidades de implementar el PE,

a la vez, que aquellos con buen manejo y conocimientos sobre el PE tienen 8,38 veces más probabilidades de implementarlo ⁽¹⁵⁾.

Dado que los registros y sus componentes han sufrido variaciones a través de los años, y difieren por sus características entre profesiones, especialidades y también se adecúan a la regulación de cada país, es necesaria la construcción de instrumentos que permitan identificar los componentes necesarios del registro clínico, siendo este el primer desafío en la evaluación de la calidad de los registros.

Por lo anterior, se diseñó el presente estudio con el objetivo de medir la calidad de los registros de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva – Neonatal de una institución sanitaria de carácter público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina a partir de las dimensiones del registro: Estructura y Proceso Enfermero.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Estudio observacional, analítico, de corte transversal y con enfoque cuantitativo.

Población y muestra

La población estuvo constituida por los registros clínicos de enfermería (notas de enfermería) de la Unidad de Terapia Intensiva – Neonatal de una institución sanitaria de carácter público. La muestra fue calculada teniendo en cuenta la fórmula para el cálculo de muestra para poblaciones infinitas y buscando lograr un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. Lo anterior, arrojó la necesidad de realizar 377 observaciones, a las cuales se les sumó un porcentaje de pérdida estimada en 20% de acuerdo con estudios similares, previendo errores humanos en la aplicación de las grillas de cotejo. La muestra final estuvo conformada por 396 observaciones de los distintos turnos (día, noche y fines de semana), cumpliendo con el propósito del trabajo. El muestreo fue probabilístico, aleatorio simple.

Los datos fueron recabados entre el mes de mayo y diciembre de 2019.

Procedimiento

Inicialmente se realizó una búsqueda de estudios relacionados con la temática en distintas bases de datos (Scielo, BVS, Scholar Google y PubMed) en los idiomas inglés y español. Se identificaron las áreas referidas a la calidad de los registros en los diversos trabajos. Esta revisión se complementó con los requisitos referidos en la legislación vigente y con un análisis pormenorizado del formulario de registro clínico de enfermería de la institución.

Bajo los estándares anteriores se confeccionó una versión preliminar del instrumento, desarrollándose una serie de enunciados considerados como críticos y evaluados en una escala dicotómica (Cumple=1 punto, No cumple=0 puntos). Seguido, se determinaron las variables principales que aborda el instrumento: Estructura del registro y Proceso Enfermero. Las dimensiones de la primera fueron Identificación del

paciente y Características del registro, mientras, en la segunda, fueron Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

Para alcanzar la validez del contenido, el instrumento se sometió a una validación por expertos, los cuales fueron considerados en función de su conocimiento y experticia en la temática quienes realizaron observaciones en rondas grupales y revisiones individuales, y que fueron implementadas en el instrumento. Estas, fueron mayormente correcciones semánticas.

La versión final del instrumento quedó conformada por 44 ítems valorados en 40 puntos correspondientes al índice de Eficiencia Global del Registro, el cual surge de la sumatoria de las dos dimensiones: Índice de Eficacia Global (IEG) de la Estructura del registro (18 ítems/18 puntos) y el IEG del Proceso (25 ítems/22 puntos). El instrumento se sometió a una prueba piloto de 6 observaciones que fueron realizadas independientemente por los evaluadores obteniéndose resultados positivos.

Se integró al instrumento preguntas sobre el sexo y nivel de formación del profesional que diligenció el registro, y turno en que fue diligenciado.

Recolección de los datos

Los datos fueron recolectados al finalizar los turnos, de modo que no se intervino sobre el proceso de diligenciamiento de los registros ni en la dinámica laboral de los profesionales. Se implementó una grilla de cotejo en formato físico.

Análisis de la información

La información recolectada fue tabulada en una base de datos en el programa Microsoft Excel y analizada usando el software Infostat v/L (versión 29-09-2020). Se realizó el cálculo de medidas de estadística descriptiva como la frecuencia absoluta (n) y relativa (%). Las relaciones entre variables fueron calculadas mediante las pruebas de U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. Se utilizó la prueba de Chi² (X^2) para identificar independencia entre variables categóricas dicotómicas. Se fijó un nivel de significancia (NS) de $p < 0.05$.

