



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TEMA:

**Análisis de los registros clínicos de enfermería del área de
medicina interna de un hospital de la ciudad de Guayaquil.**

AUTORES:

**Desiderio Holguín Cristhiam Rodolfo
Guaranda Torres Liz del Pilar**

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

TUTORA:

Lcda. Sylvia Azucena Hidalgo Jurado Mgs. PhD

Guayaquil, Ecuador

2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

Certificación

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Desiderio Holguín Cristhiam Rodolfo** y **Guaranda Torres Liz del Pilar** como requerimiento para la obtención del título de **LICENCIADO/A EN ENFERMERÍA**.

TUTORA

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

Lic. Mgs. Sylvia Hidalgo Jurado
DOCENTE

f. _____

LCDA. HIDALGO JURADO SYLVIA AZUCENA MGS. PHD

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

LCDA.MENDOZA VINCES, ANGELA OVILDA.MGS

Guayaquil, Ecuador

1 de septiembre del año 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

Declaración De Responsabilidad

Yo, **Desiderio Holguín Cristhiam Rodolfo**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **Análisis de los registros clínicos de enfermería del área de medicina interna de un hospital de la ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **LICENCIADA/O EN ENFERMERÍA**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, al 01 día del mes septiembre del año 2023

AUTOR

f.

Desiderio Holguín Cristhiam Rodolfo



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

Declaración De Responsabilidad

Yo, **Guaranda Torres Liz del Pilar**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **Análisis de los registros clínicos de enfermería del área de medicina interna de un hospital de la ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **LICENCIADA/O EN ENFERMERÍA**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, al 01 día del mes septiembre del año 2023

AUTORA

f.

Guaranda Torres Liz del Pilar



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA

Autorización

Yo, Desiderio Holguín Cristhiam Rodolfo

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Análisis de los registros clínicos de enfermería del área de medicina interna de un hospital de la ciudad de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, al 01 día del mes septiembre del año 2023

AUTOR:

f. _____

Desiderio Holguín Cristhiam Rodolfo



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA

Autorización

Yo, **Guaranda Torres Liz del Pilar**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Análisis de los registros clínicos de enfermería del área de medicina interna de un hospital de la ciudad de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, al 1 día del mes septiembre del año 2023

AUTOR:

f.

Guaranda Torres Liz del Pilar

COMPILATIO



CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

Tesis Desiderio y Guaranda

0%
Similitudes

< 1% Texto entre comillas
0% similitudes entre comillas
3% Idioma no reconocido

Nombre del documento: 19_55_26_31_08_2023_19_31_01_20_08_2023_TESIS ANALISIS DE REGISTROS DE ENFERMERIA FINAL (2) (1) (2).pdf
ID del documento: 6c8783fd16982fc1505984767570f3eae669e3f2
Tamaño del documento original: 1,47 MB
Autores: Cristhiam Desiderio Holguin, Liz Guaranda Torres

Depositante: Cristhiam Desiderio Holguin
Fecha de depósito: 5/9/2023
Tipo de carga: url_submission
fecha de fin de análisis: 5/9/2023

Número de palabras: 16.277
Número de caracteres: 119.135

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes principales detectadas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	CEPEDA - VELASCO (TESIS FINAL).docx Análisis de los registros de enfer... #325758 El documento proviene de mi grupo 47 fuentes similares	11%		Palabras idénticas: 11% (1906 palabras)
2	Análisis de los registros clínicos de enfermería del área de pediatría de un... #318664 El documento proviene de mi grupo 7 fuentes similares	11%		Palabras idénticas: 11% (1947 palabras)
3	Tesis conde 31 de agosto final.docx Análisis de los registros clínicos de ... #3e1ac7 El documento proviene de mi grupo 23 fuentes similares	5%		Palabras idénticas: 5% (878 palabras)
4	localhost Cumplimiento de las barreras de bioseguridad por el personal de enfer... http://localhost:9080/ensu/bsuexam/3317/18536/3/T-UJCSG-PRE-MED-ENF-733.pdf.txt 61 fuentes similares	2%		Palabras idénticas: 2% (429 palabras)
5	localhost Manejo de heridas quirúrgicas en pacientes de las salas de cirugía de... http://localhost:9080/ensu/bsuexam/3317/12451/3/T-UJCSG-PRE-MED-ENF-504.pdf.txt 55 fuentes similares	2%		Palabras idénticas: 2% (413 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

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

Sylvia Hidalgo

Lic. Mgs. Sylvia Hidalgo Jumbo
DOCENTE

AGRADECIMIENTO

Agradezco de manera profunda y sincera a todas las personas que han sido parte de mi trayectoria académica y profesional, en primer lugar, quiero expresar mi gratitud a mis padres, quienes me brindaron amor incondicional, sacrificio y apoyo constante. Su dedicación y esfuerzo han sido la base de mi formación y éxito. A mis tías, quienes siempre han estado ahí para animarme y motivarme a seguir adelante, les agradezco su compañía y aliento.

Agradezco también a mis profesores y mentores, cuyo conocimiento, experiencia y guía han sido fundamentales en mi crecimiento personal y profesional, su compromiso con la educación y su pasión por enseñar han dejado una huella imborrable en mi vida, a todos ellos, les estoy enormemente agradecido por sus enseñanzas y por creer en mí.

No puedo dejar de mencionar a mis amigos, quienes han sido mi apoyo incondicional en cada paso del camino, gracias por su amistad, compañía y palabras de aliento en los momentos más difíciles, sus risas, consejos y momentos compartidos han sido un bálsamo para el alma.

Por último, pero no menos importante, quiero expresar mi agradecimiento a todos aquellos pacientes y participantes que formaron parte de mi investigación, sin su colaboración desinteresada, este estudio no hubiera sido posible, agradezco su confianza en mí y en el proceso científico, así como su contribución valiosa para avanzar en el campo de la salud.

DESIDERIO HOLGUÍN CRISTHIAM RODOLFO

DEDICATORIA

A mis padres, quienes han sido mi apoyo incondicional a lo largo de este arduo camino. Gracias por su amor, paciencia y sacrificio. Sin su constante aliento y confianza en mí, este logro no hubiera sido posible. Dedico esta tesis a ustedes, mis pilares fundamentales en la vida.

A mis profesores y mentores, quienes me han guiado y enseñado con sabiduría y pasión. Gracias por su dedicación y por compartir su conocimiento conmigo. Cada enseñanza que recibí de ustedes ha dejado una huella imborrable en mi formación académica y personal. Esta tesis es un tributo a su labor incansable y a su compromiso con la educación.

DESIDERIO HOLGUÍN CRISTHIAM RODOLFO

AGRADECIMIENTO

A mi amada madre, padre y hermanas, quiero expresar mi profundo agradecimiento por su amor incondicional, paciencia y apoyo constante a lo largo de mi carrera, han sido mi mayor inspiración y motivación para superar cualquier obstáculo que se presentara en el camino, sin su amor y aliento, no habría llegado hasta aquí.

A mis queridos abuelos, quienes han sido los pilares fundamentales de mi formación académica, les debo un agradecimiento especial, su sabiduría, consejos y palabras de aliento han sido invaluable en cada etapa de este camino, su ejemplo de perseverancia y dedicación me ha inspirado a seguir adelante incluso en los momentos más desafiantes.

A mis amigos, aquellos que han estado a mi lado durante toda esta travesía académica, quiero agradecerles por su compañía, por escuchar mis preocupaciones y celebrar mis logros, su amistad me ha dado fuerzas cuando más lo necesitaba y ha hecho que este viaje sea mucho más divertido y significativo.

Gracias a todos ustedes, mi familia, abuelos, amigos y Cristhiam, por ser parte fundamental de este logro, sin su amor, confianza y aliento, no habría sido posible, esta tesis es el resultado de su amor y apoyo inquebrantable.

GUARANDA TORRES LIZ DEL PILAR

DEDICATORIA

A mi amado abuelo, quien siempre ha sido mi guía y ejemplo de sabiduría, te dedico esta tesis como un tributo a tu legado y agradecimiento por tu constante apoyo, a mi querida madre, mi roca inquebrantable, gracias por tu amor incondicional y sacrificio, a mi valiente padre, cuyo apoyo incondicional me ha dado fuerzas para enfrentar cualquier desafío.

A mis adorables hermanas, mis cómplices en esta travesía, gracias por estar siempre a mi lado, a toda mi familia, quienes han estado presentes en cada paso de este camino, gracias por su amor, aliento y comprensión.

Gracias a todos ustedes, mi abuelo, madre, padre, hermanas, familia, amigos y licenciadas de mi carrera. Sin su amor, apoyo y guía, este logro no sería posible. Esta tesis es un testimonio de nuestro vínculo y el resultado de nuestra unión y esfuerzo conjunto.

GUARANDA TORRES LIZ DEL PILAR



**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 DEL AREA DE UNIDAD DE TITULACIÓN

f. _____

LCDA. GARRIDO, JULIA YNDELIRIA, MGS.
OPONENTE



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

Calificación

Desiderio Holguín Cristhiam Rodolfo

Guaranda Torres Liz del Pilar

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	XVI
ABSTRACT.....	XVII
CAPITULO 1.....	4
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	6
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	7
1.4. OBJETIVOS.....	8
1.4.1. OBJETIVO GENERAL.....	8
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	8
CAPITULO 2.....	9
FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL.....	9
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	9
2.2. MARCO CONCEPTUAL.....	12
2.2.1. Historial Clínico.....	12
2.2.2. Registros de Enfermería.....	12
2.2.3. Normas de calidad en los registros.....	13
2.3. MARCO LEGAL.....	19
CAPÍTULO 3.....	22
DISEÑO METODOLÓGICO.....	22
3.1. Tipo de Estudio.....	22
3.2. Diseño.....	22
3.3. Población y muestra:.....	22
3.4. Criterios de inclusión y exclusión:.....	22
3.5. Técnicas y procedimientos para la recolección de datos:.....	22
3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos:.....	23
3.7. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos:.....	23
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	24
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	27
Característica del Registro Clínico “Estructura”.....	27
Continuidad de los Cuidados.....	34
Seguridad del Paciente.....	42
DISCUSIÓN.....	51

CONCLUSIONES	54
RECOMENDACIONES	56
REFERENCIAS	57
Carta de Aceptación del anteproyecto por parte de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil	66
Guía de observación Indirecta	67

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Registros de la hora de ingreso, fecha subsecuente y números progresivos de estancia Hospitalaria.....	27
Figura 2: Anotar las abreviaturas universales e institucionalmente aceptadas	28
Figura 3: Registros con letras legibles, sin alteraciones ni faltas Ortográficas.	29
Figura 4: Registros con lenguaje técnico (uso de terminología científica)	30
Figura 5: La información se encuentra estructurada de forma coherente, fácil de entender.....	31
Figura 6: Cuenta el registro con la inicial del nombre, seguido por los apellidos paterno y materno de la enfermera responsable del turno	32
Figura 7: Consolidado de la Estructura de los Registros de Enfermería.....	33
Figura 8: Grafica los signos vitales del paciente (temperatura, tensión arterial, pulso, respiración).....	34
Figura 9: Anota los datos de la valoración focalizada y generalizada.	35
Figura 10: Registra datos socio culturales del paciente (religión, idioma-dialecto, cultura).....	36
Figura 11: Anota los juicios clínicos sobre las respuestas del paciente a los problemas de salud reales y potenciales.....	37
Figura 12: Documenta la comunicación de los problemas de salud reales/potenciales detectados, a otros profesionales de la salud.	38
Figura 13: Registra las intervenciones de enfermería realizadas para dar solución a las necesidades del paciente.	39
Figura 14: Documenta el plan de alta domiciliaria.	40
Figura 15: Consolidado de la Continuidad del Cuidado	41
Figura 16: Los datos de identificación registrados corresponden al paciente correcto.....	42
Figura 17: Valoración del dolor (frecuencia, ubicación, duración e intensidad).43	
Figura 18: Anota las características del sitio de inserción de medios invasivos y fecha de instalación para reducir riesgos de infección	44
Figura 19: Anota las características específicas de la herida quirúrgica en caso de necesidad y características específicas de los drenajes.....	45
Figura 20: Registra los medicamentos administrados especificando nombre, genérico, hora, dosis y vía	46

Figura 21: Anota las medidas de prevención en riesgo de caídas y úlceras por presión al paciente.....	47
Figura 22: Documenta el apoyo educativo proporcionado al paciente y familiar para contribuir a la seguridad del paciente.....	48
Figura 23: Anota la revaloración del dolor	49
Figura 24: Consolidado de Seguridad de Paciente	50

RESUMEN

Introducción: los registros de enfermería son informes legales que constan de acciones que ha llevado en práctica el enfermero en el paciente. Entonces, el **Objetivo** es analizar los registros de enfermería en el área de medicina interna de un hospital de la ciudad de Guayaquil. **Metodología:** el trabajo es descriptivo, cuantitativo, retrospectivo, transversal; aplicando hoja de chequeo mediante la revisión de historiales clínicos e instrumento de evaluación CARCE. **Población y Muestra:** Son 100 registros clínicos de enfermería del área de medicina interna. **Resultados:** Se detalla los valores que prevalecen: En la estructura; 86% ausencia alteraciones, 63% no aplican lenguaje técnico, 90% no colocan identificación. Respecto a la continuidad; 99% grafican signos vitales completos, 87% no anota los datos de la valoración focalizada y generalizada, 78% faltan datos socioculturales del paciente, 99% registran situaciones pendientes, 97% no registran hora, 94% ausencia de escrito el plan de alta domiciliaria. En la seguridad del paciente; 71% identifica al paciente correcto, 51%/59% registran la valoración del dolor, 51%/98% no colocan las características del sitio de inserción de medios invasivos, sin embargo, si se presencia la fecha de colocación; 67%/79% se ausencia las características específicas de la herida quirúrgica y lo mismo de los drenajes, 93%/91% registra las medidas de seguridad en riesgo caídas y úlceras por presión. **Conclusiones:** Al analizar los registros de enfermería; encontramos que el 58% del total de informes no están correctamente llenados; no cumplen con estructura, la seguridad y la continuidad de los cuidados que les ofrecen a los pacientes.

Palabras Claves: Análisis, Continuidad, Enfermería, Estructura, Medicina Interna, Registros Clínicos, Seguridad.

ABSTRACT

Introduction: nursing records are legal reports that consist of actions that have been carried out by the nurse on the patient. Therefore, the objective is to analyze the nursing records in the internal medicine area of a hospital in the city of Guayaquil. Methodology: the work is descriptive, quantitative, retrospective, cross-sectional; applying a check sheet through the review of clinical records and the CARCE evaluation instrument. Population and sample: 100 nursing clinical records from the internal medicine area. Results: The prevailing values are detailed: In the structure; 86% absence of alterations, 63% do not apply technical language, 90% do not place identification. Regarding continuity; 99% complete vital signs, 87% do not record the data of the focused and generalized assessment, 78% lack sociocultural data of the patient, 99% record pending situations, 97% do not record the time, 94% do not write the home discharge plan. In patient safety; 71% identify the correct patient, 51%/59% record the pain assessment, 51%/98% do not place the characteristics of the site of insertion of invasive means, however, if the date of placement is present; 67%/79% absence the specific characteristics of the surgical wound and the same of the drains, 93%/91% record the safety measures in risk of falls and pressure ulcers. Conclusions: When analyzing the nursing records; we found that 58% of the total reports are not correctly filled out; they do not comply with structure, safety and continuity of care offered to patients.

Key words: Analysis, Continuity, Nursing, Structure, Internal Medicine, Clinical Records, Safety.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene relación con la calidad de registros de enfermería vinculada a las historias clínicas de los pacientes del área de medicina interna, por lo que importancia radica en que estos se encuentren completos bajo parámetros tales como la estructura, continuidad del cuidado y seguridad brindada por el personal de enfermería y registrada eficazmente en la misma. Los reportes o notas de enfermería son herramientas prácticas que se expresan en formas escritas las actividades en cada paciente (1). Además, son parte de evidencias físicas porque están en el expediente clínico, considerado un documento de alta relevancia para materializar la protección de la salud, por eso, se debe realizar de forma legible, oportuna, clara y confiable (2).

Los cuidados del enfermero son una base primordial para cubrir necesidades del paciente y hacer que el régimen terapéutico médico se cumpla. Uno de los mecanismos para que quede constancia de los cuidados ejecutados individualmente en los pacientes, son los registros de enfermería; considerados como parte fundamental para la asistencia sanitaria, representando por magnificencia un método de comunicación y coordinación entre el personal de salud (médicos, licenciados, auxiliares, internos), permitiendo su realización correcta la constancia de los cuidados y seguridad, además de que forman parte del historial clínico del paciente, por lo que es de requerimiento obligatorio hacer y de rigor científico para garantizar su calidad (3) (4).

La calidad de los registros de enfermería se considera un reto para la salud al nivel mundial. De acuerdo a varios trabajos, sustentan que el registro se altera debido a factores múltiples, como la carga laboral (asistencial), presión de poco tiempo para cumplir con las actividades, desconocimiento o déficit de manejar lenguaje apropiado(formal), también, no contar con formatos actualizados o suficientes para cada turno-paciente y personal (5).

Por consiguiente, el personal de enfermería presenta un pilar para el desarrollo en calidad de atenciones hospitalarias, a razón de que si existe una aplicación y manejo correcto de los registros o documentos legales que resguardan el derecho a la vida de cada paciente, se logrará la disminución de complicaciones o efectos que incluyan la muerte del paciente y por ende el juicio penal al

personal. Entonces, el uso adecuado de instrumentos, como el CARCE (Calidad de los registros clínicos de enfermería), es el tipo de cuestionario o test que coopera a mejorar la calidad de los registros clínicos, ya que controla y emite exigencias en todas las instituciones de salud (6).

Por ende, el propósito del presente trabajo es analizar los registros de enfermería en el área de medicina interna de un hospital de Guayaquil. Bajo la metodología cuantitativo de tipo transversal retrospectivo con una población de 100 registros de enfermería del área de medicina interna siguiendo los parámetros del instrumento CARCE.

CAPITULO 1

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los reportes de enfermería son herramientas para asentar las actividades que se realizan en un paciente, como la administración de medicación prescrita, valoración, planificación; cumpliendo con condiciones de evaluaciones, efectividad y eficiencia en respuesta al proceso de atención enfermero. Teniendo repercusiones a favor y contra del personal de salud de índole profesional-legal (7).

Según la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), en sus datos al nivel general, el 80% del personal de enfermería (indistintamente del área) ignora pasos de preparación de la nota, el 43.5% no aplica correctamente el lenguaje escrito en su reporte a causa del desconocimiento de terminologías y en la mayoría de personal enfermero no registra el progreso real del paciente (8).

De acuerdo a Vázquez Román, Alvarado Jorge, López Graciela, Sánchez Reyna (México-2022), el proceso del enfermero es una metodología por la cual el personal estandariza sus cuidados y se usa como herramienta de la profesión, en efecto, se entabla como objetivo determinar la calidad de los registros clínicos de enfermería, arrojando resultados que el 56.9% no se realiza el apartado de evaluaciones de riesgos (úlceras por presión, caídas), 90% no tiene letras legibles, uso de corrector, repetición de contenido en valoraciones o cuidados (9).

Así mismo, Figueira Judit, Canova Barrios, Tallarita Alberto (Argentina-2022), revisaron y analizaron 369 reportes clínicos de enfermería, con muestreo aleatorio, donde encontraron que solo el 71% tiene un cumplimiento mínimo en áreas de pediatría, ginecología y medicina interna, siendo las áreas prioritarias de las instituciones hospitalarias; mostrando dimensiones de los registros afectadas como el 49% no coloca la pulsera de identificación en el paciente, tampoco la fecha y hora de ingreso, 60% maneja incorrectamente gramática, tampoco colocan la hora en que hacen la nota de enfermería (10).

Soza Clarivel, Bazán Asunción, Díaz Rosa (Perú-2020); ejecutaron una investigación cualitativa y descriptiva, donde 125 historiales entraron en el estudio para la revisión de los registros de enfermería digitales en el servicio de medicina interna en una institución de salud pública, en la cual el 42% posiblemente pueda tener entrar en procesos legales a razón de no tener en orden los documentos, tampoco los formatos actualizados ni legibles, escritura pobre (68%), déficit de innovación en los cuidados individuales a los pacientes (11).

Este trabajo se realizará en el área de medicina interna del Hospital Teodoro Maldonado Carbo TMC. Esta área cuenta con especialidades tales como urología, cardiología, gastroenterología, nefrología, unidad de cuidados intensivos, hematología e infectología, con la existencia de más de 100 registros asociados a las historias clínicas de los pacientes.

Por último, se encontró en la casa de salud de Guayaquil en una revisión y análisis rápido de varios reportes de enfermería, sobre las faltas ortográficas, letra poco entendible, formatos no actualizados y escritos en hojas en blanco por falta de formatos impresos (déficit hospitalarios de materiales de oficina), incorrecta valoración por falta de tiempo y muchos pacientes en el área para tan poco personal de enfermería (licenciados e internos), existencia de burocracia en otros procesos, presencia de abreviaturas peligrosas o no, inexistencia del gráfico en signos vitales y más.

