

ARTÍCULO ORIGINAL

Calidad de los registros de enfermería en un sector del Hospital Público de la Ciudad de Oberá *

Quality of nursing records in a sector of the Public Hospital of the City of Oberá

Sonia Evelyn Schmidt¹ 

¹Hospital Nivel III SAMIC. Oberá, Misiones, Argentina.

Citar como: Schmidt SE. Calidad de los registros de enfermería en un sector del Hospital Público de la Ciudad de Oberá. Sal. Cienc. Tec. [Internet]. 2022 [citado Fecha de acceso]; 2:62. Disponible en: <https://doi.org/10.56294/saludcyt202262>

Recibido: 17 de junio de 2022

Aceptado: 23 de julio de 2022

*Artículo derivado de la tesis presentada en la Maestría en Gerenciamiento Integral de Servicios de Enfermería de la Universidad Maimónides.

RESUMEN

Antecedentes: los registros constituyen la principal fuente de información referida a la situación del paciente, y deben contener información completa y exacta, pues permite evaluar retrospectivamente los cuidados y atención proporcionados.

Objetivo: analizar indicadores de calidad de los registros de enfermería de en un sector del Hospital Público de la Ciudad de Oberá (Misiones) en Argentina.

Métodos: para este estudio se utilizó un diseño retrospectivo, descriptivo. El estudio se llevó a cabo en el periodo de octubre de 2021 a febrero 2022. El proceso de muestreo consistió en la selección de las historias clínicas de los pacientes, quedando constituido finalmente por 195 registros de enfermería. Resultados: En relación con la distribución del cumplimiento de los registros de enfermería según las dimensiones, se denotan problemas en el registro del domicilio, registro completo de Kardex (Sistema de Historia Clínica Digital - RISMi) y registro completo de registros de notas de enfermería.

Conclusiones: la evaluación de la calidad de los registros de enfermería denotó que existen problemas y puntos débiles en términos de contenido, proceso y estructura. Los resultados de este estudio afirmaron que las enfermeras no han logrado comprender y aplicar los conceptos básicos de diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de la enfermería. Esto es alarmante para la calidad y la eficacia de la educación de enfermería, así como para el desarrollo del personal y los programas de formación para las enfermeras.

Palabras clave: Registros de Enfermería; Enfermería; Calidad de Atención de Salud.

ABSTRACT

Background: records are the main source of information regarding the patient's situation, and should contain complete and accurate information, as they allow retrospective evaluation of the care and attention provided.

Aim: to analyze quality indicators of nursing records in a sector of the Public Hospital of the City of Oberá (Misiones) in Argentina.

Methods: a retrospective, descriptive design was used for this study. The study was carried out from October 2021 to February 2022. The sampling process consisted in the selection of the patients' medical records, which finally consisted of 195 nursing records.

Results: in relation to the distribution of compliance with nursing records according to the dimensions, problems are denoted in the home record, complete Kardex record (Digital Medical History System - RISM) and complete record of nursing notes records.

Conclusions: the evaluation of the quality of nursing records denoted that there are problems and weaknesses in terms of content, process and structure. The results of this study affirmed that nurses have failed to understand and apply the basic concepts of nursing diagnosis, planning, implementation and evaluation. This is alarming for the quality and effectiveness of nursing education, as well as for staff development and training programs for nurses.

Keywords: Nursing Records; Nursing; Quality of Health Care.

INTRODUCCIÓN

La historia clínica provee una descripción detallada de los datos relativos a la salud de una persona. En tal sentido, es la base del sistema de información en la atención del paciente y un medio de comunicación esencial entre los profesionales que colaboran en ella.⁽¹⁾

La historia clínica, estructurada y completa, facilita la medición de la calidad y eficiencia en la atención brindada; además, es utilizada para proteger aspectos médico-legales del paciente, la institución y el cuerpo de profesionales de la salud; además, provee datos para la investigación, educación, administración, planificación y evaluación en los servicios de salud.⁽²⁾