Aspectos éticos

El estudio contó con el visto bueno del Comité de Ética de la Investigación (Res 21/2018) y no se relevaron datos de los pacientes ni datos personales de los trabajadores que diligenciaron el registro para proteger la información personal y/o sensible en consonancia con la legislación vigente.

RESULTADOS

Descripción de la muestra

Fueron incorporados al estudio un total de 466 registros de enfermería, de los cuales, en 396 se encontró correctamente diligenciada la grilla de cotejo, correspondiendo estos valores a la muestra final.

Los registros correspondían a turnos de 6 horas, distribuidos en tres grupos: día y noche de lunes a viernes y 12 horas los fines de semana y feriados, en un total de 285 (72%) de los dos primeros y 111 (28%) observaciones del segundo. Respecto al sexo, 317 registros (80%) fueron diligenciados por mujeres y 79 (20%) por hombres; y sobre el nivel de formación, 270 (68%) fueron diligenciados por Técnicos en Enfermería y 126 (32%) por Licenciados en Enfermería.

Estructura del registro

Al realizar la revisión de la Estructura de los registros, se encontró que los indicadores de mayor cumplimiento en la dimensión *Identificación del paciente* fueron la colocación del Nombre y apellido (99.7%), Edad gestacional al nacer (99.5%), fecha actual (99.3%), cantidad de días de vida (99.2%) y la fecha de nacimiento del menor (99.0%); mientras, la fecha de ingreso, la colocación de la primera y segunda pulsera, fueron las de menor cumplimiento con 69.7%, 70.2% y 69.9% de cumplimiento, respectivamente (Tabla 1).

En la dimensión *Características del registro*, se encontró que la ortografía y gramática correctas fueron los indicadores de mayor cumplimiento con porcentajes de 96.7% y 96.7%, respectivamente. Por otro lado, la hora del registro y el número de matrícula del profesional del cuidado, solo se cumplieron en un 39.4% y 41.4%, respectivamente (Tabla 1).

Tabla 1: Estructura del registro: dimensiones identificación del paciente y características del registro.

Dimensión: Identificación del paciente				
Indicador	Cumple		No Cumple	
	FA	FR	FA	FR
Nombre y apellido	395	99.7%	1	0.3%
Número de HC	370	93.4%	26	6.6%
Número de pulsera 1	278	70.2%	118	29.8%
Número de pulsera 2	277	69.9%	119	30.1%
Días de vida	393	99.2%	3	0.8%
EG al nacer	394	99.5%	2	0.5%
EG Corregida	369	93.1%	27	6.9%
Fecha de nacimiento	392	99.0%	4	1.0%
Fecha de ingreso	276	69.7%	120	30.3%
Fecha actual	393	99.2%	3	0.8%
Peso al nacer	391	98.7%	5	1.3%
Diagnóstico médico	388	97.9%	8	2.1%
Dimensión: Características generales del registro				
Indicador	Cumple		No Cumple	
	FA	FR	FA	FR
Objetividad	271	68.4%	125	31.6%
Gramática correcta	374	94.4%	22	5.6%
Ortografía correcta	383	96.7%	13	3.3%
Corrección de errores	208	52.5%	188	47.5%

Hora del registro	156	39.4%	240	60.6%
Firma y aclaración	334	84.3%	62	15.7%
Número de matrícula	164	41.4%	232	58.6%

Fuente: Elaborada por los autores.

Nota: FA: Frecuencia absoluta, FR: Frecuencia relativa.

Proceso Enfermero

Respecto al registro del Proceso Enfermero, en la dimensión valoración se encontró un cumplimiento promedio del 72.5%. El cumplimiento en el registro de la frecuencia cardiaca, tensión arterial, saturación de oxígeno y peso actual del neonato fueron superiores al 90%, mientras, la tolerancia a la alimentación y la descripción de dos o más sistemas orgánicos fueron registradas en un 20.2% y 35.6%, respectivamente. En la dimensión diagnóstico, el nivel de cumplimiento del registro fue del 0.2%, con solo un registro que incluía al menos un diagnóstico enfermero.

En la planificación y ejecución de las intervenciones enfermeras, se halló que el volumen de ingesta, hidratación parenteral y eliminación fueron registradas en un nivel superior al 95%, mientras, hubo relación entre las intervenciones realizadas por los profesionales enfermeros con los diagnósticos médicos en un 26.3% de los registros.

