



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TEMA:

**Análisis de los registros de Enfermería en el área de pediatría
de un hospital de la ciudad de Guayaquil.**

AUTORAS:

**Chávez Salto Emily Yaritza
Garcia Valero, Noemi Jemima**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TUTORA:

Lcda. Franco Poveda, Kristy Glenda Mgs.

Guayaquil, Ecuador

01 de septiembre del 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que en el presente trabajo sobre titulación en su totalidad ha sido realizado por **Chavez Salto Emily Yaritza y Garcia Valero Jemima Noemi**, para la obtención del título en **Licenciada en enfermería**.

TUTORA

f. _____
Lcda. Franco Poveda, Kristy Glenda Mgs.

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____
Lcda. Mendoza Vines, Ángela Ovilda. Mgs

Guayaquil, a los 01 del mes de septiembre del año 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Chávez Salto Emily Yaritza**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **Análisis de los registros de Enfermería en el área de pediatría de un hospital de la ciudad de Guayaquil**, para la obtención del título en **Licenciada en enfermería**, donde ha sido realizado con los privilegios del respeto hacia los derechos en el conocimiento científico conforme a las citas que se han plasmado en el documento, cuyas fuentes bibliográficas están evidenciadas en la sección de referencias. Seguidamente dicho trabajo es de mi total autoría.

De acuerdo con esta declaración, soy responsable del contenido, la exactitud y el alcance de mi trabajo de titulación.

Guayaquil, 01 del mes de septiembre del año 2023

LA AUTORA

f. _____
Chávez Salto Emily Yaritza



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Garcia Valero, Noemi Jemima**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **Análisis de los registros de Enfermería en el área de pediatría de un hospital de la ciudad de Guayaquil**, para la obtención del título en **Licenciada en enfermería**, donde ha sido realizado con los privilegios del respeto hacia los derechos en el conocimiento científico conforme a las citas que se han plasmado en el documento, cuyas fuentes bibliográficas están evidenciadas en la sección de referencias. Seguidamente dicho trabajo es de mi total autoría.

De acuerdo con esta declaración, soy responsable del contenido, la exactitud y el alcance de mi trabajo de titulación.

Guayaquil, a los 01 el mes de septiembre del año 2023

LA AUTORA

f. _____
Garcia Valero, Noemi Jemima



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Chávez Salto Emily Yaritza**

Doy autorización a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil para la **publicación** de dicho trabajo de titulación en la biblioteca de la institución: **Análisis de los registros de Enfermería en el área de pediatría de un hospital de la ciudad de Guayaquil**, donde el contenido, criterios e ideas son únicamente de mi responsabilidad y autoría.

Guayaquil, a los 01 el mes de septiembre del año 2023

LA AUTORA

f. _____
Chávez Salto Emily Yaritza



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Garcia Valero, Noemi Jemima**

Doy autorización a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil para la **publicación** de dicho trabajo de titulación en la biblioteca de la institución: **Análisis de los registros de Enfermería en el área de pediatría de un hospital de la ciudad de Guayaquil**, donde el contenido, criterios e ideas son únicamente de mi responsabilidad y autoría.

Guayaquil, a los 01 el mes de septiembre del año 2023

LA AUTORA

f. _____
Garcia Valero, Noemi Jemima

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi más sincero reconocimiento a todas las personas y entidades que desempeñaron un papel significativo en la realización de esta tesis. Este proyecto habría sido inalcanzable sin el respaldo y la colaboración que recibí.

En primer lugar, deseo agradecer a la Divinidad por acompañarme en mi trayecto de formación profesional, brindándome sabiduría, amor, conocimiento y la fortaleza para avanzar en cada fase.

Expreso mi gratitud hacia mi familia, particularmente hacia mis progenitores, Rubén García y Marisol Valero, por su apoyo inquebrantable, amor incondicional y por haberme inculcado la importancia del esfuerzo y la educación. Su constante aliento ha sido mi fuente primordial de motivación.

A mi hermana, Yamila García, le agradezco su infinita paciencia, comprensión y por haber estado a mi lado en todas las etapas de este viaje académico. Su apoyo emocional ha sido un bálsamo en los momentos más tensos.

También deseo reconocer a mis abuelos, Remigio Valero y Rosario Robalino, por su generosa contribución financiera que hizo viable la realización de esta investigación.

Con sincero agradecimiento,

Jemima García V.

AGRADECIMIENTO

El principal agradecimiento es a Dios, por ayudarme y guiarme a seguir este camino, y llenarme de toda la fuerza y voluntad para poder terminar esta hermosa carrera.

A mis padres y especialmente a mi mami, por darme todo lo necesario para seguir en este camino preprofesional, por siempre ser esa madre que impulsa a ser mejor persona a luchar por mis sueños. A mis hermanos por ayudarme a motivarme y ayudarme con palabras de aliento dándome las fuerzas durante la etapa académica para no rendirme.

Agradezco a mi amiga Ana Chonga que ha estado conmigo desde el inicio de la carrera y que a pesar de que ya culminó su carrera siempre ha estado apoyándome. También agradezco a Samuel Cabrera el cual me ayudaba llevándome a la universidad cuando se me hacía tarde.

Finalmente agradezco a la Universidad Católica Santiago de Guayquil y a todos los docentes, que nos guiaron y nos brindaron sus saberes y enseñanzas para nuestra vida profesional.

Un agradecimiento inmenso a todas las personas que han estado en este proceso.

Con aprecio y cariño

Emily Chávez Salto

DEDICATORIA

En primer lugar, quiero expresar mi gratitud a Dios por otorgarme la vida y la oportunidad de completar esta carrera extraordinaria. Reconozco que Su sabiduría y conocimiento me han guiado y fortalecido a lo largo de este proceso, siendo Su misericordia y bondad mi fuente de inspiración constante para no desanimarme.

A mis padres, Rubén García y Marisol Valero, les dedico un agradecimiento sincero por su amor inquebrantable, apoyo incondicional y los sacrificios incalculables que han hecho a lo largo de toda mi vida. Sin su aliento y respaldo, este logro nunca habría sido alcanzado.

A mi hermana, Yamila García Valero, le agradezco por su infinita paciencia, comprensión y estímulo constante. Su apoyo emocional ha sido una luz en los momentos más difíciles de esta travesía.

A mis abuelitos, Rosario Robalino y Remigio Valero, les dedico mi reconocimiento por su constante presencia a mi lado, su disposición para escucharme y su aliento en los momentos en que más los necesitaba. El amor que me brindan es un tesoro inestimable que valoro profundamente.

A mi profesora y mentora, la Lcda. Kristy Franco, le agradezco por su valiosa orientación, sabiduría y dedicación al guiarme a lo largo de este proyecto de investigación. Su influencia ha sido una fuente de inspiración constante. Quiero expresar mi gratitud a todas las personas que, de una forma u otra, contribuyeron a la realización de esta tesis. Este logro es también el suyo.

Con aprecio y cariño,

Jemima García Valero.

DEDICATORIA

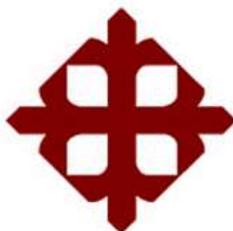
Dedico el presente trabajo de titulación a Dios, porque gracias a él y a mi madre pude culminar mi carrera de Licenciatura de Enfermería. A mis padres y hermanos que estuvieron a mi lado ayudándome y enseñándome sobre la calidad de los valores, y llenarme de palabras de aliento para seguir aventura que me lleva a una vida profesional.

A mi tutora de tesis la Lcda.Kristy Franco, la cual la estimo mucho y conozco desde segundo semestre de la carrera.

Finalmente, el presente trabajo va dedicado a todas las personas que han estado conmigo.

Con mucho cariño

Emily Chávez S



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

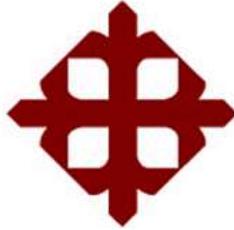
LCDA. ANGELA OVILDA MENDOZA VINCES, Mgs
DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

LCDA. MARTHA LORENA HOLGUIN JIMENEZ, Mgs
COORDINADORA DE UNIDAD DE TITULACIÓN

f. _____

LCDA. MARTHA LORENA HOLGUIN JIMENEZ, Mgs
OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

CALIFICACIÓN

Chávez Salto Emily Yaritza

Garcia Valero, Noemi Jemima

INDICE GENERAL

RESUMEN	XVII
ABSTRACT	XVIII
INTRODUCCION	2
CAPITULO I	4
1.1 - PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACION	6
1.3 JUSTIFICACION	7
1.4 OBJETIVOS	8
1.4.1 OBJETIVO GENERAL	8
1.4.2 OBJETIVO ESPECIFICO	8
CAPITULO II	9
2. FUNDAMENTACION CONCEPTUAL	9
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	9
2.2 MARCO TEORICO	13
2.2.1. Historia clínica según OPS	13
2.2.2. Historia clínica según MSP	13
2.2.3 Tipos de registros clínicos del área de enfermería	14
2.2.4 La calidad en la atención del área de enfermería	19
2.2.5 La calidad de los registros clínicos	20
2.2.6 Variables:	21
2.2.7 Continuidad de los cuidados en los registros de Enfermería	23
2.2.8 Los aspectos que influyen a la continuidad del cuidado	24
2.3 MARCO LEGAL	25
2.3.1 Código Civil y Código Penal	25
2.3.2 Constitución de la Republica del Ecuador	25

2.3.3 La ley orgánica de Salud	25
2.3.4 Artículo sobre el formato de la historia clínica	26
2.3.5 Código de Salud.....	26
2.3.6 Plan Nacional Desarrollo “Toda una vida”	26
2.3.7 Normativas para cumplir con los registros clínicos	27
2.3.8 Normativa Gestión Historia Clínica del Paciente	27
2.3.9 La responsabilidad se define por ley como:	27
2.3.10 Responsabilidad Civil.....	28
2.3.11 Perfil profesional de enfermería según la Ley	28
CAPITULO III	29
DISEÑO METODOLÓGICO	29
3.1 Tipo Estudio.....	29
3.2 Diseño:	29
3.3 Población y muestra:.....	29
3.4 Criterios de inclusión y exclusión:	29
3.6 Técnicas de procesamiento y análisis de datos.	30
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	30
4.- PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	33
DISCUSION	52
CONCLUSIÓN.....	54
RECOMENDACIONES	55
Bibliografía	56
9.-ANEXOS	58
Guía de observación Indirecta.....	62

INDICE DE FIGURA

Figura 1 Anotación y registro del profesional de salud durante el ingreso del paciente al servicio.	33
Figura 2 Registro subsecuente de estancia hospitalaria.....	34
Figura 3 Utilidad de medición universal.	35
Figura 4 Registro de abreviatura universal, ortografía, lenguaje técnico e información coherente.....	36
Figura 5 Registro legible, sin alteraciones y colocación de inicial según corresponda.	37
Figura 6 Estructura de Registros clínicos.	38
Figura 7 Registro de los datos socioculturales y anotar juicios clínicos.	40
Figura 8 Documentar comunicación, registro de intervenciones y hora.	41
Figura 9 Documentación de alta, registro de información del paciente e identificación del mismo.	42
Figura 10 Valoración de dolor y alergia.....	43
Figura 11 Análisis de la dimensión #2 sobre la continuidad del cuidado basado en el instrumento del CARCE.	44
Figura 12 Características y fechas de medios invasivos.	46
Figura 13 Características de herida quirúrgica y drenaje.....	47
Figura 14 Medicamentos, medidas de seguridad e intervención de riesgo de ulcera.	48
Figura 15 Apoyo educativo y revaloración del dolor.	49
Figura 16 Análisis de los datos sobre la dimensión de seguridad del paciente.	50

INDICE DE TABLA

Tabla 1 Variables de las dimensiones	30
--	----

RESUMEN

Los registros de enfermería son considerados como un método de comunicación entre los profesionales de salud donde permite recoger información sobre los cuidados y las intervenciones que debe realizar. **Objetivo:** Analizar los registros de Enfermería en el área de pediatría de un hospital de la ciudad de Guayaquil verificando la calidad la atención hacia el paciente. **Metodología:** Descriptivo-cuantitativo, diseño prospectivo- transversal. **Población:** 100 registros clínicos de enfermería del área de pediatría del Hospital General Guasmo sur. **Resultados:** La evaluación de las dimensiones, consta de la estructura del registro de enfermería, (35%) de profesionales omiten registrar la hora de ingreso del paciente, (30%) no llevan un registro progresivo de la estadía del paciente, (9%) deficiencia ortográfica al redactar un informe, reporte, nota, etc. (4%) no mantiene una buena estructura, (16%) dificultad en la comprensión de la letra. La continuidad del cuidado (22%) enfermeros están presentando un déficit sobre la solución de las necesidades del paciente, (5%) Olvidan de anotar la hora de las actividades durante el turno, (25%) Omiten registrar respuestas de los pacientes sobre las intervenciones que se desempeñan; por último, la dimensión de la seguridad hacia el paciente, (20%) no anotan la fecha de las instalación de medios invasivos, (2%) no cumplen correctamente colocación de drenajes y (55%) no anotan la revaloración del dolor. **Conclusiones:** Al analizar las dimensiones de los registros clínicos de enfermería presentaron el 77% de desempeño, mostrando falencias en algunas actividades, debido que algunos profesionales no cumplen de forma pertinente con los campos asignados.

Palabras claves: Registros de enfermería, Instrumento CARCE, registros clínicos, calidad, documentación, profesionales de salud.

ABSTRACT

Nursing records are considered as a method of communication between health professionals where it allows collecting information about the care and interventions that must be carried out. **Objective:** To analyze the nursing records in the pediatric area of a hospital in the city of Guayaquil, verifying the quality of patient care. **Methodology:** Descriptive-quantitative, prospective-cross-sectional design. **Population:** 100 clinical nursing records from the pediatric area of the Guasmo Sur General Hospital. **Results:** The evaluation of the dimensions consists of the structure of the nursing record, (35%) of professionals omit to record the hour of admission of the patient, (2%) do not keep a progressive record of the patient's stay, (9%) misspelling when writing a report, report, note, etc. (4%) does not maintain a good structure, (16%) difficulty in understanding the lyrics. The continuity of care (2%) nurses are presenting a deficit regarding the solution of the patient's needs, (5%) they forget to write down the time of the activities during the shift, (2%) they omit to record the responses of the patients on the interventions that are performed; Lastly, the dimension of safety towards the patient, (1%) do not note the date of the installation of invasive means, (2%) do not correctly place drains and (55%) do not note the reassessment of pain. **Conclusions:** When analyzing the dimensions of the nursing clinical records, they presented 77% of performance, showing shortcomings in some activities, due to the fact that some professionals do not pertinently comply with the assigned fields.

Keywords: Nursing Records, CARCE Instrument, clinical records, quality, documentation, health professionals.

INTRODUCCION

Las tendencias mundiales actuales y la globalización en el ámbito de la salud plantean nuevos retos para el personal de enfermería en la consecución de la calidad de los cuidados, lo que implica entre otras cosas, el desarrollo de instrumentos que la evalúen sistemáticamente, con el fin de garantizar y optimizar los servicios de salud. Por lo tanto, uno de estos instrumentos es la historia clínica de enfermería, la valoración de signos vitales, la hoja de glicemia, entre otras cosas. Los cuales deben estar orientados a documentar permanentemente los cuidados en un marco ético – legal, adicional de considerarse un indicador de calidad de los cuidados de enfermería. Además de ayudar a llevar un registro del paciente y sus debidas complicaciones que podría tener durante su estadía en el hospital. (1)

Los registros de enfermería son la base fundamental para mantener un respaldo para poder ejecutar las actividades establecidas durante el turno laboral, siendo preciso, es un instrumento e incluso una herramienta que se basa en orientar la documentación de manera permanente sobre las intervenciones dentro del marco legal teórico donde la información se mantiene con las acciones que realiza el personal de enfermería que está relacionado con el cuidado integral del paciente. (2) Se realizo un estudio de tipo descriptivo y observacional en donde se llegó a entrevistar al personal de enfermería y se analizó las anotaciones que realizan las enfermeras/os referente a las intervenciones continuo del paciente sobre los registros de Enfermería en el área de pediatría de un hospital de la ciudad de Guayaquil. (3)

Para llevar a cabo este trabajo, se tomó una muestra de 100 registros clínicos de enfermería, los cuales estuvieron distribuidos en sus áreas correspondientes dependiendo del turno asignado, donde se aplicó el instrumento de CARCE basado en la evaluación de los registros. Los resultados que se obtuvieron demuestran registros incompletos que podría provocar negligencias, un medicamento mal administrado, deterioro de los cuidados correspondientes, entre otras causas; por ello, los profesionales de enfermería deben mantener una buena gramática y ortográfica para que sea entendible ante

el lector, manteniendo las directrices legales y profesionales con las que se han determinado. (4)

Previamente expuesto, se enfatiza que realizar dicha investigación donde permita analizar los registros de enfermería en el área de pediatría, para llegar a comprobar si existe falencias, fallas, negligencia; y así determinar cuáles son y poder escoger de forma indicada una respuesta pertinente. Cabe resaltar que la finalidad de dicha investigación es llegar a mejorar las practicas asistenciales del área de enfermería, a través de los registros de Enfermería en el área de pediatría de un hospital de la ciudad de Guayaquil.

Con base en lo mencionado anteriormente, se lleva a cabo este proyecto de investigación con el objetivo de examinar y analizar los registros de Enfermería en el área de pediatría de un hospital de la ciudad de Guayaquil. El propósito es describir este fenómeno desde diversas perspectivas y, de esta manera, proporcionar las bases para implementar estrategias de mejora continua en la institución donde se está llevando a cabo el estudio. Para lograrlo, se aplicará una metodología de nivel descriptivo, observacional, prospectivo y transversal, utilizando una muestra de 100 reportes de enfermería. El instrumento utilizado en esta investigación será el "Calidad de los Registros Clínicos de Enfermería" (CARCE). (14)

CAPITULO I

1.1 - PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En este presente trabajo tendrá predominancia en realizarlo en la ciudad de Guayaquil, en el hospital Guasmo Sur de Guayaquil enfocada en el área de Pediatría con la finalidad de analizar los registros clínicos de enfermería. El profesional de enfermería tiene como base fundamental las intervenciones de cuidado en la parte asistencial, lo cual involucra las acciones de colaboración y autónomas, en cuanto a los registros clínicos de enfermería que se debe llevar a cabo en el área hospitalaria. Un registro clínico es considerado como una evidencia con una constancia escrita donde se refleja las acciones que se ejecutan al paciente cuando se encuentra en un área hospitalaria, es un medio de comunicación, una coordinación entre el médico y las intervenciones que se deben realizar en el paciente, mantener una presión en los cuidados y la seguridad que se deben tomar ante la situación presentada. (5)

Sin embargo, la problemática radica en el momento que se realiza dicha documentación, debido que en la mayoría de los casos no se llega a seguir los protocolos propuestos por la institución, donde esto genera problemas en la calidad de la atención que se predispone hacia los pacientes. Según Owen K (6), manifiesta que la seguridad que tiene un paciente es la base esencial y los registros clínicos del área de enfermería mantienen un efecto en la atención por parte del profesional, forjando una autoría con un enfoque de medidas de control con efecto de calidad. Esto se torna relevante cuando es dentro del ámbito hospitalario, donde las practicas llegan a fallar debido a un bajo nivel en el compromiso, tiempo y disposición por parte del personal de salud.

Ecuador, en la ciudad de Guayaquil, Hospital Guasmo Sur, se ha presentado una problemática que acarrea durante el proceso del marco ético legal, sobre los registros clínicos de enfermería en el área de pediatría, induciendo hechos como: malas interpretaciones por la ortografía, deficiencia en la información escrita, confusión de datos, pérdida de información, registros que carecen de información debida y limitaciones en la responsabilidad ética y legal.

En este presente trabajo se define las características que emergen los formularios de enfermería en el área pediátrica, asegurando una correcta y

pertinente documentación, a su vez la evaluación de dichas características mencionadas previamente donde se refleja el proceso la documentación de tipo profesional y concreta.

Por lo cual, la presente investigación está enfocada en un periodo de prueba donde se evaluará de manera pertinente y concreta los registros de enfermería, teniendo en cuenta el instrumento de CARCE para su respectiva evaluación resaltando la calidad y como ha llegado afectar el desempeño profesional del personal de enfermería al momento de brindar una información del paciente basados en reportes escritos donde brindan las intervenciones de cuidado que se ejecutan al paciente en el hospital.

