ESTIMA
Brazilian Journal of Enterostomal Therapy

ARTÍCULO ORIGINAL
https://doi.org/10.30886/estima.v24.1998_ES

Conformidad de los registros de enfermería sobre lesiones por presión en la atención primaria de salud de un municipio de Amazonas, Brasil**

Rian Aragão Sampaio[1], Fernanda Francisca Martins Ramos[1], Cristiane Costa Reis da Silva[1]*, Leticia Costa Wanderley[1], Raul Souza da Cruz[1]

RESUMEN

Objetivo: Analizar la conformidad técnico-formal de los registros de enfermería relacionados con la evaluación de lesiones por presión en la atención primaria de salud, considerando los criterios normativos, éticos y científicos vigentes. **Método:** Estudio documental, descriptivo, con enfoque cuantitativo, realizado en una Unidad de Salud de la Familia ubicada en el estado de Amazonas, Brasil, entre octubre y diciembre de 2024. Los datos fueron recopilados por los investigadores mediante la revisión de historias clínicas, utilizando una lista de verificación previamente elaborada. **Resultados:** Se observó un uso adecuado de la terminología en el 78,6% de los registros. Se identificaron errores de escritura en el 42,9% de las historias clínicas, mientras que el uso de líquidos correctores se detectó en el 14,3%. No se encontraron registros con espacios en blanco. **Conclusión:** Los hallazgos evidenciaron que la mayoría de los registros de enfermería relacionados con las lesiones por presión en la atención primaria de salud cumplían con los criterios evaluados. Sin embargo, se identificaron deficiencias en la documentación que ponen de manifiesto la necesidad de implementar acciones educativas orientadas a mejorar la calidad de los registros de enfermería.

DESCRIPTORES: Atención Primaria de Salud. Registros de Enfermería. Estomaterapia.

Conformidade dos registros de enfermagem sobre lesão por pressão na atenção primária em um município amazonense

RESUMO

Objetivo: Analisar a conformidade técnico-formal dos registros de enfermagem na avaliação de lesões por pressão na atenção primária à saúde, considerando critérios normativos, éticos e científicos vigentes. **Método:** Estudo documental, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em uma Unidade de Saúde da Família localizada no estado do Amazonas, de outubro a dezembro de 2024. Os dados foram coletados pelos pesquisadores por meio da análise de prontuários, utilizando um instrumento do tipo *checklist* previamente elaborado. **Resultados:** Observou-se o uso adequado de terminologia em 78,6% dos registros. Erros gráficos estiveram presentes em 42,9% dos prontuários, enquanto o uso de corretivos foi identificado em 14,3%. Não foram encontrados registros com espaços em branco. **Conclusão:** Os achados evidenciaram, em sua maioria,

[1]Universidade Federal do Amazonas – Manaus (AM), Brasil.
*Autor de correspondencia: cristianereis@ufam.edu.br

Editor responsable: Daniel Cortez Daniel Nogueira Cortez
Recibido: 7 de mayo de 2026. | Aceptado: 30 de septiembre de 2026.
Cómo citar: Sampaio RA, Ramos FFM, Silva CCR, Wanderley LC, Cruz RS. Conformidade dos registros de enfermagem sobre lesão por pressão na atenção primária em um município amazonense. ESTIMA, Braz J Enterostomal Ther. 2026;24:e1998. https://doi.org/10.30886/estima.v24.1998_ES
Origen del artículo: Derivado de un proyecto de investigación vinculado al Programa Institucional de Iniciación Científica y Tecnológica (PIBIC) de la Universidad Federal de Amazonas, titulado "Evaluación de los registros de enfermería realizados por enfermeros de Atención Primaria de Salud en la evaluación de lesiones por presión", desarrollado durante los años 2024 y 2025.

CC BY

conformidade nos registros de enfermagem relacionados a lesões por pressão na atenção básica. Entretanto, identificaram-se fragilidades que apontam para a necessidade de implementação de ações educativas voltadas à qualificação dos registros.

DESCRITORES: Atenção primária à saúde. Registros de enfermagem. Estomaterapia.