Uno de los documentos básicos que contiene la historia clínica son los registros de enfermería, debido a que el personal de enfermería el que tiene una mayor capacidad para dar a conocer momento a momento la evolución del paciente y esta función es realizada como mínima tres veces al día.⁽³⁾

Los registros constituyen la principal fuente de información referida a la situación del paciente, y deben contener información completa y exacta, pues permite evaluar retrospectivamente los cuidados y atención proporcionados.⁽¹⁾

La documentación de enfermería es un indicador importante de la eficacia de los cuidados al paciente. La documentación puede ser en papel o en formato electrónico, que incluyen toda la información relacionada con la atención al paciente.⁽⁴⁾

Independientemente del método de documentación, la documentación de enfermería tiene que llevarse a cabo al más alto nivel, para garantizar la prestación de servicios sanitarios seguros y de alta calidad. Se espera que la documentación de enfermería sea de alta calidad en todas las áreas de atención y en todos los entornos; se considera una responsabilidad importante de la enfermería, para garantizar la continuidad de una atención eficaz al paciente y para mejorar los resultados de los pacientes.^(4,5,6,7)

Este artículo tiene como objetivo analizar indicadores de calidad de los registros de enfermería de en un sector del Hospital Público de la Ciudad de Oberá (Misiones) en Argentina.

MÉTODO

Para este estudio se utilizó un diseño retrospectivo, descriptivo, transversal. El estudio se llevó a cabo en un sector del Hospital Público de la Ciudad de Oberá (Misiones) en Argentina mediante el análisis de registros de enfermería, en el periodo de octubre de 2021 a febrero 2022. La naturaleza de la documentación en términos del proceso de enfermería ayudó a auditar el registro fácilmente.

El proceso de muestreo consistió en la selección de las historias clínicas de los pacientes. Las directrices sostienen que el cálculo del tamaño de la muestra tiene en cuenta el tamaño de la población.

Por lo tanto, para un nivel de confianza del 95 %, un grado de precisión de 0,05 y una incidencia esperada del 50 %, se necesitan 195 registros.

En el presente estudio, el resultado esperado, que se mide tanto por los aspectos de cantidad como de calidad de los componentes de contenido. Esto se midió a través de la lista de cotejo propuesto por Ahumada Palomino y cols.⁽⁸⁾ que mide tres dimensiones: estructura, con 12 ítems; contenido, con 6 ítems y legalidad, con 5 ítems; que toma valores de no (0) y si (1).

Consideraciones éticas: se mantuvo la confidencialidad de la información de los pacientes en los registros analizados. El investigador era la única persona con plena autoridad para acceder y auditar los registros de los pacientes. Los nombres de los pacientes y sus datos identitarios se mantuvieron confidenciales. Además, se obtuvo la autorización institucional para el desarrollo de la investigación.

Análisis estadístico: la gestión y el análisis de los datos se realizaron con Microsoft Excel y SPSS, versión 13.0. Se realizaron estadísticas descriptivas mediante tablas de distribución de frecuencias. Se utilizó el nivel del 5 % como punto de corte para la significación estadística.

RESULTADOS

La tabla 1, así como las figuras 1, 2 y 3, muestra la distribución del cumplimiento de los registros de enfermería según las dimensiones, donde se denotan problemas en el registro del domicilio, registro completo de Kardex (Sistema de Historia Clínica Digital - RISMi) y registro completo de registros de notas de enfermería.

Tabla 1. Distribución del cumplimiento de los registros de enfermería según las dimensiones

Dimensiones/Ítems	Si	No	Total
Dimensión 1: Estructura			
Datos completos del paciente			
Registra nombre y apellido del paciente	195	0	195
Registra el número de Historia Clínica	195	0	195
Registra Documento de identidad del paciente	195	0	195
Registra la edad del paciente	191	4	195
Registra el número de cama	193	2	195
Registra el domicilio	4	191	195
Registra el Peso del paciente	108	87	195
Orden cronológico			
Incluye fecha (D-M-A)	195	0	195
Incluye hora	193	2	195
Redacción			
No contiene abreviaturas o solo abreviaturas permitidas por el registro o la institución	190	5	195
Letra legible	195	0	195
No contiene errores ortográficos	149	46	195
Dimensión 2: Contenido			
Formatos de historia clínica			
Formato de hoja grafica de signos vitales	195	0	195
Formato de kardex (Sistema de Historia Clínica Digital - RISMi)	193	2	195

Formato de registros de notas de enfermería	194	1	195
Registros llenos			
Registro completo hoja grafica de signos vitales	194	1	195
Registro completo de Kardex (Sistema de Historia Clínica Digital - RISMi)	58	137	195
Registro completo de registros de notas de enfermería	27	168	195
Dimensión 3: Legalidad			
Normas			
No contiene espacios en blanco en el registro	170	25	195
No contiene enmendaduras y de tenerlas, hace el correctivo correspondiente.	188	7	195
Contiene el sello o firma con identificación del personal de salud	181	14	195
Tinta de lapicero normado	180	15	195

Figura 1. Distribución del cumplimiento de los registros de enfermería según la estructura

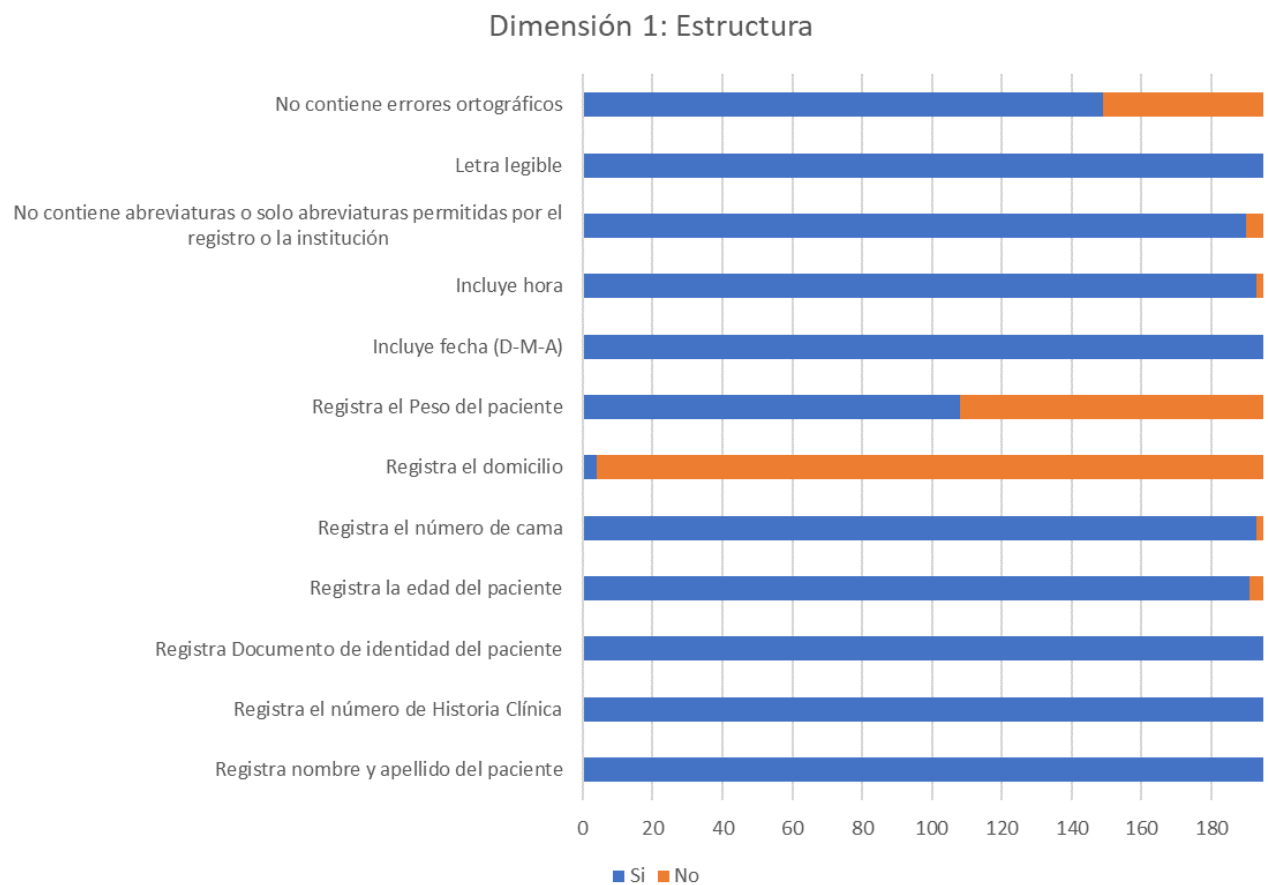
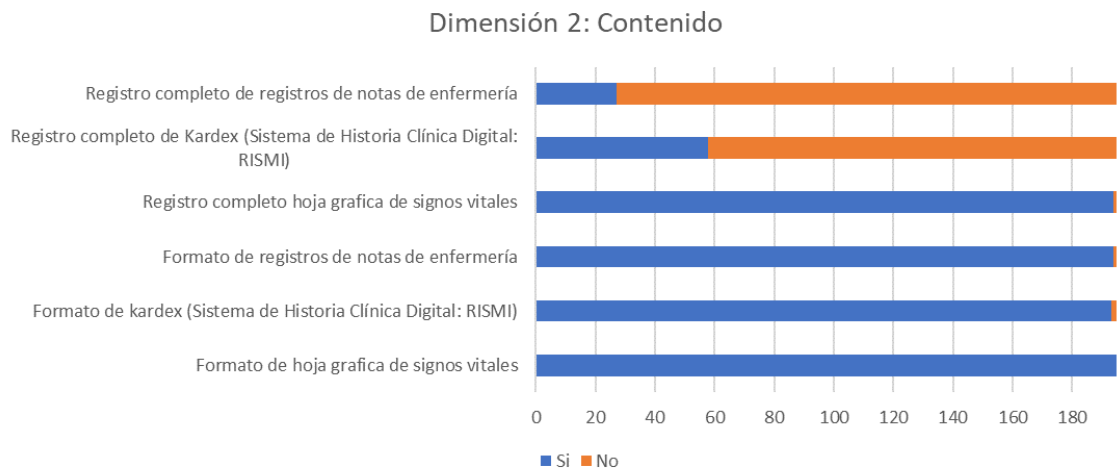
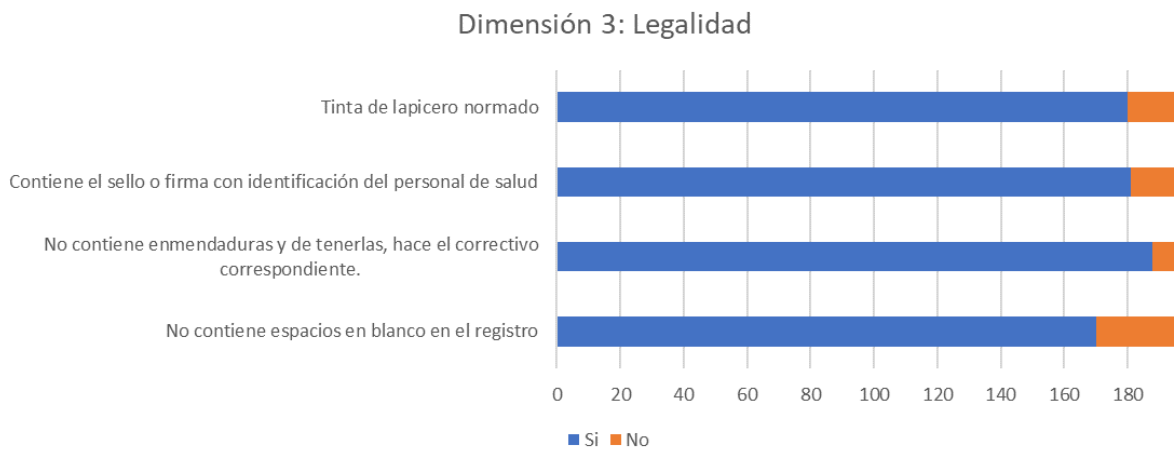