1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACION

1. ¿Cómo son los soportes documentales de los registros de enfermería realizados en el área de Pediatría?
2. ¿Cuál es la estructura del registro de Enfermería?
3. ¿Existe continuidad de los cuidados en los registros de Enfermería?
4. ¿Cómo se categoriza la seguridad del paciente en los registros de Enfermería?

1.3 JUSTIFICACION

La enfermería es considerada como una de las disciplinas más fundamentales en el área de la salud, debido que permite que el profesional muestre su autonomía, trabajar en equipo junto al personal rotativo, ya sea dentro del área hospitalaria o comunitaria, siendo este último enfoque la base esencial para la realización del presente estudio, donde buscara respaldar las intervenciones de enfermería en base a los registros de Enfermería en el área de pediatría de un hospital de la ciudad de Guayaquil.

Los registros clínicos es un documento legal que se basa en llegar almacenar información, sobre todo de los servicios que presta el personal de enfermería en los ámbitos del área de salud, donde se posibilita la comunicación entre otros profesionales y la continuidad del proceso de normativas, protocolos y legislación donde se basan en llevar a cabo procedimientos indicados y normas establecidas. Se justifica este presente trabajo de investigación debido que el profesional de enfermería debe estar capacitado para registrar las intervenciones que se ejecutan, procedimientos realizados, medicamentos administrados, reportes que respalden el trabajo realizado durante el turno; se ha evidenciado el déficit del personal, falta de tiempo, escasez del personal y documentación incompletas, por ello se han observado invalidez en la comunicación de dicha información acerca del paciente, donde debe realzar una calidad de registros de enfermería y un buen proceso de atención en el área de la salud.

La correcta documentación en los registros clínicos desempeña un papel fundamental en el cumplimiento de las normativas y reglamentos en el ámbito de la atención médica. Mediante un análisis de estos registros, es posible detectar posibles carencias en cuanto al acatamiento de las normativas y fomentar la responsabilidad en la atención de salud pediátrica. En resumen, el propósito de esta tesis es abordar de manera crítica la necesidad de mejorar la calidad de la documentación clínica de enfermería en el campo de la pediatría. Al analizar y optimizar estos registros, se abre la posibilidad de mejorar la atención brindada, aumentar la seguridad de los pacientes, fomentar la investigación clínica y garantizar el cumplimiento de las normativas en el ámbito de la atención pediátrica.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

- Analizar los registros clínicos de Enfermería del área de pediatría del Hospital General Guasmo Sur verificando la calidad la atención hacia el paciente.

1.4.2 OBJETIVO ESPECIFICO

- Identificar la estructura de los registros de enfermería del área pediatría del Hospital del Guasmo.
- Describir la continuidad del cuidado de los registros de enfermería del área pediatría del Hospital del Guasmo.
- Categorizar de la seguridad del paciente en los registros de enfermería del área pediatría del Hospital del Guasmo.

CAPITULO II

2. FUNDAMENTACION CONCEPTUAL

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Méndez Calixto et al, 2001 realizo un estudio sobre “Trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico, el método utilizado fue prospectivo-transversal, un muestro de 62 enfermeras en el área de Unidad coronaria y Urgencias, se observaron que uno de los hallazgos más importante, donde 96,6% los profesionales de enfermería consideraron muy importante la historia clínica como parte de su historial médico y 90,3% el área de salud, específicamente las enfermeras, mantienen un claro conocimiento sobre los registros clínicos, el 56,5% utilizaba abreviaturas apropiadamente (uso formal y tecnicismo), el 80,6% desconocen las normativas nacionales para la ejecución pertinente de las notas de enfermería, el 62,3% el personal de enfermería no realiza la colocación de los nombres completos del paciente, omitiendo información necesaria y el 12,7% no escribía el número de cama. Hacer hincapié que, 53% profesional sanitario mantiene un rango 23 y 27 años, y el 58,1% tiene una experiencia de 4 años en el desempeño del servicio hospitalario.” (7)

Rissi Gabrieli et al,2019 realizó una investigación sobre “Evaluación de registros de enfermería pediátrica: con un estudio descriptivo-transversal, donde se llevó a cabo el análisis documental para su respectivo desarrollo, realizando una auditoria en el mes Julio y octubre en el año 2019, llegando a extraer información y datos relevantes que brinda asistencia en los formatos de registros clínicos corroborando la calidad de ellos. Se ha utilizado un frecuencia relativa y absoluta para el cálculo del índice de positividad, donde se logro analizar 1.129 registros clínicos que han llevado a cabo los profesionales de enfermería en las historias clínicas, un apartado de 67 niños y adolescentes; 568 evoluciones de enfermería y 561 son prescripciones, donde el equipo hospitalario mantiene una conformidad predominante de 40 niños (59,7%), 47 niños con piel blancos (70,1%) y 29 que son < 1 año (43,3%). Por otro lado, la agrupación clínica está conformada por pacientes que habían ingresados en el turno de la noche, 30 (44,8%) vienen de Urgencias, hospitalización de pacientes quirúrgicos 38 (56,7%), 55 (82,1%) con acompañamiento familiar (madre), 29 (43,3%) con una

estancia en el hospital 7-10 días y por último, 65 (97%) paciente que fueron dado de altas, se ha evidenciado que hay falta de registros y retrasos en la toma de decisiones y asistencia directa.” (8)

Según Figueira Judit et al, 2022 se realizó una investigación título: “Calidad de los registros clínicos de enfermería de una Unidad de Terapia Intensiva – Neonatal, estudio transversal, analítico y observacional. El análisis involucró a 396 clínicos de enfermería que fueron elegidos a través de un muestreo aleatorio. Los estándares de calidad del registro se establecieron de acuerdo con los requisitos legales e institucionales, y el cumplimiento de esos estándares se evaluó mediante una grilla de cotejo. El registro de diagnósticos de enfermería y la respuesta al cuidado de enfermería fueron identificados como las áreas prioritarias de intervención, encontrándose un cumplimiento general de los criterios de calidad de un promedio de 71,95% (cumplimiento mínimo). Los mejores índices generales en las diversas dimensiones se correlacionaron con el turno y el nivel educativo.” (9)

Según estudios realizados por Socop Mateo, 2014 con el tema “Evaluación de la nota de enfermería en los registros clínicos del servicio de cirugía de mujeres, hospital nacional de Mazatenango, Suchitepquez, Guatemala, agosto a octubre 2014. Donde se realizó un estudio sobre la importancia de los expedientes clínicos de los pacientes, la enfermera debe tener conocimiento que es un instrumento muy valioso para obtener información esencial debido que respalda al paciente y enfatiza un documento legal; por ello, este estudio es descriptivo, retrospectivo con un enfoque cuantitativo. Descriptivo: Son estudios observacionales, durante los cuales no se interfiere ni manipula el factor de investigación, es decir. lo que sucede con el fenómeno en estudio se observa en condiciones naturales, en la realidad. Se escogió 70 registros de enfermería como muestreo, solo el 51 % de las notas se escribieron en un orden lógico, mientras que solo el 62 % de las notas se escribieron con precisión y con una letra clara y legible en el 54% de los casos. Además, el 67 %de las notas no proporcionaron un perfil adecuado del paciente.” (10)

Soza Clarivel et al, 2020, según los estudios realizado en el tema: “Percepción de las enfermeras sobre el uso de sus registros para garantizar la continuidad del cuidado, 12 enfermeros componían la muestra para este estudio cualitativo descriptivo, y se utilizó una entrevista semiestructurada. Limitaciones y ramificaciones ético-legales; las enfermeras sienten que su principal restricción para llevar a cabo registros de manera adecuada es la falta de tiempo debido a la alta demanda de procedimientos que deben realizar. Se centran principalmente en brindar cuidados, lo que deja poco tiempo para tareas administrativas. Por esta razón, suelen priorizar el registro de información de los pacientes que se encuentran en estado crítico o delicado. Demanda de registros informatizados y estandarizados; Utilidad e importancia para el equipo de salud. Registros clínicos de enfermería del cuidado del paciente está contenida por evidencia que respaldan al equipo de salud, que también son el mejor método de coordinación y comunicación para los miembros del área sanitaria. Por tanto, su correcto mantenimiento permite garantizar la continuidad asistencial y la seguridad del paciente.” (11)

Según Moya, Marilú 2018 en el tema: “Factores que influyen en la no aplicación del proceso de atención en enfermería en el ámbito hospitalario, los objetivos propuestos se lograron gracias al estudio cuantitativo de la presente investigación y al estudio retrospectivo, descriptivo transversal realizado. De acuerdo con los hallazgos del estudio, el 77% de la muestra en su conjunto realiza la fase de diagnóstico de enfermería, mientras que el 100% de los profesionales informan que evalúan a los pacientes y utilizan los resultados de esa evaluación para orientar su atención. Por otro lado, todos los encuestados dicen que toman medidas para garantizar la seguridad y comodidad del paciente, y también dicen que les dan prioridad a las tareas relacionadas con la atención del paciente. De los encuestados, el 84% dice que intenta que la familia del paciente los acompañe, mientras que el 16% no lo menciona. (12)

Según el estudio realizado por Torres Domitila en el año 2021, en el tema : “Indicadores de evaluación de los registros clínicos de enfermería: Implementación de una herramienta tecnológica, El estudio es cuantitativo, de diseño no experimental, tipo descriptiva y transversal, población con 145.022 registros clínicos de enfermería y una muestra de 384 pacientes de seis

ambientes hospitalarios y de emergencia del Hospital Especial “Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez”, la recolección de datos se realizó de enero a diciembre 2018 utilizando un instrumento de seis indicadores para analizar cada calidad, identificación, evaluación, diagnósticos NANDA, intervenciones NIC, evaluación de resultados NOC e integridad de datos aplicados en la etapa del proceso de atención; los datos fueron procesados utilizando una herramienta tecnológica previamente desarrollada. (13)

De los datos clínicos, el 81,2% cumple con el estándar de calidad habitual y en particular: servicios de pediatría 86,5%, medicina interna 85,9%, ginecología y obstetricia 82,8%, traumatología 80,6% y cirugía general 80,3%, que corresponde al tratamiento habitual. En la clínica de emergencia, el 70,9% de los registros están incompletos. Los peores indicadores de calidad fueron: registro de signos diagnósticos 67% y enfermería 66%. La mayor deficiencia fue la falta de información durante la documentación y el turno.” (13)

Cordero Gilda, 2006, según el estudio realizado sobre el tema: “Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación, las notas de 60 enfermeras se establecieron como muestra de conveniencia, utilizando un método cuantitativo- retrospectivo; la unidad de análisis fueron las historias clínicas de enfermería contenidas en el registro clínico, las cuales fueron seleccionadas las que mantienen un buen seguimiento donde cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: a) Pacientes que fueron dadas de alta de forma voluntaria o por cumplir el tiempo de recuperación adecuado de tres servicios: 30 pacientes de cirugía plástica, 15 pacientes en el área de reumatología y 15 pacientes de endocrinología, b) Los registros clínicos, que están integrados por personal de enfermería adscrito y turnos matutino, vespertino y nocturno, c) se toman en cuenta todos los niveles del personal académico: enfermero, enfermero general, estudiante de posgrado, pregrado y posgrado en enfermería . La herramienta de evaluación de la calidad de la documentación clínica asistencial (carce) aquí presentada incluye el proceso de enfermería como lenguaje universal para describir y producir documentación clínica y para describir las actividades independientes, interdependientes e interdependientes del personal de enfermería. su contribución a la calidad y seguridad de la atención sanitaria.” (14)

Sanches Blanca 2008, según los estudios sobre “Informe de continuidad de cuidados, el estudio retrospectivo realizado en 2005 en el servicio de urgencias de traumatología del Hospital Valmi con 640 camas y 58 1854 ingresos de urgencia. El número de altas del departamento de traumatología después de la realización del ICC fue de 400, se reportaron 225 altas con continuidad de tratamiento, la proporción de pacientes ICC es de 56,25% y el volumen de trabajo de enfermería. 297 fueron diagnosticados al alta. (15)

Según el estudio realizado Farfán Gina en el año 2013, sobre “Las características de los registros de enfermería que hace parte de expedientes de un tribunal de enfermería, esta investigación es una técnica de recopilación de datos, en este estudio basado en una revisión de la literatura, se propusieron 7 tipos de documentos de atención como los más comunes. Para cada tipo de registro propuesto, se aplicó la lista de verificación a los 10 registros encontrados. Teniendo en cuenta que la cantidad de registros encontrados puede variar significativamente de un registro a otro. (16)

2.2 MARCO TEORICO

2.2.1. Historia clínica según OPS

“Es el registro escrito y organizado de las actividades desarrolladas durante el proceso de la atención brindada por enfermedad y fomento de la salud a una persona, sus alteraciones y evolución de los tratamientos recibidos dentro de una unidad clínica a través de todo su ciclo vital’ (17)

Es un documento formalmente identificado que registra información sobre el estado de salud del paciente y sus cambios y desarrollo a lo largo de la vida, cuyo propósito principal es servir como un medio eficaz de comunicación entre el médico tratante y otros especialistas involucrados en esta atención. (Organización Panamericana de la Salud) (17)

2.2.2. Historia clínica según MSP

Es un documento técnico y legal confidencial y de obligado cumplimiento que consiste en un conjunto de formularios básicos y profesionales utilizados por los profesionales sanitarios para registrar de forma sistemática los resultados de la

atención, diagnóstico, tratamiento, evolución y datos de salud y enfermedad. Ciclo de vida del usuario. (17)

Registros clínicos

Son notas que toma diariamente el personal de enfermería para informar los aspectos técnicos y clínicos de la atención al paciente, así como las actividades de enfermería y colaboración de otros miembros del equipo médico; se considera un documento legal que respalda la práctica de enfermería. (18)

Las actividades realizadas en el registro de enfermería deben estar reflejadas en un lenguaje científico técnico orientado a la evaluación de la salud del paciente y comprensible no solo para el personal de enfermería, sino también para los demás profesionales de la salud, con el fin de garantizar la utilidad del registro. como una decisión sobre el paciente. agente de referencia. (18)

Lo anterior se refiere a los principios desarrollados por la pionera de la enfermería moderna Florence Nightingale, quien vio en sus observaciones del desarrollo del paciente la necesidad de registrar información importante relevante para las decisiones de enfermería disciplina. Podría decirse que es una introducción a una versión de formato específico que refleja el desarrollo del paciente en relación con las actividades realizadas en su atención. (18)

Según Ortega, los registros de atención deben cumplir con ciertas características:

- Reales: si contienen información descriptiva, objetiva y son el resultado de su observación y determinación directa.
- Preciso: utilice medidas precisas para evitar la posibilidad de errores.
- Completo: información concisa, relevante y completa sobre la atención al paciente.

2.2.3 Tipos de registros clínicos del área de enfermería

Los registros de enfermería son valiosas fuentes de datos que se utilizan en la planificación, la investigación, la documentación legal, el control de calidad, las estadísticas, la enseñanza, la comunicación y la evaluación. (19)

Los registros de enfermería son valiosas fuentes de datos que se utilizan en la planificación, la enseñanza, la investigación, el control de calidad, la comunicación, la documentación legal, las estadísticas y la evaluación. (19)

Para fines clínicos, proporciona datos del paciente/usuario que posibilitan decisiones de cambio de tratamiento, restableciendo así la salud, ya que los registros de enfermería brindan hechos, cifras y observaciones que sirven a todos. Integrantes del equipo de salud. Aspectos que permiten monitorear y evaluar las actividades del día a día del personal en relación con las preocupaciones inmediatas del usuario/paciente para su posterior uso en reclamos investigativos, educativos o legales. Cabe señalar que la estructura del Registro de Enfermería consta de varias herramientas que componen el sistema. (19)

- **Kardex**

Es un método de trabajo que posibilita la documentación de los servicios de enfermería según las etapas del proceso de enfermería y las teorías o modelos de enfermería. (19)

El Kardex es conocido como un método de trabajo que permite planificar, realizar y controlar las actividades de enfermería y facilita la comunicación dentro del equipo sanitario. El objetivo del Kardex es crear un sistema de trabajo organizado para desarrollar los procesos de enfermería, utilizar los principios de división del trabajo y simplificar y unificar la práctica de enfermería. (19)

Consta de seis partes: las hojas de tareas diarias del paciente y la actividad, las hojas de trabajo de instrucciones personales, las tarjetas de tratamiento, los cuadros de medicación y los cuadros de atención; de todos, sólo quedan en la documentación o historia clínica las formas farmacéuticas y formas de desarrollo, el resto contribuye a la comunicación efectiva en relación a la continuidad de la atención brindada o por realizar, permitiendo obtener información importante y factual sobre la evaluación. en forma. (19)

- **Balance hídrico**

Es conocido como el resultado de un contraste del volumen y composición del fluido ganado y perdido, y limita esta comparación a un cierto período de tiempo

(generalmente 24 horas) para poder reaccionar a las diferencias encontradas y mantener el equilibrio de fluidos. medio interno del paciente. (20)

- Entradas o ingresos

En el postoperatorio, el paciente recibe líquidos por vía parenteral, por lo que el aporte total posible es: (21)

Agua endógena: Producida por metabolismo celular: 200 ml, aunque varía entre 200 y 500 ml según bibliografía revisada y protocolos de balance hídrico de diferentes centros e instituciones^{2,4}. Infusión por sonda nasogástrica: bolo intermitente o infusión continua. Infusión intravenosa: fluidoterapia, nutrición parenteral (NPT), infusión de fármacos vasoactivos, infusión de analgésicos. (21)

Volumen de carga: Fluidoterapia, expansores de plasma, transfusiones de hemoderivados, viales de suero diluido y administración de fármacos. (21)

- Las pérdidas o gastos

Estas son todas las formas en que el paciente pierde líquido:

Pérdida de orina: La cantidad habitual de diurético es de 40-80 ml/hora, lo que corresponde a aprox. 1500 ml por día. Pero este valor puede variar de 0,5 litros a 20 litros por día, dependiendo del nivel de hidratación y el uso de diuréticos.

Pérdida fecal: Normalmente la pérdida es muy pequeña, 100--200 ml por día, pero con diarrea severa se pueden perder algunos litros por día.

Pérdida de sudor: Varía mucho dependiendo de factores como la propia persona, la temperatura ambiente y el esfuerzo físico. Por lo general, 100 ml por día. Pero en climas cálidos y ejercicio vigoroso, puede llegar a 1-2 litros por hora. El sudor elimina no solo agua, sino también electrolitos.

Pérdidas intangibles (PI): Son pérdidas que no pueden ser monitoreadas con precisión. Recomiendan entre 700 y 1000 ml al día, que pueden ser: (21)

Pérdida de piel: Esta pérdida se produce por convección, no estamos hablando del sudor. Por lo general, el 12% del calor se pierde de esta manera y la tela de la ropa reduce este porcentaje. Esta porción es de 300-400 ml por día. En quemaduras graves con estrato córneo dañado, se puede aumentar a 3-5 litros por pérdida pulmonar: se produce como consecuencia de la evaporación, ya que

el aire que entra en el sistema respiratorio se calienta, se satura de agua y se expulsa durante la exhalación. Esto es alrededor de 400 ml por día. Pérdida del conocimiento en determinadas situaciones: fiebre, dificultad para respirar, sudoración o en el caso de un paciente intubado. La presencia de estas condiciones aumenta la pérdida del entumecimiento de base. Calcular las pérdidas anestésicas basales (piel y pulmón) utilizando la fórmula de equilibrio de 0,5 mL/kg/h. Si hay circunstancias especiales, debe agregar: (21)

Pacientes intubados: 500 ml cada 24 horas para intubación. Si se divide por una hora, se calcula en función del volumen de ventilación mecánica de 20 ml/h. Si utiliza un tubo en T en lugar de ventilación mecánica durante el destete, se calculan 20 ml/horas adicionales, que son 40 ml/hora con un tubo en T. (21)

Se debe añadir 4 ml/h cada 5 respiraciones por encima $RF \geq 20$ (21)

Fiebre:

Si la temperatura es de 38-39°C: añadir 20 ml por hora a esta temperatura (21)

Si la temperatura es de 39-40°C: añadir 40 ml por hora a esta temperatura (21)

Si la temperatura es de 40-41°C: añadir 60 ml por hora a esta temperatura (21)

Sudor (21)

Moderado: 20 ml por hora, sudoración moderada (21)

Pesado: 40 ml por hora si suda mucho (21)

- **Notas de enfermería**

Es un medio práctico de expresar un acto de cuidado por escrito; se define como una narración escrita, clara, precisa, detallada y organizada que incluye los datos y conocimientos personales y familiares del paciente; un registro escrito del motivo de la conducta. Estas anotaciones representan los resultados de las intervenciones de los profesionales para integrar oportuna y eficazmente la evaluación completa del tratamiento y la información de atención específica en los archivos de atención directa e integrada en una variedad de entornos, social, físico, emocional y espiritual. Los registros de enfermería deben registrar toda la

información relacionada con el paciente y resumir todos los procedimientos realizados en él para que los sigan otros colegas. Por ello, el rigor y la exactitud de su contenido es fundamental a la hora de intentar describir el problema del paciente, orientar el tratamiento y obtener científicidad. Esto es importante cuando el contenido de la investigación adquiere un carácter pedagógico, se convierte en un elemento administrativo importante y eventualmente adquiere consecuencias jurídicas. (22)

- **Signos vitales**

Los signos vitales (VS) son valores numéricos que pueden evaluar la eficiencia de las funciones básicas circulatorias, respiratorias y neurológicas y su respuesta a diversos estímulos fisiológicos y patológicos. Estos son indicadores cuantitativos de la actividad fisiológica, como la presión arterial (PA), la frecuencia respiratoria (RR), la frecuencia cardíaca (FC), la temperatura corporal (TC), y la saturación de oxígeno (OXM), estos son indicadores para mostrar el estado de vida del paciente, visualizando los parámetros que deben estar dentro del rango normal. Cambian de una persona a otra en diferentes momentos del día y cambian dentro de un mismo ser. Cualquier cambio de los valores normales indica falla orgánica y por lo tanto se sospecha una condición patológica. (23)

La toma de los signos vitales está indicada según prescripción médica durante el ingreso y alta del paciente, durante la estancia hospitalaria, inmediatamente cuando cambie el estado funcional del paciente. Hoy en día, el uso rutinario de SV en beneficio de los pacientes se ha integrado con tecnologías de comunicación, procesamiento de datos, sistemas electrónicos digitales, dando como resultado la telemedicina y el telemonitoreo. Las variables más importantes que alteran los signos vitales son la edad, el sexo, la actividad física, el embarazo, el estado emocional, las hormonas, los medicamentos y el estado hemodinámico. (23)

- **La hoja de evolución**

Es un formato de registro de datos importantes observados durante el desarrollo del paciente/usuario que no se registran en ningún otro instrumento de la historia clínica. Reemplaza el conocido formulario de Informe de enfermería, donde forma parte del registro diario y es válido para la ley. (22)

2.2.4 La calidad en la atención del área de enfermería

Ley N° 266 de 1996, establece que una de las competencias de los profesionales de enfermería es “definir y aplicar normas y estándares de calidad en los aspectos éticos, científicos y técnicos de la práctica de enfermería” . El artículo 19 de la Ley se refiere a la calidad de la atención, lo que refleja claramente la necesidad de que una enfermera sea responsable de evaluar la salud de la persona involucrada y brindar un servicio de atención durante su desempeño. La calidad de las enfermeras se puede definir como actividades destinadas a satisfacer a los usuarios que intentan obtener competencia en la calidad del servicio. (24)

La calidad de la atención es el resultado logrado a través de la gestión de la gestión, la satisfacción con las necesidades reales y delicadas del usuario (persona, persona, familia y sociedad), donde intervienen los trabajadores de atención médica. La calidad de la atención es una de las principales preocupaciones de enfermería y orienta todas las actividades encaminadas a mejorar la atención prestada a los usuarios. (24)

El cuidado de enfermería se define como: “Una actividad vital cuyo significado es el desarrollo de las capacidades humanas (sin olvidar los hábitos del individuo) en la vida cotidiana, en el curso de la vida y de la muerte, así como en los estados de salud y enfermedad, para compensar o proporcionar el objetivo de cambiar su función o enfrentar el proceso de muerte” . Los cuidados de enfermería son fundamentales para el trabajo de los profesionales de enfermería, por lo que la planificación debe ser individualizada y enfocada a la satisfacción de las necesidades del personal. Basado en el respeto por las creencias y costumbres de los objetos de cuidado, la enfermera crea una relación enfermera-paciente que promueve el crecimiento mutuo, busca nuevos objetos de cuidado y va más allá del nivel personal al nivel espiritual. (24)

Los avances tecnológicos, el aumento de las funciones administrativas y las políticas institucionales han llevado al abandono de la atención de calidad, que se ha convertido en una actividad indiferente y distante, una actividad encaminada a “curar”. (24)

"El cuidado humano en la enfermería no es un simple sentimiento, actitud, cuidado o deseo amigable. La enfermería es el ideal moral de las enfermeras, es decir, el fin de la protección, fortalece y protege la vida humana". Esta atención debe ser integral, aplicar conocimientos e involucrar al receptor. "La calidad de la atención se considera un resultado deseado para la salud individual y general". La evaluación de la calidad de la atención puede ser abordada desde el punto de vista del usuario, de su familia y de la institución, conjugando así las acciones de los enfermeros con relación a la perspectiva del paciente y respetando los parámetros técnico-científicos fijados por la dirección en un esfuerzo por mejorar la calidad de la atención. (24)

2.2.5 La calidad de los registros clínicos

Los enfermeros se han dado a la tarea de crear herramientas para evaluar la calidad de las historias clínicas, por ejemplo, Rosendal DM et al evaluaron el modelo VIPS, que significa Documentación de Enfermería y significa Bienestar, Integridad, Prevención y Seguridad²² Desde este punto de vista, ver Bjórvell C et al. desarrolló una herramienta para evaluar en qué medida los registros médicos describen aspectos importantes de la atención al paciente. La documentación de enfermería debe estar diseñada para ayudar a garantizar la seguridad del paciente y proporcionar una base para la evaluación y revisión continuas del trabajo de enfermería. Se acordó que el CARCE (Herramienta de Evaluación de la Calidad de los Registros Clínicos de Enfermería) aquí presentado incorpora los procesos de enfermería como lenguaje común para la descripción y elaboración de los registros clínicos y refleja las funciones independientes, interdependientes e interdependientes de los profesionales de enfermería. Contribuye a la calidad y seguridad del sistema sanitario. (14)

En la fase de valoración coincidimos con Miró BM et al, que tuvieron en cuenta alergias, dolor, presencia y aparición de accesos vasculares, presencia de drenajes, heridas quirúrgicas, barreras idiomáticas, mensajes de apoyo a la religión, valoración de úlceras por presión y riesgo de caídas, la herramienta también tiene en cuenta las precauciones dirigidas a la vulnerabilidad del paciente. Otro elemento incluido en la herramienta CARCE es el informe de alta, que permite la continuidad de la atención domiciliaria y el conocimiento del cuidado del paciente y la familia, reflejando así la calidad asistencial descrita por

Simón GMJ et al. Identificados como letra legible, uso de terminología científica, uso de abreviaturas y unidades de medida universal e institucionalmente aceptadas como Fay YR25, y para fines de calidad del expediente clínico, estos elementos forman las dimensiones estructurales de la herramienta CARCE. (14)

Así, la herramienta también puede evaluar si los expedientes clínicos cumplen con la Norma Oficial Mexicana 168 (NOM 168), ya que cualquier negligencia profesional será discutida con estos últimos para analizar los expedientes de hechos escritos. 26, 27 Las normas del Consejo de Salubridad General de México para la acreditación de establecimientos de salud también toman en cuenta el Formulario de Enfermería²⁸. Actualmente, las enfermeras participan activamente en la acreditación y acreditación de las instituciones de salud. (14)

2.2.6 Variables:

- **Estructura del registro de Enfermería**

Criterios para completar el registro: reglas o recomendaciones básico (3)

Se utilizan independientemente del apoyo, la condición o el plan de atención.

- **Objetividad:**

Deben redactarse con objetividad, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personal. (3)

- no utilice un lenguaje que indique una actitud negativa hacia el paciente (3)

Comentarios despectivos, acusaciones, argumentos o insultos. (3)

Ejemplo: Menciona "beber dos litros de vino al día" (3)

No alcohólico (3)

- Describir objetivamente el comportamiento del paciente sin darse cuenta manera subjetiva. (3)

Ejemplo: Se acostó toda la mañana sin mostrar nada (3)

Sea comunicativo y diga "no quiere hablar ni ver a nadie". (3)

- Anotar la información subjetiva del paciente o sus familiares, donde (3)

comillas. - Solo registre información de atención subjetiva si es compatible

Hechos posteriores al registro. (3)

- Exactitud y precisión:

Deben ser exactos, completos y verdaderos. - Los hechos deben constar de forma clara y concisa. - expresar sus observaciones en términos cuantitativos. - Hallazgos, tipo, forma, tamaño y aspecto. Ejemplo: 12:00 es un vendaje uniformemente manchado, por lo que Unos 5 cm. Por diámetro y sangre. SGR (de pago) (3)

NO: vendaje de color

- Se debe especificar fecha, hora (horario recomendado de 0:00 a 24:00).

Fue claro por la enfermera a cargo. - Anote todo sobre el mensaje: las entradas incompletas pueden indicar Mal cuidado. "Lo que no está escrito no está producción" (3)

Por ejemplo: 15:00, catéter permeable, el volumen de orina es 80 Milímetro (3)

- Legibilidad y claridad:

Deben ser legibles porque los comentarios son inútiles para los demás.

Pero pueden descifrarlos. - Si tiene mala letra, se recomienda utilizar letras impresas. (3)

- Correcta ortografía y gramática de las notas. (3)

- Use solo abreviaturas comunes y evite abreviaturas comprensibles (3)

Tiene más de un significado, en caso de duda escríbalo completo concepto. Ejemplo: IR: insuficiencia respiratoria o renal (3)

- No utilice líquido corrector o grasa. corregir el error tachando (3)

Solo una línea para que sean legibles, escriba "Error" al lado. (3)

Firma de la enfermera responsable. - Firma y categoría profesional clara: Inicial más nombre completo O las iniciales del primer y segundo apellido. antepasado: (3)

- No deje espacios ni escriba entre líneas. (3)

2.2.7 Continuidad de los cuidados en los registros de Enfermería

El concepto de continuidad de la atención (en lo sucesivo, continuidad o CoC) se utiliza a menudo para describir la medida en que los pacientes reciben el mismo profesional a lo largo del tiempo. (25)

Esto es especialmente cierto para la atención primaria de salud (APS), ya que es un elemento vital en la prestación de atención a largo plazo para los problemas de salud de los pacientes. Longitudinal es una característica clave de las principales estrategias de atención primaria de salud (especialmente medicina familiar), que se refiere a la atención centrada en la persona (en lugar de la enfermedad) y significa que se requiere un contacto cara a cara continuo a lo largo del tiempo, independientemente de la naturaleza del problema¹. Por lo tanto, el curso de la atención brindada por especialistas médicos fuera de la atención primaria puede ser continuo, pero no vertical, mientras que el curso de la atención brindada por los especialistas de atención primaria a menudo es secuencial y longitudinal. Sin embargo, en la práctica, los términos "continuidad" y "verticalidad" suelen usarse indistintamente, aunque con diferentes significados. Desde la perspectiva del paciente, esta relación se define como una relación médico-paciente que se prolonga en el tiempo (varía según se incluyan eventos o problemas de salud específicos o distintos)³. Desde una perspectiva organizacional, se definen como una atención bien planificada a lo largo del curso de un problema de salud o el grado en que un paciente experimenta una secuencia coherente y consistente de eventos de salud individuales con sus necesidades y deseos. (25)

CoC es una característica del proceso de atención médica de una persona que incluye cómo una persona experimenta la atención a lo largo del tiempo en términos de consistencia y coherencia, y es el resultado de un flujo de información adecuado, buenas habilidades interpersonales y coordinación de intervenciones. Los elementos clave son la dinámica de la interacción entre el paciente y el terapeuta y/o la relación entre los eventos que tienen lugar y la calidad de la retroalimentación resultante de la atención. En otras palabras, la continuidad es lo opuesto a la fragmentación de la atención. (25)

2.2.8 Los aspectos que influyen a la continuidad del cuidado

La necesidad de evaluar y cuantificar la continuidad del cuidado ha creado varios factores de complejidad en su conceptualización, las cuales son: continuidad de la información, relaciones) y liderazgo. continuidad de la información (25)

Esto significa el uso actual de los datos de pacientes recopilados en el pasado. Intuitivamente, la acumulación de información relacionada con los eventos de atención individuales es esencial para garantizar un proceso de atención continuo. Aunque tanto los pacientes como los profesionales conservan en su memoria fragmentos significativos de estos hechos, el registro de estos hechos en soporte físico es fundamental dado el elevado volumen de consultas al que están expuestos los primeros. De la forma más práctica, los datos suelen almacenarse a través de registros médicos y administrativos. Facilitan el uso de esta información y, a su vez, brindan las herramientas para expandir las capacidades de los registros en papel en el entorno cada vez más electrónico de hoy. Sin embargo, la forma en que se organiza la información es muy importante para que no solo sea fácilmente accesible, sino que también esté disponible en el momento adecuado. Puede probar otro aspecto de COC en el formato alternativo del medidor de macromo y el formato infinito del historial médico electrónico (cada institución generalmente usa diferentes formularios) para registrar información sobre el mismo paciente; Por lo tanto, el hueso de dominó actual fortalece los mapas. El desafío de centrarse en la creación de un mecanismo de acción mutuo para que se pueda hacer información adecuada entre diferentes sistemas. (25)

La continuidad de las relaciones

Esto se aplica a la atención actual de enfermería del conocimiento ambiental obtenido al establecer relaciones personales entre los profesionales de la salud (y/o equipos) y las relaciones personales entre los pacientes y/o su familia. Este campo también se puede dividir en continuidad interpersonal (en inglés), que se entiende como la experiencia subjetiva de participar en una relación de cuidado por otro, y continuidad longitudinal (en inglés), que se entiende como la historia de la interacción con el mismo especialista en un tiempo determinado. (25)

Continuidad de la gestión

Se refiere a la consistencia de la atención brindada a un problema dado por uno y/o diferentes especialistas a lo largo del tiempo, por ejemplo, siguiendo protocolos acordados institucionalmente o guías de práctica clínica. Aunque difícil de implementar, el campo es esencial porque el continuo de gestión es específico del problema, mientras que la atención primaria es específica del paciente (los pacientes, a su vez, tienen múltiples problemas). (25)

2.3 MARCO LEGAL

2.3.1 Código Civil y Código Penal

El Código Civil y el Código Penal dicen: “Lo que no se escribe no se hace”; por eso, redactar una buena entrada es un deber ineludible: completa, clara, precisa, concisa, cuidadosa. El personal sanitario está obligado por la ley y, por tanto, responsable y en la esencia de la ley. (26)

Según la Ley de 2004 No. 911 Artículo 35 registro de enfermería es un documento específico, parte de la historia clínica, que describe la situación, la evolución y seguimiento del estado de salud y las intervenciones realizadas por los profesionales. orden cronológico. Cuidar a las personas, sus familias y comunidades para promover la vida, prevenir enfermedades y brindar tratamiento y recuperación. (27)

Artículo 146: Prisión de 3 a 5 años por riesgo para la profesión, si la muerte del paciente está relacionada con una actividad innecesaria, peligrosa e ilegal. (28)

2.3.2 Constitución de la Republica del Ecuador

Art. 32.- La salud es un derecho garantizado por el Estado, cuya implementación está relacionada con la integración de otros derechos, incluidos el deporte, el agua, la educación, la alimentación, el trabajo, la seguridad social, el medio ambiente sano y otros derechos del Buen Vvir. (29)

2.3.3 La ley orgánica de Salud

Art118: Todo empleador o empleado debe proteger la salud de sus clientes proporcionándoles información adecuada, EPI (Equipo de Protección Personal),

ropa y un ambiente seguro para evitar y reducir o eliminar el riesgo de accidentes o posibles causas relacionadas con el trabajo. (30)

2.3.4 Artículo sobre el formato de la historia clínica

Procesos de Enfermería (Ley 41/2002) Incluido como parte del listado de otra literatura. La naturaleza de los datos que contiene debe garantizar su confidencialidad, su contenido y la privacidad de quienes se relacionan con esta información. (31)

La obligación de registrar todos los datos sobre la evolución clínica y la respuesta del paciente al tratamiento desde el ingreso hasta el alta es prueba jurídica ante los tribunales, cuyo contenido está regulado por la Ley 41/2002. (31)

2.3.5 Código de Salud

Art #7 "Todos los individuos, familias y comunidades tienen el derecho a recibir atención completa y deben: (32)

- Experimentar respeto por su privacidad, independientemente de su edad, origen étnico, género o preferencia sexual, sin enfrentar discriminación.
- Contar con la protección de la información personal que el personal de salud pueda conocer."

2.3.6 Plan Nacional Desarrollo "Toda una vida"

"Se basa en tres pilares fundamentales, que se centran en estrategias preventivas para todo el país, sin importar su origen étnico o su ubicación geográfica. Estos tres pilares son los siguientes: (33)

1. El primer pilar se enfoca en garantizar el derecho de todos a una vida digna a lo largo de sus vidas, promoviendo la interculturalidad y la preservación de las identidades.
2. El segundo pilar busca orientar la economía hacia el beneficio de la sociedad, fomentando la producción, el desarrollo de habilidades económicas y la estabilidad en las áreas rurales.
3. El tercer pilar apunta a fortalecer la sociedad y mejorar el funcionamiento del Estado, respaldando la participación de todos los habitantes del

Ecuador en los servicios públicos, y promoviendo la transparencia, la ética, la paz y la soberanía."

2.3.7 Normativas para cumplir con los registros clínicos

"A lo largo de la historia, la legislación relacionada con la salud ha evolucionado gradualmente, con la aprobación de diversas leyes que han ido profundizando en la regulación de cuestiones vinculadas a la documentación clínica. Algunas de estas leyes incluyen: (31)

1. La Ley 14/1986, conocida como la Ley General de Sanidad de 1986.
2. La Ley Orgánica 15/1999, que aborda la protección de datos personales.
3. La Ley del Parlamento danés Galicia n.º 3/2001, de 28 de mayo.
4. La Ley n.º 12/2001, de 21 de diciembre, que también afecta a cuestiones relacionadas con la salud."

2.3.8 Normativa Gestión Historia Clínica del Paciente

"Artículo 2: La confidencialidad, entendida como la calidad o propiedad de la información que garantiza que solo sea accesible para aquellos que han recibido la autorización correspondiente, implica la implementación de una serie de medidas para asegurar la seguridad en el manejo de estos datos. A continuación, se sugieren una serie de pasos que contribuyen a garantizar la seguridad en el tratamiento de la información confidencial:" (34)

"Artículo 14: El acceso y manejo de la historia clínica está restringido exclusivamente a los empleados de la cadena de salud. En este sentido, se establece claramente que las siguientes profesiones tienen autorización para acceder a la historia clínica: médicos, psicólogos, dentistas, trabajadores sociales, parteras, enfermeras, así como auxiliares de enfermería y estadísticos."

2.3.9 La responsabilidad se define por ley como:

"Según la Ley N° 41/2002 y el Artículo 14 de la Ley N° 59/2003 sobre firma electrónica, existe una obligación legal de identificar en las notas posteriores a la finalización del turno toda información relevante respaldada adecuadamente. Esto se aplica de manera independiente, ya sea en formato papel o electrónico.

Además, es esencial establecer una relación de causalidad entre la acción realizada por la enfermera o enfermero y el resultado producido. Esta relación causal, que a veces ha planteado desafíos probatorios en general, es un elemento imprescindible para la constitución de un delito culposo." (35)

2.3.10 Responsabilidad Civil

"Los profesionales de la salud, al igual que otros profesionales, pueden verse involucrados en el ámbito del Derecho penal tanto por la comisión de delitos comunes como por la comisión de delitos especiales que requieren a un profesional de la salud como autor. Sin embargo, en el Código Penal aprobado por la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, estos delitos especiales son relativamente escasos. Uno de los ejemplos más destacados es el delito de expedición de certificado médico falso, contemplado en el artículo 397 del Código Penal.

Por otro lado, entre los delitos comunes, algunos revisten gran importancia para la profesión médica, ya que están relacionados con la integridad de las personas que son afectadas por el tratamiento médico, ya sea curativo o no curativo. En algunos de estos casos, se prevén consecuencias penales agravadas si el autor del delito es un médico, lo que puede incluir penas principales de inhabilitación para el ejercicio de profesiones relacionadas con la salud." (36)

2.3.11 Perfil profesional de enfermería según la Ley

"Para ejercer la profesión de enfermería en Ecuador, es requisito contar con un título profesional, ser miembro de un colegio profesional y cumplir con las disposiciones establecidas en los artículos 174, 175 y 178 de la Ley de Salud (artículo 37). (37)

La función principal de la profesión de enfermería en Ecuador es proporcionar cuidados de alta calidad desde una perspectiva científica, técnica y ética. Estos cuidados deben llevarse a cabo de acuerdo con los estándares y normas educativas definidas por la Escuela Ecuatoriana de Enfermería ASEDEFE y las Facultades Universitarias de Enfermería. Además, se deben seguir las políticas, instrucciones, directrices y normativas establecidas por el Ministerio de Salud Pública y el Colegio de Enfermería." (37)

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Tipo Estudio

Nivel: "Este enfoque es descriptivo, ya que su objetivo es recopilar información detallada sobre las dimensiones y características de los registros clínicos realizados por el personal de enfermería. Es importante destacar que, durante el proceso de investigación, los registros clínicos no serán modificados o alterados de ninguna manera por parte del investigador."

Método: Cuantitativo, porque este estudio pretende recopilar y analizar la estructura de los registros clínicos realizados por el personal de enfermería.

3.2 Diseño:

Según el tiempo: "Este enfoque es prospectivo, ya que implica la observación y seguimiento de historiales clínicos en un período futuro, con el objetivo de recopilar datos y eventos a medida que ocurran."

Según la ocurrencia de los hechos: "Es transversal, ya que se trata de una investigación observacional en la que se recopilan datos en un período de tiempo específico, sin seguimiento a lo largo del tiempo."

3.3 Población y muestra:

Población: 100 registros clínicos de pacientes del área de pediatría del Hospital General Guasmo sur.

Muestra: "La selección se llevará a cabo mediante un método aleatorio simple, que implica la elección del 100% de la población en estudio."

3.4 Criterios de inclusión y exclusión:

a) Criterios de Inclusión: Registros clínicos de enfermería de pacientes del área pediatría del Hospital General Guasmo Sur.

b) Criterios de exclusión: Registros clínicos de enfermería de otras áreas del Hospital General Guasmo Sur.

3.5 Técnicas y procedimientos para la recolección de datos:

Por medio de la observación indirecta se realizó una Hoja de Chequeo basado en el Instrumento de evaluación CARCE (14) (Calidad de los Registros clínicos de Enfermería) mediante la cual se recolectará la información necesaria para analizar los registros que emplean los Internos y Licenciados de Enfermería que laboran en el área pediatría. Estos consisten en una valoración del cumplimiento del correcto llenado en los registros que realizan los trabajadores, cabe recalcar que no se trabajara directamente con ningún paciente.

3.6 Técnicas de procesamiento y análisis de datos.

Una vez obtenido los datos, la información será procesada en una plantilla de Google form de Excel y para realizar los gráficos estadísticos se utilizarán herramientas de software estadístico como SPSS versión 28.

VARIABLE GENERAL: Análisis de los registros clínicos en el personal de Enfermería

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 1 Variables de las dimensiones

DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Estructura	Anota la fecha de ingreso del paciente al servicio.	Presente Ausente
	Registra la hora de ingreso del paciente al servicio.	
	Anota la fecha subsecuente del día estancia de hospitalización.	
	Registra el numero progresivo del día estancia hospitalaria.	
	Utiliza unidad de medición universal e institucionalmente aceptada.	
	Anota abreviaturas universales e institucionalmente aceptadas.	
	Realiza los registros si faltas de ortografía.	
	Registros con lenguaje técnico: uso de terminología científica.	
	La información se encuentra estructurada de forma coherente, fácil de entender.	

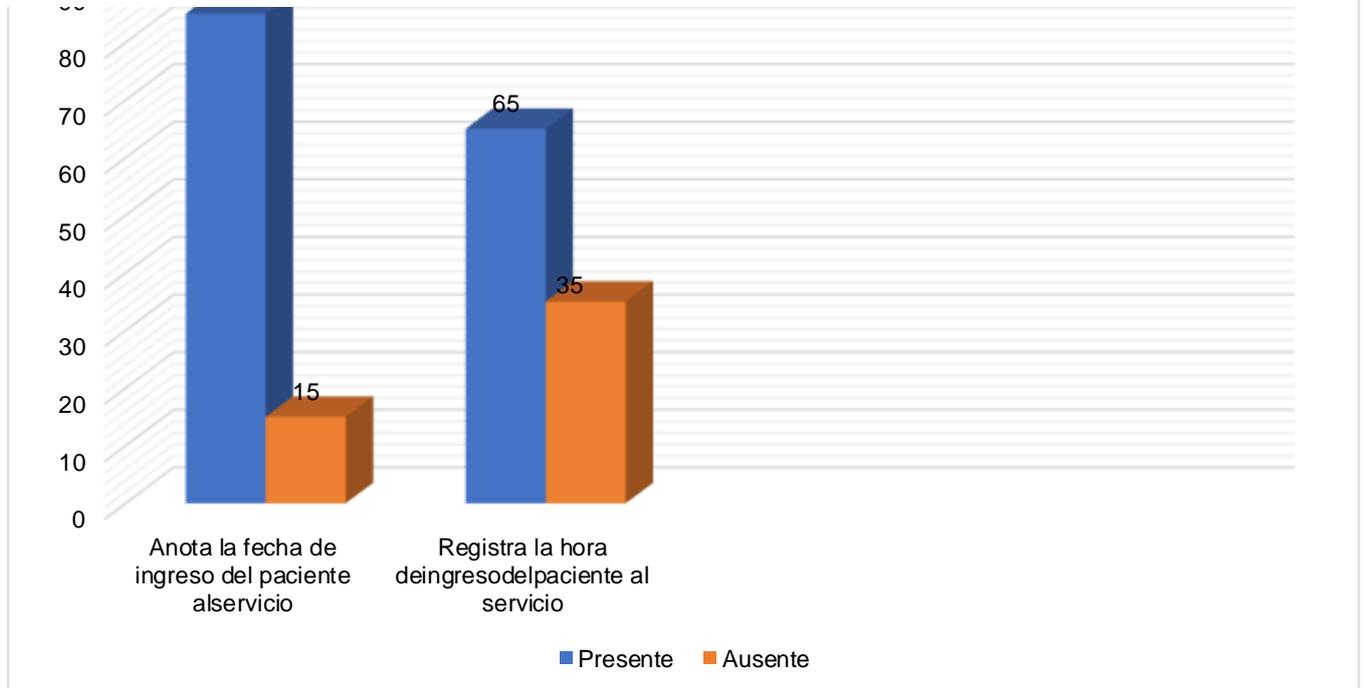
	Realiza los registros con letra legible.	
	Los registros se encuentran sin alteraciones (tachaduras, enmendaduras).	
	Cuenta con la inicial del nombre, seguido por los apellidos paterno y materno de la enfermera responsable del turno.	
Continuidad del cuidado	Grafica los signos vitales del paciente (temperatura, tensión arterial, pulso, respiración).	Presente Ausente
	Anota los datos de la valoración focalizada y generalizada.	
	Registra datos socio culturales del paciente (religión, idioma-dialecto, cultura).	
	Anota los juicios clínicos sobre las respuestas del paciente a los problemas de salud reales.	
	Documenta la comunicación de los problemas de salud reales/potenciales detectados, a otros profesionales de la salud.	
	Registra las intervenciones de enfermería realizadas para dar solución a las necesidades del paciente.	
	Anota la hora de las intervenciones de enfermería.	
	Documenta el plan de alta domiciliaria.	
	Registra las respuestas del paciente a las intervenciones de enfermería con base en las necesidades detectadas.	
Anota situaciones pendientes al siguiente turno.		
Seguridad del paciente	Los datos de identificación registrados corresponden al paciente correcto.	Presente Ausente
	Valoración del dolor (frecuencia, ubicación, duración e intensidad).	
	Valoración de alergias.	
	Anota las características del sitio de inserción de medios invasivos para reducir riesgos de infección.	
	Anota la fecha de instalación de medios invasivos.	
	Anota las características específicas de la herida quirúrgica en caso de necesidad.	

	Registra las características específicas de los drenajes.	
	Registra los medicamentos administrados especificando nombre, genérico, hora, dosis y vía.	
	Registra las medidas de seguridad aplicadas en riesgo de caídas del paciente.	
	Anota las medidas de prevención en riesgo de úlceras por presión al paciente.	
	Documenta el apoyo educativo proporcionado al paciente y familiar para contribuir a la seguridad del paciente.	
	Anota la revaloración del dolor.	

4.- PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Figura 1

Anotación y registro del profesional de salud durante el ingreso del paciente al servicio.



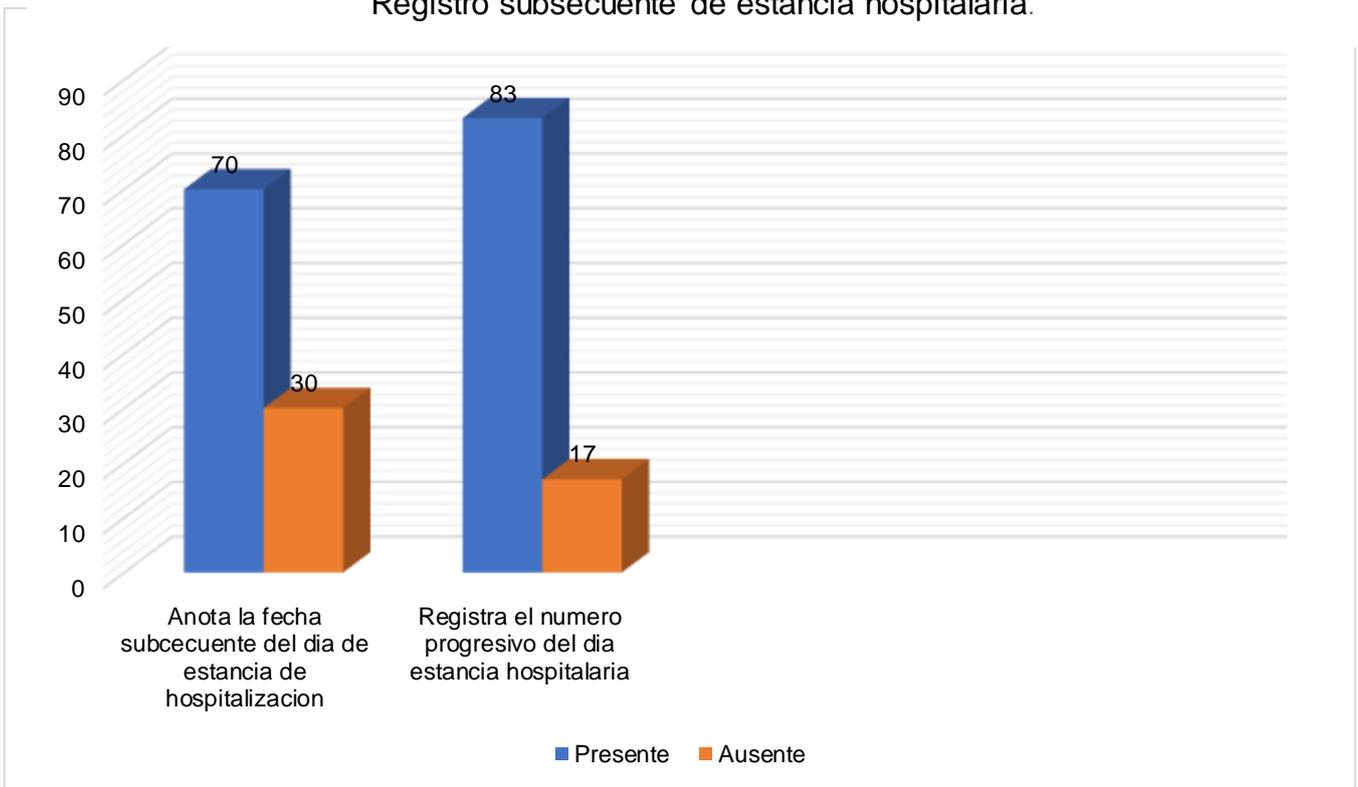
Fuente: Análisis de la extracción porcentuales sobre los registros de enfermería en el área de pediatría de un hospital de Guayaquil.

Elaborado por: Chávez Emily & García Jemima. Estudiantes de la carrera de Enfermería.

Análisis: "Se observa que el 35% de los registros no incluyen la hora de ingreso del paciente en el servicio debido a la necesidad de realizar ingresos de manera rápida, principalmente debido a la alta carga de pacientes y la falta de suficiente personal, sin embargo el 65% presenta la hora de llegada en los registros clínicos con el propósito de enfocarse en proporcionar atención médica ágil y eficiente, disminuir la carga de tareas administrativas y prevenir posibles errores en situaciones críticas de atención sanitaria. Por lo general, este tipo de datos se gestiona de forma independiente en los sistemas de admisión hospitalaria para asegurar un flujo eficaz de pacientes. Además, el 15% de los registros no incluye la fecha del día siguiente (fecha subsecuente) debido a olvidos en el seguimiento de las fechas."

Figura 2

Registro subsecuente de estancia hospitalaria.

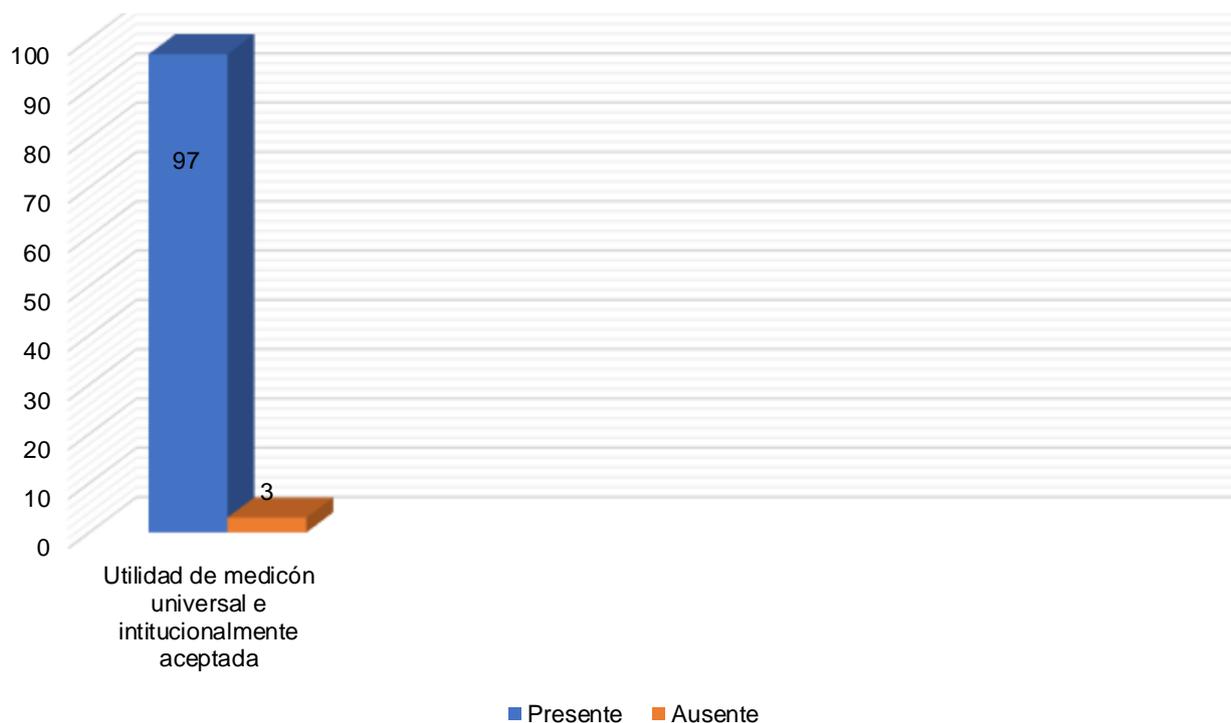


Fuente: Análisis de la extracción porcentuales sobre los registros de enfermería en el área de pediatría de un hospital de Guayaquil.

Elaborado por: Chávez Emily & García Jemima. Estudiantes de la carrera de Enfermería.

Análisis: Se ha constatado que mantiene una cantidad 30% de los registros incluye anotaciones de los días sucesivos en los que el paciente hospitalizado ha estado ingresado. No ha causado dificultad en la identificación de un factor que podría tener un impacto significativo en la seguridad del paciente, el 17% se verifica que el registro progresivo en la estancia de un hospital, no se ha visto reflejado en la documentación, la fatiga y estrés son uno de los factores relevantes que hacen que los enfermeros/as omitan este dato importante, sin embargo, la documentación precisa y oportuna en los registros clínicos es esencial para proporcionar una atención de calidad y garantizar la seguridad del paciente. Tomar medidas para abordar las razones detrás de la falta de documentación de la hora de ingreso puede mejorar significativamente la calidad de la atención médica en un entorno hospitalario.

Figura 3
Utilidad de medición universal.



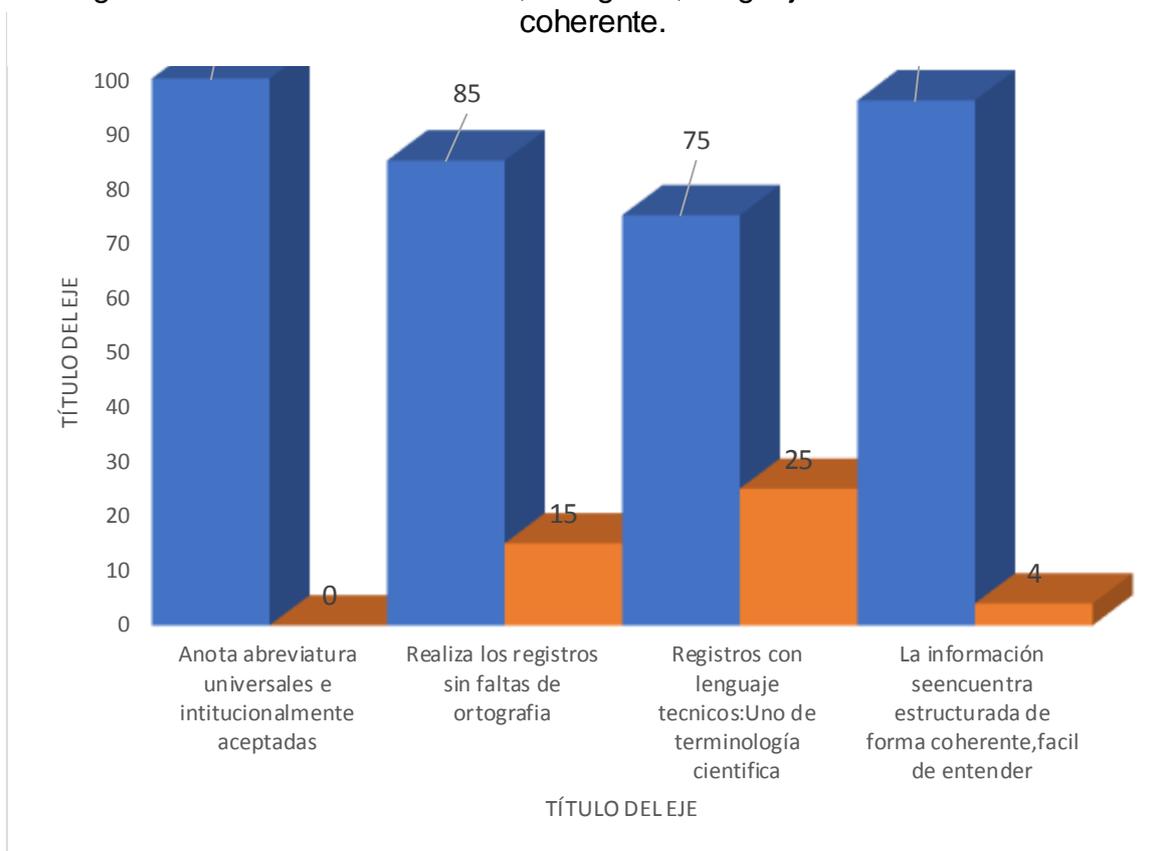
Fuente: Análisis de la extracción porcentuales sobre los registros de enfermería en el área de pediatría de un hospital de Guayaquil.

Elaborado por: Chávez Emily & García Jemima. Estudiantes de la carrera de Enfermería.

Análisis: Se puede observar que se mantiene un déficit mínimo del 3% con respecto a la utilidad de medición universal correspondiente, los profesionales de salud se encuentran capacitados para el proceso de asignar cantidades o números a objetos con el fin de representar las características que poseen esos objetos, ya sea en términos de tipo o cantidad, que se denomina 'cuantificación', aunque la institución tiene que capacitar al 3% del personal.

Figura 4

Registro de abreviatura universal, ortografía, lenguaje técnico e información coherente.



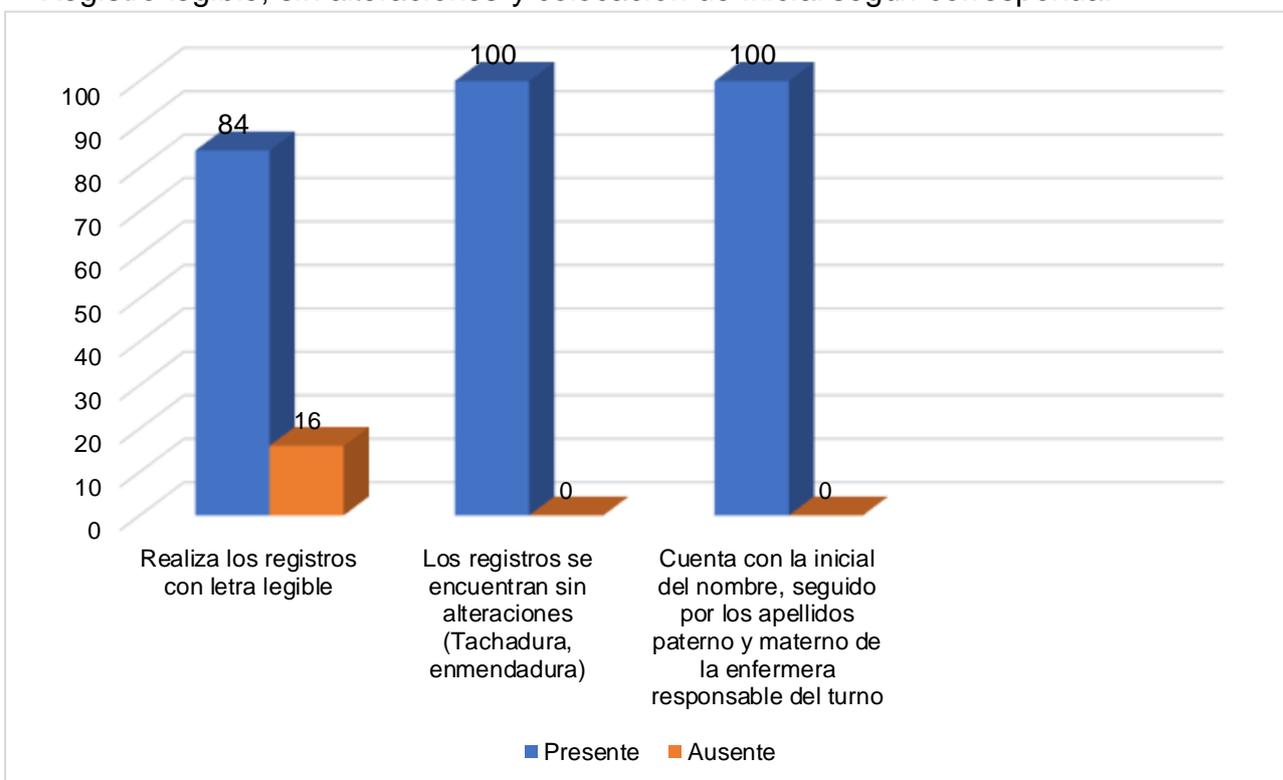
Fuente: Análisis de la extracción porcentuales sobre los registros de enfermería en el área de pediatría de un hospital de Guayaquil.

Elaborado por: Chávez Emily & García Jemima. Estudiantes de la carrera de Enfermería.

Análisis: "En relación con el uso adecuado de abreviaturas universalmente aceptadas en enfermería, se ha observado que el 100% de los enfermeros emplean de manera correcta según las normas establecidas por la institución, ejemplo: Abreviaturas en reporte (NPO, RN, SG, etc.). Asimismo, el 15% de los registros presenta errores ortográficos." Sin embargo, se destaca que el 35% de los registros mantiene alteraciones sobre la terminología técnica, lo que constituye un medio de comunicación eficaz y facilita la labor de todo el equipo de salud. El 4% no mantiene una buena estructura y coherencia en su redacción importante, tener en cuenta que estos documentos tienen validez legal y cualquier irregularidad podría dar lugar a acciones legales por poner en riesgo la salud física de los pacientes.

Figura 5

Registro legible, sin alteraciones y colocación de inicial según corresponda.

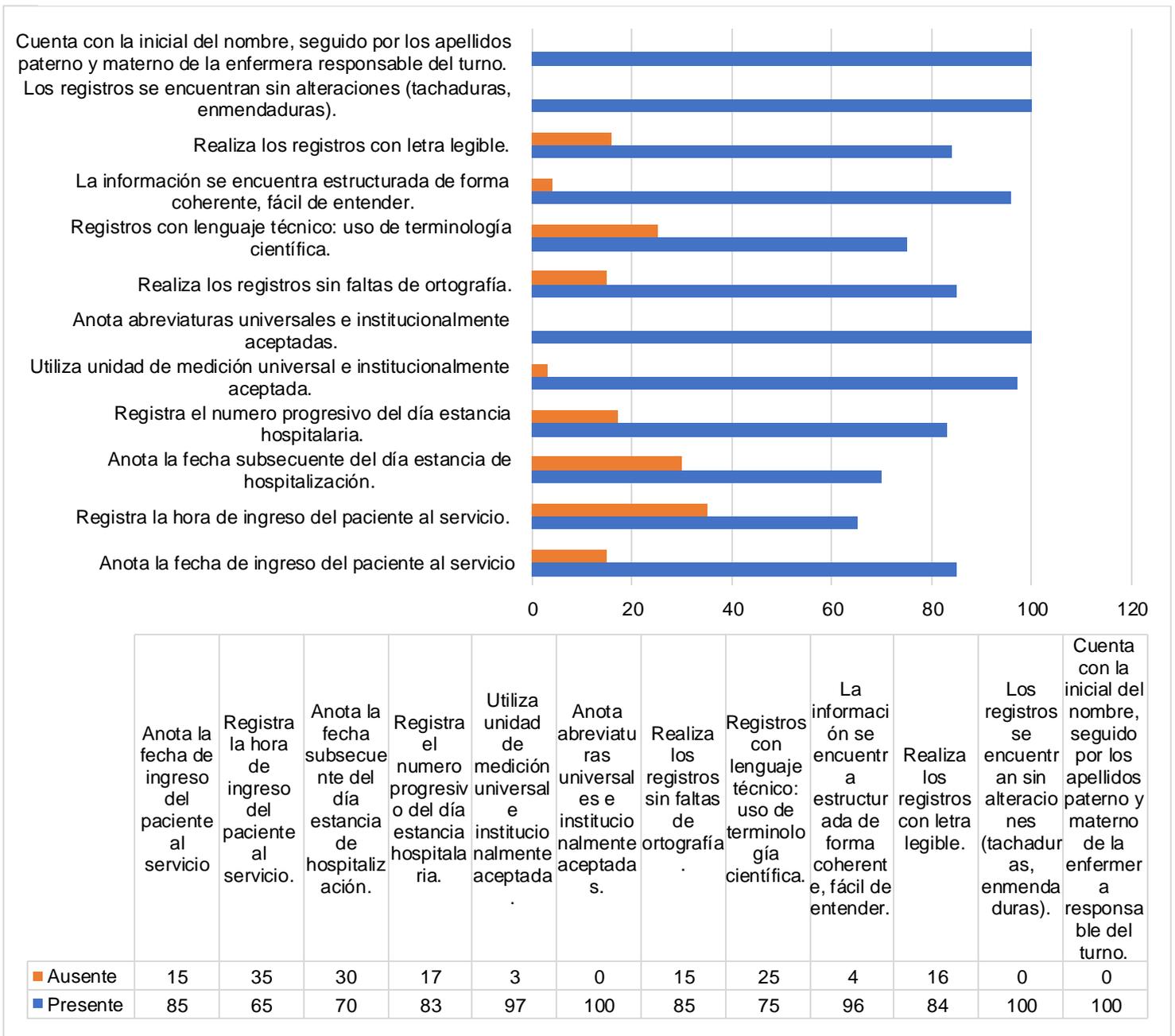


Fuente: Análisis de la extracción porcentuales sobre los registros de enfermería en el área de pediatría de un hospital de Guayaquil.

Elaborado por: Chávez Emily & García Jemima. Estudiantes de la carrera de Enfermería.

Análisis: "Además, se ha identificado que un 16% de los registros presentan una letra ilegible, lo cual se atribuye a la prisa por falta de tiempo al escribir. Esta situación podría potencialmente generar errores, como confusiones en las dosis, medicamentos, procedimientos o días de atención al paciente, aumentando negligencia en el turno. No obstante, el 100% de los registros carece de alteraciones como enmendaduras o tachaduras, lo que representa un medio de comunicación eficiente y beneficioso para todo el equipo de salud. Cabe destacar que estos documentos tienen validez legal, por otro lado, el 100% si registra correctamente las iniciales correspondientes de los datos esenciales del paciente.

Figura 6
Estructura de Registros clínicos.



Fuente: Análisis de la extracción porcentuales sobre los registros de enfermería en el área de pediatría de un hospital de Guayaquil.

Elaborado por: Chávez Emily & García Jemima. Estudiantes de la carrera de Enfermería.

Análisis: "El análisis del Gráfico #1, que se basa en los resultados extraídos de una hoja de Excel de Google Forms utilizando el instrumento CARCE, revela que en su mayoría los indicadores reflejan un cumplimiento del 100%. Sin embargo, al analizar cada indicador individualmente, se observan ciertas deficiencias:

1. Indicador #1: "Anota la fecha de ingreso del paciente al servicio" muestra un 15% de incumplimiento. Los profesionales alegan falta de tiempo, escasez de personal o problemas de coordinación para el registro adecuado, con ello, el indicador #2 la hora del ingreso del paciente contiene un 35% que no muestran el registro correspondiente.

2. Indicador #3: muestra un 37% que no llevan una organización del registro de subsecuente en la estadía, percatando la sobrecarga de pacientes que se genera en los turnos; el indicador #4: registra el número progresivo del día de estancia hospitalaria" presenta un 17% de ausencia. Algunos profesionales no parecen comprender la importancia de llevar un registro ordenado de la estadía de los pacientes y tienen dificultades en la coordinación de la documentación.

3. Indicador #5 se muestra que la utilidad de medición se mantiene con un 3% de profesionales que no lo llevan a ejecución, Indicador #7: "Realiza los registros sin faltas ortográficas" muestra un 15% de incumplimiento. Este grupo de profesionales ha descuidado la caligrafía y la corrección gramatical durante su formación, lo que afecta la calidad de la información que brindan a sus colegas.

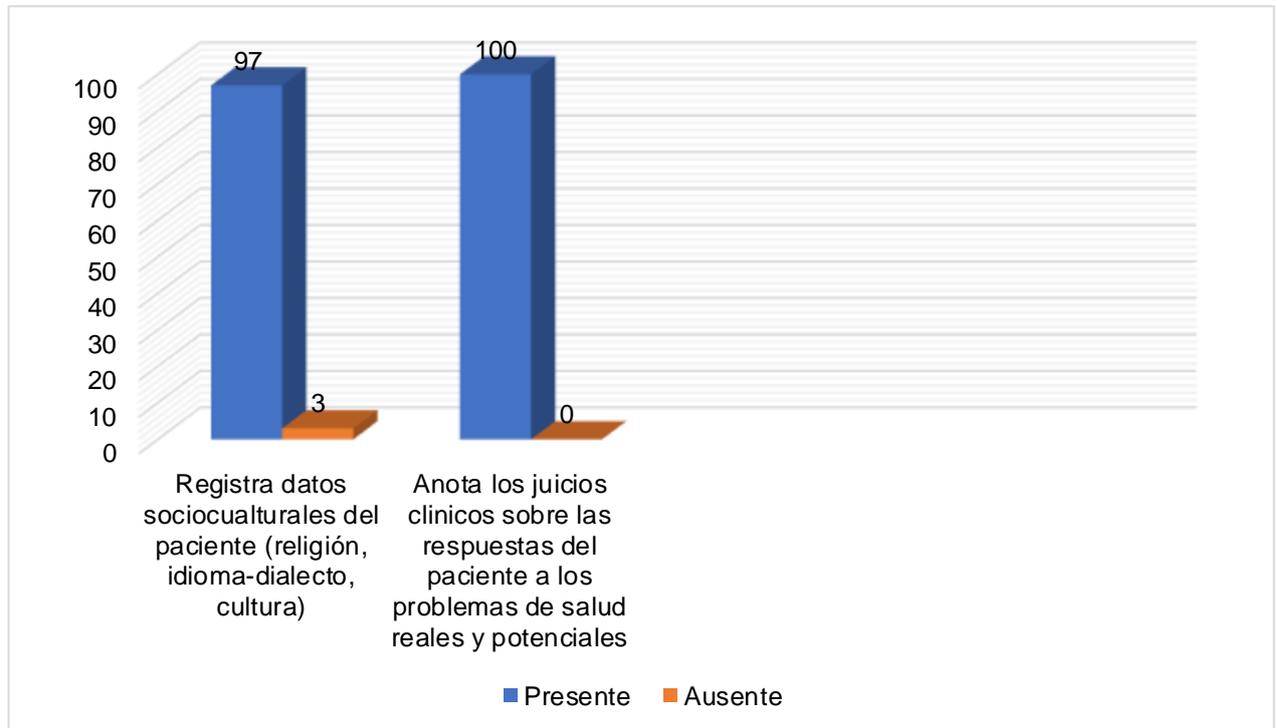
4. Indicador #8: "La información se encuentra estructurada de forma coherente, fácil de entender" muestra un 4% de incumplimiento. En muchos casos, se detecta falta de coherencia gramatical, omisión de tildes y falta de legibilidad en la escritura.

5. Indicador #9: "Realiza los registros con letra legible" tiene un 16% de incumplimiento. La mayoría de los profesionales tienen una letra poco clara y legible, lo que puede dificultar la lectura de la información por parte del personal del turno siguiente. Estos resultados resaltan la importancia de mejorar la formación y la práctica de los profesionales de enfermería en aspectos como la escritura legible, la gramática y la estructura coherente de los registros clínicos, ya que esto tiene un impacto directo en la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

Figura 7

Registro de los datos socioculturales y anotar juicios clínicos.

Fuente: Análisis de la extracción porcentuales sobre los registros de enfermería en el área de pediatría de

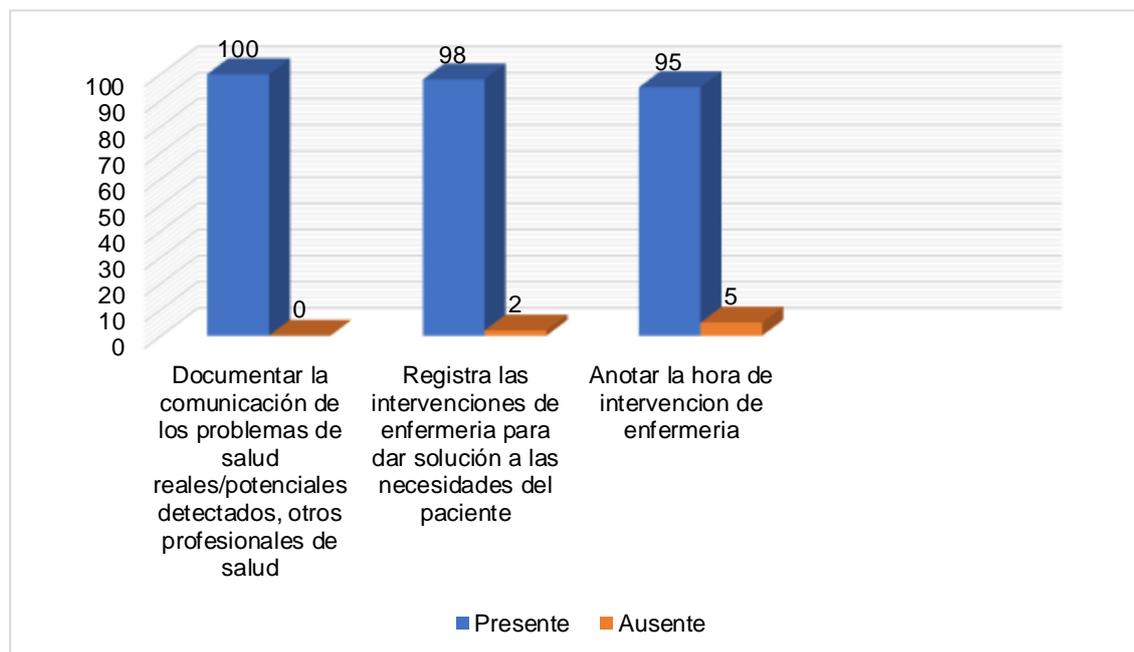


un hospital de Guayaquil.

Elaborado por: Chávez Emily & García Jemima. Estudiantes de la carrera de Enfermería.

Análisis: Es preocupante observar que el 3% de los profesionales de enfermería no registran los datos socioculturales del paciente, como su religión, idioma-dialecto y cultura. Esto plantea una inquietud en el ámbito de la enfermería, ya que esta profesión se considera humanística y se basa en la interacción continua con el paciente y su familia. Con respecto a los juicios clínicos sobre los problemas de salud en los pacientes, se muestran un 100%, cabe recalcar, la práctica de registrar lo mismo que en los informes anteriores sin tener en cuenta los datos socioculturales del paciente, limita la planificación adecuada de las intervenciones de enfermería. Esta falta de información detallada sobre el paciente, su contexto sociocultural y sus necesidades individuales, representa un riesgo significativo tanto para los profesionales de la salud como para el propio paciente. Es esencial que los profesionales de enfermería reconozcan la importancia de recopilar y registrar información detallada sobre los pacientes, incluidos los aspectos socioculturales, para brindar una atención más efectiva y personalizada."

Figura 8
Documentar comunicación, registro de intervenciones y hora.



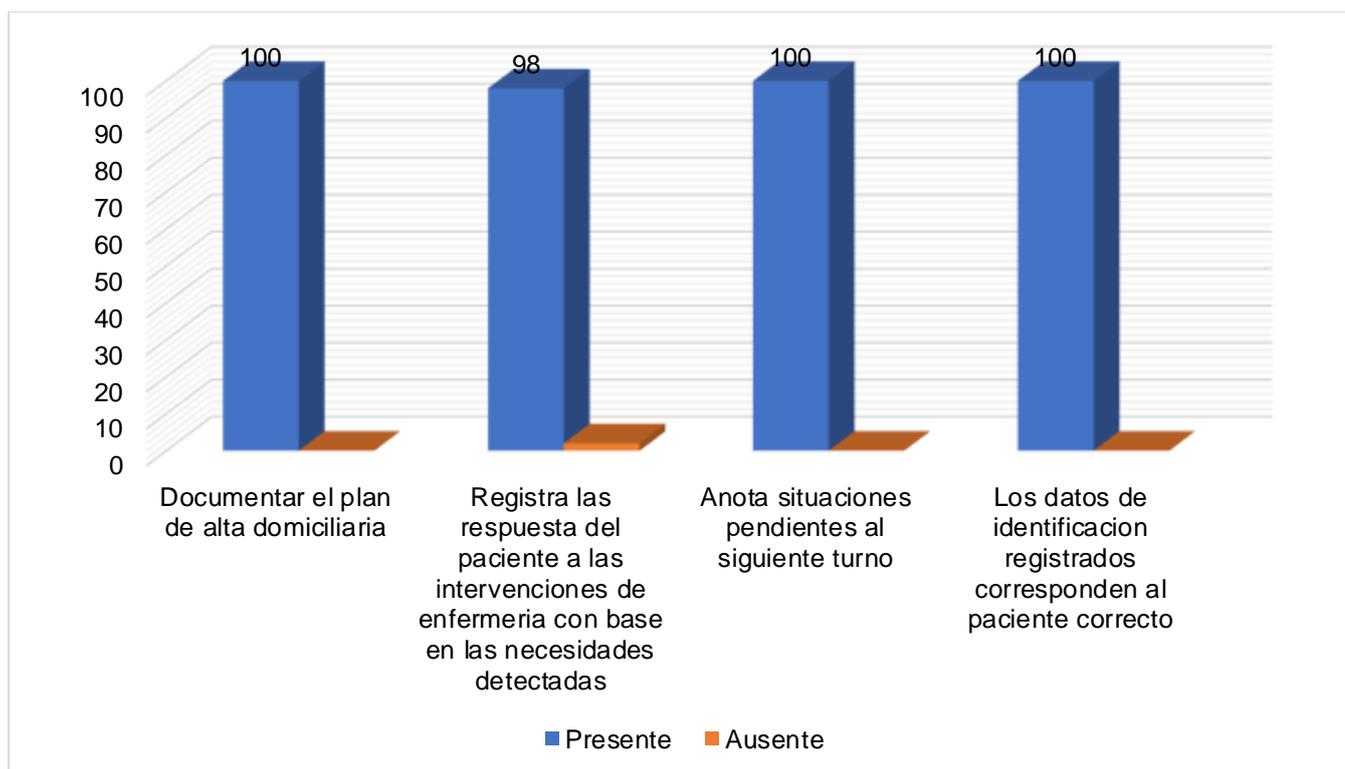
Fuente: Análisis de la extracción porcentuales sobre los registros de enfermería en el área de pediatría de un hospital de Guayaquil.

Elaborado por: Chávez Emily & García Jemima. Estudiantes de la carrera de Enfermería.

Análisis: "En el 100% de los registros, se observa que se completa adecuadamente la información relacionada con la documentación de la comunicación de problemas reales o potenciales a otros profesionales. Sin embargo, es fundamental recordar que la documentación de estos problemas es esencial para garantizar una comunicación efectiva y la continuidad de la atención al paciente. Por otro lado, es alentador observar que el 100% de los registros incluye la anotación de situaciones pendientes para el siguiente turno. Esto indica una correcta relación profesional entre las enfermeras y enfermeros, así como con el personal médico. De acuerdo con el gráfico, se observa que el 5% de los profesionales de enfermería no registra las intervenciones aplicadas para abordar las necesidades reales del paciente. Esto se debe a la práctica de registrar las mismas actividades que se realizaron en el turno anterior, posiblemente porque se supone que la condición de salud del paciente permanece estable de un turno a otro.

Figura 9

Documentación de alta, registro de información del paciente e identificación del mismo.

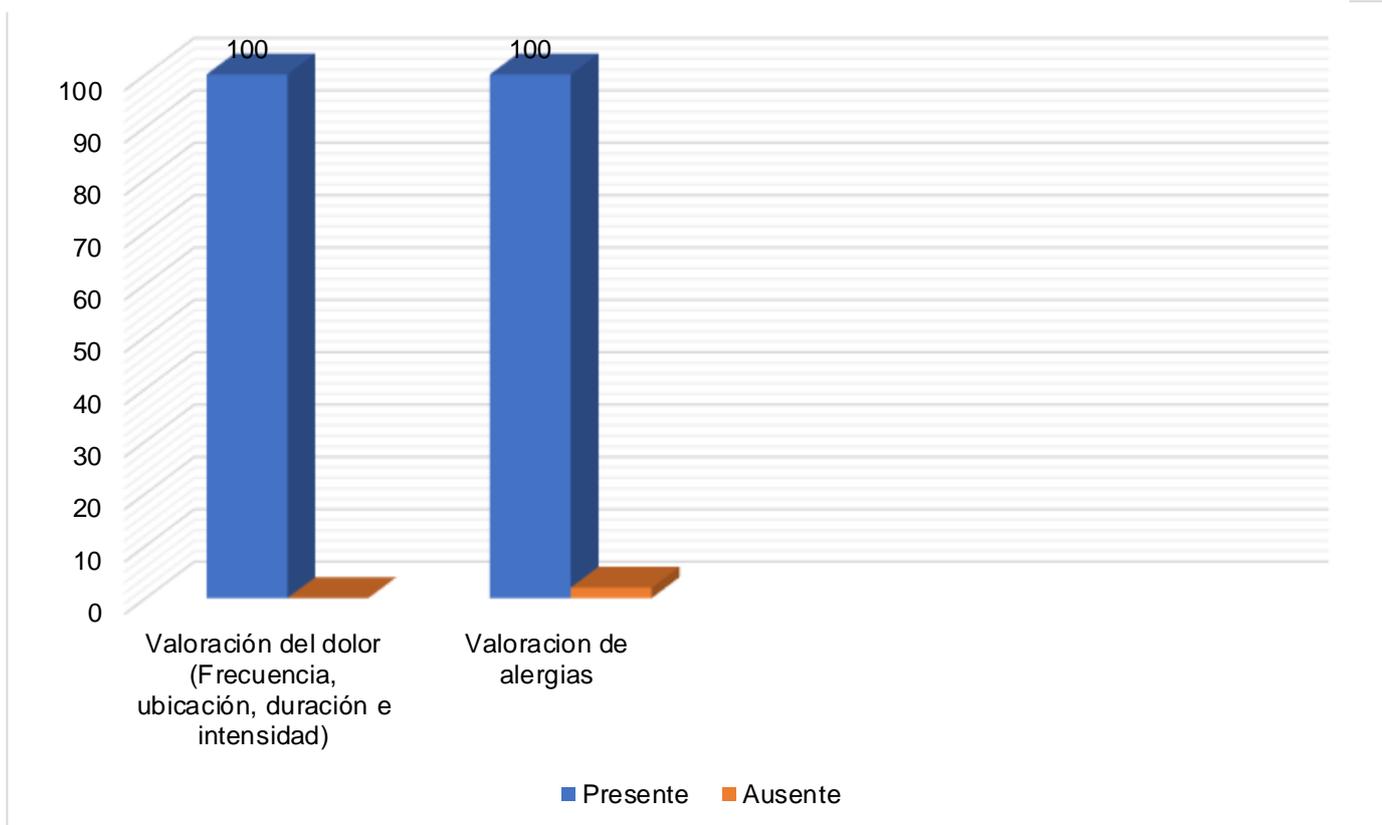


Fuente: Análisis de la extracción porcentuales sobre los registros de enfermería en el área de pediatría de un hospital de Guayaquil.

Elaborado por: Chávez Emily & García Jemima. Estudiantes de la carrera de Enfermería.

Análisis: Es significativo observar que el 100% documenta el plan de alta que es un componente esencial de la atención de enfermería. El plan de alta domiciliaria tiene como objetivo prevenir y controlar problemas de salud posteriores al alta hospitalaria, y su ausencia representa un riesgo significativo para el paciente. La falta de un plan adecuado puede aumentar la probabilidad de que el paciente desarrolle complicaciones y regrese a la institución de salud. También integran de forma responsable las situaciones que ocurren para la entrega de turno y logran identificar al paciente de forma correcta sin alterar alguna información o novedad; además, el 2% de los registros no documenta la respuesta real del paciente a las intervenciones de enfermería. Esto puede deberse a la percepción de que el paciente parece estar estable, lo que lleva a la falta de registro de su respuesta. Sin embargo, es importante recordar que incluso en apariencia de estabilidad, es fundamental documentar la respuesta del paciente para garantizar una atención completa y segura, así como para evaluar el éxito de las intervenciones realizadas.

Figura 10
Valoración de dolor y alergia.



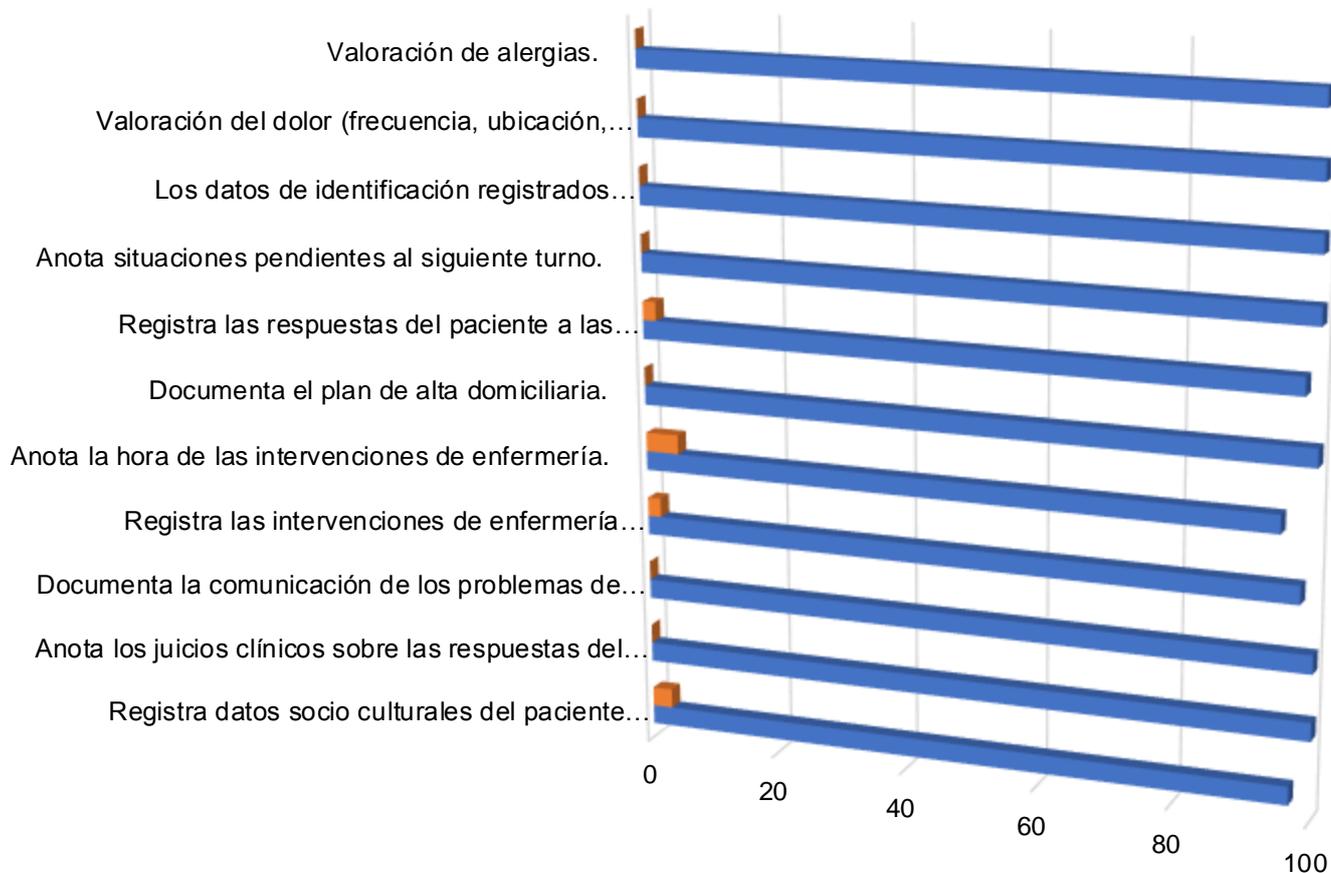
Fuente: Análisis de la extracción porcentuales sobre los registros de enfermería en el área de pediatría de un hospital de Guayaquil.

Elaborado por: Chávez Emily & García Jemima. Estudiantes de la carrera de Enfermería.

Análisis: Se observa que mantiene un 100% en el registro de dolor y alergia, por ello, la documentación del dolor y las alergias que tenga el paciente en el entorno hospitalario es una parte esencial de la atención, ya que permite una evaluación y manejo adecuados de la condición médica del paciente. En este proceso, es fundamental que el personal de enfermería registre de manera precisa la información relacionada con el dolor y alergias del paciente. Esto implica documentar la ubicación exacta del dolor, su intensidad, medida en una escala numérica, expresada verbalmente, su duración, los desencadenantes, las estrategias de alivio empleadas, alergias de medicación (como analgésicos o terapias no farmacológicas) y la respuesta del paciente a estas intervenciones.

Figura 11

Análisis de la dimensión #2 sobre la continuidad del cuidado basado en el instrumento del CARCE.



	Registra datos socio culturales del paciente (religión, idioma-dialecto, cultura).	Anota los juicios clínicos sobre las respuestas del paciente a los problemas de salud reales.	Documenta la comunicación de los problemas de salud reales/potenciales detectados, a otros profesionales de la salud.	Registra las intervenciones de enfermería realizadas para dar solución a las necesidades del paciente.	Anota la hora de las intervenciones de enfermería.	Documenta el plan de alta domiciliaria.	Registra las respuestas del paciente a las intervenciones de enfermería con base en las necesidades detectadas.	Anota situaciones pendientes al siguiente turno.	Los datos de identificación registrados corresponden al paciente correcto.	Valoración del dolor (frecuencia, ubicación, duración e intensidad).	Valoración de alergias.
■ Ausente	3	0	0	2	5	0	2	0	0	0	0
■ Presente	97	100	100	98	95	100	98	100	100	100	100

Fuente: Análisis de la extracción porcentuales sobre los registros de enfermería en el área de pediatría de un hospital de Guayaquil.

Elaborado por: Chávez Emily & García Jemima. Estudiantes de la carrera de Enfermería.

Análisis: "En la Dimensión #2, que evalúa la continuidad del cuidado por parte de los profesionales de enfermería a través del instrumento CARCE, se observa un alto nivel de cumplimiento en la mayoría de los indicadores, con un 100% de aceptabilidad. Sin embargo, existen algunas deficiencias que requieren atención para mejorar la calidad de la atención al paciente:

1. Indicador # 1 "Registra datos socio culturales del paciente (religión, idioma-dialecto, cultura)" 3% no registras los datos socioculturales, estos datos socioculturales son cruciales para planificar las intervenciones de enfermería de acuerdo con las necesidades reales del paciente, lo que destaca la importancia de abordar esta deficiencia en la atención al paciente.

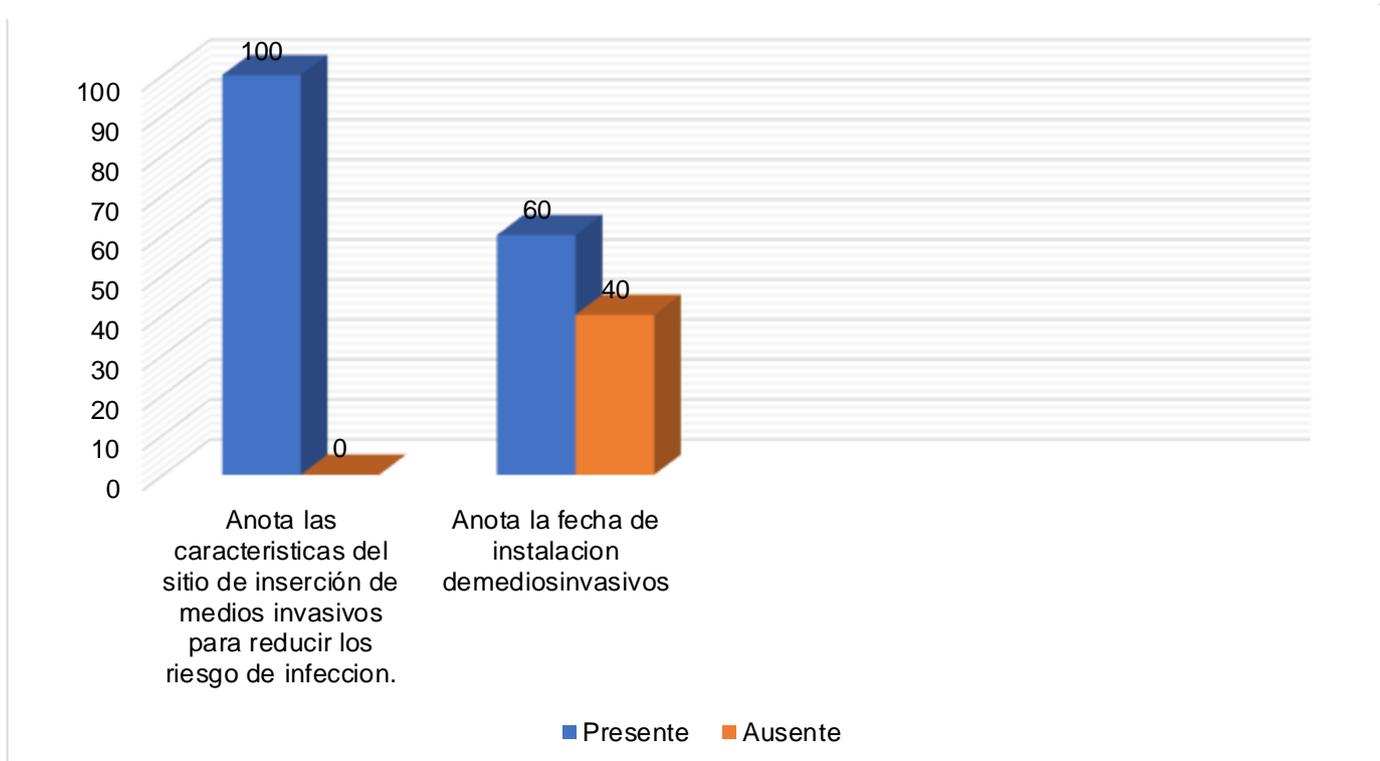
2.-Indicador #4: "Registra las intervenciones de enfermería para abordar las necesidades del paciente" muestra un 2% de incumplimiento, lo que representa un estándar bajo. Las intervenciones son fundamentales para el tratamiento y la recuperación del paciente, y la falta de registro puede afectar la continuidad de la atención.

3. Indicador #5: "Anota la hora de las intervenciones de enfermería" presenta un 5% de incumplimiento. En varias ocasiones, se omite registrar la hora en que se realizan los procedimientos, posiblemente debido a la falta de tiempo o la alta carga de trabajo.

4.-Indicador #7 " Registra las respuestas del paciente a las intervenciones de enfermería con base en las necesidades detectadas" muestra un 2% de incumplimiento. No se registran de manera adecuada las respuestas del paciente a las intervenciones de enfermería, lo que puede deberse a la escasez de personal. Estos hallazgos resaltan la necesidad de mejorar la documentación de enfermería para asegurar una atención de calidad y la prevención de complicaciones posteriores al alta hospitalaria

Estas deficiencias resaltadas muestran la importancia de abordar aspectos relacionados con la gestión del tiempo y la carga de trabajo, así como garantizar que se registren de manera completa y oportuna todas las intervenciones y respuestas del paciente para brindar una atención de alta calidad y una atención continua y efectiva."

Figura 12
Características y fechas de medios invasivos.

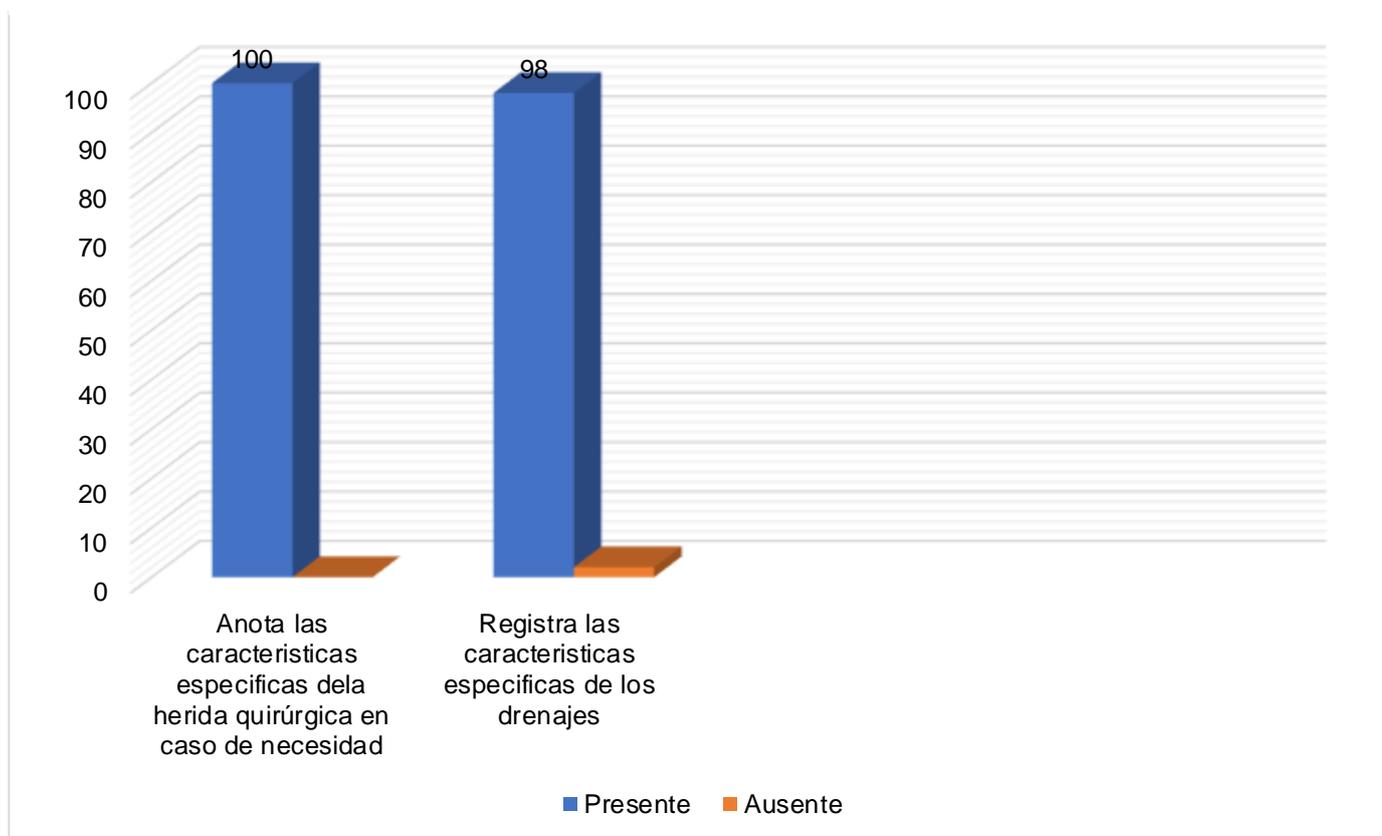


Fuente: Análisis de la extracción porcentuales sobre los registros de enfermería en el área de pediatría de un hospital de Guayaquil.

Elaborado por: Chávez Emily & García Jemima. Estudiantes de la carrera de Enfermería.

Análisis: De acuerdo con los resultados obtenidos, se puede observar que el 100% de los profesionales de enfermería consigna las características del lugar de inserción de dispositivos invasivos, lo que contribuye a un control de los signos de infección. Cabe recalcar, el 40% no registra la fecha de instalación de dispositivos invasivos, esto se debe principalmente a olvidos o al gran número de pacientes a cargo. Sin embargo, la falta de documentación de la fecha de instalación de estos dispositivos puede dificultar que el personal de salud controle el tiempo de uso, lo que incrementa el riesgo de infección para el paciente a medida que se prolonga la utilización de estos dispositivos médicos, el registro de fechas proporciona un medio efectivo para rastrear cuándo es necesario retirar o reemplazar estos dispositivos, lo que puede reducir significativamente la probabilidad de infecciones asociadas a su uso prolongado.

Figura 13
Características de herida quirúrgica y drenaje.



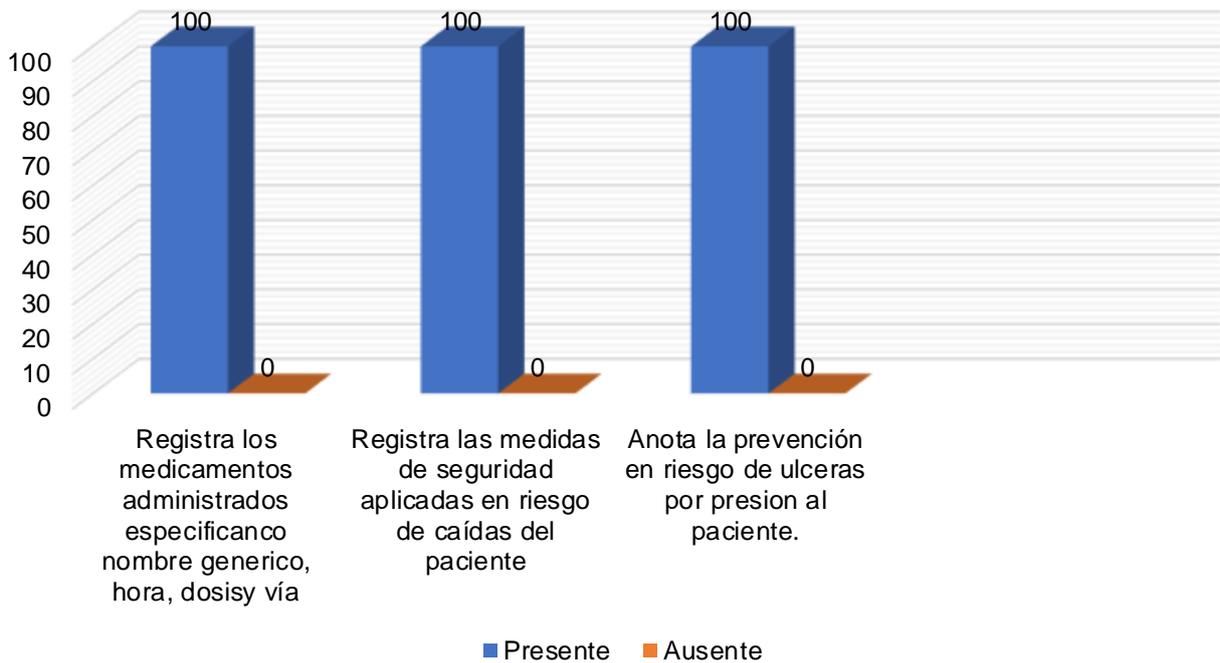
Fuente: Análisis de la extracción porcentuales sobre los registros de enfermería en el área de pediatría de un hospital de Guayaquil.

Elaborado por: Chávez Emily & García Jemima. Estudiantes de la carrera de Enfermería.

Análisis: El 100% de los profesionales de enfermería registra las características específicas de las heridas quirúrgicas, los drenajes, como el color, la consistencia, el olor, el tamaño y la cantidad de secreciones. El 2% registra estos detalles que son fundamentales para proporcionar al personal de salud una comprensión precisa de si existe una infección en desarrollo. Además, estos datos son esenciales para seguir el proceso de cicatrización del paciente. Esto es particularmente importante, ya que el tiempo que una herida permanece abierta aumenta el riesgo de infecciones oportunistas.

Figura 14

Medicamentos, medidas de seguridad e intervención de riesgo de ulcera.

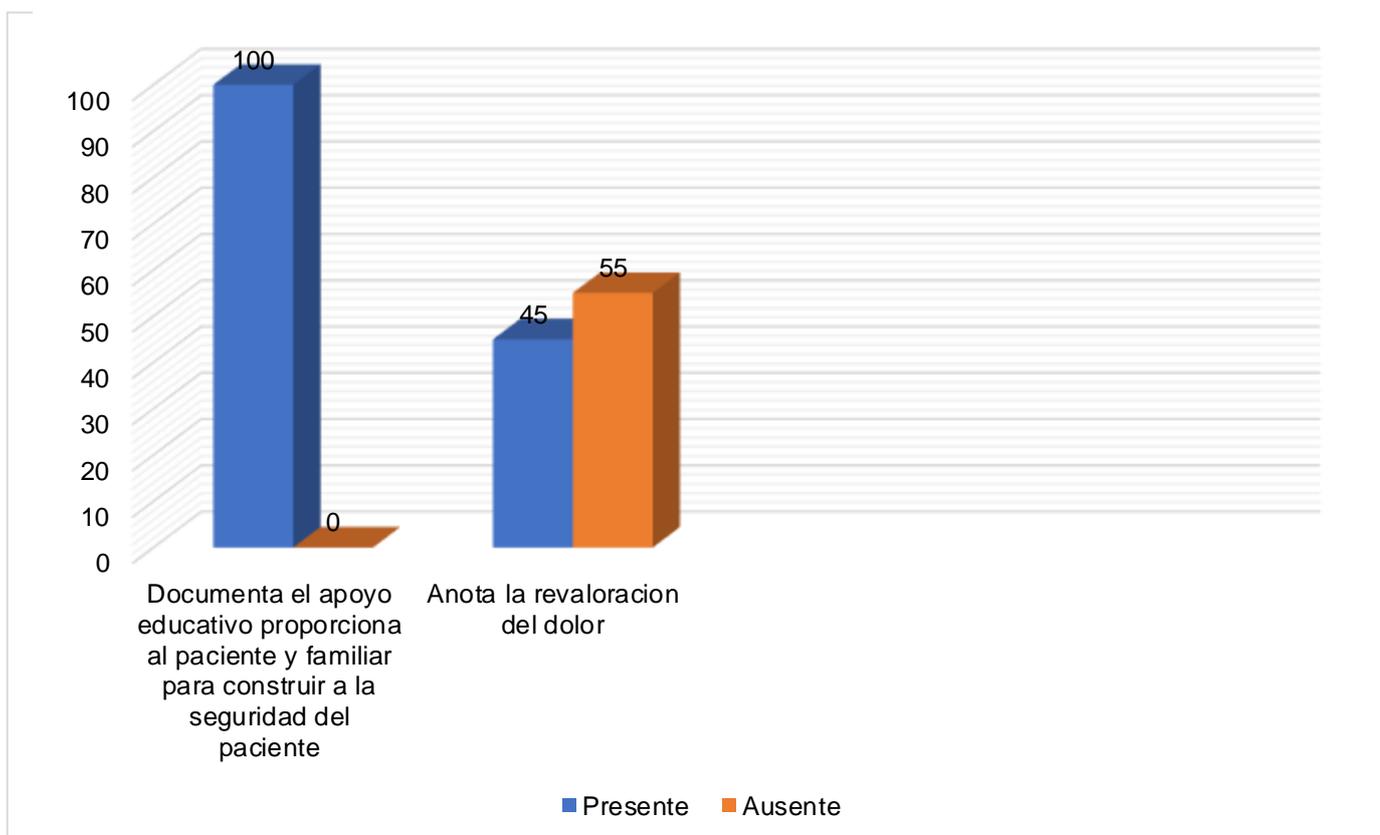


Fuente: Análisis de la extracción porcentuales sobre los registros de enfermería en el área de pediatría de un hospital de Guayaquil.

Elaborado por: Chávez Emily & García Jemima. Estudiantes de la carrera de Enfermería.

Análisis: Siguiendo en la misma línea, se observa que el 100% de los enfermeros registra detalladamente los medicamentos administrados, incluyendo el nombre, el nombre genérico, la hora, la dosis y la vía de administración. En cuanto a los porcentajes, el 100% de los profesionales de enfermería documenta las medidas preventivas contra el riesgo de caídas, posiblemente debido al formatos adecuados en el área. El 100% registra las medidas de prevención para el riesgo de úlceras por presión. El acto de registrar las medidas destinadas a prevenir caídas y úlceras por presión se vuelve crucial para asegurar la seguridad y el bienestar de los pacientes, al mismo tiempo que se garantiza la conformidad con los requisitos normativos y se promueve de manera continua la mejora en la atención médica.

Figura 15
Apoyo educativo y revaloración del dolor.



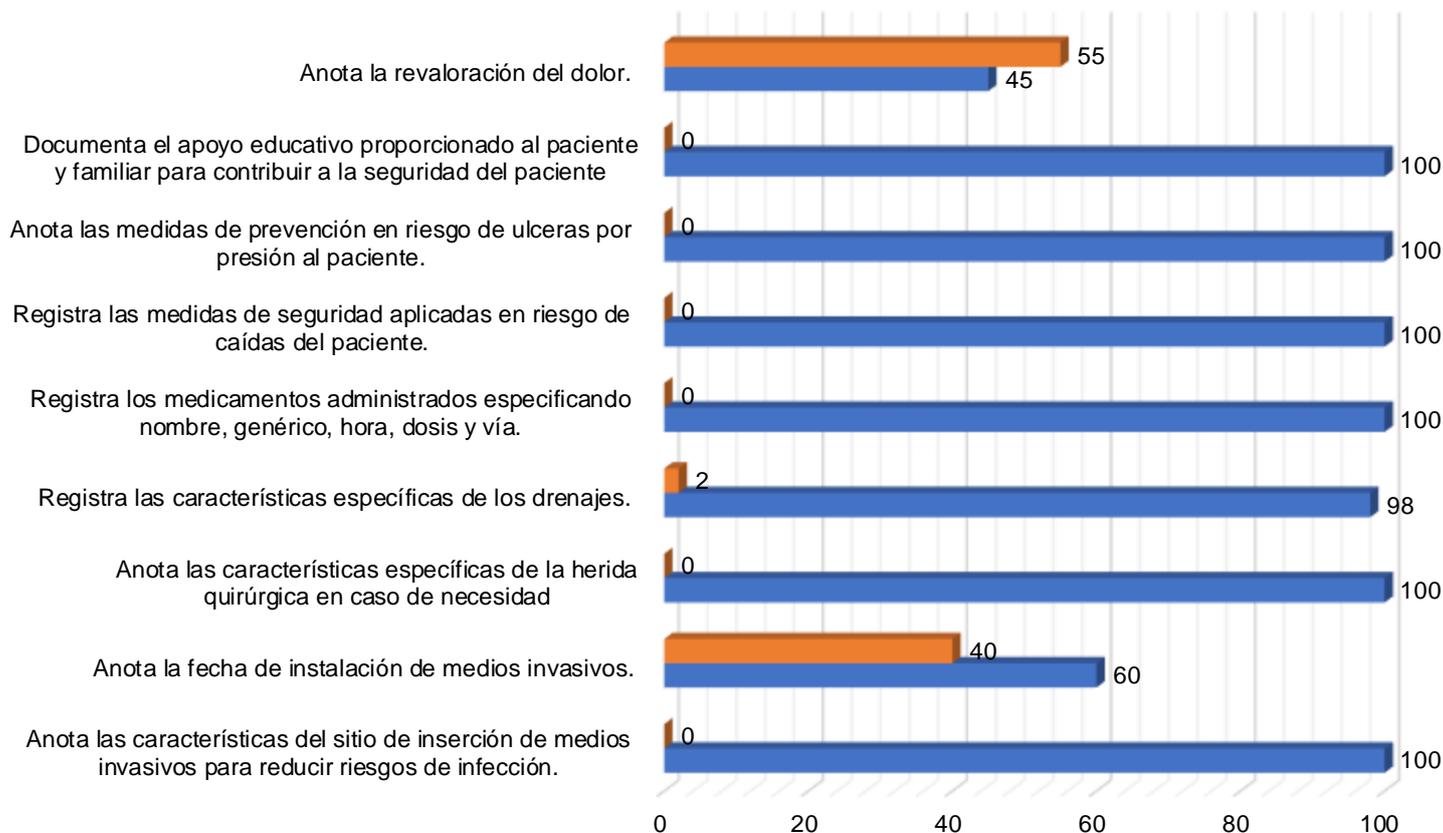
Fuente: Análisis de la extracción porcentuales sobre los registros de enfermería en el área de pediatría de un hospital de Guayaquil.

Elaborado por: Chávez Emily & García Jemima. Estudiantes de la carrera de Enfermería.

Análisis: El hecho de que el 100% de las enfermeras si educan a los pacientes sobre una información esencial y necesaria para la estadía en el hospital. Sin embargo, existe un 55% de enfermeros no registran la revaloración del dolor es preocupante, ya que esto puede resultar en un control deficiente del dolor de los pacientes. La falta de reevaluación limita la capacidad de seguir de cerca cómo está respondiendo el paciente al tratamiento a lo largo del tiempo. Además, impide realizar ajustes necesarios para mejorar la calidad de vida del paciente durante su estancia en el hospital o en su atención domiciliaria. El control inadecuado del dolor puede tener un impacto significativo en la experiencia del paciente, incluyendo el aumento de la angustia, la dificultad para dormir, la pérdida de apetito y la alteración de los signos vitales.

Figura 16

Análisis de los datos sobre la dimensión de seguridad del paciente.



	Anota las características del sitio de inserción de medios invasivos para reducir riesgos de infección.	Anota la fecha de instalación de medios invasivos.	Anota las características específicas de la herida quirúrgica en caso de necesidad	Registra las características específicas de los drenajes.	Registra los medicamentos administrados especificando nombre, genérico, hora, dosis y vía.	Registra las medidas de seguridad aplicadas en riesgo de caídas del paciente.	Anota las medidas de prevención en riesgo de úlceras por presión al paciente.	Documenta el apoyo educativo proporcionado al paciente y familiar para contribuir a la seguridad del paciente	Anota la revaloración del dolor.
■ Ausente	0	40	0	2	0	0	0	0	55
■ Presente	100	60	100	98	100	100	100	100	45

■ Ausente ■ Presente

Fuente: Análisis de la extracción porcentuales sobre los registros de enfermería en el área de pediatría de un hospital de Guayaquil.

Elaborado por: Chávez Emily & García Jemima. Estudiantes de la carrera de Enfermería.

Análisis: En este gráfico relacionado con la dimensión #3, centrada en la seguridad del paciente, se destacan algunos indicadores clave:

1. El indicador #2, que se refiere a la fecha de instalación de medios invasivos, muestra un bajo porcentaje del 1%. Esto sugiere que algunos profesionales de la salud omiten registrar esta información, especialmente cuando se trata de procedimientos como la canalización de vías periféricas, la toma de signos vitales o la rotulación de soluciones y medicamentos. Esta omisión puede atribuirse a la sobrecarga de trabajo.

2. El indicador #4, relacionado con el registro de las características específicas de los drenajes, muestra un porcentaje del 2%. Esto indica que algunos profesionales no documentan adecuadamente los detalles de los procedimientos de drenaje, posiblemente debido a la falta de recursos o a la negligencia en el registro de esta información.

3. El indicador #9, que se refiere a la anotación de la revaloración del dolor, presenta un porcentaje elevado de ausencia, con un 55%. Esto indica que muchos profesionales de la salud, especialmente los enfermeros, no consideran prioritario registrar la revaloración del dolor cuando un paciente informa de un dolor adicional al que se ha identificado inicialmente. Esta omisión puede deberse a la falta de capacitación, a pesar de que es esencial informar al médico para brindar el tratamiento y cuidado adecuados al paciente.

Estos hallazgos resaltan la importancia de mejorar la documentación y la comunicación en el entorno de la atención médica para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes.

DISCUSION

Los registros clínicos en el área de pediatría del Hospital de Guasmo Sur, se logró evidencias resultados recopilados, se obtuvo una extracción significativa de información, verificando que mantienen un nivel intermedio en su cumplimiento, ya que hay deficiencias en la estructura de los registros clínicos, continuidad del cuidado y seguridad del paciente, evaluando el su función, es por ello, la fecha de admisión del paciente al servicio experimenta un 15% de falta de cumplimiento, registro el número secuencial de los días de estadía en el hospital muestra una ausencia del 30% y con respecto al registro progresivo de la estancia hospitalaria 17%, llevar a cabo los registros sin errores ortográficos presenta un incumplimiento del 15%. Este grupo de profesionales ha descuidado la caligrafía y la corrección gramatical durante su formación, lo que afecta la calidad de la información que proporcionan a sus colegas. La información está estructurada de manera coherente y fácil de comprender, pero muestra un incumplimiento del 4%, letra legible tiene un incumplimiento del 16%.

Los presentes datos coinciden con Méndez Calixto et al, 2001 (7) donde 96,6% los profesionales de enfermería consideraron muy importante la historia clínica como parte de su historial médico y 90,3% el área de salud, específicamente las enfermeras, mantienen un claro conocimiento sobre los registros clínicos, el 56,5% utilizaba abreviaturas apropiadamente (uso formal y tecnicismo), el 80,6% desconocen las normativas nacionales para la ejecución pertinente de las notas de enfermería, el 62,3% el personal de enfermería no realiza la colocación de los nombres completos del paciente, omitiendo información necesaria y el 12,7% no escribía el número de cama.

La continuidad del cuidado, y la mayoría de los indicadores obtienen un 100% de cumplimiento, lo que sugiere una buena calidad de atención en general. Sin embargo, algunos indicadores muestran debilidades, 3% no registran los datos socioculturales, 2% intervenciones para brindar solución a las necesidades del paciente, 5% no anotan correctamente las intervenciones de enfermería en la documentación y 2% no plasman las necesidades detectadas que se originan durante el turno; coincidiendo con la investigación

de Soza Clarivel et al, 2020, (11) según los estudios realizado de 12 enfermeros componían la muestra para este estudio cualitativo descriptivo, las enfermeras sienten que su principal restricción para llevar a cabo registros de manera adecuada es la falta de tiempo debido a la alta demanda de procedimientos que deben realizar

La seguridad del paciente, se observan indicadores con bajo cumplimiento, se observó que un 55% omitió registrar la revaloración del dolor, un 2% no anotó las características específicas de los drenajes, un 44%, y un 40% dejó de registrar las fechas en los medios invasivos. En un estudio realizado por Según Moya, Marilú 2018 (12) todos los encuestados dicen que toman medidas para garantizar la seguridad y comodidad del paciente, y también dicen que les dan prioridad a las tareas relacionadas con la atención del paciente.

Las ventajas de la metodología utilizada se basan en que el enfoque observacional del estudio permitió la observación completa del fenómeno tal como se experimenta, sin ninguna intervención previa. Esto permitió la identificación del problema asociado a las características de los registros clínicos, tal como se presenta en las salas de hospitalización de pediatría en el hospital de Guasmo Sur.

CONCLUSIÓN

En conclusión, se identificó que los registros clínicos de enfermería con respecto a la estructura, mantiene un buen nivel de balance en algunos indicadores, sin embargo, se puede constatar que un mínimo porcentaje existe una deficiencia por parte del profesional de enfermería en la documentación del ingreso del paciente, como: la carencia en caligrafía, déficit en la terminología universal al momento de redactar un reporte, incomprensión en la letra, entre otro.

En lo que respecta a la continuidad del cuidado, se evidencio aspectos favorables para resaltar, donde nos muestra una visión general de la valoración focalizada hacia paciente, según los resultados evaluados, parece haber deficiencias socioculturales, solución a las necesidades del paciente y registro de hora de dichas intervenciones, mostrando variables calificadoras en documentación bien estandarizadas en la atención enfermera- paciente durante la estadía hospitalaria.

En la dimensión de seguridad del paciente, se observan importantes deficiencias en el registro de la reevaluación del dolor. La mayoría de los enfermeros no han considerado documentar este indicador, lo que ha llevado en algunas ocasiones a pasar por alto la notificación de novedades importantes, omisión en las fechas en la colocación de los medios invasivos, evidenciando que se puede generar alguna infección en la zona por no mantener un cuidado adecuado de estos registros.

RECOMENDACIONES

Se recomienda encarecidamente que los profesionales de la salud se mantengan actualizados con los avances más recientes y completen toda la formación necesaria en su campo de estudio. Además, es esencial que los hospitales dispongan de suficientes puestos de enfermería para garantizar que los formularios de notas clínicas se completen de manera adecuada a lo largo de la semana, a medida que las enfermeras evalúan a los pacientes.

Se recomienda al ministerio de salud pública realizar una supervisión exhaustiva, verificando la decadencia en la documentación de enfermería y deficiencia en estos indicadores evaluados, para afrontar la problemática sin generar una sobrecarga laboral, y recalando, el déficit del personal que tiene el establecimiento de salud; con la finalidad que cada personal de equipo de salud desempeñe las funciones correspondientes.

Se sugiere proporcionar capacitaciones Trimestrales a los líderes del área, recordándole el nivel ético y legal en la calidad de los registros clínicos de enfermería, destacando que estas documentaciones son esenciales para proporcionar una atención segura y efectiva a los pacientes que garantiza una comunicación adecuada entre los miembros del equipo de atención de salud.

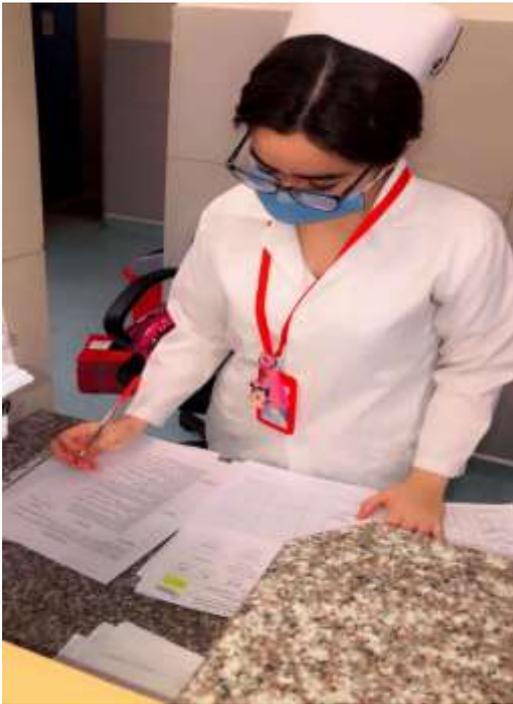
Bibliografía

1. Bautista L. Registros de enfermería. Ciencia y cuidado. 2015 Dec; 12(2).
2. Torres D, Zurita M, Vicente AM, Hernandez A. Indicadores de evaluación de los registros clínicos de enfermería: Implementación de una herramienta tecnológica. 2021 mar; 20(3).
3. Garcia S, Navio AM, Valentin L. Normas básica para la elaboración de formularios de enfermería. Nure. 2007 mar;(28).
4. Figueroa J, Canova C, Garrido M, Damián A, Boyardi V, Concepción M. Calidad de los registros clínicos de enfermería de una Unidad de Terapia Intensiva - Neonatal. Scielo. 2022 sep; 21(67).
5. Hernandez EI, Sayeg A, Garcia M. Cumplimiento de los registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería en un hospital de segundo nivel de atención. Enferm Inst Mex Seguro. 2017; 26(2).
6. Torres M, Zarate RA, Matus R. Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación. Scielo. 2011 mar; 8(1).
7. Mendez , Morales MA, Preciado MdL, Ramirez , Sosa , Jimenez MdC, et al. La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2001 dec; 9(1-4).
8. Rissi GP, Cruz BM, Tognollo R, Leopoldo de Freitas Goes. Online Brazilian Journal of nursing. [Online].; 2019 [cited 2023 07 01. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/03/1147279/6445-es.pdf>.
9. Figueira J, Canova , Garrido M, Tallarita D, Boyardi , Cisneros CE. Calidad de los registros clínicos de enfermería de una Unidad de Terapia Intensiva – Neonatal. Revista electronica trimestral de Enfermería. 2022 jul;(67).
10. Socop. [Online].; 2015 [cited 2023 07 02. Available from: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/09/02/Mateo-Amabilia.pdf>.
11. Soza CdF, Bazán AC, Diaz R. Percepción de las enfermeras sobre el uso de sus registros para garantizar la continuidad del cuidado. Scielo. 2020 Nov; 14(1).
12. Moya MF. [Online].; 2018 [cited 2023 07 02. Available from: <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/28681/2/Proyecto-Completo-PAE.-Fer-Moya.pdf>.
13. Torres D, Zurita M, Vicente M, Hernandez I. Indicadores de evaluación de los registros clínicos de enfermería. uja. 2021 Dec; 20(3).

14. Torres M, Zarate A, Matus. Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación. *Revista Enfermería Universitaria*. 2011 01-03; 8(1).
15. Sanchez. Registros de enfermería. *Revista de enfermería de urgencias*. 2008 Feb;(58).
16. Farfán GM. Repositorio. [Online].; 2013 [cited 2023 07 02. Available from: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/13783/FarfanNitolaGinaMarcela2013.pdf;sequence=1>.
17. Ministerio de Salud Pública. [Online].; 2009 [cited 2023 07 30.
18. Hernandez. Repositorio institucional uaslp. [Online].; 2017 [cited 2023 07 30. Available from: <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/4492/LCHE-MAE-2017-proyecto-administrativo-registros-de-enfermeria.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
19. Lucena de Cordero G. Las Casas. [Online].; 2006 [cited 2023 08 02. Available from: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0349.pdf>.
20. Aguilera Peña F, Carrión Muñoz F, Florez Almonacid CI, Galván Ledesma J, Roldan Cano , Romero Cano Á, et al. Hospital Universitario "Reina Sofía". [Online].; 2010 [cited 2023 08 02. Available from: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/c3_balan ce_equili_liquidados.pdf.
21. Muñoz Arias M. Revisión bibliográfica sobre la medición del balance hídrico por el personal de enfermería. *Ocronos*. 2022 feb; V(2).
22. Fernandez Aragón , Ruydiaz Gómez K, Rubio MDT. Notas de enfermería: una mirada a su calidad. *Salud minorte*. 2016; 32(2).
23. Talamas Marquez JJ. *famen.ujed*. [Online].; 2012 [cited 2023 08 02. Available from: http://famen.ujed.mx/doc/manual-de-practicas/b-2017/02_Prac_03.pdf.
24. Ramirez Perdomo CA, Perdomo Romero AY. Evaluación de la Calidad del Cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Scielo*. 2013; 31(1).
25. Villalon E. Continuidad del cuidado. *Fundacion MF*. 2021 mar; 24(1).
26. Vargas Cubero C, Ruiz Sanchez MA. Aspectos legales de las notas de enfermería. *Colegio de Enfermería de Costa Rica*. 2006 aug; 25(1).

27. Universidad Nacional de Colombia. [Online]. [cited 2023 08 09. Available from: http://168.176.239.58/cursos/enfermeria/modulo2/actividades/actividadregistro/actividad_2_1.html#pagina_0.
28. Ministerio de Salud Pública. [Online]. [cited 2023 08 30. Available from: <https://www.salud.gob.ec/msp-explica-el-art-146-del-coip/>.
29. Constitución Pública del Ecuador. [Online].; 2008 [cited 2023 08 30. Available from: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/LOTAIP/2017/DIJU/octubre/LA2_oct_DIJU_Constitucion.pdf.
30. Rivadeneira Silva. Defensoría del Pueblo Ecuador. [Online].; 2017 [cited 2023 08 30. Available from: https://www.dpe.gob.ec/lotaip/2017/pdfagosto/Juridico/a3/Resolucion_054-2017.pdf.
31. Garcia S, Navío A, Morganizo L. Normas básica para la elaboración de los registros de enfermería. Nure investigación. 2007 Mar;(28).
32. Ministerio de Salud Pública. [Online].; 2016 [cited 2023 08 01. Available from: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/11/RD_248332rivas_248332_355600.pdf.
33. Plan Nacional de Desarrollo "Toda una vida". [Online].; 2017-2021 [cited 2023 08 30. Available from: <https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2018-10/Plan-Nacional-de-Desarrollo-Toda-Una-Vida-2017-2021.pdf>.
34. Ministerio de Salud Pública. [Online].; 2014-2015 [cited 2023 08 30. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/AM-5216-A-Confidencialidad.pdf>.
35. Flores Sandi G. Responsabilidad profesional en enfermería. La perspectiva del uso de los registros en enfermería, desde el punto de vista forense. Scielo. 2003 Mar; 20(1).
36. Moyano. anecipn. [Online].; 2021 [cited 2023 08 09. Available from: <http://anecipn.org/ficheros/archivo/XXI/html/m3m1.htm>.
37. Larrea L. [Online].; 2013 [cited 2023 07 26. Available from: <https://leopoldolarrea.com/wp-content/uploads/2017/12/Ley-de-ejercicio-profesional-de-las-enfermeras-y-enfermeros-del-Ecuador.docx>.

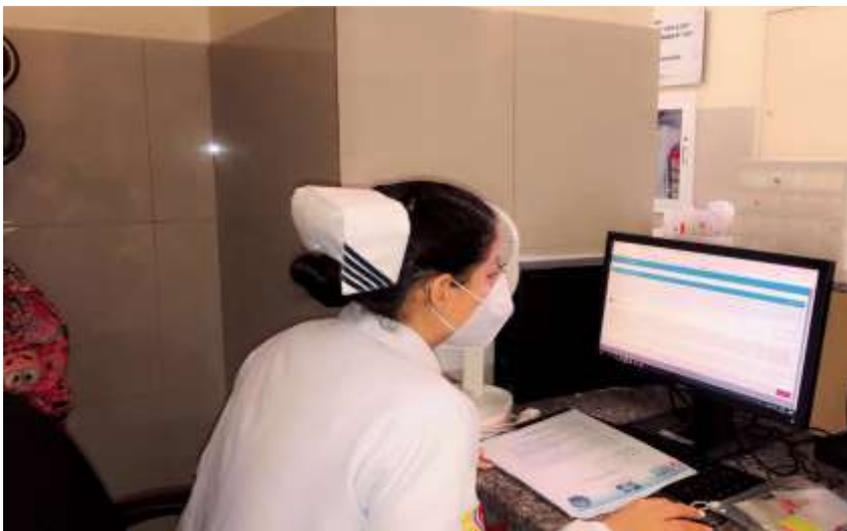
9.-ANEXOS



Foto#1

Descripción:

Revisión de registros clínicos de enfermería del área de hospitalización pediátrica



Foto#2

Descripción

Revisión de historial clínico para corroborar la información de los paciente del área de hospitalización pediátrica según la estructura estandarizada.

APROBACION DE TEMA UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL



Guayaquil, 09 de mayo del 2022



Srta. García Valero Jemina Noemi
Srta. Chavez Salto Emily Yaritza
Estudiantes de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

CARRERAS:
Medicina
Odontología
Enfermería
Nutrición, Dietética y Estética
Terapia Física

De mis consideraciones:

Reciban un cordial saludo de parte de la Dirección de la Carrera de Enfermería, a la vez les comunico, que su tema de trabajo de titulación: **“Análisis de los registros clínicos de enfermería del área de pediatría en un hospital de la ciudad de Guayaquil.”** a sido aprobado por la Comisión Académica de la Carrera, su tutora asignada es la Lcda. Kristy FrancoPoveda Mgs.



Me despido deseándoles éxito en la realización de su trabajo de titulación.

Atentamente,

Lcda. Ángela Mendoza Vincés
Directora de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Telf.: 3804600
Ext. 1801-1802
www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-
4671
Guayaquil-Ecuador

Cc: Archivo

CARTA DE PERMISO POR PARTE DEL HOSPITAL DEL GUASMO

Oficio Nro. MSP-CZ8S-HGGS-GERENCIA-2023-0520-O

Guayaquil, 31 de agosto de 2023

Asunto: RESPUESTA: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR PROYECTO DE TESIS SOBRE EL TEMA "ANÁLISIS DE LOS REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE PEDIATRÍA EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL."

Sra.
Emily Yanitza Chavez Salto

Sra.
Noemi Jemima García Valero
En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al Documento No. MSP-CZ8S-HGGS-ADM-SG-2023-1147-E por medio del cual solicita autorización para realizar PROYECTO DE TESIS sobre el tema: "ANÁLISIS DE LOS REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE PEDIATRÍA EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL".

Por lo antes expuesto y en relación a la documentación entregada con antelación al Departamento de Docencia e Investigación, su solicitud es **FAVORABLE**.

Particular que comunico para fines pertinentes.

Atentamente,

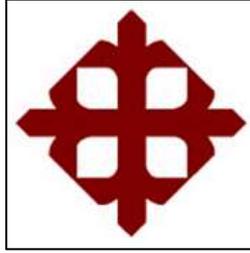
Documento firmado electrónicamente

Dr. Leonardo Ivan Chilan Azua
GERENTE DEL HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR (E)

Referencias:
- MSP-CZ8S-HGGS-ADM-SG-2023-1147-E

Anexos:
- carocamer_18-08-2023_09.24.pdf

Copia:
Señor Doctor
Victor Rafael Aguayo Castro
Director Asistencial del Hospital General Guasmo Sur
Señor Doctor
Francisco Marcelo Obando Fmire
Coordinador de la Gestión de Docencia e Investigación del Hospital General Guasmo Sur
Señora Licenciada
María del Carmen Romacho Liango
Líder de Docencia en Enfermería del Hospital General Guasmo Sur



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Guía de observación Indirecta

	Estructura	Presente	Ausente
1	Anota la fecha de ingreso del paciente al servicio.		
2	Registra la hora de ingreso del paciente al servicio.		
3	Anota la fecha subsecuente del día estancia de hospitalización.		
4	Registra el número progresivo del día estancia hospitalaria.		
5	Utiliza unidad de medición universal e institucionalmente aceptada.		
6	Anota abreviaturas universales e institucionalmente aceptadas.		
7	Realiza los registros si faltas de ortografía.		
8	Registros con lenguaje técnico: uso de terminología científica.		
9	La información se encuentra estructurada de forma coherente, fácil de entender.		
10	Realiza los registros con letra legible.		
11	Los registros se encuentran sin alteraciones (tachaduras, enmendaduras).		
12	Cuenta con la inicial del nombre, seguido por los apellidos paterno y materno de la enfermera responsable del turno.		

	Continuidad del Cuidado	Presente	Ausente
1	Grafica los signos vitales del paciente (temperatura, tensión arterial, pulso, respiración).		
2	Anota los datos de la valoración focalizada y generalizada.		
3	Registra datos socio culturales del paciente (religión, idioma-dialecto, cultura).		
4	Anota los juicios clínicos sobre las respuestas del paciente a los problemas de salud reales.		
5	Anota los juicios clínicos sobre las respuestas del paciente a los problemas de salud potenciales.		
6	Documenta la comunicación de los problemas de salud reales/potenciales detectados, a otros profesionales de la salud.		
7	Registra las intervenciones de enfermería realizadas para dar solución a las necesidades del paciente.		
8	Anota la hora de las intervenciones de enfermería.		
9	Documenta el plan de alta domiciliaria.		
10	Registra las respuestas del paciente a las intervenciones de enfermería con base en las necesidades detectadas.		
11	Anota situaciones pendientes al siguiente turno.		

	Seguridad del paciente	Presente	Ausente
1	Los datos de identificación registrados corresponden al paciente correcto.		
2	Valoración del dolor (frecuencia, ubicación, duración e intensidad).		
3	Valoración de alergias.		
4	Anota las características del sitio de inserción de medios invasivos para reducir riesgos de infección.		
5	Anota la fecha de instalación de medios invasivos.		
6	Anota las características específicas de la herida quirúrgica en caso de necesidad.		
7	Registra las características específicas de los drenajes.		

8	Registra los medicamentos administrados especificando nombre, genérico, hora, dosis y vía.		
9	Registra las medidas de seguridad aplicadas en riesgo de caídas del paciente.		
10	Anota las medidas de prevención en riesgo de úlceras por presión al paciente.		
11	Documenta el apoyo educativo proporcionado al paciente y familiar para contribuir a la seguridad del paciente.		
12	Anota la revaloración del dolor.		



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Chavez Salto Emily Yaritza**, con C.C: # **0953993433**, autora del trabajo de titulación: **Análisis de los registros de Enfermería en el área de pediatría de un hospital de la ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, a los 01 días del mes septiembre del año 2023

f. _____
Chavez Salto Emily Yaritza
CC: 0953993433



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Garcia Valero Jemima Noemi**, con C.C: **#0932529613**, autor del trabajo de titulación: **Análisis de los registros de Enfermería en el área de pediatría de un hospital de la ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciado en Enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, a los 01 días del mes septiembre del año 2023

f. _____
Garcia Valero Jemima Noemi
CC: :0932529613



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Análisis de los registros de Enfermería en el área de pediatría de un hospital de la ciudad de Guayaquil.		
AUTOR(ES)	Chávez Salto Emily Yaritza y Garcia Valero, Noemi Jemima		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Lcda. Franco Poveda Kristy Glenda Mgs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias médicas		
CARRERA:	Enfermería		
TITULO OBTENIDO:	Licenciado en enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	01/09/2023	No. DE PÁGINAS:	64
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud Pública		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Registros de Enfermería, Instrumento CARCE, Registros Clínicos, Calidad, Documentación, Profesionales de Salud.		

Los registros de enfermería son considerados como un método de comunicación entre los profesionales de salud donde permite recoger información sobre los cuidados y las intervenciones que debe realizar. **Objetivo:** Analizar los registros de Enfermería en el área de pediatría de un hospital de la ciudad de Guayaquil verificando la calidad la atención hacia el paciente. **Metodología:** Descriptivo-cuantitativo, diseño prospectivo- transversal. **Población:** 100 registros clínicos de enfermería del área de pediatría del Hospital General Guasmo sur. **Resultados:** La evaluación de las dimensiones, consta de la estructura del registro de enfermería, (35%) de profesionales omiten registrar la hora de ingreso del paciente, (30%) no llevan un registro progresivo de la estadía del paciente, (9%) deficiencia ortográfica al redactar un informe, reporte, nota, etc. (4%) no mantiene una buena estructura, (16%) dificultad en la comprensión de la letra. La continuidad del cuidado (22%) enfermeros están presentando un déficit sobre la solución de las necesidades del paciente, (5%) Olvidan de anotar la hora de las actividades durante el turno, (25%) Omiten registrar respuestas de los pacientes sobre las intervenciones que se desempeñan; por último, la dimensión de la seguridad hacia el paciente, (20%) no anotan la fecha de las instalación de medios invasivos, (2%) no cumplen correctamente colocación de drenajes y (55%) no anotan la revaloración del dolor. **Conclusiones:** Al analizar las dimensiones de los registros clínicos han presentado un estándar regular, mostrando falencias en algunas actividades, debido que algunos profesionales no cumplen de forma pertinente con los campos asignados.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0964134494 0939016446	E-mail: emily.chavez01@cu.ucsg.edu.ec noemi.garcia@cu.ucsg.edu.ec
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Lcda. Holguín Jiménez Martha Lorena, Mgs Teléfono: +593 0993142597 E-mail: martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec	

SECCION PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACION:	
DIRECCION URL (tesis en la web):	