



Objn
Online Brazilian Journal of Nursing

Español

Universidade Federal Fluminense

UFF

Artículos Originales

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Registros de enfermería en unidades de terapia intensiva pediátrica: estudio descriptivo

Ingrid Mayara Almeida Valera¹, Verusca Soares de Souza¹,
Gislene Aparecida Xavier dos Reis¹, Andrea Bernardes²,
Laura Misue Matsuda¹

¹ Universidad Estadual de Maringá
² Universidad de São Paulo

RESUMEN

La continuidad del cuidado depende de compartir de informaciones entre profesionales, que ocurre, sobre todo, por medio de registros. Fallas en la transmisión o recepción de los mensajes pueden redundar en riesgos a la seguridad de los pacientes y la reflexión en la asistencia ofrecida. **Objetivo:** verificar si los registros de enfermería en pronósticos de pacientes internados en Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI-P) corresponden a las necesidades de seguridad preconizadas en la literatura. **Método:** estudio descriptivo, cuantitativo, a través de una investigación documental en los registros de enfermería de 92 prontuarios, en tres UTI-P. **Resultado:** se constató que en 21,8% de los registros existían borrones y en 26,1% había ausencia de identificación completa del profesional. **Discusión:** registros no deben presentar borrones, pues dificultan la planificación asistencial. Además, profesionales deben informar su nombre y número del registro al final de las informaciones anotadas. **Conclusión:** registros se presentaron adecuados a las recomendaciones de seguridad con relación a los artículos que los componen, aunque aspectos todavía carecen de atención por la enfermería.

Descriptores: Comunicación; Registros de Enfermería; Seguridad del Paciente; Cuidados Críticos; Enfermería Pediátrica.

INTRODUCCIÓN

La complejidad de los recursos disponibles en los servicios de salud y la diversidad de categorías profesionales con una interacción sinérgicamente entre sí para garantizar la mejor asistencia a los pacientes y, consecuentemente, su rápida recuperación, hacen la comunicación eficaz en estos ambientes, un requisito fundamental para la perpetuidad del cuidado transformador^(1,2).

La continuidad de la asistencia al paciente en el medio hospitalar depende de la forma adecuada del compartir informaciones clínicas entre los profesionales de salud, de modo que la comunicación ineficaz, venida de fallas no proceso de compartir estas informaciones, puede traducir en acciones inseguras a los pacientes y, en algunos casos, a los propios cuidadores⁽²⁾.

En medio al escenario referido, las informaciones fidedignas contenidas en los registros de los prontuarios de los pacientes realizados por profesionales de salud, en especial aquellos que integran los equipos de enfermería, se constituyen en herramientas de comunicación necesarias al proceso de cuidado, siendo esenciales a las tomadas de decisiones terapéuticas asertivas^(3,4).

En particular en unidades de cuidados intensivos, la gravedad y la inestabilidad de las condiciones de salud de los pacientes evidencian la necesidad de medidas que perfeccionen la toma de decisión, direccionadas para la promoción de la asistencia segura⁽⁵⁾, siendo que los registros se presentan como un instrumento guía para tales decisiones.

La ausencia de relatos los mismos relatos inadecuados o incompletos, puede culminar, entre otros efectos, en la duplicación o no realización de determinados procedimientos y en la dificultad o imposibilidad de proceder a la evaluación del tratamiento elegido, interfieren

do, de ese modo, en la seguridad del paciente y del propio profesional⁽³⁾.

Además de ser un medio de mantención de la comunicación efectiva y una responsabilidad delegada a los profesionales de enfermería por medio de su Código de Ética Profesional⁽⁶⁾, por contener todas las conductas realizadas por la enfermería, los registros en prontuario también poseen un carácter de seguridad y de defensa de los profesionales que lo redactan, por tratarse de un documento legal que respalda, jurídicamente, las acciones desarrolladas junto a los pacientes. Por esos motivos, tales registros deben ser siempre imbuidos de autenticidad⁽⁷⁾, preservando, así, la veracidad de los hechos ocurridos.

En vista de lo anterior, es primordial el reconocimiento y la valorización de los registros por parte de los profesionales de enfermería que lo ejecutan, dada es indispensable permanente en el contexto legal y asistencial⁽³⁾.

Se reitera, por lo tanto, la concreta necesidad de transposición de las barreras que impiden la realización de registros adecuados de enfermería, como el descaso, sobre todo en unidades de atención a pacientes vulnerables y en estado grave, como las UTI-P.

Se observa, también, la falta de visibilidad científica de este recurso, evidenciada por la carencia de estudios en los bancos de datos Medline y LILACS, en el período de 2005 a 2015, referentes a la comunicación y a los registros de enfermería, asociados con la seguridad del paciente pediátrico.

Con base en lo expuesto, se cuestiona: ¿Cómo se presentan los registros de enfermería realizados en prontuarios de niños internados en UTI-P? Para responder a esa cuestión, el presente estudio tuvo como objetivo verificar si los registros de enfermería en prontuario de pacientes internados en UTI-P corresponden con las necesidades de seguridad preconizadas en la literatura.

MÉTODO

Estudio descriptivo, cuantitativo, con análisis documental, desarrollado entre mayo y diciembre de 2015, en tres UTI-P de hospitales paranaenses.

La UTI-P I dispone de 6 camas y es compuesta por un equipo de enfermería con 11 enfermeros y 10 técnicos de enfermería. La UTI-P II es compuesta por 5 camas y cuenta con 6 enfermeros, 7 técnicos de enfermería y 9 auxiliares de enfermería. Por fin, la UTI-P III posee 10 camas y un equipo compuesto por 6 enfermeros, 9 técnicos de enfermería y 14 auxiliares de enfermería.

Los datos fueron colectados por medio de una investigación documental en prontuarios de pacientes internados en las unidades referidas, utilizándose un formulario intitulado: "Formulario de Pesquisa Documental en Registros de Enfermería", elaborado por la autora, con base en las medidas para la comunicación efectiva, sugeridas por la Red Brasileña de Enfermería y Seguridad del Paciente, en asociación con el Consejo Regional de Enfermería de São Paulo⁽⁸⁾ y también por la literatura alusiva a los temas comunicación y seguridad del paciente.

El referido instrumento fue sometido a un test-piloto y, al final, se constituye de siete cuestiones cerradas y una abierta, respectivamente, referentes a las características de las informaciones registradas por profesionales de enfermería en los prontuarios y a la descripción por extenso de las siglas y abreviaturas identificadas en los registros.

SE observaron los registros contenidos en los prontuarios de los pacientes internados en las UTI-P, que fueron registrados exclusivamente por profesionales de enfermería, durante siete días seguidos, en cada institución. Ese período fue determinado con base en la experiencia profesional de los investigadores, que también ejercen o

ejercieron actividades asistenciales y consideraron ese tiempo como siendo suficiente al estudio.

Con relación al tratamiento y análisis de los datos, estos fueron compilados en bancos de datos en el *software Microsoft Office Excel 2010* y, en seguida, analizados por medio de estadística descriptiva.

Esta pesquisa es parte del Proyecto intitulado "Gestión en Salud/Enfermería: Calidad y Seguridad del Paciente en Hospitales Universitarios", aprobado por el Comité Permanente de Ética en Pesquisa Envolviendo Seres Humanos/ Universidad Estadual de Maringá (COPEP/UEM), sobre CAAE nº 32206414.6.1001.0104 e Parecer nº 866.802, de 2014.

RESULTADOS

Se analizó 92 (100%) prontuarios. De estos, 28 (30,4%) eran provenientes de la UTI-P I, 28 (30,4%) da UTI-P II e 36 (39,2%) da UTI-P III.

En la Tabla 1, constan informaciones referentes a las características de los registros de enfermería presentes en los prontuarios de las unidades investigadas.

De entre los registros de enfermería presentes en los prontuarios investigados, se observó que existían 174 tipos de siglas o abreviaturas padronizadas, a las cuales fueron observadas 286 veces en los registros analizados en la UTI-P I; 485 en la UTI-P II e; 453 en la UTI-P III.

DISCUSIÓN

Mediante análisis de la Tabla 1, se constató que las UTI-P I y III presentaban prontuario manual, contrastando con la realidad evidenciada en la UTI-P II, que disponía de este documento en medio electrónico.

Tabla 1. Características de los registros de enfermería en prontuario de Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica, Paraná, Brasil, 2015.

Características de los últimos RE*	UTI-P I		UTI-P II		UTI-P III		Total	
	no	%	no	%	no	%	no	%
Tipo de prontuario								
Manual	28	100	-	-	36	100	64	69,6
Electrónico	-	-	28	100	-	-	28	30,4
Al menos una evolución de enfermería en las últimas 24 horas								
No	-	-	02	7,1	-	-	02	2,2
Sí	28	100	26	92,9	36	100	90	97,8
Fecha y horario antes del último RE								
No	-	-	02	7,1	-	-	02	2,2
Sí	28	100	26	92,9	36	100	90	97,8
Letra legible en el último RE								
No	-	-	-	-	-	-	-	-
Sí	25	89,3	-	-	36	100	61	66,3
Parcialmente	03	10,7	-	-	-	-	03	3,3
No se aplica	-	-	28	100	-	-	28	30,4
Borrrones en el último RE								
No	23	82,1	-	-	21	58,3	44	47,8
Sí	05	17,9	-	-	15	41,7	20	21,8
No se aplica	-	-	28	100	-	-	28	30,4
Identificación del profesional al final del último RE								
Sin identificación	-	-	-	-	-	-	-	-
Identificación completa**	05	17,9	28	100	35	97,2	68	73,9
Sólo la firma	23	82,1	-	-	01	2,8	24	26,1
RE con abreviaturas o siglas estandarizadas								
No	-	-	02	7,1	-	-	02	2,2
Sí	28	100	26	92,9	36	100	90	97,8

Fuente: Prontuarios de pacientes internados en las UTI-P investigadas.

*RE: Registro de Enfermería

**Por lo menos el nombre y número del registro profesional

La globalización desencadenó, en los últimos años, avances tecnológicos sorprendentes. De modo general, se observa que la tecnología de la información conquistó una posición de destaque en diversas áreas, incluso en la salud, la cual es parte integrante de los cuidados ofrecidos a los pacientes, contribuyentes para la eficiencia de la comunicación en estos locales, reforzando, consecuentemente, la seguridad del paciente⁽⁹⁾.

Estudio realizado en una UTI adulto de Minas Gerais, con el objetivo de investigar como los registros manuales de enfermería eran desarrollados, comparándolos con los registros electrónicos actualmente adoptados en aquel sector, se constató que el sistema presentó más ventajas en

desorientación de los relatos manuales, entre otros motivos, por ser más necesario, contener avisos que impiden el registro de datos considerados inválidos y posibilitar facilidad para la obtención de datos para evaluaciones del servicio⁽¹⁰⁾.

Los profesionales de enfermería que actúan especialmente en UTI y registran informaciones de salud en prontuarios, independientemente de manuales o no, deben primar por la calidad de los datos informados. Con eso, los registros necesitan ser redactados de forma completa y minuciosa, para, entonces, poder contribuir adecuadamente para las mejoras en las tomadas de decisiones y con la calidad y seguridad de las actividades ejecutadas⁽⁵⁾.

En relación a la Evolución de la Enfermería, se observó que, con excepción de sólo dos momentos en la UTI-P II, esta constaba en los registros de los pacientes de las unidades investigadas, lo que demuestra el cumplimiento y documentación de esta importante etapa de la Sistematización de la Asistencia de Enfermería(SAE)⁽¹¹⁾.

Hay que destacar que, la Evolución de Enfermería, cuando descrita claramente e interligada a las demás etapas de la SAE, como el Historico, Examen físico, Diagnóstico y Prescripción de enfermería, propicia organización, evaluación y continuidad del atendimento ofrecido, contribuyendo, así, con la calidad de los cuidados y la seguridad del paciente⁽¹¹⁾.

En este estudio, se verificó que sólo 2 (7,1%) de los últimos registros de enfermería realizados en la UTI-P II no constaban la fecha y horario. Este dato contrasta con la realidad de una unidad de internación de un hospital carioca, en la cual 43,6% y 56,7% de los registros de enfermería no poseían, respectivamente, hora y ni tampoco la fecha⁽¹²⁾.

La literatura^(7,8) preconiza que, para la realización de registros adecuados y que, de hecho, contribuyan con la seguridad de las acciones ejecutadas, es esencial que se coloque, precediendo todos los registros, fecha y horario en que las informaciones están siendo relatadas.

En relación a la legibilidad de las informaciones, en la UTI-P I y III, 89,3% y 100% de los relatos, respectivamente, presentaban letra legible; mientras que, en la UTI-P I, 17,9% de los registros poseían borrões, siendo que, en la UTI III este número era aún más expresivo (41,7%), conforme apuntan los resultados descritos en la Tabla 1.

Al analizar aisladamente los registros de la UTI-P II que dispone, como ya mencionado anteriormente, de 100% de prontuarios electrónicos, se percibe que este tipo de recurso proporciona mayor seguridad al paciente, pues minimiza las dificultades en la lectura y en el entendimiento de los registros ocasionados por letra ilegible y por la

existencia de borrões, visto que estos agravios no se aplican a la realidad informatizada.

Las informaciones contenidas en los registros de enfermería, además de coherentes, completas, organizadas y reales, también necesitan ser legibles y no posee borrões, pues estas pueden significar alteraciones en los datos registrados y, consecuentemente, invalidar el aspecto legal de los registros, dificultando no sólo posibles análisis, en función de procesos jurídicos, como también la propia planificación de los cuidados a ser adoptados^(12,13). Por lo tanto, en caso de posibles evaluaciones de orden jurídica, la adhesión al prontuario electrónico, como observado en una de las instituciones investigadas, puede facilitar y legitimar el proceso.

Otra incongruencia observada se refiere a la falta de identificación de los profesionales de enfermería en los registros, pues se observó que en la UTI-P I (82,1%) y en la UTI-P III (2,8%) constaban, entre los últimos registros investigados, sólo la firma del profesional, el que no es preconizado en la literatura como siendo el ideal.

Se aclara, en este sentido, que todos los cuidadores de enfermería deben identificarse al final de todos los registros efectuados en el prontuario del paciente, con al menos, nombre y el número del registro profesional^(7,8) ya que estas informaciones son de extrema importancia para la seguridad del trabajador⁽¹³⁾, y más que eso, el paciente.

Se constató también que la adopción de recursos tecnológicos, como prontuarios electrónicos, no descarta el uso de abreviaturas y siglas, ya que estas estaban presentes en más de 90% de los registros en prontuarios de la UTI-P II. Además, se visualizó la ocurrencia de 1.224 siglas y abreviaturas padronizadas en 90 registros investigados en las tres unidades. Cabe argumentar, sin embargo, que la utilización indiscriminada de siglas y abreviaturas, cuando no estandarizadas, pueden generar distintas interpretaciones de las informaciones registradas, perjudicando, por lo tanto, la comuni-

cación eficaz y, consecuentemente, la seguridad de los pacientes⁽¹²⁾.

Se identificó en los registros, innúmeros símbolos, como vol, +, ↑, ↓, c/, p/, reflejando, ciertamente, la amplia repercusión y diseminación en el cotidiano social, del lenguaje utilizado en internet, sobre todo en las redes sociales. Tal hecho torna misteriosa la atención y estandarización de siglas y abreviaturas en las instituciones de salud, una vez que estas pueden agilizar el procedimiento de registro en prontuario, uniformizándolo y previniendo fallas en las interpretaciones⁽¹²⁾.

Aunque, de modo general, los resultados hayan demostrado que la mayoría de los artículos verificados sobre los registros de enfermería en las UTI-P estén adecuados en relación a los aspectos de seguridad, se acredita que mejoras todavía pueden ser empleadas, por medio de programas de educación permanente junto a los profesionales de los equipos de enfermería^(14,15). Eso porque se notó que, en la realidad de instituciones de salud, sobre todo en sectores críticos, toda herramienta de promoción de la continuidad segura del cuidado debe ser valorizada y mejorada, siempre que posible.

Al considerar los registros de enfermería como herramientas indispensables para la actuación del equipo multiprofesional, por proporcionar un amplio informe de las informaciones relevantes sobre el cuidado ministrado a los pacientes⁽¹⁶⁾, reafirmase la necesidad imperativa de (re)valorizarse la práctica de esos registros en los prontuarios, en especial de los pacientes pediátricos.

CONCLUSIÓN

Se observó, salvo algunas excepciones, que los registros de enfermería atendían a las recomendaciones de seguridad y adecuación sugeridas por la literatura. Sin embargo, algu-

nos puntos aún carecen de atención por parte de los que los ejecutan, como la descripción de la fecha y hora y la identificación completa del profesional que realizó los registros. Además de eso, la presencia de borrones, identificadas esencialmente en registros manuales en detrimento de los electrónicos, debe ser prohibida, pues, además de comprometer la calidad de la comunicación entre los cuidadores, pueden resultar en perjuicios al trabajador, a la institución de salud y, principalmente, al paciente.

Para minimizar el cuadro presentado, se sugiere la realización de acciones educativas permanentes a todos los profesionales, en el sentido de sensibilizarlos acerca de la importancia y de la necesidad de los registros de enfermería. Se sugiere, también, la adopción, dentro de lo posible, de registros electrónicos, que sean extinguidos la existencia de borrones y faciliten el análisis de los datos. Además de eso, se proponen estudios que estimen directamente, los errores asistenciales provenientes de fallas en los registros de enfermería.

Como limitación de este estudio, se apunta el empleo de análisis estadísticas descriptivas, que no permiten inferencias o generalizaciones.

CITAS

1. Paes MR, Maftum MA. Communication between nursing team and patients with mental disorder in an emergency service. *Cienc Cuid Saude*. 2013; 12(1): 55-61.
2. Weller J, Boyd M, Cumin D. Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgrad Med J*. 2014; 90(1061): 149-154.
3. Françolin L, Brito MFP, Gabriel CS, Monteiro TM, Bernardes A. A qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados. *Rev. enferm. UERJ*. 2012; 20(1): 79-83.
4. Santana JCB, Sousa MA, Soares HC, Avelino KSA. Fatores que influenciam e minimizam os erros na

- administração de medicamentos pela equipe de enfermagem. *Rev. Enferm Revista*. 2012; 15(1): 122-37.
5. Sousa PAF, Dal Sasso GTM, Barra DCC. Contributions of the electronic health records to the safety of intensive care unit patients: an integrative review. *Text Context Nursing* [internet]. 2012 [Cited 2016 Jan 22] 21(4): 971-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/en_30.pdf
 6. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 311, de 08 de fevereiro de 2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro; 2007.
 7. Conselho Regional de Enfermagem (SP). Anotações de enfermagem. Junho de 2009.
 8. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Conselho Regional de Enfermagem (SP). 10 passos para a segurança do paciente. São Paulo; 2010.
 9. Broussard BS, Broussard AB. Using Electronic Communication Safely in Health Care Settings. *Nurs Women's Health*. 2013; 17(1): 59-62.
 10. Tannure MC, Lima APS, Oliveira CR, Lima SV, Chianca TCM. Processo de Enfermagem: comparação do registro manual versus eletrônico. *J. Health Inform*. 2015; 7(3): 69-74.
 11. Azevêdo LMN, Oliveira AG, Malveira FAZ, Valença CN, Costa EO, Germano RM. A visão da equipe de enfermagem sobre seus registros. *Rev Rene*. 2012; 13(1): 64-73.
 12. Diniz SOS, Silva OS, Figueiredo NMA, Tonini T. Quality of nursing records: analytical reflections on its forms and contents. *Rev Enferm UFPE on line* [internet]. 2015 Oct 9 [Cited 2016 Jan 15] 9(10): 9616-23. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7642/pdf_8765.
 13. Marinič M. The importance of health records. *Health*. 2015; 7(5): 617-24.
 14. Adeleke IT, Adekanye AO, Onawola KA, Okuku AG, Adefemi SA, Erinle SA., et al. Data quality assessment in healthcare: a 365-day chart review of inpatients' health records at a Nigerian tertiary hospital. *J Am Med Inform Assoc*. 2012; 19(6): 1039-1042.
 15. Blake-Mowatt C, Lindo JLM, Bennett J. Evaluation of registered nurses' knowledge and practice of documentation at a Jamaican hospital. *Int Nurs Rev*. 2013; 60(3): 328-334.
 16. Geyer N. How important are nursing records? *Prof Nurs Today*. 2015; 19(1): 14-16.

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

Recibido: 20/06/2016
Revisado: 23/05/2017
Aprobado: 23/05/2017