Figura 2. Distribución del cumplimiento de los registros de enfermería según el contenido**Figura 3. Distribución del cumplimiento de los registros de enfermería según aspectos legales**

DISCUSIÓN

Los registros son una parte fundamental de la historia clínica de una persona, debe registrarse cada acción realizada con el sujeto desde que este ingresa a la institución, durante toda su estancia en el establecimiento hasta su egreso.⁽⁹⁾

Cuando un individuo es ingresado a un centro de salud debe presentar su documento que acredite su identidad para que la información que queda registrado en el banco de datos de la institución sea completa y auténtica, ya que para cualquier trámite o estudio que se le realicen durante la estadía debe contener sus datos completos y de esta manera no habrá confusiones como en los resultados de los estudios clínicos realizados.

Además, dependiendo de cómo egrese el sujeto desde la institución es necesario la realización de trámites que luego no se pueden modificar o son necesarios gestiones burocráticas para realizarlo; como es el caso del certificado de defunción donde es necesario que la información este completa y sea certera, ya que queda asentado en el registro de las personas y luego es complejo modificarlo.⁽¹⁰⁾

El personal de enfermería debe corroborar siempre que los datos del sujeto al que le está brindando atención sean correctos, ya que el trabajo que se realiza es muy importante, como ser la administración de medicamentos, la valoración holística que se le realiza al mismo, ya que de ello puede depender la

recuperación de la salud del sujeto; dándole seguridad de que el tratamiento que le es brindado sea a la persona correspondiente.⁽¹¹⁾

Una de las maneras que esto puede hacerse es ratificando los datos con la cedula de identidad de este, o antes de realizar cualquier procedimiento preguntar sus datos al sujeto para confirmar.⁽¹²⁾

Un estudio que analizó la calidad de los registros de enfermería del Sanatorio Allende en Argentina determinó que diez indicadores de calidad de los registros fueron clasificados como escasamente adecuados, se encontró que como aspectos positivos la descripción de la situación actual de los pacientes, y falencias en falta de lenguaje y terminología apropiada. A su vez 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.⁽¹³⁾

El modelo sistematizado Kardex es una herramienta que facilita el registro de los datos de cada sujeto que ingresa a la institución; en el hospital público en el que se realizó la recolección de datos para esta investigación brinda atención ambulatoria, emergencia, hospitalización y cuidados críticos, tanto a adultos como a niños; aunque todavía se continua utilizando la historia clínica en papel, se está comenzando a implementar la historia clínica digital, es ahí que se observa una discrepancia entre las dos manera de registros.

Más allá de que en la historia clínica digital los responsables de cada servicio puedan llevar a cabo un control más estricto del registro que realiza su personal a cargo, el sistema que en este hospital se llama RISMí,⁽¹⁴⁾ exige al personal de admisión ingresar los datos completos del sujeto, por lo que minimiza los errores o las falencias que existen muchas veces en esta parte de las historias clínicas en papel y permite el fácil acceso a la información del sujeto en cualquier computadora del hospital. En relación con los registros de enfermería y su importancia como herramienta para brindar una atención segura y de calidad al sujeto es necesario que el personal de enfermería cuente con el conocimiento necesario para elaborarlo de manera correcta.⁽¹⁵⁾

El Sistema Kardex ayuda a registrar de manera más práctica, ya que posibilita generar plantillas para las evoluciones y el registro del tratamiento de manera más clara, sin errores, como ocurre con la legibilidad de las indicaciones hechas en las historias clínicas en papel.⁽¹⁶⁾

El registro de enfermería que tradicionalmente se observa contiene muchas falencias, por lo general son incompletos ya que no es registrado todos los procedimientos realizados en el sujeto, en muchos casos se observa que lo único registrado son los signos vitales del individuo, entonces si no se registra la valoración global del sujeto repercute en la calidad y continuidad de los cuidados al mismo.

El registrar cada procedimiento de enfermería es evidencia escrita de los cuidados otorgados al sujeto, su realización de manera correcta brinda seguridad al mismo, ya que de manera sistemática y dinámica permiten desde la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación la continuidad de un cuidado integral, ya que permite no solo al equipo de enfermería brindar consecuentemente los cuidados sino a todo el equipo de salud, ya que todos los integrantes del mismo en la mayoría de las ocasiones, se basan en los registros de enfermería para realizar indicaciones de tratamientos y distintas acciones terapéuticas para tratar al sujeto en cualquiera que sea el cuidado que este necesitando.⁽¹⁷⁾

Una historia clínica elaborada con calidad permite un buen ejercicio sanitario, ya que de esta manera se puede evaluar al sujeto de manera holística, la función del personal de enfermería está enfocada a prestar cuidados de la máxima calidad, sin descuidar las esferas de docente e investigación, y gestión.⁽¹⁸⁾

De igual forma no se debe perder de vista los aspectos legales, debido a que los registros constituyen el testimonio documental de los actos del profesional, y en el caso de un juicio son requerido en los tribunales.^(19,20)

Otra elemento fundamental de cada registro es la firma, la cual debe tener aclaración del nombre y matrícula que habilita al enfermero el ejercicio de la profesión, cuando se utiliza la historia clínica en papel genera problemas como ser de accesibilidad, la información está organizada deficientemente, existen problemas de legibilidad, información incompleta y fragmentada, como en el caso que el

profesional de enfermería solo firme con su nombre de pila, lo que provoca redundancia y dificultad para reutilizar los datos.⁽²¹⁾

En este sentido, con la implementación de la historia clínica digital mucho de estos aspectos quedan resueltos, al poseer mayor accesibilidad y a su vez mayor nivel de control de acceso a la información, para realizar el registro de cada procedimiento se debe contar con un usuario y contraseña, de esta manera queda automáticamente asentado los datos del profesional que realiza dicho registro.⁽²²⁾

CONCLUSIONES

La evaluación de la calidad de los registros de enfermería denotó que existen problemas y puntos débiles en términos de contenido, proceso y estructura.

Los resultados de este estudio afirmaron que las enfermeras no han logrado comprender y aplicar los conceptos básicos de diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de la enfermería. Esto es alarmante para la calidad y la eficacia de la educación de enfermería, así como para el desarrollo del personal y los programas de formación para las enfermeras.

Deberían realizarse estudios específicos y capacitaciones, con el fin de identificar y mitigar los factores específicos que podrían influir en el contenido y la calidad de los registros de enfermería, como las competencias, los conocimientos y las habilidades de las enfermeras en materia de registros y la aplicación del proceso de atención de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Su M. Registros de Enfermería como Evidencia del Cuidado. *Ciencia e Innovación en Salud* 2013;1:126-33. <https://doi.org/10.17081/innosa.1.2.59>.
2. López-Cocotle JJ, Moreno-Monsiváis MG, Saavedra-Vélez CH, Espinosa-Aguilar AL, Díaz-Ruiz E. Diseño y validación de un instrumento para evaluar la calidad de los registros de enfermería. *Rev Enferm IMSS* 2020;27:175-81.
3. Calixto GM, Castañeda MAM, López M de LP, Nuñez MRR, Gonzaga VS, Villegas M del CJ y. La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico. *Rev Mex Enf Cardiol* 2001;9:11-7.
4. 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* 2018;27:e578-89. <https://doi.org/10.1111/jocn.14097>.
5. Avoka Asamani J, Delasi Amenorpe F, Babanawo F, Maria Ansah Ofei A. Nursing documentation of inpatient care in eastern Ghana. *Br J Nurs* 2014;23:48-54. <https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.1.48>.
6. Wilson S, Hauck Y, Bremner A, Finn J. Quality nursing care in Australian paediatric hospitals: a Delphi approach to identifying indicators. *J Clin Nurs* 2012;21:1594-605. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.04004.x>.
7. Noureldin M, Mosallam R, Hassan SZ. Quality of documentation of electronic medical information systems at primary health care units in Alexandria, Egypt. *East Mediterr Health J* 2014;20:105-11.
8. Ahumada Palomino LC. Carga laboral y la calidad de los registros de enfermería en los Centros de Salud Villa los Reyes y Mi Perú, Ventanilla-2017. Tesis de Maestría. Universidad César Vallejo, 2018.

9. Fernández JCJ, Martín DC. Registros de enfermería: un espejo del trabajo asistencial. Metas de enfermería 2010;13:8-11.
10. Ribotta BS. Causas de defunción mal definidas en las provincias de Argentina, 2001-2013. Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud 2016;14.
11. Torres Santiago M, Zárate Grajales RA, Matus Miranda R. Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación. Enfermería universitaria 2011;8:17-25.
12. Hernández Esparza LC, Urbina Aguilar A, Cambero González EG. Implementación de círculos de calidad para la mejora del registro de Enfermería. Metas enferm 2018;21:22-7.
13. Suarez N, Caputo A, Cruz F. Calidad de los registros de enfermería Sanatorio Allende cerro en el año 2019. Notas de Enfermería 2020;20:21-9.
14. Gobierno de Misiones. Términos y condiciones de uso de la aplicación "RISMi". Parque Salud de la Provincia de Misiones 2021. <https://parquesaludmnes.org.ar/tyc>
15. Jin Y, Jin T, Lee S-M. Automated Pressure Injury Risk Assessment System Incorporated Into an Electronic Health Record System. Nurs Res 2017;66:462-72. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000245>.
16. Mount-Campbell AF, Evans KD, Woods DD, Chipps E, Moffatt-Bruce SD, Patel K, et al. Uncovering the Value of a Historical Paper-Based Collaborative Artifact: The Nursing Unit's Kardex System. Front Digit Health 2020;2:12. <https://doi.org/10.3389/fdgth.2020.00012>.
17. Lizzi MJ. Análisis de consistencia interna de un modelo de registro de enfermería. Salud, Ciencia y Tecnología 2021;1:4. <https://doi.org/10.56294/saludcyt20214>.
18. Cocotle JJJ, Monsiváis MGM, Vélez CHS, Aguilar LE, Martínez JUC. La importancia del registro clínico de enfermería: un acercamiento cualitativo. NURE investigación: Revista Científica de enfermería 2018;15:3.
19. Benavent MA, Garcés MI. Los registros de Enfermería: consideraciones ético-legales. Cuadernos de bioética 2000;11:125-6.
20. Parra DI, Jaimes SDP, Villabona MVC, Cruz NR de, Díaz HCA, Pérez LBA de, et al. Responsabilidades éticas en la práctica de enfermería en instituciones de alta complejidad. Revista Cuidarte 2019;10:e662. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.662>.
21. Hernández-Cantú EI, Reyes-Silva AKS, Garcia-Pineda MA. Cumplimiento de los registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería en un hospital de segundo nivel de atención. Rev Enferm IMSS 2018;26:65-72.
22. Gil Yacobazzo JE, Viega Rodríguez MJ, Gil Yacobazzo JE, Viega Rodríguez MJ. Historia clínica electrónica: confidencialidad y privacidad de los datos clínicos. Revista Médica del Uruguay 2018;34:102-19. <https://doi.org/10.29193/rmu.34.4.6>.

FINANCIACIÓN

La autora no recibió financiación para el desarrollo de la presente.

CONFLICTO DE INTERESES

La autora declara que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Sonia Evelyn Schmidt.

Curación de datos: Sonia Evelyn Schmidt.

Análisis formal: Sonia Evelyn Schmidt.

Adquisición de fondos: Sonia Evelyn Schmidt.

Investigación: Sonia Evelyn Schmidt.

Metodología: Sonia Evelyn Schmidt.

Administración del proyecto: Sonia Evelyn Schmidt.

Recursos: Sonia Evelyn Schmidt.

Software: Sonia Evelyn Schmidt.

Supervisión: Sonia Evelyn Schmidt.

Validación: Sonia Evelyn Schmidt.

Visualización: Sonia Evelyn Schmidt.

Redacción - borrador original: Sonia Evelyn Schmidt.

Redacción - revisión y edición: Sonia Evelyn Schmidt.