En relación con las intervenciones realizadas en colaboración con el personal médico, el registro del volumen de transfusiones se registró en el 99.3% de las ocasiones y el registro del volumen de extracción de sangre sólo se registró en el 61.3%. Las intervenciones en colaboración con otros profesionales fueron poco registradas, con índices de cumplimiento que van desde el 4.6% al 40.1%.

Finalmente, en la dimensión evaluación se encontró que el 39.6% describía las respuestas del usuario al cuidado de enfermería manifestados en sus signos vitales y el 35.8% describía la respuesta del usuario a los cuidados enfermeros, en al menos dos sistemas orgánicos.

Análisis inferencial

Se halló que en la dimensión Eficacia Global de la Estructura del registro, el puntaje promedio de la muestra fue de 14.97 de 18 puntos máximo, lo que representa un 83.1% de cumplimiento. Mientras, el índice de la Eficacia Global del Proceso fue de 13.81 en promedio de 22 puntos máximos, representando el 62.77% de cumplimiento. Respecto a la Eficiencia Global del Registro, el puntaje promedio fue de 28.78 de 40 puntos totales, lo que representa el 71.95% de cumplimiento (Tabla 2).

Tabla 2: Índices de Eficacia del registro.

ÍNDICE	Media	DE	Mediana	Mínimo	Máximo
IEG Estructura	14,97	1.54	15	10	18
IEG Proceso	13,81	2.52	14	4	20
IEG del Registro	28,78	3.52	29	17	37

Fuente: Elaborada por los autores. Nota: DE: Desvío estándar.

Al analizar la relación entre las dimensiones del instrumento y el turno de trabajo, se halló que el índice de Eficacia Global de la Estructura del registro fue mejor en el turno noche ($p < 0.001$). La Eficacia del Proceso y la Eficiencia Global del Registro, no mostraron relación con el turno de trabajo (Tabla 3).

Tabla 3: Eficacia del registro y turno de diligenciamiento

IEG Estructura	N	Media	DE	Mediana	p-Value
Turno Noche	183	15.34	1.55	16	
Turno Día	102	14.52	1.56	15	
Turno Fines de semana	111	14.74	1.34	15	<0.001

IEG Proceso	N	Media	DE	Mediana	p-Value
Turno Noche	183	14.07	2.14	14	
Turno Día	102	13.97	3.02	14	
Turno Fines de semana	111	14.54	2.82	14	0.175

IEG del registro	N	Media	DE	Mediana	p-Value
Turno Noche	183	29.44	3.24	30	
Turno Día	102	28.56	4.04	29	
Turno Fines de semana	111	29.28	3.62	29	0,240

Fuente: Elaborada por los autores. Nota: DE: Desvío estándar

Al analizar la calidad del registro y su relación con el sexo de quien lo diligencia, no se detectaron diferencias estadísticamente significativas, por lo que se puede decir que no hay relación entre estas variables (Tabla 4).

Tabla 4: Eficacia del registro y sexo del profesional.

IEG Estructura	N	Media	DE	Mediana	p-Value
Hombre	79	14.92	1.51	15	
Mujer	317	14.98	1.55	15	0.757

IEG Proceso	N	Media	DE	Mediana	p-Value
Hombre	79	14.20	2.71	14	
Mujer	317	14.17	2.56	14	0.719

IEG del Registro	N	Media	DE	Mediana	p-Value
Hombre	79	29.16	3.82	29	
Mujer	317	29.17	3.82	30	0.819

Fuente: Elaborada por los autores.

Finalmente, se encontró una relación entre el nivel de formación y la calidad del registro, con índices de Eficiencia Global del mismo superiores en aquellos diligenciados por Licenciados en Enfermería (χ^2 : 6.81, p : 0.009).

DISCUSIÓN

A medida que aumenta la complejidad de la atención sanitaria, se requiere de contar con estrategias que propendan por garantizar una comunicación efectiva en la cual el eje fundamental sea la seguridad del paciente. El registro clínico de enfermería permite entonces realizar el seguimiento de la continuidad del cuidado, a la vez que se brinda una atención segura y permite la revisión de las decisiones tomadas para intervenciones de enfermería ⁽⁷⁾.