1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- 1) ¿Cómo son los soportes de los registros de enfermería realizados en el área de medicina interna?
- 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. JUSTIFICACIÓN

La enfermería desde sus principios ha sido considerada una de las disciplinas primordiales en la salud, debido a que permite al personal ser autónomo a causa de tener juicio crítico, quiere decir, que actúa y contra su propia práctica con autoridad y responsabilidad a la vida mutua (12). De aquí parte las notas o reportes de enfermería, considerado un documento legal que almacena información de los servicios del personal hacia los pacientes, facilitando la comunicación entre los profesionales, siempre y cuando esto se realice correctamente, respetando normativas, protocolos y legislación (13).

Dichos documentos demuestran y representan un instrumento de defensa o evidencia para verificar que, si se han aplicado los cuidados respectivos, mostrando ser un problema al nivel de salud, ya que hay varios reportes del déficit de calidad en desarrollar los registros clínicos; por ende, esta investigación tiene importancia y relevancia porque así analizaremos las fallas del personal y qué factores influyen para no cumplir correctamente con el llenado de dicha documentación.

Y así, se verán beneficiados tanto el personal, el hospital y el paciente, porque a los profesionales se facilitará la información de todos los pacientes con sus respectivas valoraciones e incluso evitaremos procesos legales por negligencia médica; respecto al paciente, disminuirémos las complicaciones intrahospitalarias, como las infecciones nosocomiales, úlceras por presión, administración de algún medicamento que sea alérgico etc, por último, la institución porque se disminuirá gastos innecesarios por procesos judiciales, uso indebido de material de oficina etc.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

- Analizar los registros de enfermería en el área de medicina interna del Hospital Teodoro Maldonado Carbo

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la estructura de los registros de enfermería en el área de medicina interna
- Describir la continuidad del cuidado de los registros
- Categorizar la seguridad del paciente en los registros de enfermería.

CAPITULO 2

FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

De acuerdo a Hernández Enoc, Sayeg Alan, García Mayra, titulado como cumplimiento de los registros clínicos en segundo nivel de atención (México-2018), informan que el historial clínico es un documento legal y que contiene todo el esquema terapéutico-avances del paciente, siendo registrados por personal de salud, por eso, se establece el objetivo de determinar el cumplimiento de los registros clínicos de enfermería; entonces, se seleccionan 156 expedientes, valorando los formularios que maneja el personal de enfermería; generando que en el 61% de registros presentan inconsistencias en las firmas respectivas del personal, valoración, identificación, falta de balance hídrico, datos relevantes como administración de sangre o medicamentos que estén establecidos a una hora, taxonomías (déficit de conectores como “manifestado por”) (14).

Un estudio realizado por el Ministerio de sanidad y Consumo, sobre efectos adversos causados por el déficit de registros en el historial clínico (España-2020), obtiene resultados que el 32% de los cribados en sus registros muestran un correcto llenado y calidad en sus registros, pero el restante (68%) tiene alertas negativas porque no tiene letra legible, información repetitivas sin variaciones en las anotaciones, tachones, olvidar anotar en todas sus guardias novedades o algún procedimiento que haya el personal hacia el paciente; reportando que consecuencias como infecciones nosocomiales (91%), aumento de estancia hospitalaria (92%), accidentes cerebrovasculares, daños renales etc (15).

López José, Moreno María, Saavedra Cristina (México-2020), denominan “importancia de los registros clínicos de enfermería”, establecido el objetivo de conocer la calidad de los mismos a través de la evaluación de los registros clínicos, recolectando la información por medio de una guía de observación; obteniendo resultados que el 80% de la población estudiada, pierde continuidad en el cuidado, repetición en los datos, no mejoran la calidad y atención (5).

Bridie Carthy, Fitzgerald Serena (Estados Unidos-2020), se encargaron de analizar la continuidad del cuidado en los registros de enfermería en 227 informes, donde obtuvieron un 97% de un nivel alto en calidad, ya que grafican todos los signos vitales, valoración focalizada y generalizadas (100%), datos socioculturales del paciente (81%), juicio clínico en sus reportes (90%), intervenciones aplicadas para dar solución a las necesidades reales del paciente, documentan el plan de alta domiciliaria (93%) (16).

Quevedo Guillianiana (Perú-2019), titula su investigación como “Evaluación de la calidad de los registros de enfermería”, cuyo objetivo principal de evaluar la calidad en aspectos de estructura y contenido de dichos documentos legales; tomándose 52 historiales, dando el 50% una estructura buena (nombre del paciente, hora de ingreso, letra legible, redacción, sello, llenado del balance hídrico y Kardex), por otro lado, un 94% muestra que tiene mal aspecto en el contenido porque no se evidencia el proceso de atención de enfermería (17).

Castro, Veintimilla, Viteri (Ecuador-2020), titulan Acciones seguras y oportunas que favorecer la seguridad del paciente en el área de medicina interna, con el objetivo de describir la aplicación y manejo de acciones seguras-oportunas en dicha área; logrando evidenciarse que el 50% cumple con acciones asistencias y así mismo tiene conocimiento adecuado sobre la seguridad del paciente, sin embargo, existe una gran brecha de la mitad de todo el personal de enfermería que no cumple totalmente con sus funciones o de calidad media, lo que podría ocasionar un accidente laboral o mala práctica médica (18).

Martillo Génesis (Ecuador-2020), titula su trabajo como “Calidad de registros de enfermería en área de medicina interna”, conceptualizando así a los registros como una conducta o acto que realiza el profesional de enfermería para plasmar la información necesaria del paciente, evolución, tratamiento etc, por ende, se trazó como objetivo general determinar la calidad de registros de enfermería; usando una matriz de observación indirecta, cuyos resultados fueron que el nivel de cumplimiento en los registros fueron altos y en un 55% de aquellos se situaron en calidad regular (19).

Rodríguez Viviana, Klijin Paravic (Chile-2019), determina la calidad estructural que tienen los registros enfermero en un área hospitalaria; el estudio se llevó a cabo con el instrumento CARCE (Calidad de los registros clínicos de enfermería); hicieron parte a 115 registros y lograron destacar que el 83% de esos informes tienen un déficit de calidad estructural porque no tienen la hora exacta de ingreso del paciente, peor aún las fechas consecutivas correctas, utilizan abreviaturas incorrectas, letra no legible, presencia de tachones y faltas ortográficas, peor aún tienen las identificaciones del profesional como debe ser (20).

Cuevas Miguel, Álvarez Elsa (Panamá-2022), su estudio se basa en evaluar los registros de los profesionales de enfermería con parámetros de continuidad, estructura y seguridad del paciente; seleccionando 100 de estos informes, obteniendo que el 78% cumplen con la hora exacta de ingreso del paciente, fecha subsecuente, pero no con el uso de las abreviaturas universales, se presencian alteraciones, faltas ortográficas, lenguaje técnico. En cuanto, a la continuidad, si colocan los signos vitales completos, pero no los datos de la valoración focalizada y generalizada, no registra la hora. Entonces, en la seguridad del paciente, 71% identifica al paciente correcto, registran la valoración del dolor, las alergias, 55% colocan las características del sitio de inserción de medios invasivos, 81% registra las medidas de seguridad en riesgo caídas y úlceras por presión (21).

2.2. MARCO CONCEPTUAL

2.2.1. Historial Clínico

El historial clínico es un archivo o instrumento de suma importancia y legal porque recolecta información que procede en la práctica clínica todo el personal de salud (doctores, licenciadas en enfermería, auxiliares, terapistas, nutricionistas, obstetras, odontólogos) en cada paciente, y donde se indican todos los procedimientos que se ha sometido. Esta documentación es parte primordial de la atención adecuada e integral de todos los pacientes cuando pasan por hospitales o instituciones privados o públicos (22).

Caracterizado por ser confidencial (secreto entre médico y paciente), disponibilidad (acceso fácil para el personal, paciente y en caso de que haya algún proceso legal), único (un HC por paciente), legible (ordenado, letra clara y entendible), veracidad, coetaneidad (simultáneo a la asistencia del paciente), completo (23).

2.2.2. Registros de Enfermería

Los registros de enfermería son documentos legales que se pueden presentar de forma física o digitales y son parte del historial clínico, en el cual se detalla cronológicamente la situación actual, evolución de la salud, intervenciones, tratamiento y rehabilitación realizados por parte de la enfermera hacia el paciente, familia o comunidad (24).

De acuerdo al CIE-10, existen dos clasificaciones respecto al entorno de la salud. El primer grupo trata sobre el estado de la salud y diagnósticos médicos, y el segundo grupo cubre aspectos asociados a problemas de salud, no son diagnósticos, sino que son características o afecciones que se pueden dar posterior o antes a una actividad médica; siendo parte la falta de calidad de registros del personal en general en los historiales clínicos de forma individual, ocasionando mala praxis y consiguientemente discapacidades, enfermedades (25).

2.2.3. Normas de calidad en los registros

Es un principio o regla jurídica que asegura la integridad de un proceso, producto, documento; respetando así dimensiones o parámetros (atributos) para asegurar su aplicación, como en este caso sería los registros clínicos de enfermería. Por eso, a dimensiones se refiere en efectividad, eficiencia, satisfacción, adecuación, continuidad, competencia y desempeño.

Además de la documentación en sí, también debe presentar una calidad en su redacción, la cual debe ser objetiva (lo que se ve, se siente, huele), exacta (evitar información innecesaria), completa, actualizada (diario y por guardia), organizada y confidencial (no revelar datos sin consentimiento del paciente) (26)

2.2.3.1. Estructura del Registro de enfermería

- ✓ Fecha de ingreso, la subsecuente y los números progresivos de estancia hospitalaria del paciente al servicio: apoya al personal a identificar un factor que puede repercutir en la inseguridad del paciente, ya que las estancias prolongadas en el hospital pueden ocasionar infecciones nosocomiales, UPP (úlceras por presión), o sea, serían condiciones por la cual el paciente podría disminuir su calidad de vida diaria (27).
- ✓ Anota abreviaturas universales e institucionalmente aceptadas: porque apoyan al personal ahorrar tiempo, espacio para colocar otra información de importancia, e incluso, para mejorar la comprensión y lectura más fluida; además que son simplificaciones estandarizadas, o sea, que son conocidas (PRN, STAT, QD, TID, MIN, APROX, MAX, DX, SNG, MSP, OMS, OPS, NPH, NPT) y permitidas por el ente rector de la salud (Ministerio de Salud Pública) (28).
- ✓ Realiza los registros sin faltas de ortografía, con letra legible, se encuentran sin alteraciones (tachaduras, enmendaduras): respetando su correcta escritura, ya que, si escriben con algún error, pueden ocasionar accidente en el paciente (confusiones de dosis, medicamentos, procedimientos, días, etc) (29). Aportando como un medio de comunicación excelente y facilita el trabajo de todo el equipo de salud; además que estos documentos son papeles legales y si se encuentra alguna irregularidad, pueden ser enjuiciados por poner en riesgo la

estabilidad física del usuario (11). El 77,6% registra sin faltas ortográficas (30).

- ✓ Registros con lenguaje técnico: uso de terminología científica: Considerándose como un medio sistemático (basados a normas de la institución y ente rector), reflejándose también en la calidad de cuidados que aporta el profesional hacia sus pacientes (conoce la parte científica y logra aplicarla correctamente) (31).
- ✓ La información se encuentra estructurada de forma coherente, fácil de entender.
- ✓ Cuenta con la inicial del nombre, seguido por los apellidos paterno y materno de la enfermera responsable del turno: indicando responsabilidad sobre sus escritos, actividades que realizó en los pacientes y encargada de ese turno en caso de responder a alguna emergencia.

2.2.3.2. Continuidad del cuidado

- ✓ Grafica los signos vitales del paciente (temperatura, tensión arterial, pulso, respiración): permite este procedimiento evaluar el estado del paciente, ya que así el médico en general, puede visualizar con mayor exactitud cambios buenos o negativos (32).
- ✓ Anota los datos de la valoración focalizada y generalizada: ayuda a conocer qué enfermería cumple con el proceso organizado de planificación, sistematización y continuidad a la recolección de datos de los pacientes, logrando para analizar con más información y criterio clínico las necesidades del paciente, alteraciones que en este se vea o expresa en el momento de valorarlo (33).
- ✓ Registra datos socioculturales del paciente (religión, idioma-dialecto, cultura)
- ✓ Anota los juicios clínicos sobre las respuestas del paciente a los problemas de salud reales: capacidad de evaluar e interpretar la información clínica para poder establecer una decisión basada en el análisis profesional (34).
- ✓ Documenta la comunicación de los problemas de salud reales/potenciales detectados, a otros profesionales de la salud y anota la hora de las intervenciones de enfermería.

- ✓ Registra las intervenciones de enfermería realizadas para dar solución a las necesidades del paciente.
- ✓ Documenta el plan de alta domiciliaria: apoya asegurar que el paciente puede seguir el plan y que no regrese a una institución de salud por complicaciones causadas al déficit del cuidado, originado por la falta de educación (35)
- ✓ Registra las respuestas del paciente a las intervenciones de enfermería con base en las necesidades detectadas
- ✓ Anota situaciones pendientes al siguiente turno.

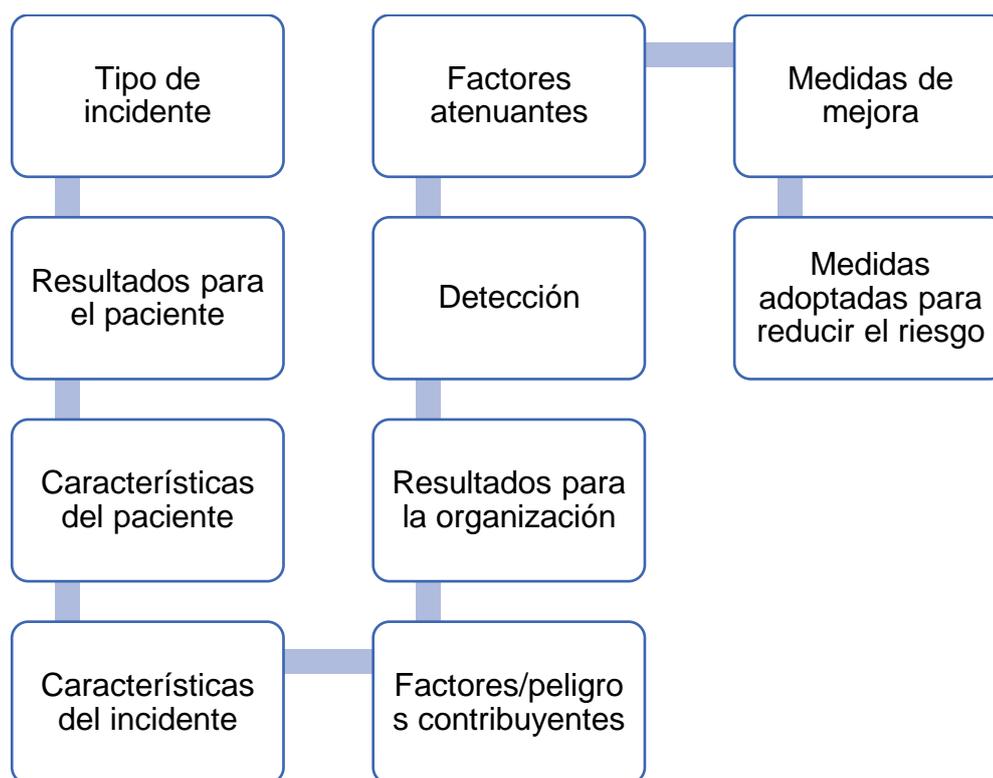
2.2.3.3. Seguridad del paciente

Considerado como un proceso primordial en la práctica sanitaria, ya que es el intento consciente de prevenir daño o lesiones ocasionadas por la asistencia hospitalaria; fundamentándose por la teoría del error de Reason (pese a tantos esfuerzos de evitar algo, jamás se va a eliminar alguna posibilidad de un error, pero sí se puede aplicar alguna intervención para disminuir el riesgo y la detección rápida), seguido, de la cultura (reducir el error en condición inherente a la condición de las personas) (36).

También, la Organización Mundial de la Salud (OMS-2019), define a la seguridad del paciente como una disciplina que debe cumplir todo el personal de salud, originado por el crecimiento de la complejidad en las instituciones de salud (hospitales, clínicas, centros o puestos de salud); teniendo como objetivo la prevención y reducción de riesgos, daños u errores que podrían sufrir los pacientes a causa de la incorrecta atención del personal sanitario (37).

De acuerdo a Aranaz, Hernández, López, Valencia, Agero (España-2018), considera como una cultura de seguridad al producto de actitudes, percepciones, valores, conjunto de comportamientos individuales o grupales con el compromiso de gestionar su salud y organización de la misma; de lo cual sirve para minimizar los riesgos existentes de daño causado por la asistencia sanitaria. Así mismo, permite a la sensibilización y aumento de conocimientos del personal hacia estrategias de retos o barreras para evitar lo mayor posible las malas prácticas (38).

Clasificación internacional para la seguridad del paciente



Realizo por: Guaranda Torres Liz del Pilar & Desiderio Holguín Cristhiam Rodolfo

Obtenido de: Norma Técnica de seguridad del paciente MSP (39).

Tópicos de Seguridad del paciente

Prácticas Seguras Administrativas
Identificación correcta del paciente
Programa de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos(40)
Prácticas Seguras Asistenciales
Control de abreviaturas peligrosas
Manejo adecuado de medicamentos de alto riesgo
Control de electrolitos concentrados
Conciliación de medicamentos
Administración correcta de medicamentos(40)
Profilaxis de trombo embolismo venoso
Prevención de úlceras por presión
Prácticas Seguras Administrativas/Asistenciales
Notificación de ventos relacionados con la seguridad del paciente

Prácticas quirúrgicas seguras
Transferencia correcta de información de los pacientes (40)
Manejo correcto de bombas de infusión
Higiene de mano
Prevención de caídas
Educación en seguridad del paciente

Realizado por: Veletanga Jonathan

Obtenido de: Página web de edición médica(40)

Indicadores

- ✓ Los datos de identificación registrados corresponden al paciente correcto: permitiendo al personal de salud y establecimiento a tener la certeza de la identidad del individuo durante su estancia hospitalaria, aplicando sin peligro la administración de medicación, procedimientos (pruebas sanguíneas, radiográficas, intervención quirúrgica etc) (41).
- ✓ Valoración del dolor (frecuencia, ubicación, duración e intensidad) y alergias: ayuda al personal a no causar accidentes en el usuario, como la administración de medicación que sean alérgicos y ocasionen rash alérgico u obstaculización de las vías áreas lo que podría desenvolverse en muerte(42). Además, facilita la recuperación del paciente, ya que se podrá aplicar un tratamiento correcto posterior a dicha actividad y hasta nos sirve para interpretar posible origen, lo que disminuye las complicaciones y sube la calidad/satisfacción del paciente(43).
- ✓ Anota las características del sitio de inserción de medios invasivos para reducir riesgos de infección, la fecha de instalación de medios invasivos: los medios invasivos son colocación vías centrales o periféricas, traqueotomías, ventilación mecánica, sondas vesicales o nasogástricas y la especificación promueven el control del tiempo que se encuentra ese medio, ya que mientras el tiempo de uso se prolongue, puede causar en el paciente infecciones.
- ✓ Anota las características específicas de la herida quirúrgica en caso de necesidad y las características específicas de los drenajes: color, consistencia, olor, tamaño, cantidad de secreciones, etc, lo que ayuda a conocer al personal de salud si existe o no infección, e incluso, hasta para

saber el proceso de cicatrización del paciente, ya que mientras más tiempo pase abierta una herida, hay el riesgo de que haya infecciones oportunistas (44).

- ✓ Registra los medicamentos administrados especificando nombre, genérico, hora, dosis y vía: proporciona seguridad en el tratamiento del paciente y hasta la recuperación del mismo, ya que el no seguir con los cinco correctos de enfermería, podrían ocasionar errores en la práctica de la salud (45).
- ✓ 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: previene en el paciente futuras infecciones por estafilococcus aureus (que es el más común en los hospitales) que pueden extender su estancia hospitalaria, aumenta los gastos y pone su vida en peligro (46).
- ✓ Documenta el apoyo educativo proporcionado al paciente y familiar para contribuir a la seguridad del paciente: permite la participación y conocimiento no solo del personal de enfermería, sino de todo el personal de salud, lo que permite favorecer la comunicación de todos porque lo que está escrito, está hecho; e incluso el respaldo de sus actividades y de sí misma (o) en caso de que haya algún proceso legal. Aparte de que si se realiza la educación en el paciente-familiar, aumentamos la buena relación entre la persona y su paciente, logrando la recuperación más rápida (47).
- ✓ Anota la revaloración del dolor: permite saber cómo va evolucionando durante el tratamiento en el paciente y se podrá mejorar en el paciente la calidad de vida (disminuye la angustia, aumenta el descanso, dormir, comer, signos vitales estables) durante su proceso hospitalario o domiciliario (48).

2.3. MARCO LEGAL

Constitución de la República del Ecuador

Artículo 32: El estado ecuatoriano deberá garantizar obligatoriamente la salud basada a los ejercicios de derecho, como el agua, educación, ejercicio físico, seguridad social, buen vivir (49).

Artículo 40: Se garantizará por parte del Estado acciones que respeten los derechos económicos, sociales y salud; trabajando con entidades correspondientes para asegurar las condiciones de todos los seres humanos, ofreciendo atenciones y servicios de protección (50).

Ley Orgánica de Salud

Artículo 118: Todos los empleadores o empleados deben proteger la salud de sus atendidos, otorgándoles información idónea, EPP (equipos de protección personal), vestimenta y ambientes seguros, con el fin de evitar y disminuir o eliminar el riesgo de accidentes o posibles patologías de origen laboral (51).

Derecho a la Salud y Protección

Artículo 1: las acciones de esta ley permite a las acciones efectivizar los principios de integralidad, equidad, intercultural, género, eficiencia, pluralidad (52).

Código de Salud

Artículo 7: Todas las personas, familias y comunidades tienen derecho a la atención integral y que:

- ❖ Se respete su intimidad, edad, etnia, género, preferencia sexual, sin que sufran de discriminación (53).
- ❖ Resguardo de información personal que conozca el trabajador de la salud (53).

Plan Nacional de Desarrollo Toda una Vida

Se sostiene de 3 ejes principales, las cuales son basados a estrategias preventivas para todo el país, sin distinción de etnias o zonas de donde sea, en las cuales consiste:

- ❖ Primer eje: derecho para todos en el transcurso de sus vidas, el cual trata sobre asegurar una vida digna, afianzar la interculturalidad, identidades.
- ❖ Segundo eje: economía al servicio de la sociedad, fomentar la producción y competencias en lo económico, capacidad productiva, vida rural estable
- ❖ Tercer eje: Más sociedad, mejor Estado, apoyar a todos los habitantes dentro del Ecuador para que se mantenga participativa en sus servicios, promoción de la claridad en ética, paz, soberanía (54)

Código Integral Penal

Artículo 146: establece la sanción por motivo de riesgo al ejercicio profesional, en una pena privativa de 3 a 5 años, si el fallecimiento del paciente es producida por acciones innecesarias, peligrosas e ilegítimas (55).

Acuerdo Ministerial sobre el Manual de Seguridad del paciente

Artículo 1: aprobaron el manual de seguridad del paciente-usuario para ser aplicado obligatoriamente en todos los hospitales y clínicas del Ecuador, también, fomentar esta guía en instituciones educativas que tengan carreras de salud(28).

Sistema Nacional De Salud

Artículo 1.- Este reglamento tiene como objetivo principal fijar las pautas sobre cómo debe tratarse y gestionarse la información confidencial de los pacientes, y sus disposiciones serán aplicadas en todos los ámbitos por el Sistema Nacional de Salud (56).

Normativa de la Gestión de Historia Clínica del Paciente

Artículo 2 Confidencialidad. - la calidad o propiedad de la información garantiza que solo sea accesible a quienes hayan recibido permiso para hacerlo. Sugiere una serie de pasos que garantiza la seguridad en el tratamiento de estos datos (56).

De conformidad con el artículo 5, la seguridad de la información se refiere a una colección sistemática de medidas proactivas y correctivas tomadas para proteger la integridad, accesibilidad y confidencialidad de la información, se comienza en el momento exacto en que se genera información y dura hasta la muerte del individuo (56)

La divulgación de información por parte de un usuario a un proveedor de atención médica se clasifica como secreto médico según el artículo 6 de la Ley de privacidad. El

médico se compromete guardar silencio sobre cualquier información sobre el paciente que salga a la luz en el ejercicio de sus funciones profesionales delante del paciente y del público (56)

Se consideran documentos que contienen información de salud, según se define en el artículo 7, las historias clínicas, los resultados de pruebas de laboratorio, las imágenes de otros procedimientos y las fichas de atención médica que indiquen el diagnóstico y el tratamiento. La información contenida en estos documentos es confidencial (56).

Los documentos que contengan información de salud no podrán utilizarse para otros fines que no sean relacionados con la atención al usuario, evaluar el nivel de calidad del servicio, también el análisis estadístico, investigación y la educación. La información contenida en los documentos antes mencionados debe ser mantenida confidencial por cualquier persona que haya participado en su creación o tenga acceso a ellos (56)

El usuario o su representante legal tiene la autoridad exclusiva para otorgar permiso para el uso de los documentos antes mencionados. Limitaciones de acceso a la información contenida en los documentos que contengan información de salud no podrá usarse en el caso de investigaciones realizadas por autoridades competentes sobre vulnerabilidad de los derechos de la población (56).

Art. 14: solo se permite el manejo de la historia clínica a los empleados de la cadena de salud. Por tanto, quedara claro que se entiende por las siguientes profesiones: médicos, psicólogos, dentistas, trabajadores sociales, parteras, enfermeras, así como auxiliar de enfermería y estadísticos (56).

Los registros médicos se pueden encontrar en documentos únicos jurídicamente vinculantes, incluyendo toda la información relevante sobre un paciente o usuario, también detalles sobre la persona y su familia, su historia, su desarrollo y estado actual, así como procedimientos y terapias que ha recibido (56).

CAPÍTULO 3

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de Estudio

Nivel: descriptivo, porque se obtendrá información de las dimensiones y características de los registros clínicos del personal de enfermería, e incluso, estos no se verán alterados por el investigador

Método: cuantitativo, en cuanto a la verificación y análisis de las estructuras de los registros clínicos que realiza el personal de enfermería

3.2. Diseño

Según el tiempo: retrospectivo, debido a que se observarán los historiales clínicos.

Según la ocurrencia de hechos: transversal, ya que la investigación es observacional y la recopilación de los datos es por un tiempo definido (57).

3.3. Población y muestra:

100 registros clínicos de enfermería del área de medicina interna del Hospital Teodoro Maldonado Carbo

Muestra: será por método aleatorio simple con elección del 100% de población

3.4. Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión: Registros clínicos de enfermería pertenecientes al área de medicina interna del Hospital Teodoro Maldonado Carbo

Criterios de exclusión: Registros clínicos de enfermería pertenecientes a otras áreas del Hospital Teodoro Maldonado Carbo

3.5. Técnicas y procedimientos para la recolección de datos:

Matriz de observación indirecta, donde se aplicará una hoja de chequeo basado en el instrumento de evaluación CARCE (Calidad de los registros clínicos de enfermería), mediante la cual obtendrá información de los registros que realizan los internos y licenciados en enfermería que laboran en el área antes nombrada. Estos permitirán analizar y valorar el cumplimiento del correcto llenado de los registros, como la valoración, notas o reportes.

3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos:

Una vez que se obtenga la información, se procesarán en el programa Microsoft Excel y para cumplir con el análisis individual se utilizará herramientas de software estadísticos como el Epiinfo (58).

3.7. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos:

No se trabajará con sujetos humanos, sino con los registros clínicos del personal de enfermería, además se tendrá el permiso correspondiente de la institución

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable general: registros clínicos de enfermería del área de medicina interna

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 número 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.	
Continuidad del cuidado	Los registros se encuentran sin alteraciones (tachaduras, enmendaduras).	Presente Ausente
	Cuenta con la inicial del nombre, seguido por los apellidos paterno y materno de la enfermera responsable del turno.	
	Grafica los signos vitales del paciente (temperatura, tensión arterial, pulso, respiración).	
	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.	

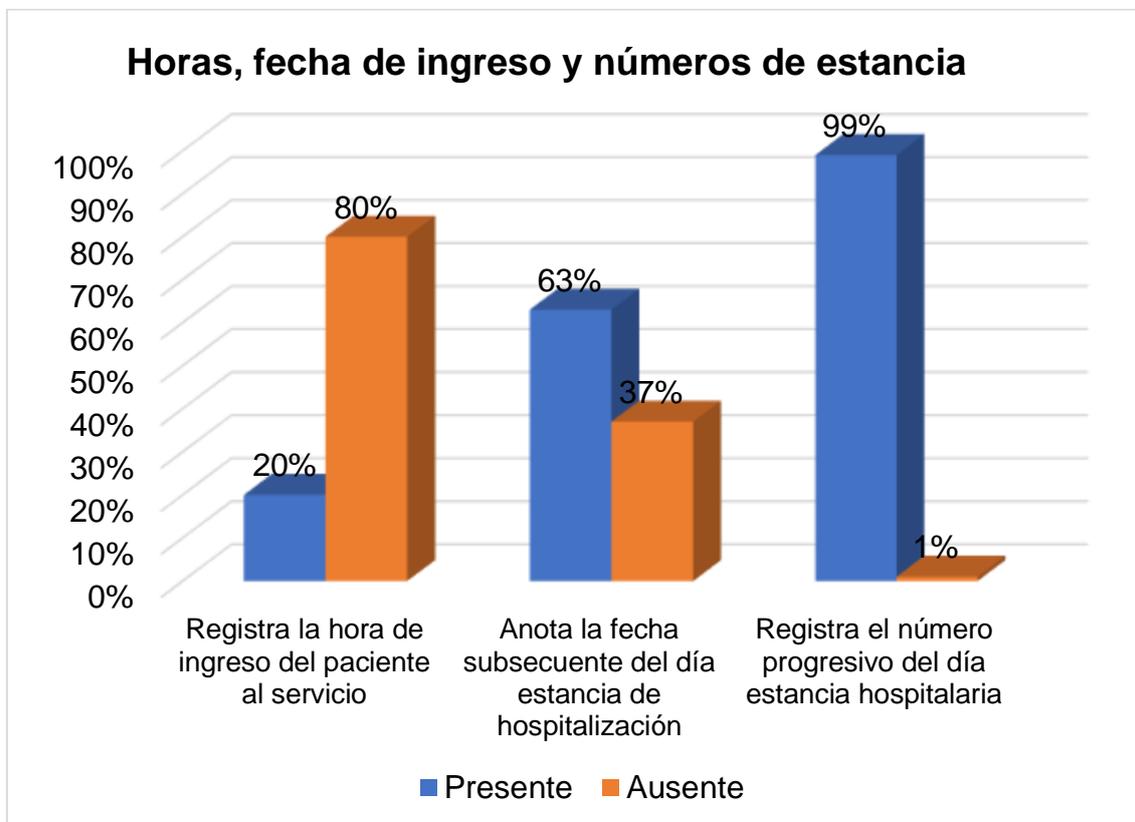
	Anota los juicios clínicos sobre las respuestas del paciente a los problemas de salud potenciales.	
	Documenta la comunicación de los problemas de salud reales/potenciales detectados, a otros profesionales de la salud.	
	Registra las intervenciones de enfermería realizadas para dar solución a las necesidades 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.	

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y ANÁLISIS

Característica del Registro Clínico “Estructura”

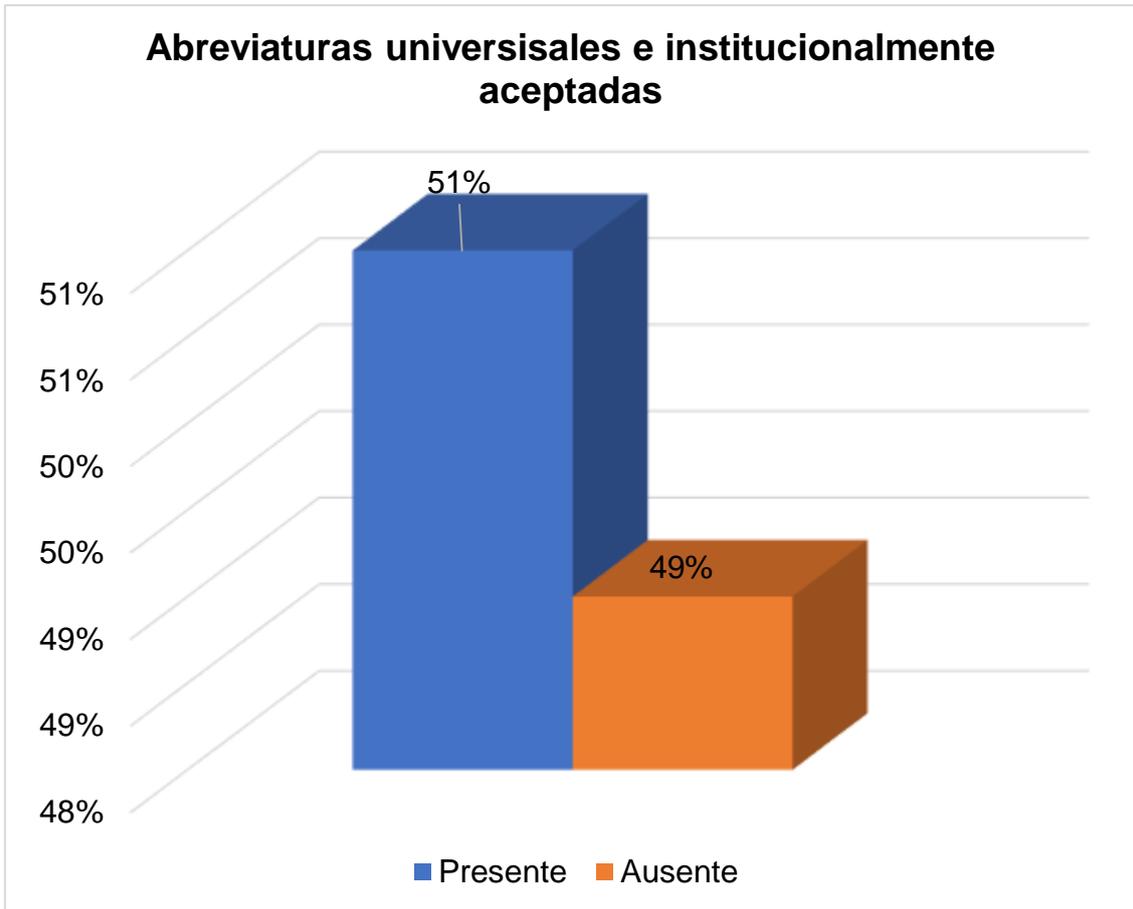
Figura 1: Registros de la hora de ingreso, fecha subsecuente y números progresivos de estancia Hospitalaria



Fuente: Guía de observación indirecta

Análisis: Se visualiza que el 80% no registra la hora de ingreso del paciente al servicio a causa de realizar “rápido” el ingreso, ya que tiene muchos más pacientes y también porque no hay suficiente personal; el 37% no registra la fecha subsecuente (siguiente día), porque se olvidan continuar las fechas; también, se comprueba que existe (1%) una anotación de los días sucesivos (el personal que se olvida, le anota el enfermero entrante) en que pasa el paciente hospitalizado, lo cual impide a identificar un factor que puede repercutir en la inseguridad del paciente, ya que las estancias en el hospital pueden ocasionar infecciones nosocomiales, UPP (úlceras por presión), o sea, serían condiciones por la cual el paciente podría disminuir su calidad de vida diaria (27).

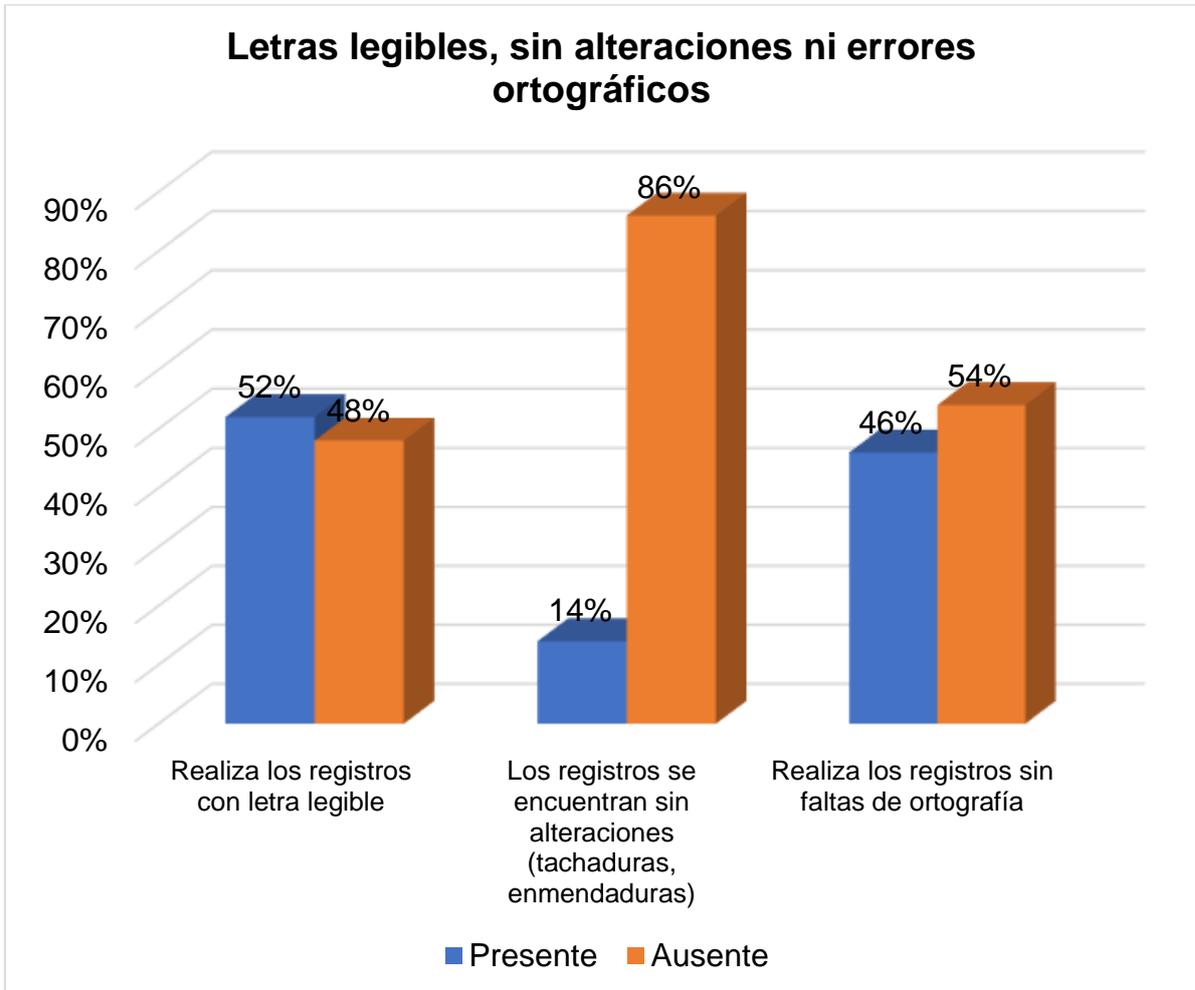
Figura 2: Anotar las abreviaturas universales e institucionalmente aceptadas



Fuente: Guía de observación indirecta

Análisis: En cuanto, al uso correcto abreviaturas universales e institucionalmente aceptadas en enfermería, se verifica que el 49% de enfermeras (o) no utilizan correctamente las siglas establecidas por la institución (PRN, STAT, QD, TID, MIN, APROX, MAX, DX, SNG, MSP, OMS, OPS, NPH, NPT) y permitidas por el ente rector de la salud (Ministerio de Salud Pública), a causa de que no conocen totalmente las abreviaturas que han sido aprobados, entonces, las usan inadecuadamente (28).

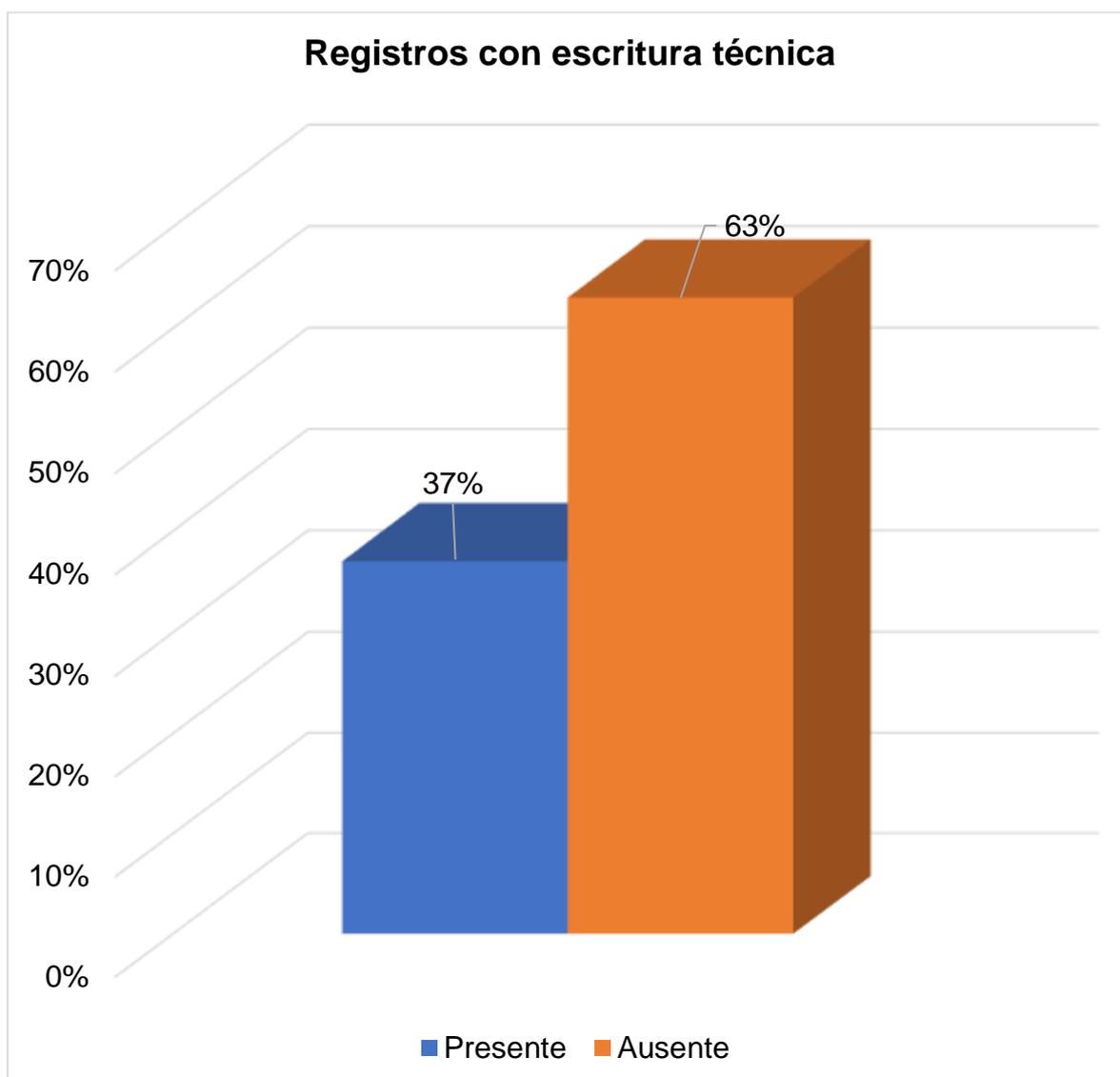
Figura 3: Registros con letras legibles, sin alteraciones ni faltas Ortográficas



Fuente: Guía de observación indirecta

Análisis: Por otro lado, se encontró con un 48% de los registros no tienen letra legible, debido a que escriben rápido por falta de tiempo, lo que podría ocasionar algún error desencadenándose en un accidente en el paciente (confusiones de dosis, medicamentos, procedimientos, días) (29). El 86% de los registros se ausencia alteraciones, aportando como un medio de comunicación excelente y facilita el trabajo de todo el equipo de salud; además que estos documentos son papeles legales y si se encuentra alguna irregularidad, pueden ser enjuiciados por poner en riesgo la estabilidad física del usuario(11). El 54% registra con faltas ortográficas (30).

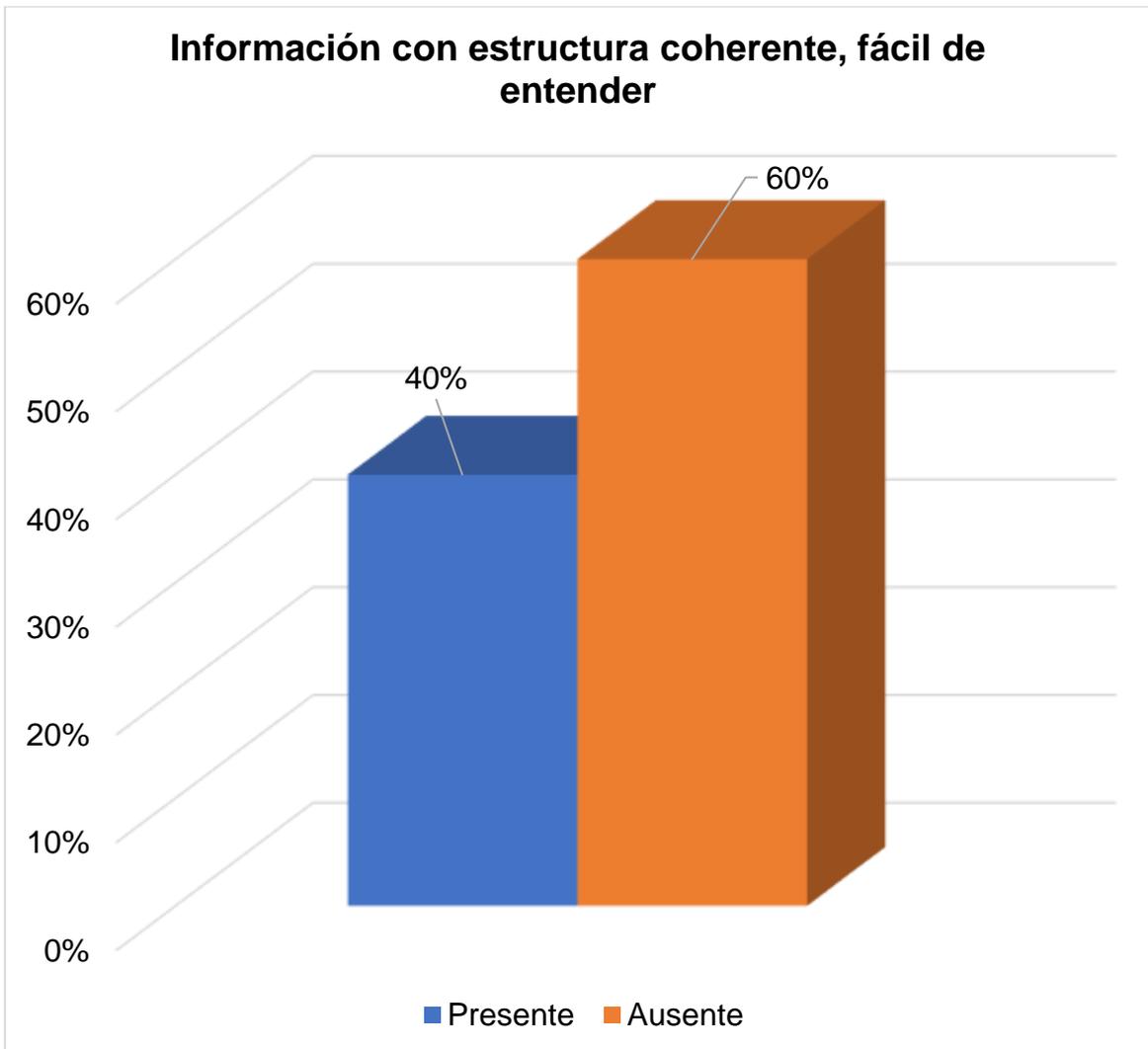
Figura 4: Registros con lenguaje técnico (uso de terminología científica)



Fuente: Guía de observación indirecta

Análisis: Se evidencia que el 63% de los registros no presentan un lenguaje técnico, o sea, que no aplican terminologías científicas dependiendo el paciente, enfermedad, intervención quirúrgica, problema, etc. Considerándose como un medio sistemático (basados a normas de la institución y ente rector), reflejándose también en la calidad de cuidados que aporta el profesional hacia sus pacientes (conoce la parte científica y logra aplicarla correctamente) (31).

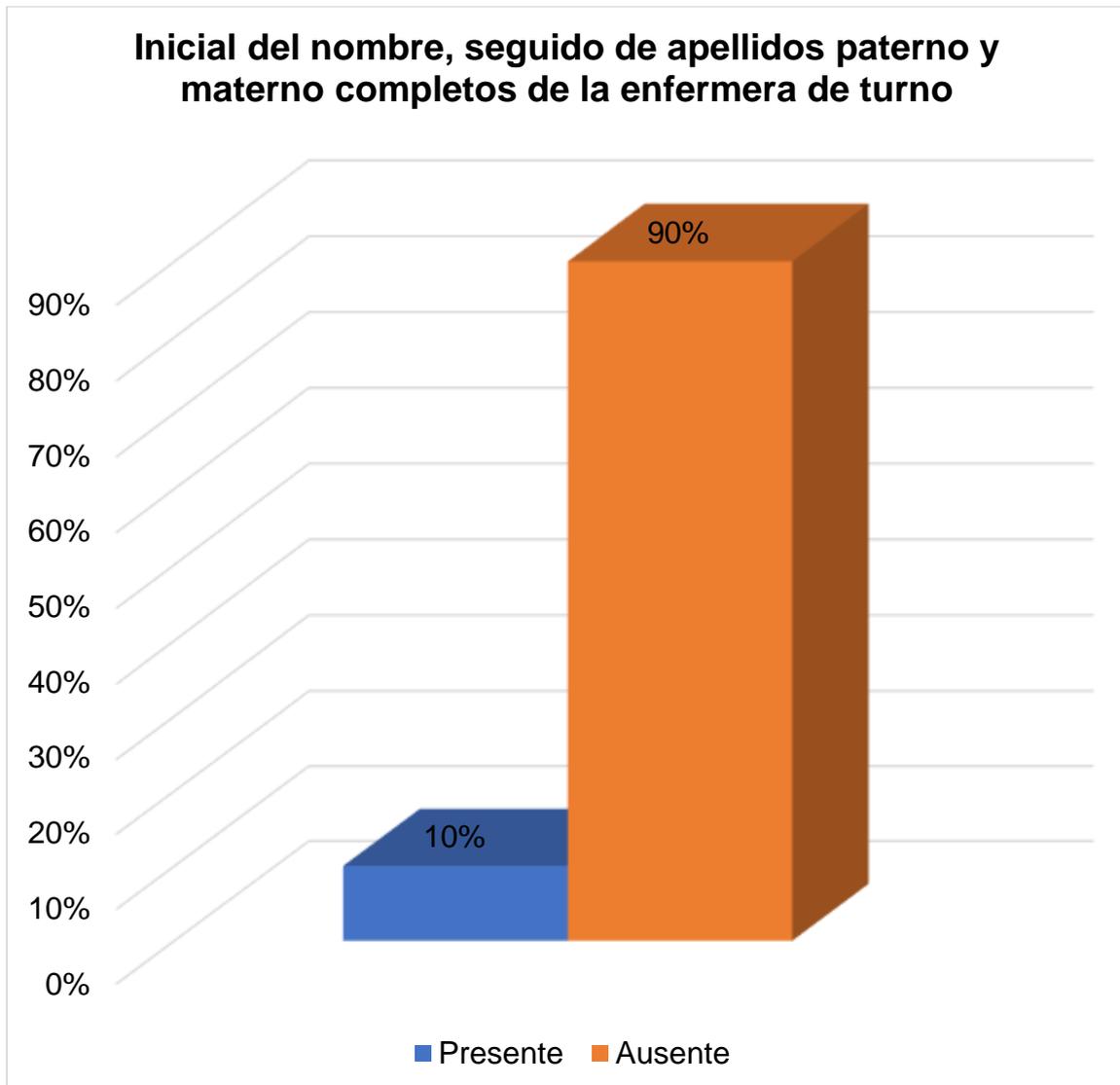
Figura 5: La información se encuentra estructurada de forma coherente, fácil de entender



Fuente: Guía de observación indirecta

Análisis: El 60% de los formularios no se encuentra estructurada de forma coherente y de fácil entendimiento (entre profesionales), porque escriben rápido (teclean y apuntan), hacen copia y pega de los anteriores reportes (se guían de otros informes, sin analizar primero si se encuentra bien o no ese contenido), laborar en un mecanismo de mecánica, quiere decir, por cumplir sus funciones y no recibir llamados de atención.

Figura 6: Cuenta el registro con la inicial del nombre, seguido por los apellidos paterno y materno de la enfermera responsable del turno



Fuente: Guía de observación indirecta

Análisis: De acuerdo al gráfico, el 90% de las enfermeras no colocan correctamente las iniciales de su nombre, seguido de sus apellidos completos (paterno y materno), porque ya colocan su sello, entonces no lo ven necesario que esté sus nombres y apellidos como antes se lo indicaban, lo cual se considera una irresponsabilidad sobre sus escritos, actividades que realizó en los pacientes y encargada de ese turno en caso de responder a alguna emergencia.

Figura 7: Consolidado de la Estructura de los Registros de Enfermería

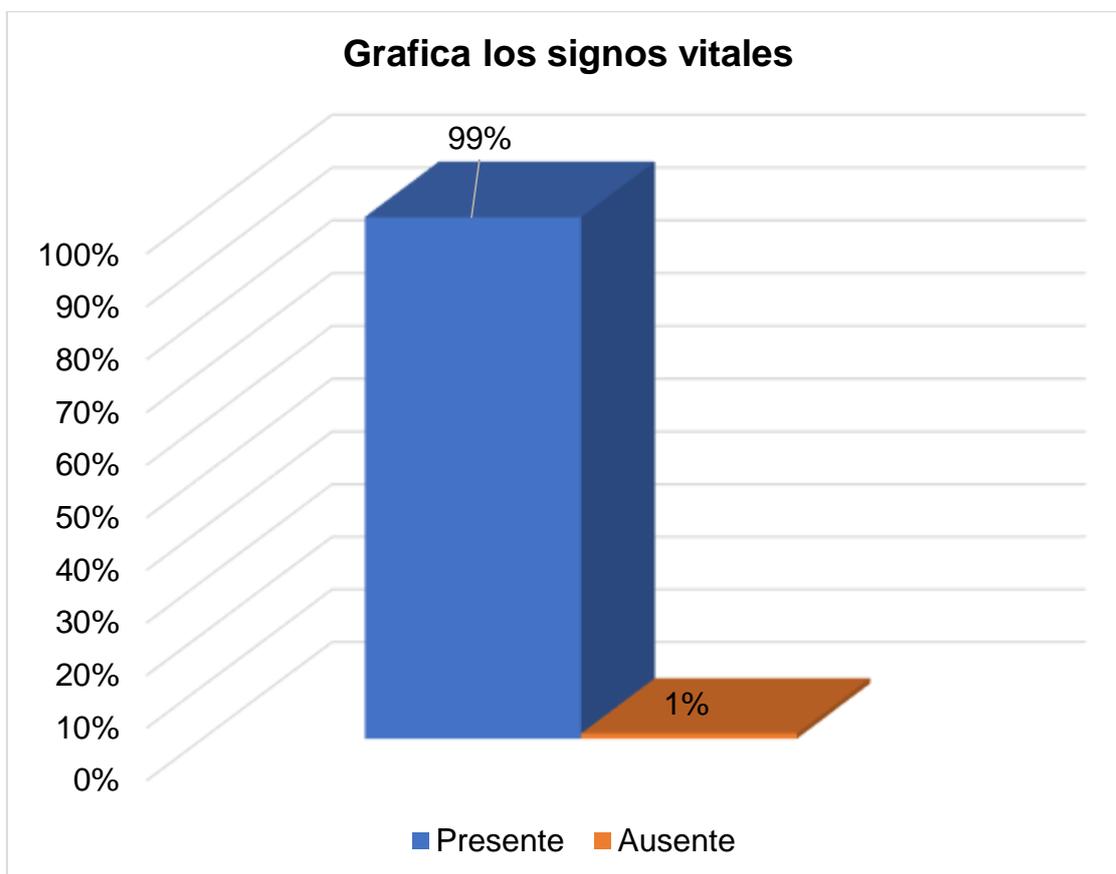


Fuente: Guía de observación indirecta

Análisis: Entonces, El 90% de los registros se ausencia correctamente las iniciales de su nombre, seguido de sus apellidos completos (paterno y materno), seguido del 86% los registros se encuentran sin alteraciones (tachaduras, enmendaduras), 80% no registra la hora de ingreso del paciente al servicio, 63% se ausencia lenguaje técnico (terminología científica), 60% no se encuentra información estructurada de forma coherente, fácil de entender, 54% de los registros con faltas de ortografía, 49% no usan abreviaturas establecidas por la institución, 48% sin letra legible, 43% no anota la fecha de ingreso del paciente al servicio, 37% tampoco registra la fecha subsecuente del día de estancia.

Continuidad de los Cuidados

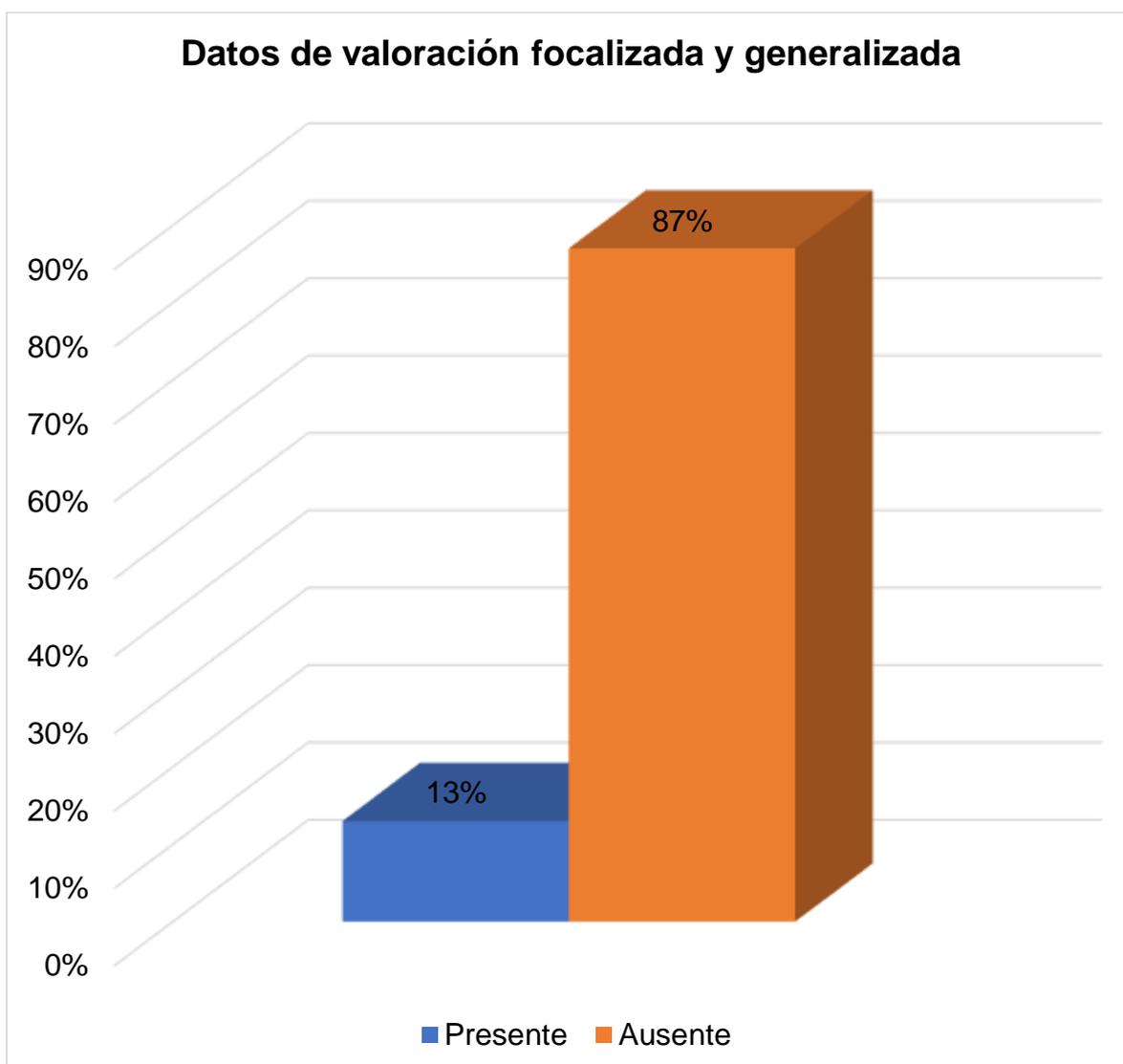
Figura 8: Grafica los signos vitales del paciente (temperatura, tensión arterial, pulso, respiración).



Fuente: Guía de observación indirecta

Análisis: Los datos presentados sobre la graficación de signos vitales en el formulario 004 por parte del personal de enfermería (licenciados, auxiliares e internos), se presencia que el 1% no registra las constantes vitales correctamente y completo, quiere decir, temperatura, presión arterial, pulso y respiraciones por minuto, porque no se visualiza correctamente los datos que se deben llenar en el documento, entonces les impiden graficar (32).

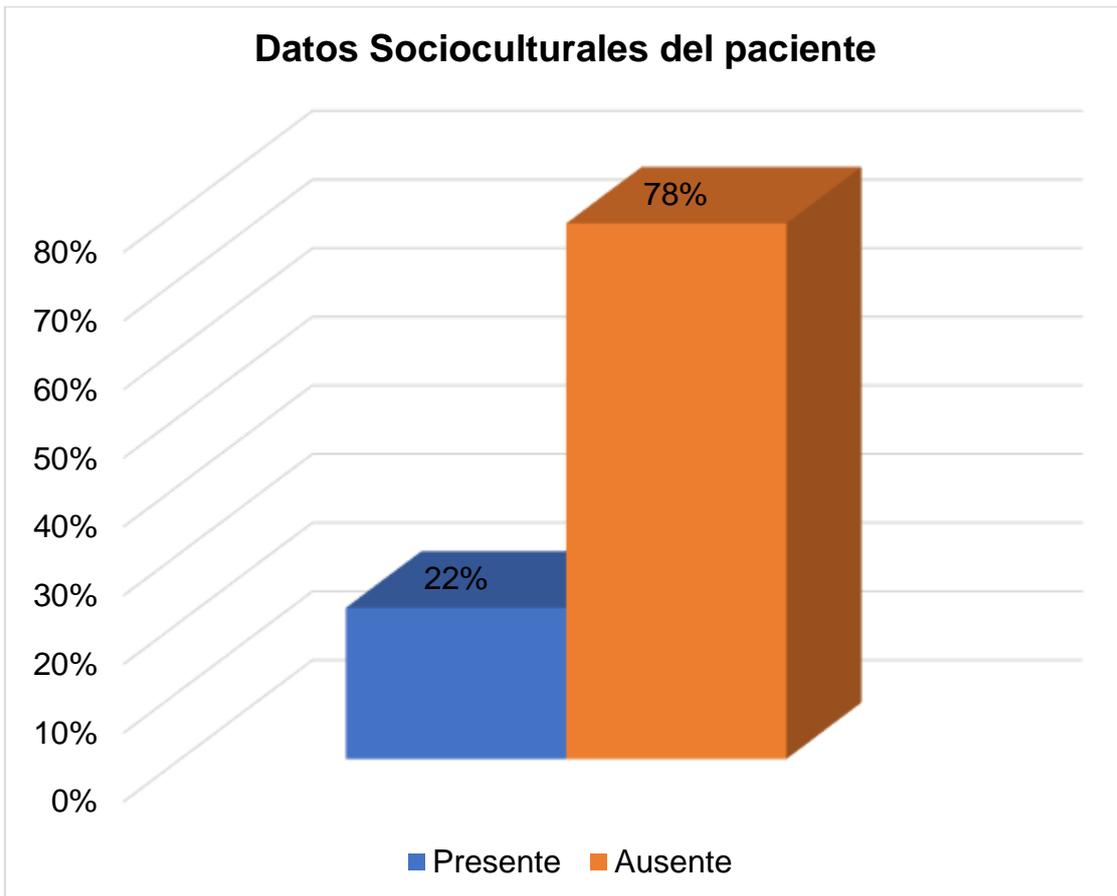
Figura 9: Anota los datos de la valoración focalizada y generalizada.



Fuente: Guía de observación indirecta

Análisis: Acorde a la tabulación, el 87% de los registros no presentan datos de valoración focalizada y generalizada correctos, ya que traspasan la misma valoración del anterior turno, con el presente, quiere decir, que no valoran debidamente y tampoco anotan la evaluación que realmente requiere el paciente porque traspasan lo que ha escrito el anterior turno (33).

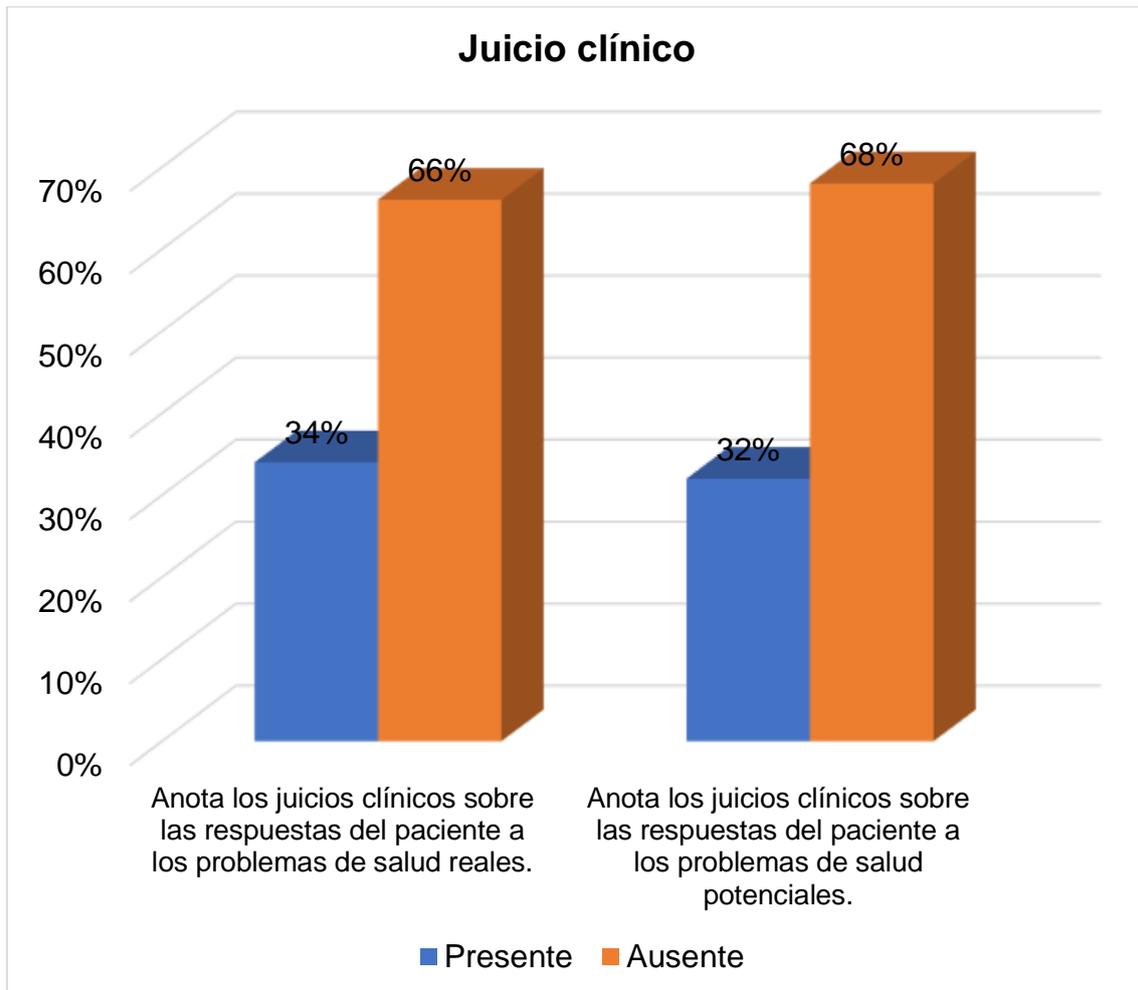
Figura 10: Registra datos socio culturales del paciente (religión, idioma-dialecto, cultura)



Fuente: Guía de observación indirecta

Análisis: Además, el 78% de enfermería no anotan los datos socioculturales del paciente, o sea, religión, idioma-dialecto, cultura, lo que presenta una preocupación para la función de enfermería, ya que es considerada una carrera humanística, porque todos los días aplica medidas preventivas a causa que tiene contacto directo con el usuario-familiar, por el hecho de que escucha, dialoga y valora información subjetiva (lo que expresa el paciente) y objetiva (lo que ve el personal de salud en el usuario), con el fin de planificar sus intervenciones a base de las necesidades reales del paciente (59).

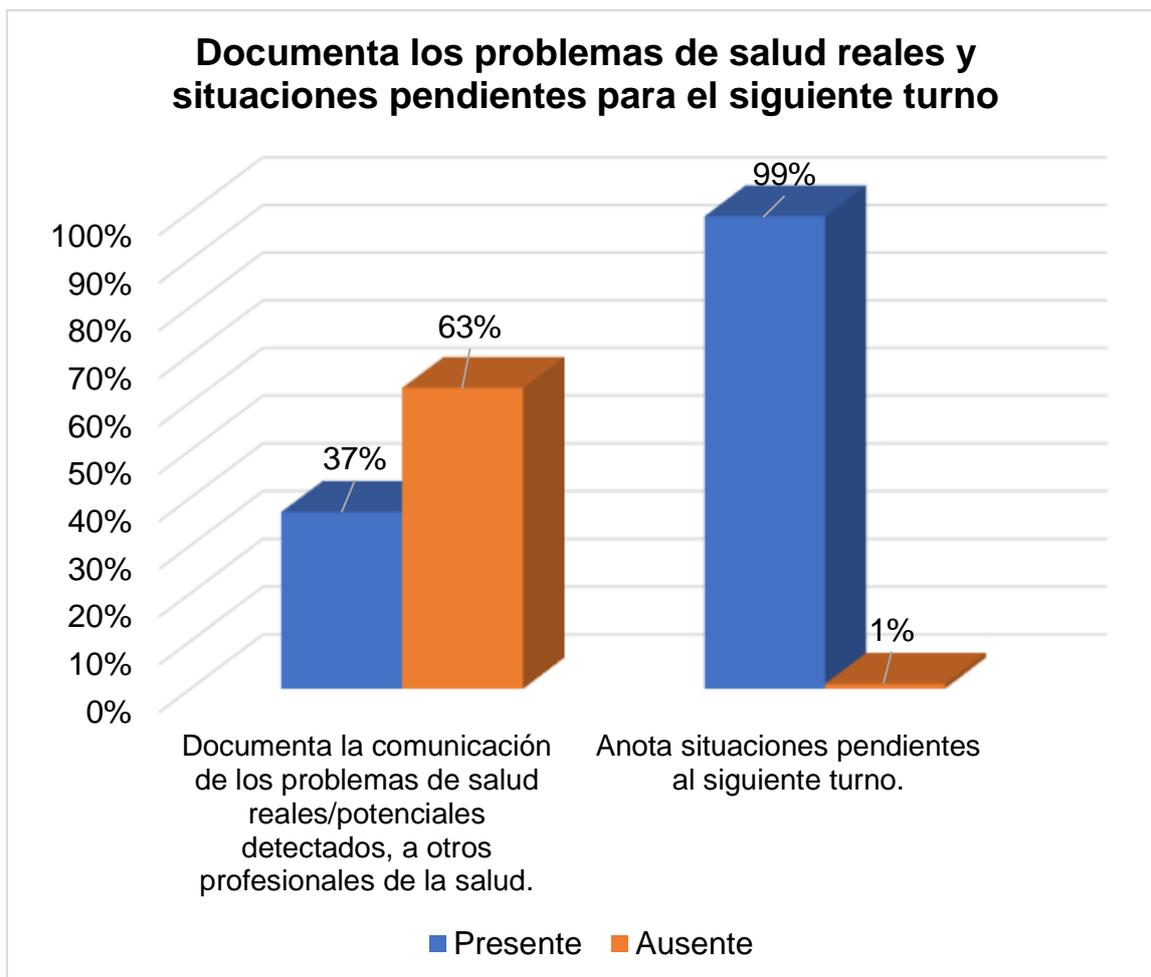
Figura 11: Anota los juicios clínicos sobre las respuestas del paciente a los problemas de salud reales y potenciales



Fuente: Guía de observación indirecta

Análisis: Existe un 66% ausente en el juicio clínico basado en la respuesta del problema salud real y el 68% tampoco registra los problemas potenciales reales, porque colocan lo mismo que en los anteriores reportes por solo ver como se encuentra el usuario y qué tipo de patología tiene; presentando un riesgo alto tanto para todos los profesionales como para el paciente, ya que no se planifica correctamente las intervenciones de enfermería en base científica y tampoco se cubren las necesidades correctamente, lo que ocasiona la calidad-eficiencia de la recuperación (34).

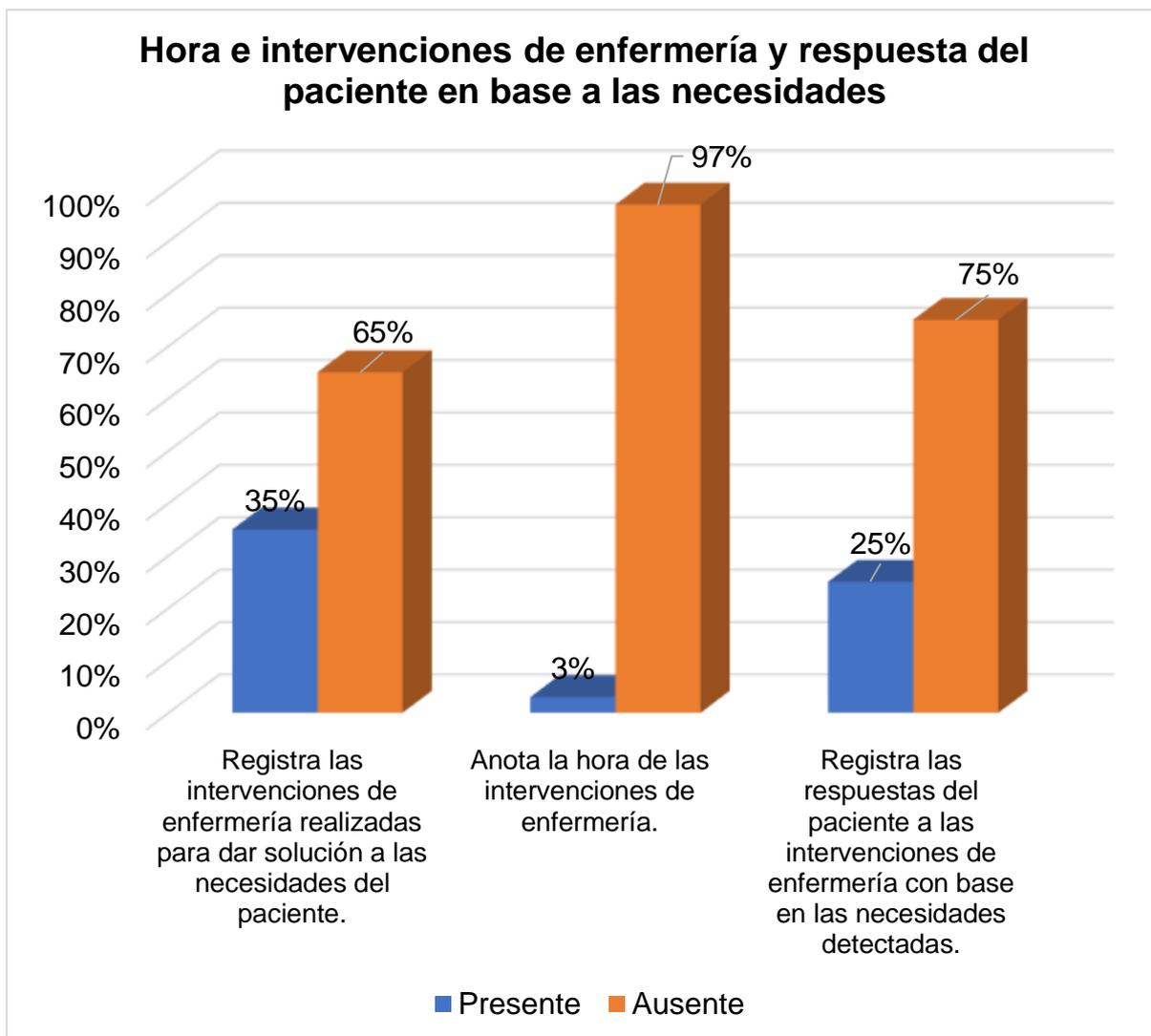
Figura 12: Documenta la comunicación de los problemas de salud reales/potenciales detectados, a otros profesionales de la salud.



Fuente: Guía de observación indirecta

Análisis: En el 63% de los registros se logra visualizar que no escribe completa la información en cuanto a “documentar la comunicación de problemas reales/potenciales a otros profesionales”, ya que como son repetitivos, no encuentran algo nuevo que leer y entonces no documentan correctamente los problemas; el 99% si anota situaciones pendientes para el siguiente turno lo que indica una correcta relación profesional entre enfermera-enfermera o hacia el médico, ocasionando una posibilidad que delimita el cumplimiento de metas e intervenciones; considerando así, que la comunicación, verbal o escrita es primordial (29).

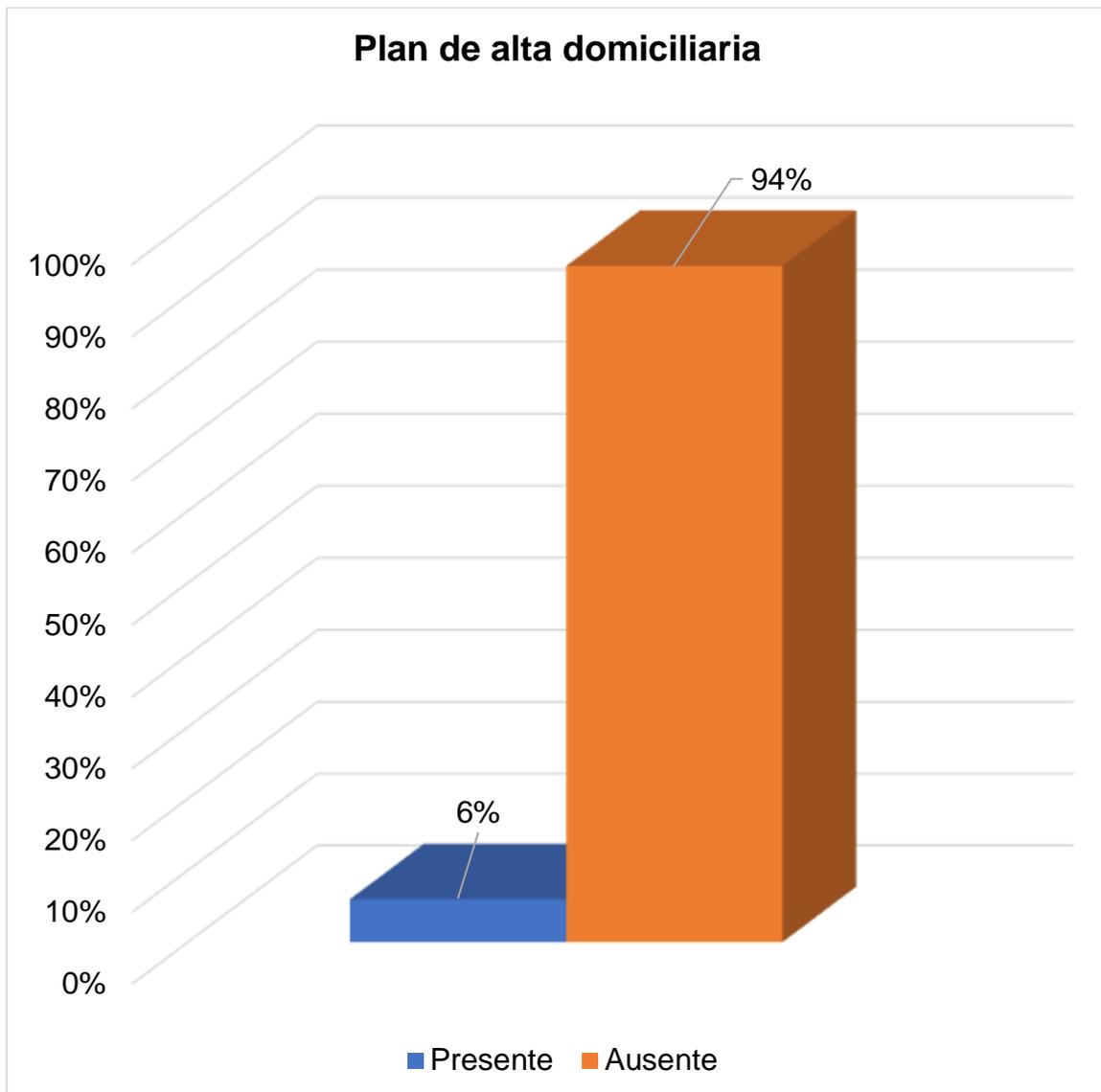
Figura 13: Registra las intervenciones de enfermería realizadas para dar solución a las necesidades del paciente.



Fuente: Guía de observación indirecta

Análisis: Según el gráfico, el 65% no registra las intervenciones aplicadas para dar solución a las necesidades reales del paciente, porque colocan las mismas actividades del anterior reporte (porque creen que la misma estabilidad de salud que tuvo en el turno de mañana, va a tener en el turno de noche) (60). El 97% no anota la hora en que aplica sus intervenciones porque no lo requiere la institución y el 75% tampoco registra la respuesta real del paciente a la intervención debido a que lo visualizan aparentemente estable y no vuelven anotar la respuesta que tuvo posterior al cuidado.

Figura 14: Documenta el plan de alta domiciliaria.



Fuente: Guía de observación indirecta

Análisis: El 94% de los registros no tienen escrito el plan de alta domiciliaria que es pertinente a enfermería (profesión que se encarga de la prevención y control de problemas en salud para evitar consecuencias), entonces hay un riesgo alto que el paciente desarrolle alguna complicación posterior al salir del hospital y este retorne a la institución, aumentando el gasto hospitalario por la falta educación e información sobre cómo manejar o sobrellevar su enfermedad o recuperación de la misma (61).

Figura 15: Consolidado de la Continuidad del Cuidado

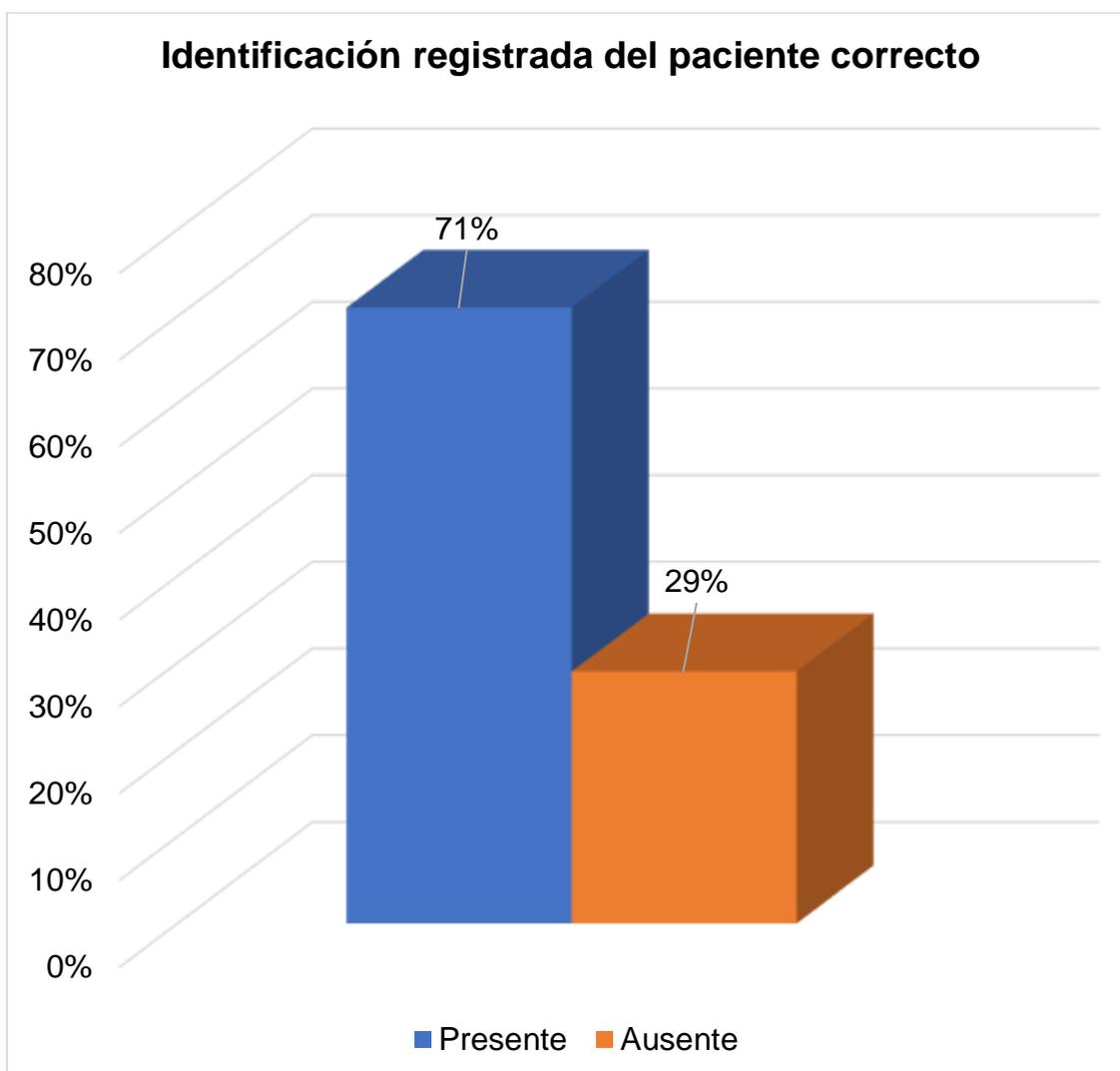


Fuente: Guía de observación indirecta

Análisis: El 97% no anota la hora de las intervenciones de enfermería, 94% tampoco documenta el plan de alta domiciliaria, 87% no registra la valoración focalizada y generalizada, 78% se ausencia datos socioculturales del paciente, además, se visualiza que el 68% no registra el juicio clínico sobre la respuesta de salud potencial y real, 65% de ausencia en las intervenciones de enfermería a base de las necesidades reales del paciente y la respuesta del paciente, 63% no documenta la comunicación de problemas real/potencial.

Seguridad del Paciente

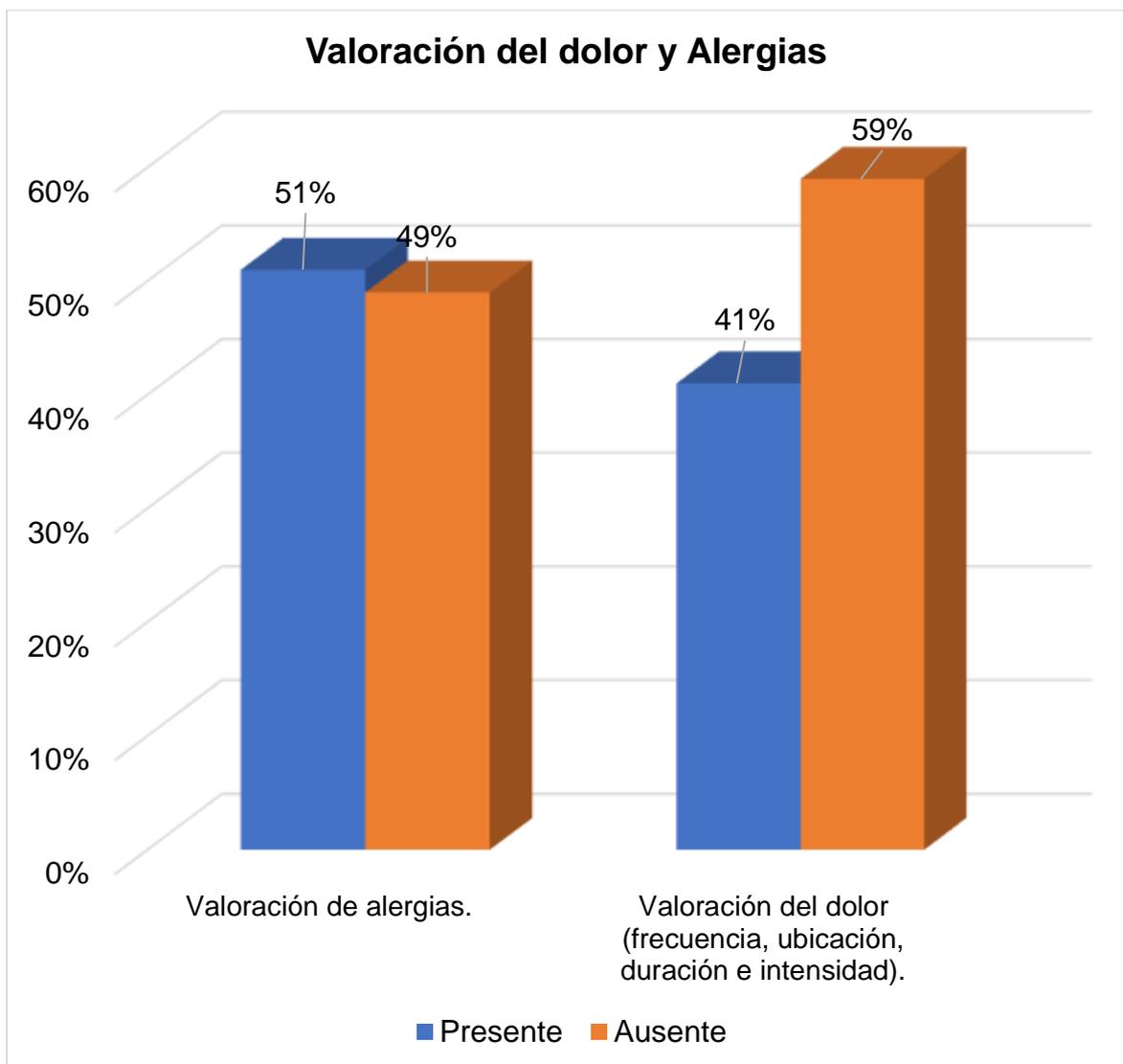
Figura 16: Los datos de identificación registrados corresponden al paciente correcto.



Fuente: Guía de observación indirecta

Análisis: El 71% de los enfermeros registran la identificación del paciente correctamente, pero el 29% no a causa de que algunos pacientes llegan sin papeles y con pérdida de conciencia, entonces emiten el llenado de esa parte y proceder a completar después, ocasionando un riesgo ya no tienen la certeza de la identidad del individuo durante su estancia hospitalaria, aplicando con peligro la administración de medicación, procedimientos (pruebas sanguíneas, radiográficas, intervención quirúrgica) (41).

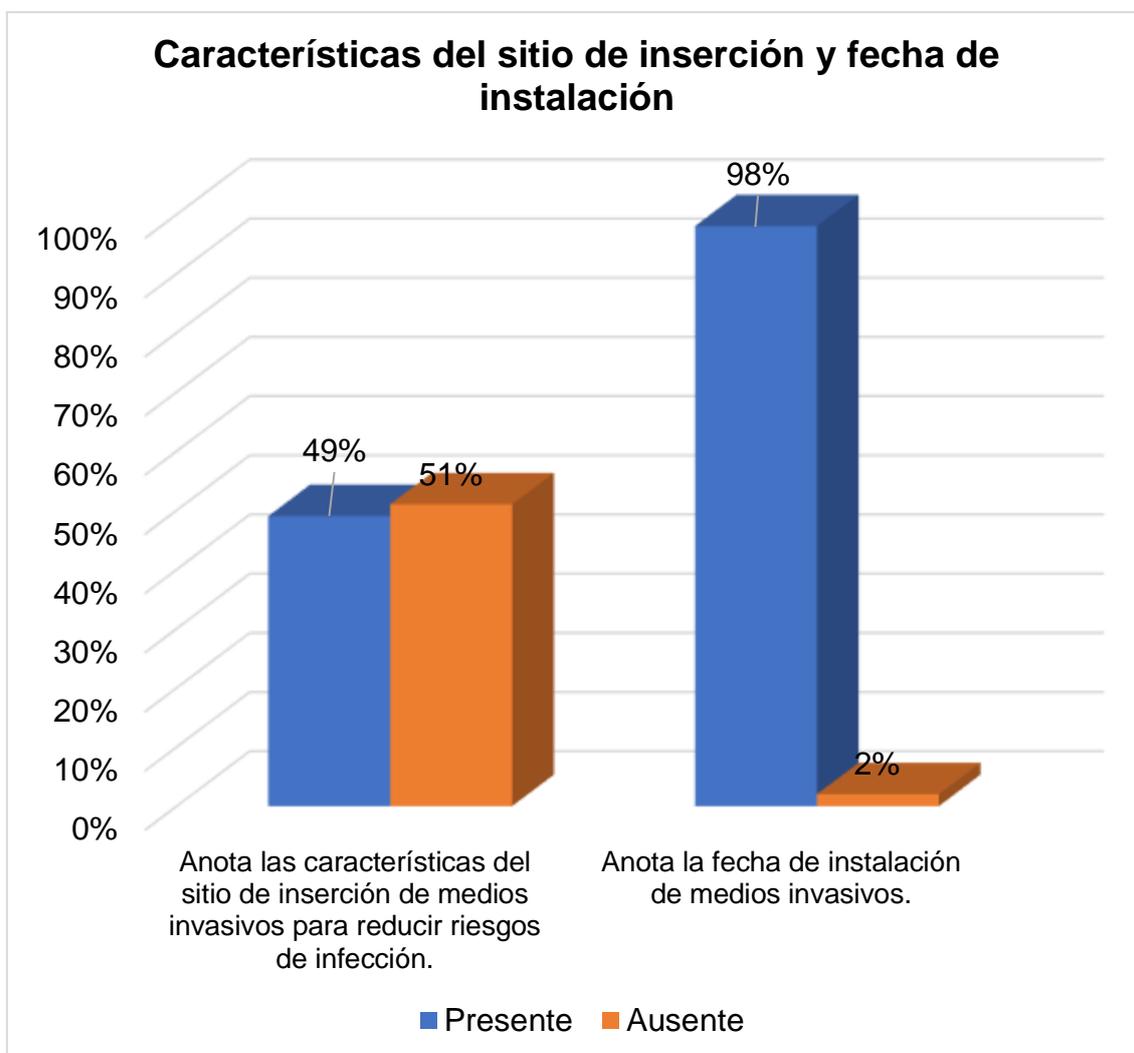
Figura 17: Valoración del dolor (frecuencia, ubicación, duración e intensidad).



Fuente: Guía de observación indirecta

Análisis: De acuerdo a los resultados de la figura, el 51% valora las alergias del paciente, porque ayuda al personal a no causar accidentes en el usuario, como la administración de medicación que sean alérgicos y ocasionen rash alérgico u obstaculización de las vías aéreas lo que podría desenvolverse en muerte(42). El 59% no valora el dolor del paciente, lo que no facilita la recuperación del paciente porque se limitará aplicar un tratamiento correcto posterior a dicha actividad y hasta complica interpretar el posible origen, lo que disminuye las complicaciones y sube la calidad/satisfacción del paciente (43).

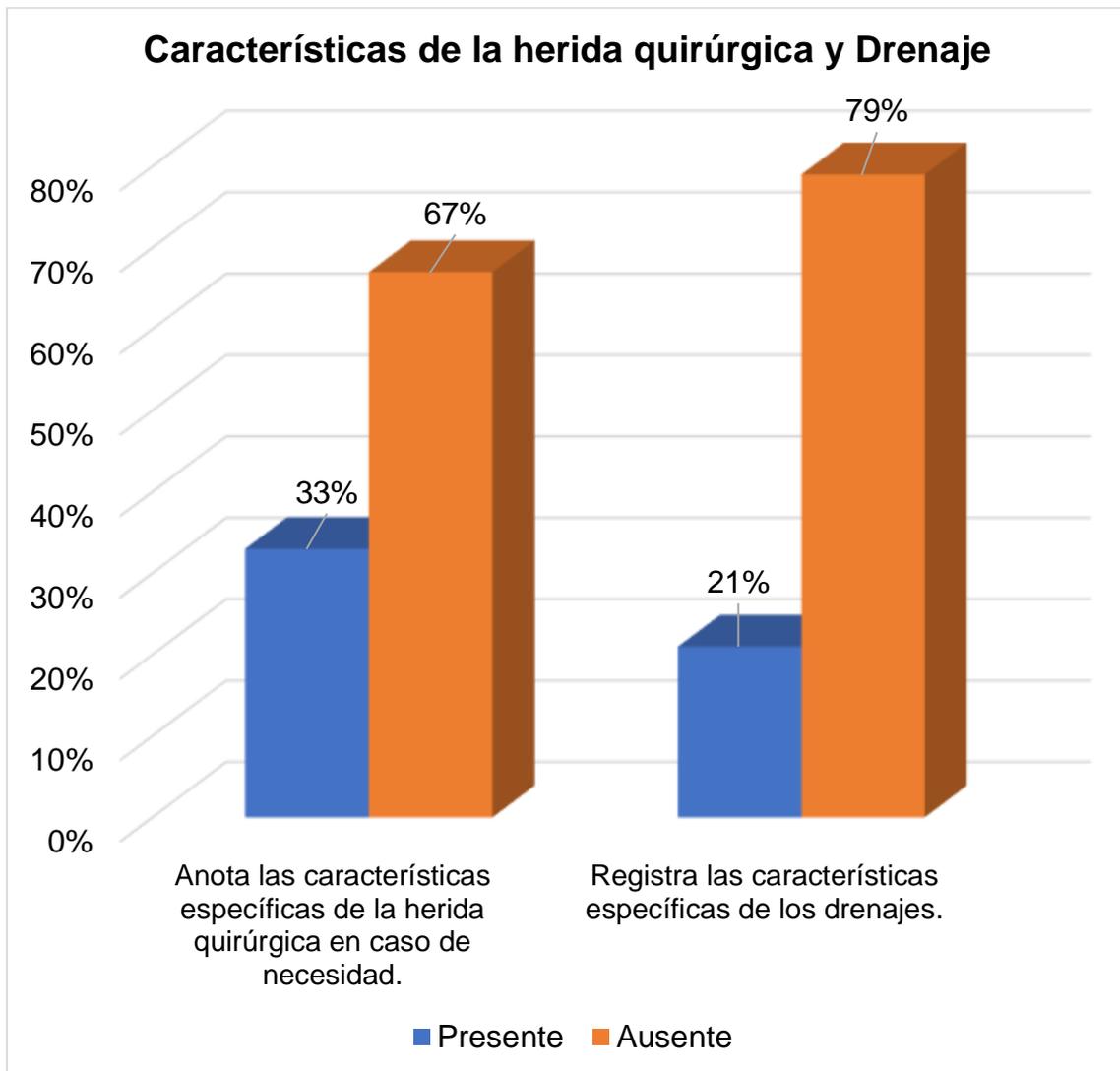
Figura 18: Anota las características del sitio de inserción de medios invasivos y fecha de instalación para reducir riesgos de infección



Fuente: Guía de observación indirecta

Análisis: Acorde a los resultados, el 51% no anota las características del sitio de inserción de medios invasivos, aportando a no controlar los signos de infección. El 98% la fecha de instalación de los medios invasivos, como la colocación vías centrales o periféricas, traqueotomías, ventilación mecánica, sondas vesicales o nasogástricas, por olvido, muchos pacientes, impidiendo al personal el control del tiempo que se encuentra ese medio, ya que mientras el tiempo de uso se prolongue, puede causar en el paciente infecciones.

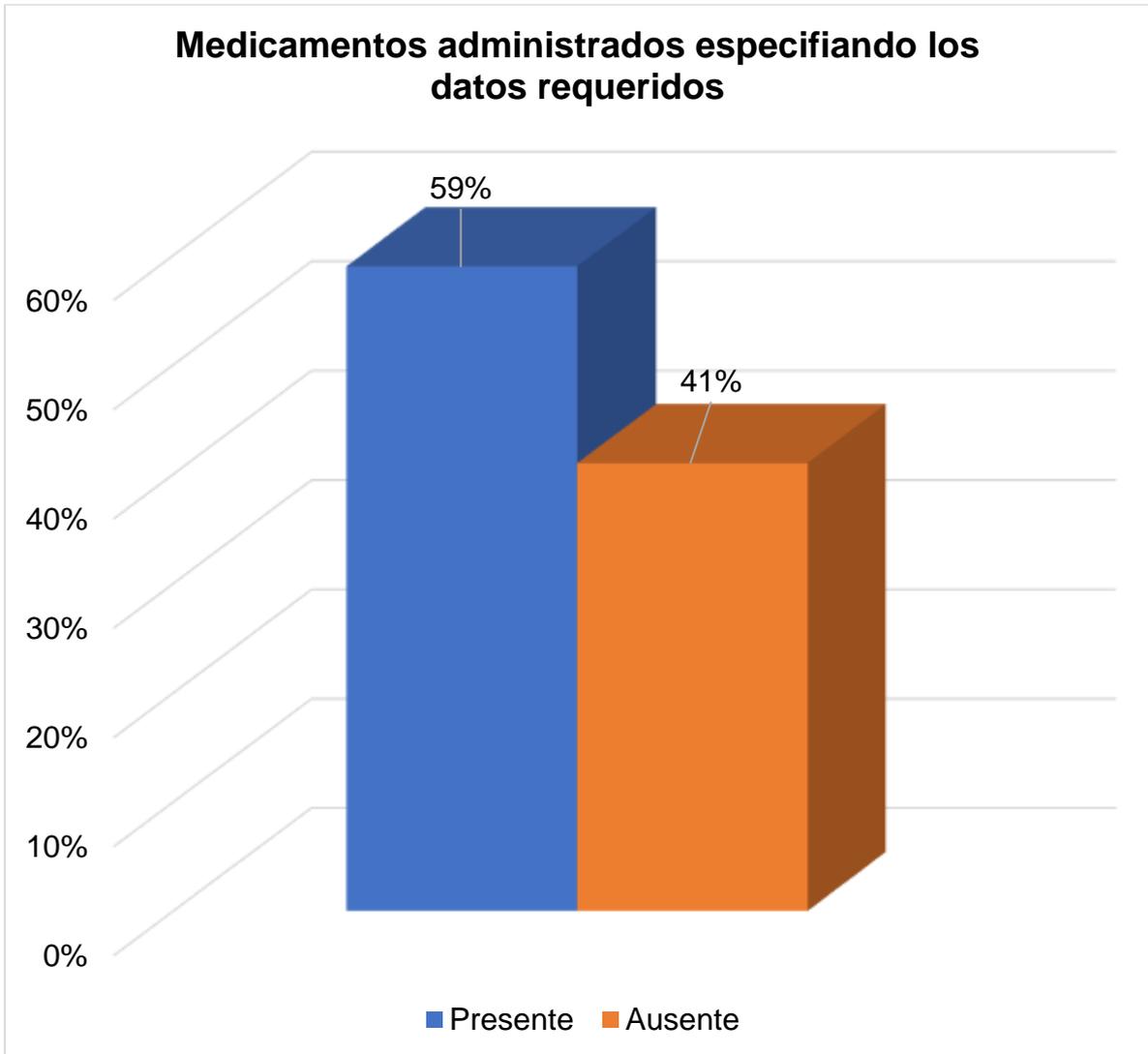
Figura 19: Anota las características específicas de la herida quirúrgica en caso de necesidad y características específicas de los drenajes



Fuente: Guía de observación indirecta

Análisis: El 67% no registra las características específicas de heridas quirúrgicas, ni de los drenajes (79%), ósea, color, consistencia, olor, tamaño, cantidad de secreciones, ya que, describen la valoración anterior, emitiendo detalles específicos que son fundamentales para conocer al personal de salud si existe o no infección, e incluso, hasta para saber el proceso de cicatrización del paciente, por el hecho de que mientras más tiempo pase abierta una herida, hay el riesgo de que haya infecciones oportunistas (44).

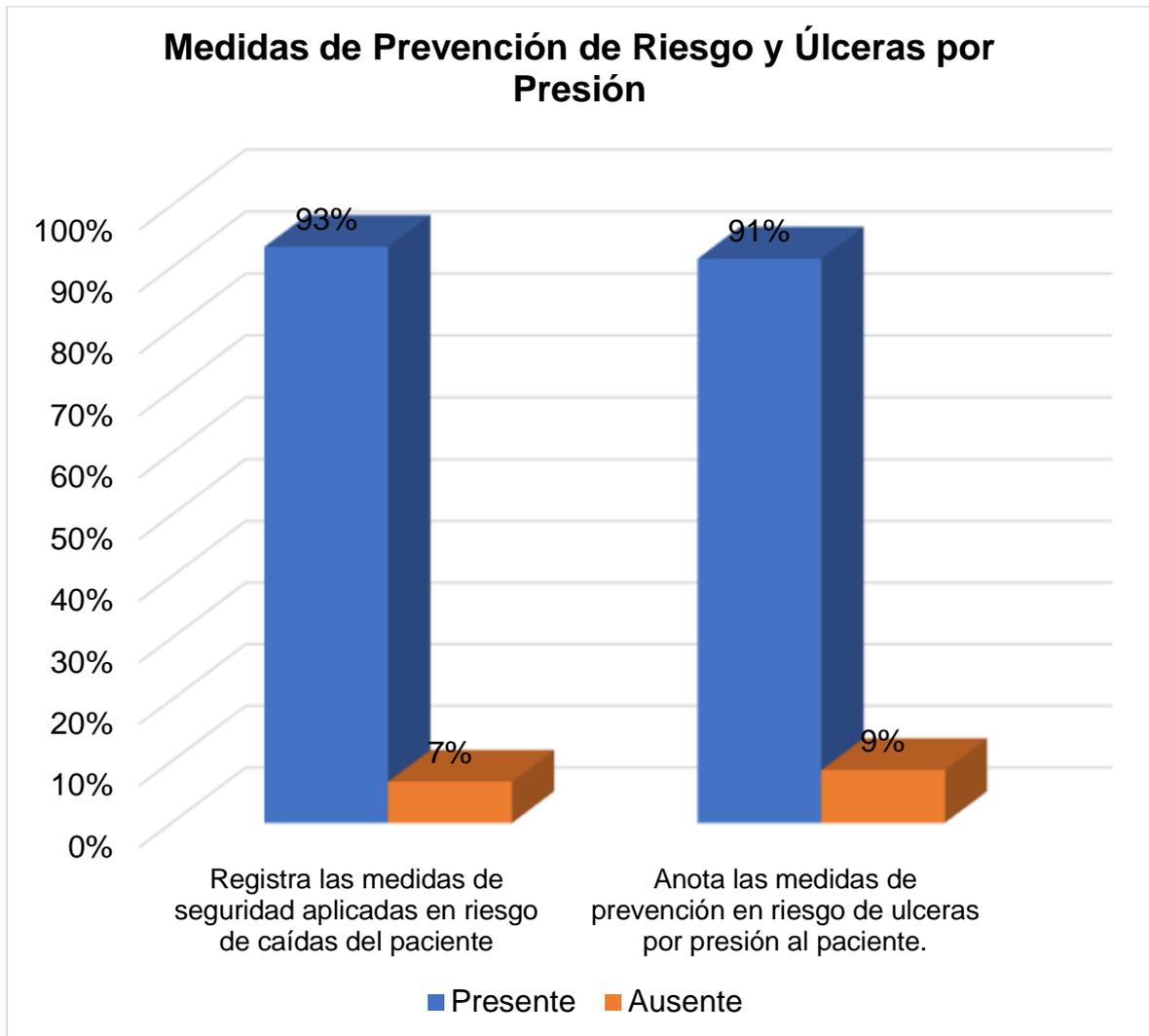
Figura 20: Registra los medicamentos administrados especificando nombre, genérico, hora, dosis y vía



Fuente: Guía de observación indirecta

Análisis: En la misma línea, el 59% de los enfermeros registra los medicamentos administrados especificando nombre, genérico, hora, dosis y vía, lo que proporciona seguridad en el tratamiento del paciente y hasta la recuperación del mismo, ya que el no seguir con los cinco correctos de enfermería, podrían ocasionar errores en la práctica de la salud; sin embargo, el 41% no lo hace correctamente, ya que usan siglas no establecidas por la institución o emiten para ahorrar tiempo, porque según se sobreentiende la medicación que maneja el hospital (45).

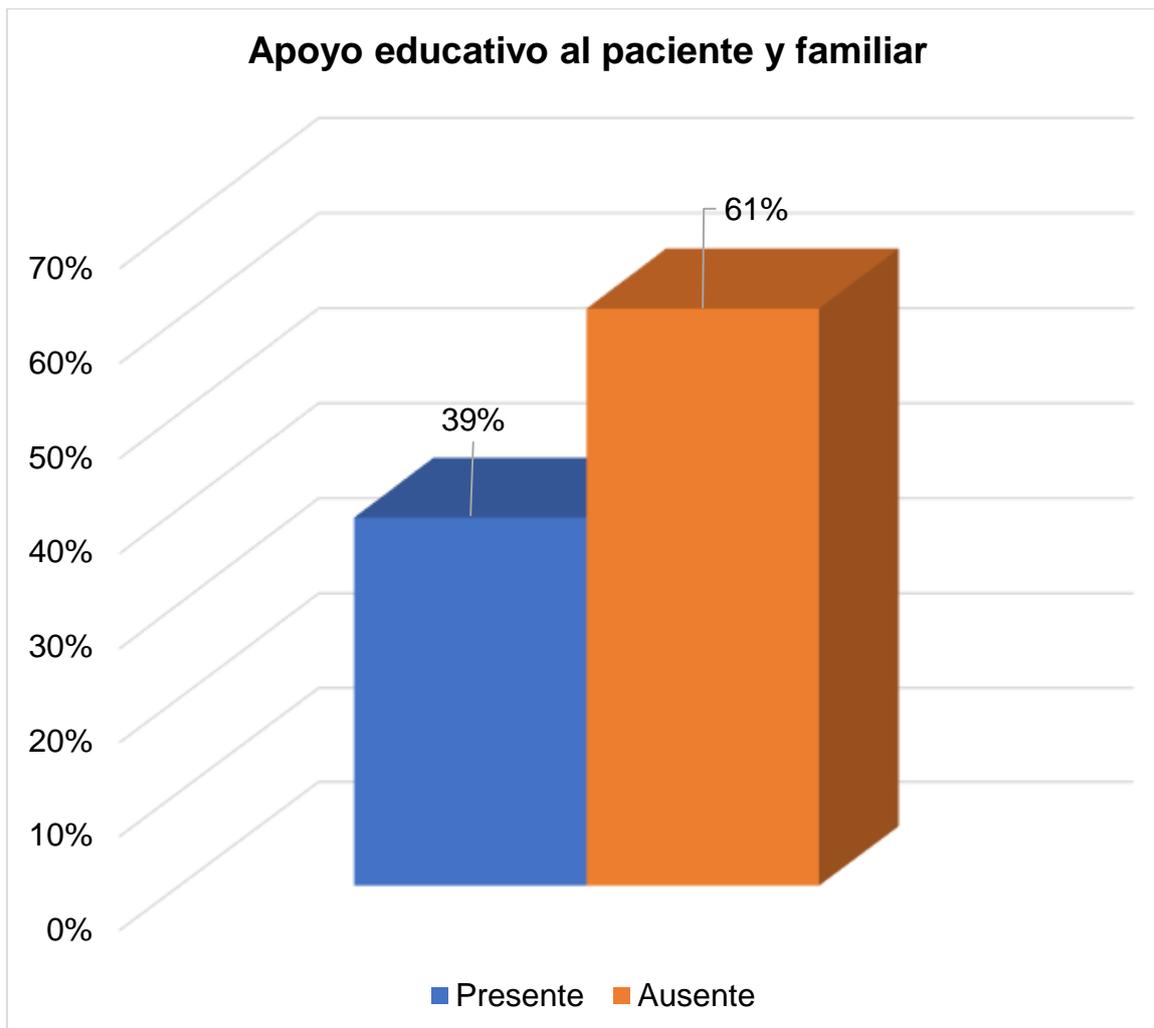
Figura 21: Anota las medidas de prevención en riesgo de caídas y úlceras por presión al paciente.



Fuente: Guía de observación indirecta

Análisis: Acorde a los porcentajes, el 7% no anota las medidas que optan para prevenir el riesgo de caídas, porque hay déficit de formatos en el área y emiten registrar esos datos, entonces, hay el riesgo de complicaciones, como fracturas o muertes(62). El 9% tampoco registran las medidas de prevención al riesgo de úlceras por presión, porque ya lo hicieron en su anterior turno y son repetitivas las actividades, sin embargo, el no anotar ocasionaría que no se evite en su mayoría en el paciente futuras infecciones por estafilococcus aureus (que es el más común en los hospitales) que pueden extender su estancia hospitalaria, aumentando los gastos y poner su vida en peligro (46).

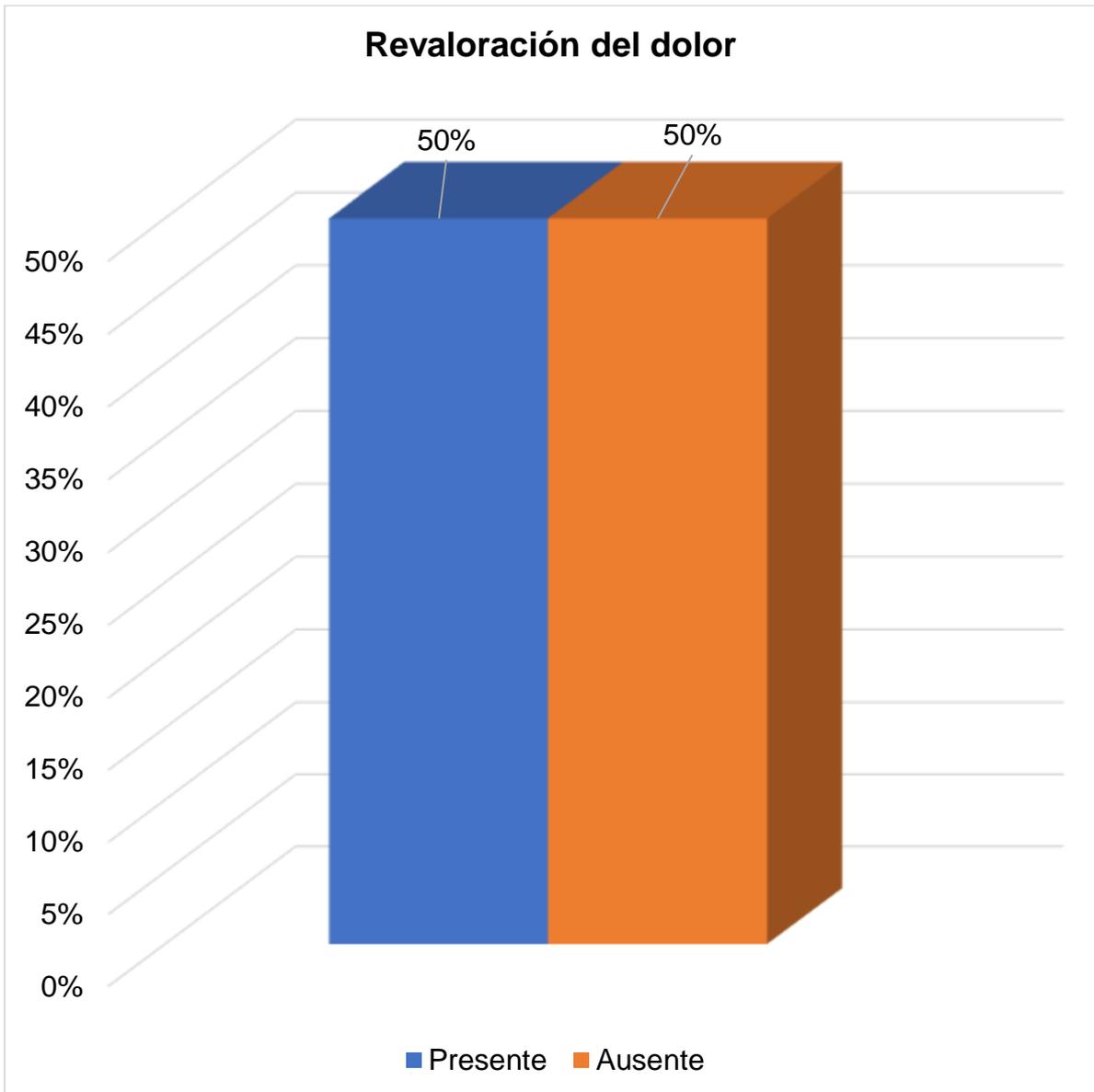
Figura 22: Documenta el apoyo educativo proporcionado al paciente y familiar para contribuir a la seguridad del paciente.



Fuente: Guía de observación indirecta

Análisis: Conforme a los datos obtenidos, el 61% no documenta el apoyo educativo al paciente y familiar, debido al poco interés que colocan a la educación, impidiendo la participación y conocimiento no solo del personal de enfermería, sino de todo el personal de salud, lo que dificulta la comunicación de todos porque “lo que no está escrito, no está hecho”; hasta pone en riesgo de que haya algún proceso legal. Aparte de que si se realiza la educación en el paciente-familiar, aumentamos la buena relación entre la persona y su paciente, logrando la recuperación más rápida (47).

Figura 23: Anota la revaloración del dolor



Fuente: Guía de observación indirecta

Análisis: El 50% de las enfermeras no anotan la revaloración del dolor, lo que podría presentar el déficit de control del dolor, porque no vuelven a valorar y solo realizan una evaluación durante cada turno, por ende, no se podría vigilar el efecto que causa el tratamiento en el paciente y tampoco se podrá mejorar en el paciente la calidad de vida (aumenta la angustia, no poder dormir, ni comer, alteración de signos vitales) durante su proceso hospitalario o domiciliario (48).

Figura 24: Consolidado de Seguridad de Paciente



Fuente: Guía de observación indirecta

Análisis: 79% no registra las características específicas de los drenajes, e incluso de la herida quirúrgica (67%), 59% no valora el dolor, hablando específicamente de la frecuencia, ubicación, duración e intensidad; 61% no documenta el apoyo educativo, 51% tampoco registra las características del sitio de inserción de medios invasivos, 50% no anotan revaloración de dolor, 49% no valora alergias.

DISCUSIÓN

Por medio de los resultados, se obtuvo datos sobre los registros que cumplen o no su estructura, seguridad y continuidad de los cuidados, visualizando en nuestra investigación, el 99% registra las constantes vitales correctamente y completo, 59% de los enfermeros registran los medicamentos administrados especificando nombre, genérico, hora, dosis y vía, 52% que escriben registran con letras legibles, el 86% de los registros tienen alteraciones y el 54% registran faltas ortográficas. Correlacionando con, Quispe Elizabeth (Perú-2021), eligieron 100 registros, donde el 91% registra correctamente en el formulario de signos vitales, así mismo, manejaron y anotar bien la administración de la medicación, se visualizan errores ortográficos y la letra no está legible (63). Pero, Cedeño Stefanía, Guananga Diana (Ecuador-2019), seleccionaron 97 historiales clínicos, evidenciando que el 89% de los registros en enfermería no cumple las normas correctas de llenado, colocando el formulario 020 (signos vitales), como el primer registro inadecuado, 80% incumplió también en la administración de medicación, no presencian errores ortográficos y letra legible en todos los 97 historiales clínicos (64).

Por otra parte, logramos recopilar entre el 50% a 60% de los registros en forma general si cumplen con estructura, seguridad y continuidad en los cuidados, siendo demostrado que en el 80% no registra la fecha subsecuente (siguiente día), también, se comprueba que existe (63%) anotación de los días sucesivos en que pasa el paciente hospitalizado, 87% de los registros no presentan datos de valoración focalizada y generalizada, 51% no anota la fecha de instalación de los medios invasivos, 98% registra las características del sitio de inserción de medios invasivos, pero el 57% no anota la hora exacta de ingreso del paciente. Al igual que, Juárez Ana (México-2020), seleccionan 775 registros de enfermería para analizar, donde el 90% de estos se encuentran en rango no aceptable, presentando un incorrecto las fechas subsecuentes (85%), registro inadecuado de la valoración focalizada o generalizada (76%), 62% no anotan la fecha en que le colocan el medio invasivo al paciente, si las características de la piel en donde se encuentra el medio (65). Pero, García Silvia, Navío Ana (España-2022), más

de 90% de los historiales están adecuadamente llenados y tampoco su población anota la hora exacta que ingresa el usuario(66).

Siguiendo la misma línea, en la estructura 51% de enfermeras (o) utilizan dichas siglas o abreviaturas universales aceptadas, el 63% no anota con escritura técnica, 90% de las enfermeras tampoco colocan correctamente su identificación en el reporte; en la continuidad, 63% no hay comunicación escrita de los problemas reales/potenciales del paciente a otros profesionales y en seguridad, el 61% no documentó el apoyo educativo al paciente y familiar. Esta información coincide con Perpiñá Juana (España-2021), eligieron 190, donde el 71% no cumple con el correcto llenado, con más frecuencia las dimensiones de colocar su identificación en los reportes (86%), no existe la comunicación escrita y tampoco escriben las intervenciones educativas que realizan al paciente/familiar (67).

Además, en nuestro estudio el 65% no anotan las intervenciones basadas a la necesidad real y actual de cada paciente con palabras técnicas, el 97% tampoco registra la hora en que aplica sus intervenciones, 78% de enfermería no anota datos socioculturales del paciente, o sea, religión, idioma-dialecto, cultura, el 94% de los registros no tienen escrito el plan de alta domiciliaria. En cambio, Ibáñez Nerea (Honduras-2019), analizaron la calidad de sus registros en enfermería, considerando en riesgo esos informes, ya que menos del 40% está adecuadamente completos, porque el 93% no escribe las intervenciones dependiendo la necesidad real, tampoco anotan la hora, así mismo, no anotan datos socioculturales del paciente, o sea, religión, idioma-dialecto, cultura, y peor aún el plan de alta médica (68), lo que concuerda con la anterior investigación.

Completando la información y ligada a la misma, encontramos que 60% de los formularios no se encuentra estructurada de forma coherente y de fácil entendimiento (entre profesionales), el 71% de los enfermeros registran la identificación del paciente correctamente, 51% valora el dolor del paciente y el 50% de las enfermeras no anotan la revaloración del dolor. No obstante, Ferreira Emanuela, Silva Hélio, Araújo Magdala (Brasil-2022) encontraron en más de 85% de los informes coherencia en la estructura y entendimiento del mismo, registro del paciente (identificación) y la valoración del dolor; aunque no se

igualan la revaloración porque en este caso, el 100% de las enfermeras si vuelven anotar el dolor (69).

Para culminar, Lizzi María (Argentina-2021), menos del 30% de los registros están aptos para cumplir con las dimensiones de seguridad/continuidad/estructura, resaltando en un 97% no valoran las alergias del paciente ocasionando accidentes y se presentan complicaciones, sumándole, un 91% que no anotan completamente las medidas que optan en el paciente para prevenir el riesgo de úlceras por presión (reflejándose en el alto índice de pacientes con UPP en el hospital), por ende, ni un reporte bien realizado sobre las características específicas cuando valoran la herida quirúrgica y drenajes (70). Por otro lado, en nuestra investigación, si hay más del 80% de registros que presentan baja en las tres dimensiones, tal cual, como lo muestra el 93% hay registros de las medidas de prevención al riesgo de úlceras por presión y 91% de medidas preventivas en riesgo de caídas, pero el 67% no anota las características específicas de la herida quirúrgica y el 79% si registra las características específicas de los drenajes.

CONCLUSIONES

Se concluye que, al analizar los registros de enfermería, encontramos que la mitad y un poco más del total de informes no están correctamente llenados y por ende no cumplen con la estructura, la seguridad y la continuidad de los cuidados que les ofrecen al paciente, lo que es preocupante, ya que en la salud una mínima falla puede indicar un error médico, lo que podría terminar en un efecto de muerte en el paciente y juicio legal para el personal.

Respecto a la estructura de los registros de enfermería en el área de medicina interna, encontramos que en la mayoría anotan la hora exacta de ingreso del paciente, no registra la fecha subsecuente (siguiente día), porque se olvidan continuar las fechas, se comprueba que existe una anotación de los días sucesivos (el personal que se olvida, le anota el enfermero entrante) en que pasa el paciente hospitalizado, utilizan abreviaturas permitidas por la entidad de salud, escriben debidamente (legibles), se ausencia alteraciones, registros sin faltas ortográficas; no presentan un lenguaje técnico, tampoco se encuentra estructurada de forma coherente y de fácil entendimiento (entre profesionales), peor aún las iniciales de su nombre, seguido de sus apellidos completos (paterno y materno).

Por otro lado, en la continuidad del cuidado de los registros, casi todos los personales de enfermería grafican las constantes vitales correctamente y completo, quiere decir, temperatura, presión arterial, pulso y respiraciones por minuto, no presentan datos de valoración focalizada y generalizada correctos, más de la mitad no se visualizan los datos socioculturales del paciente, o sea, religión, idioma-dialecto, cultura. Ausencia del juicio clínico en sus reportes, no registra la hora ni las intervenciones aplicadas para dar solución a las necesidades reales del paciente, no documentan el plan de alta domiciliaria,

Por último, en la seguridad del paciente, en los registros de enfermería, si registran la identificación del paciente correctamente, valoran y anotan las alergias, pero no el dolor del paciente, se verifica la fecha de instalación de los medios invasivos, sin embargo, no están las características del sitio de inserción de medios invasivos, así mismo, características específicas de heridas

quirúrgicas, ni de los drenajes. Si registran los medicamentos administrados, especificando nombre, genérico, hora, dosis y vía, también, anotan las medidas que optan para prevenir el riesgo caídas y úlceras por presión; tampoco documenta la revaloración del dolor y el apoyo educativo al paciente - familiar

RECOMENDACIONES

Al nivel institucional, se recomienda que haya mucho más control por el departamento de Calidad del hospital donde se realizó un el estudio, ya que al tener una vigilancia más consecutiva lograremos mejorar en el personal la calidad en que completan los registros, además, se podrá implementar una herramienta en la cual el personal pueda observar en que se equivocan para poder así redimirse y no causas en ellos “vergüenza” porque otras personas sepan en lo que fallan. Proporcionar retroalimentación individualizada al personal, destacando áreas de mejora y brindando orientación específica para corregir errores. Además, promover una cultura en la que el personal se sienta seguro al reportar errores o deficiencias en los registros. Por otra parte, implementar sistemas electrónicos de registro que faciliten la documentación, minimizando errores y promoviendo la continuidad de los cuidados. Estos sistemas pueden incluir plantillas predefinidas y campos obligatorios para asegurar que se capturen los datos necesarios.

Al nivel de Ente rector, establecer un formato estructurado actualizado y coherente para los registros, utilizando secciones claras y etiquetas descriptivas, esto facilitará la lectura y comprensión entre los profesionales involucrados en el cuidado del paciente. La identificación adecuada, en lugar de utilizar solo las iniciales del nombre seguido de los apellidos completos, promueve el uso de un sistema de identificación más claro y uniforme, como el número de identificación del paciente o un código único asignado.

Al nivel profesional, acudir a capacitaciones que la misma institución que ofrece todos los meses, incluso, asistir a consultas psicológicas, ya que el desgaste psicológico puede ser el causante de no cumplir con los deberes y por ende es necesario la ayuda de otro profesional para lograr ser diagnosticado y tratado a tiempo.

REFERENCIAS

1. Castillo Siguencia Mercedes, Costales Coronel Gerogina, Villa Plaza Carmen, Moreta Sánchez Jaime, Quinga Pérez Geovanna. Calidad de las notas de enfermería en el Hospital Vicente Corral Moscoso. 2021;17. Disponible en: <file:///C:/Users/USER/Downloads/Dialnet-CalidadDeLasNotasDeEnfermeriaEnElHospitalVicenteCo-8094451.pdf>
2. Torres Gómez Domitila, Zurita Barrón Mario, Hernández Vicente Irma, Vicente Ruiz María. Indicadores de evaluación de los registros clínicos de enfermería: Implementación de una herramienta tecnológica. 2020; Disponible en: <file:///C:/Users/USER/Downloads/Dialnet-Indicadoresdeevaluaciondelosregistrosclnicosdeenf-8441805.pdf>
3. eim193g.pdf [Internet]. [citado 3 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2019/eim193g.pdf>
4. Torres-Santiago M, Zárate-Grajales RA, Matus-Miranda R. Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación. Enfermería Universitaria [Internet]. 2011 [citado 3 de junio de 2023];8(1). Disponible en: <https://revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/269>
5. López Cocotle JJJ, Moreno Monsiváis MGM, Saavedra Vélez CHS, Espinosa Aguilar ALE, Martínez JUC. La importancia del registro clínico de enfermería: un acercamiento cualitativo: The importance of the clinical registry of nursing: a qualitative approach. NURE Investigación [Internet]. 24 de marzo de 2018 [citado 4 de junio de 2023]; Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1326>
6. REP_Leslie.Haro_Cynthia.Muro_nivel.de.calidad.de.registros.pdf [Internet]. [citado 4 de junio de 2023]. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/9433/1/REP_LESLIE.HARO_CYNTHIA.MURO_NIVEL.DE.CALIDAD.DE.REGISTROS.pdf

7. Peña E, Jacobo K. Registros de enfermería: Calidad de las notas en los servicios oncológicos. *Revista Ciencia y Arte de Enfermería*. 1 de septiembre de 2019;4:48-55.
8. Arreola MOS. El reto de la calidad y seguridad de la atención de enfermería. 2013;18. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2013/cons131a.pdf>
9. Vázquez Ovando Román, Alvarado Martínez Jorge, López Orozco Graciela, Sánchez Vázquez Reyna, Ibara Estela María, De la Rosa Lavariega Guadalupe, et al. Calidad de los registros clínicos de enfermería en una institución de salud del puerto de Veracruz. 2022; Disponible en: <file:///C:/Users/USER/Downloads/ART.+072+SFJD.pdf>
10. Figueira Teuly J, Canova Barrios CJ, Garrido M, Tallarita AD, Boyardi V, Cisneros MCE. Calidad de los registros clínicos de enfermería de una Unidad de Terapia Intensiva – Neonatal. *Enf Global* [Internet]. 2 de julio de 2022 [citado 4 de junio de 2023];21(3):464-87. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/508071>
11. Soza Diaz CDF, Bazán Sánchez ACL, Diaz Manchay RJ. Percepción de las enfermeras sobre el uso de sus registros para garantizar la continuidad del cuidado. *Ene* [Internet]. 2020 [citado 4 de junio de 2023];14(1):14112. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
12. Luengo Martínez C, Paravic Klijn T. Autonomía Profesional: factor clave para el ejercicio de la Enfermería Basada en la Evidencia. *Index de Enfermería* [Internet]. junio de 2016 [citado 4 de junio de 2023];25(1-2):42-6. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962016000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
13. Antomás J, Huarte Del Barrio S. Confidencialidad e historia clínica: Consideraciones ético-legales. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. abril de 2011 [citado 4 de junio de 2023];34(1). Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=en

14. Hernández-Cantú EI, Reyes-Silva AKS, Garcia-Pineda MA. Cumplimiento de los registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería en un hospital de segundo nivel de atención. 2018;8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim182b.pdf>
15. opsc_sp2.pdf [Internet]. [citado 19 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf
16. Bridie Carthy, Fitzgerald Serena. Electronic nursing documentation interventions to promote or improve patient safety and quality care. 2019 [citado 5 de agosto de 2023];27(3):13. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jonm.12727>
17. Quevedo Ríos GDQ. “Evaluación de la calidad de los registros de enfermería en el área de trauma shock del servicio de emergencia. Hospital Regional Lambayeque 2019”. 2019;
18. Castro Trejo GS, Vintimilla López EF, Viteri Viteri OL. Acciones seguras y oportunas que favorecen la seguridad del paciente, en el área de medicina interna del Hospital Provincial General de Segundo Nivel Quito – Ecuador. *prosciences* [Internet]. 30 de enero de 2020 [citado 19 de junio de 2023];4(30):62-71. Disponible en: <http://www.journalprosciences.com/index.php/ps/article/view/217>
19. T-UCSG-PRE-MED-ENF-603.pdf [Internet]. [citado 19 de junio de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/14944/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-603.pdf>
20. Rodríguez Campo VA, Paravic Klijn TM. Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado. *Enferm glob* [Internet]. octubre de 2011 [citado 5 de agosto de 2023];10(24):0-0. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000400020&lng=en&nrm=iso&tlng=en

21. Cuevas Budhart MÁ, Martínez BRG, Bolaños EÁ, García MJB, Souza A de A, Jurado MAG, et al. Diseño y validación de un nuevo registro clínico de enfermería, para la continuidad de los cuidados y seguridad del paciente en hemodiálisis. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2022;22(2):168-75. Disponible en: <https://enfermerianefrologica.com/revista/article/view/3854>
22. Chero-Farro D, Cabanillas-Olivares A, Fernández-Mogollón J. Historia clínica como herramienta para mejora del proceso de atención. *Rev Calidad Asistencial* [Internet]. 1 de marzo de 2017 [citado 18 de junio de 2023];32(2):115-6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-historia-clinica-como-herramienta-mejora-S1134282X16300793>
23. Carrasco DOV. Aspectos éticos y legales en el acto médico. 2013; Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v19n2/v19n2_a10.pdf
24. Bautista Rodríguez luz Marina. Registros de enfermería. 2015;12(2):6. Disponible en: <file:///C:/Users/USER/Downloads/Dialnet-RegistrosDeEnfermeria-7490903.pdf>
25. World Health Organization, editor. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión. [10a rev.]. Washington, D.C: OPS, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; 1995. 3 p. (Publicación científica).
26. Giraudopatricia.pdf [Internet]. [citado 18 de junio de 2023]. Disponible en: <http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/Giraudopatricia-delvalle.pdf>
27. Goez LJZ, Hernández YR. Factores asociados a las estancias hospitalarias prolongadas no justificadas de pacientes mayores de 18 años en una institución de iii nivel de complejidad en el Municipio de Rionegro.
28. García G, Pino M. Protocolo de Control de Abreviaturas Peligrosas. 2022;(3):16. Disponible en: https://hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2022/03/3-control_de_abreviaturas_peligrosas.pdf

29. Oliveira R, Simões F, Mara S. La comunicación enfermera-cliente en el cuidado en las unidades de urgencias 24h: una interpretación en Travelbee. *Enfermería Global*. 2013;
30. Alba-Leonel A, Papaqui-Hernández J, Zarza-Arizmendi MD, Fajardo-Ortiz G. Errores de enfermería en la atención hospitalaria.
31. Wright M da GM. Un lenguaje común para enfermeras: dilema persistente. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. julio de 1995 [citado 18 de julio de 2023];3:107-29. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/NnXTdc3JsMfXzjfrLqphQk/?lang=es>
32. 8448184106.pdf [Internet]. [citado 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448184106.pdf>
33. Saludplay. Tema 3. Etapa de Valoración. | Salusplay [Internet]. 2022 [citado 3 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.salusplay.com/apuntes/apuntes-de-metodologia-y-terminologia-nanda-noc-nic/tema-3-etapa-de-valoracion/resumen>
34. Clínica U. Navarra. <https://www.cun.es>. [citado 18 de julio de 2023]. Qué es juicio clínico. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/juicio-clinico>
35. Cigna. Planificación del alta hospitalaria [Internet]. [citado 4 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.cigna.com/es-us/knowledge-center/hw/temas-de-salud/planificacin-del-alta-hospitalaria-ug5158>
36. Rocco Cristián, Garrido Alejandro. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. 2017 [citado 19 de junio de 2023]; Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864017301268>
37. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente [Internet]. 2019 [citado 19 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

38. Andrés JMA, Hernández AP, Pereira PL, Valencia-Martín JL, Pérez CDA, Fresneña NL, et al. Cultura de seguridad del paciente y docencia: un instrumento para evaluar conocimientos y percepciones en profesionales del sistema sanitario de la comunidad de Madrid. Rev Esp Salud Pública [Internet]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v92/1135-5727-resp-92-e204808044.pdf>
39. Norma-Tecnica-Seguridad-del-Paciente-Definitivo-jp.pdf [Internet]. [citado 19 de junio de 2023]. Disponible en: <https://hvcm.gob.ec/wp-content/uploads/2015/03/Norma-Tecnica-Seguridad-del-Paciente-Definitivo-jp.pdf>
40. Veletanga Jonathan. Edición. 2020 [citado 19 de junio de 2023]. Hospital Luz Elena Arismendi promueve 17 prácticas para seguridad de los pacientes. Disponible en: <https://www.edicionmedica.ec/secciones/gestion/hospital-luz-elena-arismendi-promueve-17-practicas-para-seguridad-de-los-pacientes-96455>
41. Cecilia M, Zambrano P. Protocolo de identificación correcta del paciente. (3).
42. La alergia a los medicamentos - Libro de las enfermedades alérgicas de la Fundación BBVA | Libro de las enfermedades alérgicas de la Fundación BBVA [Internet]. [citado 3 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.fbbva.es/alergia/alergia-a-los-medicamentos/>
43. Xunta de Galicia. Evaluación del dolor [Internet]. 2022 [citado 3 de agosto de 2023]. Disponible en: https://escolasaude.sergas.es/Docs/EGSPC/pilula/02_evaluacion/index.html#lc_es_p1
44. Hernández RM, Hernández CL. Manejo de la herida quirúrgica.
45. Los Cinco Correctos y Cuatro Yo en Administración de Medicamentos» Prevención en Salud Proactiva [Internet]. [citado 3 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://prevencionsaludproactiv.com/2022/09/19/los-cinco-correctos-en-administracion-de-medicamentos/>

46. Medline. Úlcera por presión [Internet]. National Library of Medicine; 2022 [citado 3 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/pressuresores.html>
47. Nogales-Gaete J, Vargas-Silva P, Vidal-Cañas I. Información médica a pacientes y familiares: aspectos clínicos, éticos y legales. Revista médica de Chile [Internet]. septiembre de 2013 [citado 3 de agosto de 2023];141(9):1190-6. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872013000900012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
48. Sather R. Cuidados paliativos: la importancia de controlar el dolor [Internet]. 2021 [citado 3 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://myhealth.ucsd.edu/RelatedItems/3,41118>
49. Constitución de la República. Constitución de la República. 2008;78. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/LOTAIP/2017/DIJU/octubre/LA2_OCT_DIJU_Constitucion.pdf
50. Ministerio de Salud Pública. Ecuador Saludable, Voy por tí – Base Legal – Ministerio de Salud Pública [Internet]. [citado 17 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/base-legal/>
51. Resolucion_054-2017.pdf [Internet]. [citado 17 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.dpe.gob.ec/lotaip/2017/pdfagosto/Juridico/a3/Resolucion_054-2017.pdf
52. ley_organica_de_salud.pdf [Internet]. [citado 4 de agosto de 2023]. Disponible en: http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/legislations/PDF/EC/ley_organica_de_salud.pdf
53. RD_248332rivas_248332_355600.pdf [Internet]. [citado 28 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/11/RD_248332rivas_248332_355600.pdf
54. Plan Nacional de Desarrollo Toda Una Vida 2017 - 2021.pdf [Internet]. [citado 28 de agosto de 2023]. Disponible en:

- <https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2018-10/Plan-Nacional-de-Desarrollo-Toda-Una-Vida-2017-2021.pdf>
55. Ministerio de Salud Pública. MSP explica el art 146 del COIP – Ministerio de Salud Pública [Internet]. [citado 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/msp-explica-el-art-146-del-coip/>
56. AM-5216-A-Confidencialidad.pdf [Internet]. [citado 23 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/AM-5216-A-Confidencialidad.pdf>
57. Ortega C. ¿Qué es un estudio transversal? [Internet]. 2023 [citado 25 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.questionpro.com/blog/es/estudio-transversal/>
58. CDC. Epi Info [Internet]. 2022 [citado 24 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.cdc.gov/epiinfo/esp/es_index.html
59. Zabalegui Yárnoz A. El rol del profesional en enfermería. Aquichan [Internet]. diciembre de 2003 [citado 18 de julio de 2023];3(1):16-20. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-59972003000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=es
60. 4_Cuidado_de_enfermeria_orientado_al_confort_del_usuario.pdf [Internet]. [citado 18 de julio de 2023]. Disponible en: https://enfermeria.unison.mx/wp-content/uploads/2018/01/4_Cuidado_de_enfermeria_orientado_al_confort_del_usuario.pdf
61. Nava Galán MaG. Plan de alta continuidad del cuidado en la consultoría de enfermería neurológica. enfermeria [Internet]. 30 de abril de 2013 [citado 3 de agosto de 2023];12(1):40-4. Disponible en: <https://revenferneuroenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/156>
62. Vicente E. La importancia de no caerse. Consejos para prevenir las caídas. [Internet]. BLOG EIR EFyC. 2019 [citado 4 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://udsalamancaeir.com/2019/08/31/importancia-no-caerse-consejos-prevenir-caidas/>

63. Quispe object. Calidad de las notas de enfermería en la Unidad de Tratamientos Intermedios del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2016. [citado 3 de agosto de 2023]; Disponible en: <https://core.ac.uk/reader/323347430>
64. Tapia SJC, Iza DCG. "Calidad de los registros de enfermería en la historia clínica en el hospital Abel Gilbert Pontón 2020". 2019;19.
65. 94-juarez-velazquez-ana-betsabe4a.pdf [Internet]. [citado 3 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/980526/94-juarez-velazquez-ana-betsabe4a.pdf>
66. García Ramírez Silvia, Navío Marco Ana, Valentín Morganizo Laura. Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. 2019;(28). Disponible en: <file:///C:/Users/USER/Downloads/335-Texto-del-articulo-1322-1-10-20150609.pdf>
67. Perpiñá Galvañ J. Análisis de los registros de enfermería del Hospital General Universitario de Alicante y pautas para mejorar su cumplimentación. Enfermería Clínica [Internet]. 1 de abril de 2005 [citado 4 de agosto de 2023];15(2):95-102. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862105710895>
68. Ibáñez NS, Sein-echaluce MLG. Análisis de la calidad de los registros de enfermería en una UCI pediátrica: estudio pre y post intervención.
69. Ferreira e Pereira Emanuela Batista, Da Silva Filh Hélio Monteiro, Araújo Novaes Magdala. Calidad de los registros de enfermería en el posoperatorio. 2022;22. Disponible en: <file:///C:/Users/USER/Downloads/4974-21107-1-PB.pdf>
70. Lizzi MJ. Análisis de consistencia interna de un modelo de registro de enfermería. Salud, Ciencia y Tecnología [Internet]. 23 de noviembre de 2021 [citado 4 de agosto de 2023];1:4-4. Disponible en: <https://revista.saludcyt.ar/ojs/index.php/sct/article/view/4>

ANEXOS

Carta de Aceptación del anteproyecto por parte de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil



Guayaquil, 09 de Junio del 2023



Srta. Liz Del Pilar Guaranda Torres
Srta. Cristhiam Rodolfo Desiderio Holguín
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 medicina interna en un hospital de la ciudad de guayaquil.”** Ha sido aprobado por la Comisión Académica de la Carrera, su tutora asignada es la Lic. Sylvia Hidalgo Jurado.



Me despido deseándole 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

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

Cc: Archivo

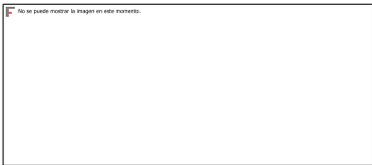
Guía de observación Indirecta

	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, **Desiderio Holguín Cristhiam Rodolfo**, con C.C: **#0922164066**, autor del trabajo de titulación: **Análisis de los registros clínicos de enfermería del área de medicina interna 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, al 01 día del mes septiembre del año 2023

f. _____
Desiderio Holguín Cristhiam Rodolfo
CC: 0922164066



**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, **Guaranda Torres Liz del Pilar**, con C.C: **#0950515486**, autora del trabajo de titulación: **Análisis de los registros clínicos de enfermería del área de medicina interna 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, al 01 día del mes septiembre del año 2023

f. _____
Guaranda Torres Liz del Pilar
CC: 0950515486



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Análisis de los registros clínicos de enfermería del área de medicina interna de un hospital de la ciudad de Guayaquil.		
AUTOR(ES)	Lcda. Sylvia Azucena Hidalgo Jurado Mgs. PhD		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Cristhiam Rodolfo Desiderio Holguín Liz del Pilar Guaranda Torres		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias médicas		
CARRERA:	Enfermería		
TITULO OBTENIDO:	Licenciado en enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	01 de septiembre del 2023	No. DE PÁGINAS:	68
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud Pública		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Análisis, Continuidad, Enfermería, Estructura, Medicina Interna, Registros Clínicos, Seguridad.		

Introducción: los registros de enfermería son informes legales que constan de acciones que ha llevado en práctica el enfermero en el paciente. Entonces, el Objetivo es analizar los registros de enfermería en el área de medicina interna de un hospital de la ciudad de Guayaquil. Metodología: el trabajo es descriptivo, cuantitativo, retrospectivo, transversal; aplicando hoja de chequeo mediante la revisión de historiales clínicos e instrumento de evaluación CARCE. Población y Muestra: Son 100 registros clínicos de enfermería del área de medicina interna. Resultados: Se detalla los valores que prevalecen: En la estructura; 86% ausencia alteraciones, 63% no aplican lenguaje técnico, 90% no colocan identificación. Respecto a la continuidad; 99% grafican signos vitales completos, 87% no anota los datos de la valoración focalizada y generalizada, 78% faltan datos socioculturales del paciente, 99% registran situaciones pendientes, 97% no registran hora, 94% ausencia de escrito el plan de alta domiciliaria. En la seguridad del paciente; 71% identifica al paciente correcto, 51%/59% registran la valoración del dolor, 51%/98% no colocan las características del sitio de inserción de medios invasivos, sin embargo, si se presencia la fecha de colocación; 67%/79% se ausencia las características específicas de la herida quirúrgica y lo mismo de los drenajes, 93%/91% registra las medidas de seguridad en riesgo caídas y úlceras por presión. Conclusiones: Al analizar los registros de enfermería; encontramos que el 58% del total de informes no están correctamente llenados; no cumplen con estructura, la seguridad y la continuidad de los cuidados que les ofrecen a los pacientes.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0988887840 0985109917	E-mail: liz.guaranda@cu.ucsg.edu.ec cristhian.desideeio@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	

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	