Compliance of Nursing Records on Pressure Injuries in Primary Health Care in a Municipality in Amazonas, Brazil

ABSTRACT

Objective: To analyze the technical and formal compliance of nursing records related to pressure injury assessment in primary health care, considering current regulatory, ethical, and scientific standards. **Method:** A descriptive documentary study with a quantitative approach was conducted at a Family Health Unit in the state of Amazonas, Brazil, from October to December 2024. Data were collected by the researchers through medical record reviews using a previously developed checklist. **Results:** Appropriate terminology was used in 78.6% of the records. Writing errors were identified in 42.9% of the medical records, while the use of correction fluid was observed in 14.3%. No records containing blank spaces were identified. **Conclusion:** The findings demonstrated that most nursing records related to pressure injuries in primary health care complied with the assessed standards. However, documentation weaknesses were identified, highlighting the need to implement educational initiatives aimed at improving the quality of nursing records.

DESCRIPTORS: Primary Health Care. Nursing Records. Stomatherapy.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de los últimos años, se ha observado un aumento significativo de la incidencia de lesiones por presión (LP) a escala mundial. Estas lesiones se definen como alteraciones que afectan a la integridad cutánea, los tejidos y/o las estructuras subyacentes, provocadas por una presión continua o prolongada. Las LP se clasifican según la profundidad y el grado de afectación tisular que presenta el paciente. Así, se categorizan en estadio 1, estadio 2, estadio 3 y estadio 4, lesión por presión de tejido profundo, lesión por presión no clasificable, lesión por presión relacionada con dispositivos médicos y lesiones localizadas en las membranas mucosas[1].

Aunque las LP constituyen un grave problema de salud pública, asociado a un aumento de la morbimortalidad y a elevados costes asistenciales, son ampliamente prevenibles mediante instrumentos de predicción del riesgo, formación continuada y registros adecuados del estado de salud del paciente y de los cuidados prestados[2-5].

En este sentido, la atención primaria de salud (APS), debido a su proximidad a los territorios y las comunidades, desempeña un papel fundamental en la atención a las personas con LP. Esta atención se presta de manera integral por parte del equipo multidisciplinar de la APS, especialmente del personal de enfermería, que desempeña un papel esencial en la prevención, identificación, clasificación, tratamiento y seguimiento de la evolución de las LP[5].

Al constituir el primer nivel de acceso de la población a los servicios del Sistema Único de Salud (SUS), la APS representa un escenario fundamental para la atención a las personas con lesiones cutáneas, que requieren una atención individualizada tanto en los centros sanitarios como en el domicilio. La continuidad del seguimiento en este nivel asistencial favorece la orientación, el tratamiento y la monitorización de la evolución de las lesiones, lo que pone de relieve la importancia de los cuidados de enfermería en este contexto[6].

Por tanto, la calidad de los registros de enfermería resulta esencial, ya que su evaluación permite identificar deficiencias en el proceso de trabajo y fundamentar la implementación de mejoras en la asistencia[5,7]. La Resolución n.º 514/2016 del Consejo Federal de Enfermería de Brasil (COFEN) establece directrices que orientan la práctica de los registros de

enfermería, con el objetivo de estandarizar y garantizar la calidad de la información recogida en la historia clínica del paciente. Estos registros facilitan la comunicación entre los profesionales, contribuyen a la organización de la asistencia y sirven de base para actividades docentes, de investigación, auditoría, respaldo jurídico y análisis estadísticos[7,8].

En este sentido, en el contexto de la APS, los hallazgos de este estudio pusieron de manifiesto deficiencias en el registro de información esencial relacionada con las LP, especialmente en lo que respecta a la descripción detallada de las características de las heridas. Se identificó un resultado similar en un estudio realizado en el ámbito hospitalario, en el que la ausencia de información esencial sobre las LP se señaló como un obstáculo para la calidad de los registros. Como medidas para mejorar la documentación, se implementaron estrategias como la revisión de protocolos, la formación del personal de enfermería y el apoyo del equipo directivo[9,10].

A pesar de la relevancia de los registros de enfermería para la efectividad de los cuidados, los estudios que abordan la calidad de los registros de enfermería sobre las LP en la APS siguen siendo escasos, especialmente en el contexto amazónico.

En la región amazónica, el acceso a los servicios de salud puede estar condicionado por factores como la distancia, el tiempo de desplazamiento, los medios de transporte disponibles y las dificultades para obtener atención sanitaria[11].

Estas particularidades territoriales refuerzan la necesidad de disponer de registros de enfermería completos y de calidad, especialmente en la APS, donde la documentación resulta fundamental para favorecer la continuidad de los cuidados y la comunicación entre los profesionales.

Reconociendo la relevancia de los registros de enfermería para la efectividad de la asistencia, así como la escasez de estudios sobre esta temática, resulta fundamental analizar la calidad y la conformidad de la información registrada por los profesionales, con el fin de identificar posibles deficiencias y contribuir a la mejora de la documentación de los cuidados de enfermería en la APS.

OBJETIVOS

Analizar la conformidad técnico-formal de los registros de enfermería en la evaluación de las lesiones por presión en la atención primaria de salud, teniendo en cuenta los criterios normativos, éticos y científicos vigentes.

MÉTODOS

Se trata de un estudio documental, descriptivo y de enfoque cuantitativo, desarrollado mediante el análisis secundario de los registros de enfermería obtenidos en una investigación anterior titulada “Evaluación de los registros de enfermería realizados por profesionales de enfermería de Atención Primaria de Salud en la evaluación de las lesiones por presión”. Mientras que el estudio original tuvo como objetivo evaluar los registros realizados por el personal de enfermería en el contexto de la evaluación de las lesiones por presión, el presente análisis se llevó a cabo a partir de los datos documentales previamente obtenidos, centrándose en el análisis de la conformidad y la calidad formal de dichos registros.

La presentación del estudio se ajustó a las recomendaciones de Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE), de acuerdo con las directrices de la red EQUATOR (Enhancing the QUAlity and Transparency Of Health Research) para estudios observacionales.

El estudio se llevó a cabo en una Unidad de Salud de la Familia (USF) situada en un municipio de la región central del estado de Amazonas, localizado en el curso medio del río Solimões. El acceso al municipio se realiza por vía fluvial y aérea[11]. Según el Censo Demográfico de 2022 del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), el municipio cuenta con una población de 70.616 habitantes y una superficie territorial de 57.970,77 km^2[12]. La unidad fue seleccionada de forma intencionada debido a su amplia cobertura territorial.

Se consideraron elegibles las historias clínicas de usuarios de 18 años o más atendidos en las unidades de APS que contuvieran registros relacionados con la evaluación de LP entre octubre y diciembre de 2024. Se consideraron no elegibles aquellas historias clínicas que no presentaran información suficiente para aplicar los criterios establecidos en el instrumento de recogida de datos. Inicialmente, se identificaron 19 historias clínicas, de las cuales 14 se incluyeron en el estudio y cinco

se excluyeron por contener exclusivamente registros realizados por técnicos de enfermería. En las 14 historias clínicas incluidas se analizaron las evoluciones y las anotaciones de enfermería relacionadas con la evaluación de las LP, considerando cada historia clínica como unidad de análisis. Se tuvieron en cuenta los registros realizados por el personal de enfermería titulado presentes en cada historia clínica, independientemente del número de registros encontrados.

El instrumento de recogida de datos consistió en una lista de verificación (checklist) elaborada por los propios investigadores como parte de un subproyecto de investigación, basándose en criterios establecidos en la literatura científica y en las resoluciones y normativas vigentes del COFEN relativas a las normas y los requisitos para los registros de enfermería. El instrumento contempló variables relacionadas con el uso de terminología adecuada, la presencia de errores de escritura, información incomprensible o incompleta y espacios en blanco, la claridad y coherencia de los registros, el uso de correctores y siglas, así como la identificación del profesional mediante sello y firma. Cada elemento se evaluó en función de la presencia o ausencia del criterio correspondiente, de acuerdo con los parámetros previamente definidos en la lista de verificación (checklist). Antes de la recogida definitiva de los datos, el instrumento se sometió a una prueba piloto (pretest), con el objetivo de comprobar la claridad, la comprensión y la aplicabilidad de sus elementos. No fue necesario realizar modificaciones en el instrumento tras esta etapa, por lo que se mantuvo su versión original para la recogida de datos.

Una vez analizadas las historias clínicas, los datos se organizaron en una base de datos y se sometieron a un análisis estadístico descriptivo, presentándose las frecuencias absolutas y relativas de las variables analizadas. Para el procesamiento de los datos, se utilizó el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 23.0. Los resultados se presentaron en tablas, lo que permitió describir la frecuencia de los aspectos relacionados con la calidad y la conformidad de los registros de enfermería.

El proyecto fue presentado al Comité de Ética en Investigación (CEP) de la Universidad Federal de Amazonas, de conformidad con las directrices establecidas por el Consejo Nacional de Salud, respetando los principios éticos contemplados en la Resolución n.º 466/2012, que regula las investigaciones en las que participan seres humanos en Brasil. El estudio fue aprobado por el CEP mediante el dictamen n.º 7.086.068.

RESULTADOS

Se analizaron 14 historias clínicas, teniendo en cuenta los registros de enfermería relacionados con la evaluación de las LP realizados por enfermeros y enfermeras. Los resultados se presentan de forma descriptiva, considerando el número de historias clínicas analizadas.

El uso adecuado de la terminología se observó en 11 de las 14 historias clínicas analizadas (78,6 %), mientras que las otras tres (21,4 %) presentaron un uso inadecuado de la terminología. En cuanto a los errores de escritura, se identificaron en 6 (42,9 %) historias clínicas, mientras que 8 (57,1 %) no presentaron este tipo de errores (Tabla 1).

El uso de correctores se identificó en 2 (14,3 %) de las 14 historias clínicas, mientras que 12 (85,7 %) no presentaron esta incidencia. En cuanto a la presencia de espacios en blanco, no se identificaron registros de esta naturaleza en ninguna de las historias clínicas analizadas, lo que correspondió a 14 (100,0 %) (Tabla 2).

Tabla 1. Utilización de terminología y errores de escritura. Amazonas (AM), Brasil, 2024.

Utilización de terminología	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sí	11	78,6
No	3	21,4
Total	14	100,0
Errores de escritura	**Frecuencia (n)**	**Porcentaje (%)**
Sí	6	42,9
No	8	57,1
Total	14	100,0

Fuente: Datos de la investigación, 2024.

Tabla 2. Uso de correctores y presencia de espacios en blanco. Amazonas (AM), Brasil, 2024.

Uso de correctores	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sí	2	14,3
No	12	85,7
Total	14	100,0
Presencia de espacios en blanco	**Frecuencia (n)**	**Porcentaje (%)**
No	14	100,0
Total	14	100,0

Fuente: Datos de la investigación, 2024.

Tabla 3. Claridad de las anotaciones y coherencia. Amazonas (AM), Brasil, 2024.

Claridad de las anotaciones	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sí	10	71,4
No	4	28,6
Total	14	100,0
Coherencia	**Frecuencia (n)**	**Porcentaje (%)**
Sí	11	78,6
No	3	21,4
Total	14	100,0

Fuente: Datos de la investigación, 2024.

Tabla 4. Información incomprensible e incompleta. Amazonas (AM), Brasil, 2024.

Incomprensibles	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sí	5	35,7
No	9	64,3
Total	14	100,0
Incompletos	**Frecuencia (n)**	**Porcentaje (%)**
Sí	5	35,7
No	9	64,3
Total	14	100,0

n: número de historias clínicas analizadas.
Fuente: Datos de la investigación, 2024.

Tabla 5. Uso de siglas estandarizadas y sello/firma. Amazonas (AM), Brasil, 2024.

Uso de siglas estandarizadas	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sí	11	78,6
No	3	21,4
Total	14	100,0
Sello/firma	**Frecuencia (n)**	**Porcentaje (%)**
Sí	11	78,6
No	3	21,4
Total	14	100,0

n: número de historias clínicas analizadas.
Fuente: Datos de la investigación, 2024.

La claridad de las anotaciones se identificó en 10 (71,4 %) historias clínicas, mientras que 4 (28,6 %) no cumplían este criterio. En cuanto a la coherencia, 11 (78,6 %) historias clínicas presentaron registros coherentes y 3 (21,4 %) contenían registros considerados incoherentes (Tabla 3).

Se identificó información incomprensible en 5 (35,7 %) de las 14 historias clínicas, mientras que 9 (64,3 %) no presentaron esta incidencia. En cuanto a la exhaustividad de los registros, 5 (35,7 %) historias clínicas presentaron información incompleta y 9 (64,3 %) no presentaron esta deficiencia (Tabla 4).

Se observaron siglas estandarizadas en 11 (78,6 %) de las 14 historias clínicas analizadas, mientras que en 3 (21,4 %) no se identificó una estandarización de las siglas utilizadas. En relación con la identificación profesional, 11 (78,6 %) historias clínicas contenían el sello y la firma del profesional, mientras que 3 (21,4 %) no presentaban estos elementos (Tabla 5).

DISCUSIÓN

Los registros de enfermería constituyen un importante instrumento de comunicación entre los profesionales sanitarios y de documentación de los cuidados prestados, ya que contribuyen a la continuidad asistencial y a la seguridad de la información relacionada con el paciente. En la APS, los registros de enfermería adquieren especial relevancia, puesto que permiten documentar el seguimiento del usuario a lo largo del tiempo y compartir información entre los distintos profesionales y niveles de la red asistencial implicados en su atención. En este contexto, los aspectos relacionados con la calidad formal de los registros, como la claridad, la coherencia, el uso de terminología adecuada y la identificación del profesional, son fundamentales para la comunicación y la continuidad de los cuidados[13].

El uso de terminología técnica adecuada observado en el presente estudio puede estar relacionado con el conocimiento de los profesionales sobre el lenguaje específico de enfermería y los registros sanitarios. Sin embargo, la presencia de un uso inadecuado de la terminología y de errores de escritura pone de manifiesto deficiencias en los aspectos formales de la documentación. Diversos estudios señalan que los errores en la redacción de los registros pueden comprometer la comprensión de la información y afectar a su valor documental y jurídico[7,14].

La presencia de errores de escritura puede estar relacionada con diversos factores, como la sobrecarga de trabajo, el tiempo limitado para realizar los registros, la ausencia de revisión de la información antes de su finalización y las deficiencias en la formación o en la formación continuada sobre documentación de enfermería. Sin embargo, al tratarse de un análisis documental, el presente estudio no permite determinar las causas de estos hallazgos. Por tanto, estos factores deben entenderse como posibles explicaciones señaladas en la literatura, y no como causas directamente establecidas por los datos de esta investigación.

En cuanto al uso de correctores, la incidencia identificada pone de manifiesto la necesidad de reforzar las orientaciones relativas a las correcciones en los registros de enfermería. Las normas profesionales establecen criterios para que las posibles correcciones preserven la integridad y la trazabilidad de la información registrada. Un estudio anterior también identificó el uso de correctores y la presencia de espacios en blanco como aspectos relacionados con la calidad de la documentación y la integridad de los registros[9].

Por otro lado, la ausencia de espacios físicos en blanco observada en el presente estudio debe entenderse como un aspecto específico de la forma de cumplimentación de la documentación, sin que sea posible asociarla, de manera aislada, con la integridad de la información. La ausencia de espacios en blanco y la exhaustividad de la información constituyen aspectos diferentes, ya que un registro puede no presentar espacios vacíos y, aun así, contener información insuficiente para documentar adecuadamente los cuidados prestados.

En cuanto a la claridad y la coherencia de los registros, los hallazgos indican que estos aspectos estuvieron presentes en la mayoría de las historias clínicas analizadas. Sin embargo, la identificación de registros poco claros y de información considerada incoherente en parte de las historias clínicas pone de manifiesto la existencia de aspectos formales que todavía requieren atención. Esta situación es relevante para la documentación de los cuidados, teniendo en cuenta que los registros poco claros o incoherentes pueden dificultar la comprensión de la información por parte de los profesionales que consultan la historia clínica. En este sentido, el COFEN destaca la necesidad de elaborar registros objetivos, claros y organizados,

además de señalar problemas relacionados con la falta de claridad, la desorganización de la información y el uso de abreviaturas no estandarizadas[15].

La presencia de información incomprensible e incompleta merece especial atención en el contexto de la evaluación y el seguimiento de las lesiones por presión. Los registros incompletos pueden limitar la recuperación de información sobre el estado de la lesión, su evolución y las intervenciones adoptadas durante el seguimiento. Este hallazgo pone de manifiesto una deficiencia documental que puede dificultar la comunicación entre los profesionales y la continuidad de la información asistencial.

Esta cuestión puede adquirir especial relevancia en la APS, sobre todo cuando el usuario necesita seguimiento por parte de diferentes profesionales o servicios sanitarios. En el contexto amazónico, las características territoriales, las distancias entre comunidades y las dificultades de desplazamiento pueden convertir los registros en una fuente de información fundamental para el equipo, especialmente cuando es necesario garantizar la continuidad de los cuidados en el domicilio. No obstante, el presente estudio no evaluó directamente las condiciones laborales, las características del territorio ni la percepción de los profesionales, por lo que no es posible establecer una relación causal entre el contexto amazónico y las deficiencias identificadas.

En cuanto al uso de siglas estandarizadas, se observó que este criterio estaba presente en la mayoría de las historias clínicas analizadas. Este resultado demuestra la adopción de formas estandarizadas de abreviación en los registros evaluados. Sin embargo, la presencia de siglas no estandarizadas en parte de las historias clínicas merece atención, ya que su utilización puede dificultar la comprensión de la información por parte de otros profesionales. La literatura señala que el uso inadecuado o no estandarizado de abreviaturas puede favorecer errores de comunicación y comprometer la interpretación de los registros[8].

En relación con la identificación profesional, se observó que la presencia del sello y la firma era habitual en la mayoría de las historias clínicas analizadas, mientras que una parte de los registros carecía de estos elementos. Este hallazgo pone de manifiesto que, aunque la identificación profesional estaba presente en la mayoría de los registros, todavía se observaron deficiencias en este aspecto de la documentación. La identificación mediante sello y firma es importante para permitir el reconocimiento del profesional responsable del registro y garantizar la trazabilidad de la información documentada, de acuerdo con lo establecido en la normativa profesional vigente, incluida la Resolución COFEN n.º 514/2016.

En términos generales, los hallazgos ponen de manifiesto la coexistencia de aspectos adecuados y deficiencias en la calidad formal de los registros de enfermería analizados. Las deficiencias identificadas refuerzan la importancia de desarrollar acciones permanentes de formación y perfeccionamiento profesional, especialmente en lo que respecta al conocimiento de las normas de documentación y a la incorporación de prácticas de registro claras, coherentes y completas en la actividad cotidiana de enfermería.

Limitaciones del estudio

El presente estudio presenta limitaciones relacionadas con su contexto y diseño, entre las que destaca el reducido tamaño muestral, asociado a la realización de la investigación en una única USF. Aunque la unidad fue seleccionada por su amplia cobertura territorial y, en consecuencia, permitió acceder a un conjunto más amplio de registros en el contexto estudiado, la concentración de la investigación en un único servicio limita la diversidad de realidades asistenciales contempladas y exige cautela a la hora de generalizar los hallazgos a otras unidades y contextos de la APS.

En cuanto al instrumento utilizado, la lista de verificación (checklist) se estructuró a partir de criterios técnico-formales, normativos, éticos y científicos pertinentes para la evaluación de los registros de enfermería relacionados con las LP. Sin embargo, no se llevó a cabo una validación formal específica del instrumento, aspecto que debe tenerse en cuenta al interpretar los resultados.

Al tratarse de una investigación documental, los hallazgos reflejan la información disponible y efectivamente registrada en las historias clínicas durante el periodo analizado. Por tanto, la ausencia de determinada información en el registro no permite afirmar necesariamente que el cuidado no se haya prestado, sino que pone de manifiesto una falta de conformidad documental según los criterios adoptados. De este modo, los resultados permiten analizar la conformidad técnico-formal de los registros de enfermería, pero no posibilitan, por sí solos, inferir la calidad global de la asistencia prestada.

Recomendaciones

A partir de los hallazgos, se recomienda reforzar las acciones de formación continuada en enfermería orientadas a mejorar la calidad de los registros relacionados con la evaluación de las LP, haciendo hincapié en la exhaustividad de la información, la estandarización del lenguaje técnico-científico, el uso adecuado de la terminología y la corrección formal de las anotaciones.

Asimismo, se recomienda reforzar los protocolos y los instrumentos institucionales que orientan el registro de la evaluación de las LP, incorporando los elementos esenciales de la documentación y los aspectos relacionados con el uso de abreviaturas, las correcciones y la identificación profesional, de conformidad con la normativa vigente.

Se sugieren auditorías periódicas de los registros de enfermería como estrategia para supervisar la conformidad documental, identificar deficiencias y evaluar los efectos de las acciones formativas implementadas.

Por último, teniendo en cuenta las particularidades del contexto investigado, se recomiendan estudios multicéntricos, con un mayor número de participantes y en diferentes servicios de APS, con el fin de ampliar la comprensión de la conformidad técnico-formal de los registros de enfermería relacionados con la evaluación de las LP en diversos contextos asistenciales.

CONCLUSIÓN

El presente análisis permitió identificar la conformidad técnico-formal de los registros de enfermería relacionados con la evaluación de las LP, poniendo de manifiesto una mayor adecuación en determinados aspectos de la documentación y deficiencias en otros. Los hallazgos indican que, aunque están presentes elementos que favorecen la claridad, la coherencia y la descripción adecuada de los registros, persisten aspectos documentales que requieren mejoras, especialmente aquellos relacionados con la exhaustividad de la información registrada.

En este sentido, los resultados refuerzan la importancia de la formación continuada en enfermería como estrategia para mejorar la documentación de los cuidados y fortalecer el uso de los registros como instrumento de comunicación, continuidad asistencial y respaldo profesional.

Se recomienda que los futuros estudios amplíen el número de unidades y escenarios investigados, abarcando diferentes contextos de la APS, así como que desarrollen y validen instrumentos específicos que permitan realizar evaluaciones estandarizadas y comparables de la conformidad de los registros de enfermería relacionados con las LP.

Agradecimientos: Los autores agradecen a la Universidad Federal de Amazonas la concesión de una beca de iniciación científica, a través del Programa Institucional de Iniciación Científica y Tecnológica (PIBIC), que hizo posible el desarrollo de esta investigación.

Contribución de autoría: RAS: Conceptualización, Redacción – borrador original, Investigación, Metodología. FFMR: Conceptualización, Redacción – borrador original, Investigación, Metodología. CCRS: Administración del proyecto, Análisis formal, Gestión de datos, Redacción – revisión y edición, Metodología, Supervisión, Validación. LCW: Gestión de datos, Redacción – revisión y edición, Validación. RSC: Gestión de datos, Redacción – revisión y edición, Visualización.

Disponibilidad de los datos de investigación: Todos los datos fueron generados o analizados a partir de la investigación titulada «Evaluación de los registros de enfermería realizados por profesionales de enfermería de Atención Primaria de Salud en la evaluación de las lesiones por presión».

Financiación: Esta investigación contó con el apoyo financiero del Programa Institucional de Iniciación Científica y Tecnológica (PIBIC) de la Universidad Federal de Amazonas, en el marco del proceso n.º S/0063/2024.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Aprobación del comité de ética en investigación: Aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Amazonas, mediante el dictamen n.º 7.086.068.

REFERENCIAS

1. Albuquerque FKO, Oliveira FMRL, Cabral JVB, Galindo Júnior JUF, Gomes AM, Andrade SCF, et al. Avaliação e tratamento de lesão por pressão em pessoas idosas hospitalizadas: revisão de escopo. Rev Enferm Atual In Derme. 2025;99(1):e025019. https://doi.org/10.31011/reaid-2025-v.99-n.1-art.2461
2. Lobo AFR, Melo ALSCP, Gonçalves CAC. Análise de custo-efetividade "prevenção versus tratamento de lesões por pressão": um estudo de caso. Gestão e Desenvolvimento. 2025;(33):87-110. https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2025.17562
3. Almeida GHD, Dantas GHO, Nóbrega LMB, Morais JLP, Souza APMA, Santos IBC, et al. Registros de enfermagem sobre lesão por pressão em uma unidade de terapia intensiva. Rev Enferm Atual In Derme. 2023;97(3):e023148. https://doi.org/10.31011/reaid-2023-v.97-n.3-art.1927
4. Maia KLSS, Rodrigues AKSB. Assistência de enfermagem no tratamento de lesão por pressão: revisão integrativa. Rev Foco. 2024;17(11):e6388. https://doi.org/10.54751/revistafoco.v17n11-214
5. Silva CCR, Seixas MAS, Reis LAT. Lesão por pressão: conhecimento de enfermeiros do interior do Amazonas. Rev Recien. 2024;14(42):409-20. https://doi.org/10.24276/rrecien2024.14.42.409420
6. Souza TMP, Nogueira PC, Santos VLCG, Campanili TCGF, Santos RSS, Oliveira ELS. Lesão por pressão em pacientes críticos: prevalência e fatores associados. Estima, Braz J Enterostomal Ther. 2024;22:e1437. https://doi.org/10.30886/estima.v22.1437_PT
7. Sulzbach SR, Argenta C, Adamy EK, Meschial WC, Zanatta EA, Abido SC. Avaliação dos registros de enfermagem por meio do Quality of Diagnoses, Interventions and Outcomes. Rev Enferm UFSM. 2022;12(26):1-19. https://doi.org/10.5902/2179769268189
8. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. Processo de enfermagem: guia para a prática [Internet]. São Paulo: Coren-SP; 2025 [citado em 26 jan. 2025]. Available from: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2025/04/processo_de_enfermagem.pdf
9. Sichieri K, Matos TM, Santos TR, Secoli SR. Prevenção de lesão por pressão em unidade de terapia intensiva: implementação de melhores práticas. Rev Gaúcha Enferm. 2024;45:e20240166. https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20240166.pt
10. Sampaio RA, Ramos FFM, Santos JBP, Gomes WA, Castro ACA, Silva CCR. Registros de enfermagem na atenção primária a saúde sobrelesão por pressão no interior Amazônico. São Paulo: Rev Recien. 2026;16(44):490-8. https://doi.org/10.24276/rrecien2026.16.44046
11. Guimarães AF, Barbosa VLM, Silva MP, Portugal JKA, Reis MHS, Gama ASM. Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. Rev Pan-Amaz Saúde. 2020;11:1-7. http://dx.doi.org/10.5123/s2176-6223202000178
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama do Censo 2022 [Internet]. Brasília: IBGE; 2022 [citado 15 de fev. 2026]. Available from: https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/
13. Setz VG, D'Innocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. Acta Paul Enferm. 2009;22(3):313-7. https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000300012
14. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. Anotações de enfermagem [Internet]. São Paulo: COREN-SP; 2022 [citado em 22 jan. 2026]. Available from: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2022/09/anotacao-de-enfermagem.pdf
15. Conselho Federal de Enfermagem. Recomendações para registros de enfermagem no exercício da profissão [Internet]. Brasília: COFEN; 2023 [citado em 15 abr. 2026]. Available from: https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2024/02/Registros-de-Enfermagem-no-Exercicio-da-Profissao.pdf