El Proceso Enfermero es concebido como el método que fundamenta la práctica profesional de la enfermería, por lo cual es imperativo no solo que se lo conozca y aplique en la práctica, sino también que se deje evidencia escrita de su implementación en los registros enfermeros ^(8,16). Los resultados del presente trabajo resaltan falencias respecto a la documentación del PE en sus distintas etapas, lo que sienta la relevancia de la realización de estudios que den cuenta del seguimiento de la calidad de los registros y de la implementación de planes de mejora continua como se detalla en la bibliografía consultada.

En nuestro trabajo, respecto a la estructura del registro hallamos un nivel de cumplimiento general del 82.5%, y se identificaron áreas de prioritaria intervención en los ejes de inadecuada corrección de errores, firma sin incluir el número de matrícula (registro) profesional y la carencia de la anotación de la hora de diligenciamiento del registro. Además, otras variables específicas del servicio como el registro de los números de las pulseras del neonato se encontraron como deficientes. Los datos del presente estudio no coinciden con los hallazgos de trabajos similares en los cuales se encontró un nivel de cumplimiento de la estructura de registro categorizada como alta, y siendo las áreas que presentaron falencias las relativas a la documentación del balance hídrico y signos vitales, y el uso de abreviaturas no oficiales ⁽¹⁷⁾.

Al analizar el cumplimiento del registro de los diagnósticos de enfermería se halló una baja adherencia a registrar los mismos con un nivel de cumplimiento de menos del uno por ciento. Al confrontar estos hallazgos con la evidencia científica, se encontró que los estudios refieren niveles de cumplimiento en este eje que oscilan entre el 0% y el 100% ^(12,18). Las diferencias en los estudios mencionados obedecen a aspectos como el uso de registros que incorporan apartados específicos y obligatorios para la incorporación del diagnóstico enfermero, la medición del cumplimiento posterior a la capacitación del personal, el uso de protocolos y guías institucionales para el diligenciamiento de las notas de enfermería y el uso de historia clínica electrónica, los cuales han demostrado que impactan positivamente sobre la implementación del diagnóstico enfermero en la práctica profesional y en su reporte.

A nivel general identificamos un nivel de cumplimiento de los requisitos de calidad del registro del 71.95%, lo cual es más bajo al ser comparado con estudios similares. Al respecto, un estudio realizado en México reportó un nivel de cumplimiento en la calidad del registro clínico de enfermería del 95.59% ⁽¹⁸⁾. Este estudio analizaba la calidad por medio de las dimensiones identificación, valoración, diagnóstico, actividades, evaluación y elaboración, y categorizaba a los registros como “de excelencia” al obtenerse un cumplimiento en el intervalo de 91-100% de la grilla de cotejo. Sin embargo, vale la pena resaltar que el estudio mencionado analizaba el nivel de adherencia del registro a las normativas legales vigentes en México y

trabajaron con una baja muestra (n:54). Otro estudio realizado por López-Cocotle et al. ⁽¹⁹⁾ en México, el cual incluyó 105 notas de enfermería, halló que los indicadores de mayor déficit eran identificación, valoración, evaluación y elaboración, mientras, en nuestro trabajo fueron las dimensiones diagnóstico, evaluación y planificación las peor evaluadas.

Por otro lado, Pokorski et al. ⁽¹²⁾, describen en su estudio que el examen físico se registró en el 3% de las observaciones de registros realizadas, mientras, la evolución del paciente alcanzó un 95% de cumplimiento. En nuestro caso, se registró la valoración en el 72.5% y la evolución, en menos del 40% de los casos, dependiendo el ítem analizado.

De la revisión realizada se hace evidente la preocupación y relevancia del análisis de la calidad de los registros, y ello se reitera en estudios como los de Muinga et al. ⁽⁸⁾, Melo et al. ⁽¹⁴⁾, Gaedke Nomura et al. ⁽²⁰⁾, y Akhu-Zaheya et al. ⁽²¹⁾, los cuales resaltan la necesidad de implementar intervenciones educativas orientadas a mejorar la calidad en el diligenciamiento del registro, las cuales además, mostraron un impacto significativo sobre el dominio de los diagnósticos de enfermería como proceso y producto, así como de las intervenciones y resultados de enfermería. Otras estrategias reportadas para mejorar la calidad de los registros son la integración del Proceso Enfermero a la historia clínica electrónica ⁽²²⁾. A partir de esto, el presente estudio constituye un punto de partida para el diseño de estrategias direccionadas al mejoramiento del registro, iniciando con las áreas que se identificaron como prioritarias para su intervención.

Finalmente, la literatura coincide en que los lineamientos de calidad de los registros difieren entre regiones, países e inclusive, instituciones, por lo que se deben diseñar instrumentos específicos y que atiendan a la variabilidad de aspectos a evaluar, lo cual sustenta el diseño y validación de instrumentos específicos para cada entorno.

CONCLUSIÓN

En nuestro estudio hallamos niveles de cumplimiento generales del registro del 71.95%, siendo la incorporación de los diagnósticos enfermeros y la evaluación de la respuesta del sujeto ante los cuidados enfermeros prescritos y aplicados, las áreas que ameritan priorizarse para su intervención.

Se encontró que, en el turno noche, hubo un mayor nivel de calidad de los registros en comparación con otras jornadas de trabajo. El sexo del profesional que diligenciaba el registro no mostró relación con la calidad de este. El nivel de formación tuvo relación con la calidad del registro, identificando índices superiores en aquellos con formación de grado.

Resulta necesario implementar estrategias orientadas al seguimiento sistemático de la redacción y a la capacitación de los profesionales de la enfermería para el correcto diligenciamiento de los registros clínicos, lo que involucra, además, reforzar los conocimientos sobre el proceso enfermero haciendo hincapié sobre la identificación y registro de los diagnósticos de enfermería.

REFERENCIAS

1. Rodríguez Campos V, Paravic Klijn T. Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado. *Enferm Glob* [Internet]. 2011 [Citado 18 diciembre 2021];10(24). Doi: <https://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000400020>.
2. Ley 26529, Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado [Internet]. 2009 [Citado 13 enero 2022]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>.
3. Hernández Cantú EI, Reyes Silva AK, García Pineda M. Cumplimiento de los registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería en un hospital de segundo nivel de atención. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2018 [Citado 15 diciembre 2021];26(2):65-72. Disponible en: http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/336/828.
4. Cuevas Budhart M, González Martínez B, Álvarez Bolaños E, Barrera García MJ, de Almeida Souza A, González Jurado MA, et al. Diseño y validación de un nuevo registro clínico de enfermería, para la continuidad de los cuidados y seguridad del paciente en hemodiálisis. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2019 [Citado 05 junio 2021];22(2):168-175. Doi: <https://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842019000200008>.
5. McCarthy B, Fitzgerald S, O'Shea M, Condon C, Hartnett-Collins G, Clancy M, et al. Electronic nursing documentation interventions to promote or improve patient safety and quality care: A systematic review. *J Nurs Manag* [Internet]. 2019 [Citado 18 diciembre 2021];27(3):491-501. Doi: <https://dx.doi.org/10.1111/jonm.12727>.
6. Dal Sasso GT, Barra DC, Paese F, Almeida SR, Rios GC, Marinho MM, et al. Computerized nursing process: Methodology to establish associations between clinical assessment, diagnosis, interventions, and outcomes. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [Citado 30 Abril 2021];47:242–9. Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342013000100031>.
7. De Groot K, Triemstra M, Paans W, Francke AL. Quality criteria, instruments, and requirements for nursing documentation: A systematic review of systematic reviews. *J Adv Nurs* [Internet]. 2019 [Citado 14 octubre 2021];75(7):1379-1393. Doi: <https://dx.doi.org/10.1111/jan.13919>.
8. Muinga N, Abejirinde IO, Paton C, English M, Zweekhorst M. Designing paper-based records to improve the quality of nursing documentation in hospitals: A scoping review. *J Clin Nurs* [Internet]. 2021 [Citado 18 diciembre 2021];30(1-2):56-71. Doi: <https://dx.doi.org/10.1111/jocn.15545>.
9. Quevedo G. Evaluación de la calidad de los registros de enfermería en el área de trauma shock del servicio de emergencia. *Hospital Regional Lambayeque* 2015 [Internet]. 2017 [Citado 5 diciembre 2021]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12423/1359>.
10. Palomino Márquez SN. Nivel de cumplimiento de los registros de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte nivel II-1 del MINSA, Lima 2018 [Internet]. 2018 [Citado 18 enero 2022]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/23413>.
11. Rojas J, Pastor P. Aplicación del proceso de atención de enfermería en cuidados intensivos. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2010 [Citado 17 noviembre 2021];28(3):323-335. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072010000300003.
12. Pokorski S, Moraes MA, Chiarelli R, Paganin A, Rejane E. Proceso de Enfermería: De la literatura a la práctica: ¿Qué estamos haciendo, de hecho? *Rev Latino-am*

Enfermagem [Internet]. 2009 [Citado 7 septiembre 2021];17(3):302-7. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000300004>.

13. Tajabadi A, Ahmadi F, Sadooghi Asl A, Vaismoradi M. Unsafe nursing documentation: A qualitative content analysis. Nurs Ethics [Internet]. 2020 [Citado 18 diciembre 2021];27(5):1213-1224. Doi: <https://dx.doi.org/10.1177/0969733019871682>.

14. Melo LS, Figueiredo LS, Pereira JM, Flores PV, Cavalcanti AC. Effect of an educational program on the quality of Nursing Process recording. Acta Paul Enferm [Internet]. 2019 [Citado 8 noviembre 2021];32(3):246-253. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900034>.

15. Shiferaw WS, Akalu TY, Wubetu AD, Aynalem YA. Implementation of Nursing Process and Its Association with Working Environment and Knowledge in Ethiopia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Nurs Res Pract [Internet]. 2020 [Citado 5 diciembre 2021];2020:6504893. Doi: <https://doi.org/10.1155/2020/6504893>.

16. Ruíz-Cano LA, Gómez-Trujillo JN, Cuevas-Guajardo L, Martínez-Vega AL. Coherencia diagnóstico/intervención de enfermería en la hoja de registros clínicos y uso de lenguaje estandarizado. Rev CONAMED [Internet]. 2017 [Citado 16 agosto 2021];22(4):161-165. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79256>.

17. Elera Peña E, Palacios Jacobo K. Registros de enfermería: Calidad de las notas en los servicios oncológicos. Rev Cienc y Arte Enferm [Internet]. 2019 [Citado 8 julio 2021];4(1-2):48-55. Doi: <https://doi.org/10.24314/rcae.2019.v4n1.09>.

18. López-Cocotle J, Moreno-Monsiváis M, Saavedra-Vélez C. Construcción y validación de un registro clínico para la atención asistencial de enfermería. Enfermería Universitaria [Internet]. 2017 [Citado 21 mayo 2021];14(4):293-300. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.08.001>.

19. López-Cocotle J, Saavedra-Vélez C, Moreno-Monsiváis M, Flores de la Cruz S. Niveles de cumplimiento de calidad del registro clínico de enfermería. Revista Electrónica Medicina Salud y Sociedad [Internet]. 2015 [Citado 23 octubre 2021];6(1):65-77. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/318967258 Niveles de cumplimiento de c alidad del registro clínico de enfermería](https://www.researchgate.net/publication/318967258_Niveles_de_cumplimiento_de_calidad_del_registro_clinico_de_enfermeria).

20. Gaedke Nomura A, Barragan da Silva M, de Abreu Almeida M. Calidad de los registros de enfermería antes y después de la Acreditación Hospitalaria en un hospital universitario. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2016 [Citado 14 julio 2021];24:e2813. Doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0686.2813>.

21. Akhu-Zaheya L, Al-Maaitah R, Bany Hani S. Quality of nursing documentation: Paper-based health records versus electronic-based health records. J Clin Nurs [Internet]. 2018 [Citado 20 enero 2022];27(3-4):e578-e589. Doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.14097>.

22. Guadarrama-Ortega D, Delgado-Sánchez P, Martínez-Piedrola M, López-Poves E, Acevedo-García M, Noguera-Quijada C, et al. Integración del proceso enfermero en la historia clínica electrónica de un hospital universitario. Rev Calid Asist [Internet]. 2017 [Citado 20 enero 2022];32(3):127-134. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.cali.2017.02.004>.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia