



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

**Análisis de los registros clínicos de enfermería del área de
cirugía en un hospital de la ciudad de Guayaquil.**

AUTORA:

Vera Mejía, Alexandra Magdalena

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
Licenciada en Enfermería**

TUTORA:

Lcda. Muñoz Roca, Olga Argentina

Guayaquil, Ecuador

01 de septiembre del 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 **Vera Mejía, Alexandra Magdalena**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Enfermería**.

TUTORA

f.

Lcda. Muñoz Roca, Olga Argentina

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Mendoza Vinces, Angela Ovilla

Guayaquil, al 01 día del mes de septiembre del año 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Vera Mejía, Alexandra Magdalena**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Análisis de los registros clínicos de enfermería del área de cirugía en un hospital de la ciudad de Guayaquil** previo a la obtención del título de **Licenciada 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 de septiembre del año 2023

LA AUTORA

f. _____
Vera Mejía, Alexandra Magdalena



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Vera Mejía, Alexandra Magdalena**

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 cirugía en 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 de septiembre del año 2023

LA AUTORA:

f. _____
Vera Mejía, Alexandra Magdalena

REPORTE DE COMPILATIO



CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

COMPILATIO-VERAMEJIA ALEXANDRA

< 1%
Similitudes



< 1% Texto entre comillas
< 1% Idioma no reconocido

Nombre del documento: COMPILATIO- VERA MEJIA ALEXANDRA.docx
ID del documento: 7f27ad77c78b454615f551ca4f4154b612ab684
Tamaño del documento original: 852,03 kB
Autor: Alexandra Vera Mejía

Depositante: Alexandra Vera Mejía
Fecha de depósito: 21/9/2023
Tipo de carga: un_submision
fecha de fin de análisis: 21/9/2023

Número de palabras: 15.205
Número de caracteres: 100.298

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 enferme... El documento proviene de mi grupo 24 fuentes similares	9%		Palabras idénticas: 9% (1.262 palabras)
2	Análisis de los registros clínicos de Enfermería del área de pediatría de u... El documento proviene de mi grupo 18 fuentes similares	9%		Palabras idénticas: 9% (1.262 palabras)
3	Tesis conde 21 de agosto final-Zuleica Análisis de los registros clínicos de... El documento proviene de mi grupo 19 fuentes similares	7%		Palabras idénticas: 7% (1.118 palabras)
4	Análisis de los registros clínicos de enfermería del área de pediatría de un... El documento proviene de mi grupo 12 fuentes similares	6%		Palabras idénticas: 6% (827 palabras)
5	docs.trosvet.org https://docs.trosvet.org/biblioteca/2022/02/13/357961/7201-6608-3.pdf 8 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (85 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	rraae.cedia.edu.ec https://rraae.cedia.edu.ec/record/UTN_d5C48cd97308d46631d4101d0f8b4d9	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (30 palabras)
2	hdl.handle.net Cuidados de enfermería a paciente con insuficiencia respiratoria... http://hdl.handle.net/20.500.12040/49884	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (30 palabras)
3	repositorio.unsa.edu.pe Plan de enfermería sobre el diagnóstico de la neoplasia de pulmón...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (30 palabras)

AGRADECIMIENTO

Al Dr. Guillermo Zapata por ser la persona que me motivo a estudiar esta hermosa profesión, la cual me ha enseñado a ser cada día más humana.

A mi familia por todo el apoyo brindado durante el proceso de formación profesional y a todas aquellas personas que de alguna manera me impulsaron a ser cada día mejor.

A la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, en especial a la Facultad de Ciencias Médicas, carrera de Enfermería por darnos todos los elementos formativos para culminar este trabajo de titulación.

A la Lic. Olga Muñoz Aroca, tutora de tesis, por la motivación, apoyo constante e incondicional, por su amplio conocimiento y experiencia en investigación.

Al Hospital de Especialidades de la ciudad de Guayaquil por abrirme sus puertas, en especial al área de cirugía general, a los jefes coordinadores, al personal de enfermería por su recibimiento, acogida y ayuda para la realización y cumplimiento de esta investigación.

Vera Mejía, Alexandra Magdalena

DEDICATORIA

A mi madre Lourdes Mejía por haber estado incondicionalmente a mi lado y ser pilar fundamental durante toda mi carrera.

A mi amado esposo que me ha dado el impulso para continuar con mi carrera, con su apoyo constante y amor, ha sido compañero y amigo inseparable ha sabido comprenderme durante cada etapa de mi preparación profesional.

A mis hijos que son la luz de mi vida, por ellos y para ellos es mi título profesional, para que en el futuro los llene de orgullo y motivación.

Vera Mejía, Alexandra Magdalena



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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LCDA. ANGELA OVILDA MENDOZA VINCES
DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

LCDA.MARTHA LORENA HOLGUIN JIMENEZ
COORDINADORA DEL ÁREA DE TITULACION

f.

DRA. AMARILIS RITA PEREZ LICEA
OPONENTE

ÍNDICE

RESUMEN	XIII
ABSTRACT	XIV
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO I	4
1.1. Planteamiento Del Problema.....	4
1.2. Preguntas De Investigación.....	6
1.3. Justificación.....	6
1.4. Objetivos.	7
1.4.1. Objetivo General:	7
1.4.2. Objetivos Específicos:.....	7
CAPITULO II	8
2. Fundamentación conceptual	8
2.1 Antecedentes De La Investigación.	8
2.2 Marco Conceptual.	11
2.2.1. Registros Clínicos.....	11
2.2.2. Indicadores de calidad.....	13
2.2.3. Registros Documentados en Salud.....	14
2.2.4. Calidad de los Servicios de Enfermería	17
2.2.5. Teoría de Kari Martinsen: Filosofía de la asistencia.	23
2.3 Marco Legal.....	27
Constitución Nacional del Ecuador.....	27
Código Orgánico Integral Penal.....	27
La Ley de Derechos y Amparo al Paciente.....	28
Confidencialidad en los documentos con información de salud.....	28
Derecho a la información y confidencialidad.....	29
CAPITULO III	31
3. Diseño de la investigación.....	31
3.1. Tipo de investigación.....	31
3.2. Diseño de investigación.....	31
3.3. Población y muestra	31
3.4. Criterios de inclusión y exclusión	32
3.5. Procedimientos para la recolección de datos	32

3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.	33
3.7. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humano.	33
3.8. Operacionalización de variables.....	33
CAPITULO IV	37
4. Presentación y análisis de resultados	37
5. Discusión.....	50
6. Conclusiones.....	53
7. Recomendaciones.....	54
8. Referencias	55

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables	33
--	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Colocación de fecha, hora y día de ingreso o subsecuente	37
Gráfico 2. Registro de número del día de estancia, utiliza unidad de medición universal y anota abreviatura universales.....	38
Gráfico 3. Faltas ortográficas, lenguaje técnico y estructura de la información	39
Gráfico 4. Letras legibles, inalterabilidad y datos del enfermero.....	40
Gráfico 5. Registro de signos vitales, valoración y datos socioculturales	41
Gráfico 6. Juicio clínico y documentación de problemas reales y potenciales	42
Gráfico 7. Registro de intervenciones de enfermería y plan de alta.....	43
Gráfico 8. Registro de respuesta del paciente a las intervenciones y pendientes	44
Gráfico 9. Identificación del paciente, valoración del dolor, valoración de alergias	45
Gráfico 10. Características de medios invasivos y de heridas quirúrgicas ..	46
Gráfico 11. Características de drenajes, medicamentos y riesgo de caída .	47
Gráfico 12. Registro de medidas contra úlceras, apoyo educativo y revaloración del dolor.....	48

RESUMEN

Los registros clínicos de enfermería son la principal evidencia ético-legal que se tiene sobre las actividades y procedimientos realizados a los pacientes en las instalaciones hospitalarias, las cuales son una norma que se debe cumplir y aplicar. **Objetivo:** los registros de enfermería en el área de cirugía de un hospital de la ciudad de Guayaquil. **Metodología:** descriptiva, cuantitativa, no experimental, prospectiva y transversal, la muestra correspondió a 100 registros clínicos enfermeros. **Cuestionario** Calidad de Registros Clínicos de Enfermería (CARCE). Entre los principales **Resultados:** el cumplimiento general de los registros fue del 84.3%, se hallaron debilidades: en *estructura*, el cumplimiento fue de 86,6%, 63% registraron hora de ingreso del paciente al servicio, 67% registraron el número progresivo del día de estancia hospitalaria, 27% tuvieron faltas ortográficas, 28% tenían letra ilegible, 26% tenían alteraciones como tachaduras o enmendaduras; en *continuidad del cuidado*, el cumplimiento fue del 75,9%, 10% registraron datos socioculturales como religión, dialecto y cultura, 65% anotaron los juicios clínicos sobre las respuestas del paciente de problemas reales y 39% de problemas potenciales, 79% anotaron para evidencia a otros profesionales de salud sobre estos problemas reales y potenciales; 79% anotaron hora de intervenciones enfermeras, 84% documentaron plan de alta, 47% anotaron la revaloración del dolor. **Conclusión:** se obtuvo un cumplimiento general del 84.3%, por lo que no se cumplen totalmente los criterios de estructura, continuidad del cuidado y seguridad del paciente, los principales indicadores alterados fueron el registro de datos socioculturales, la revaloración del dolor, pendientes al turno, juicios clínicos entre otros.

Palabras Clave: *Continuidad del cuidado, enfermería, intervenciones, registros clínicos, seguridad del paciente.*

ABSTRACT

The clinical records of health personnel are the main ethical-legal evidence available about the activities and procedures carried out on patients in hospital facilities, which are a standard that must be met and applied. **Objective:** nursing records in the surgery area of a hospital in the city of Guayaquil. **Methodology:** descriptive, quantitative, non-experimental, prospective and transversal, the sample corresponded to 100 clinical nursing records. Nursing Clinical Records Quality **Questionnaire** (CARCE). Among the main results: the general compliance of the records was 84.3%, weaknesses were found: in structure, compliance was 86.6%, 63% recorded the time of admission of the patient to the service, 67% recorded the progressive number of the day of hospital stay, 27% had spelling mistakes, 28% had illegible handwriting, 26% had alterations such as deletions or amendments; in continuity of care, compliance was 75.9%, 10% recorded sociocultural data such as religion, dialect and culture, 65% noted clinical judgments about the patient's responses to real problems and 39% potential problems, 79% noted to educate other health professionals about these real and potential problems; 79% noted the time of nursing interventions, 84% documented the discharge plan, and 47% noted the pain reassessment. **Conclusion:** a general compliance of 84.3% was obtained, so the criteria of structure, continuity of care and patient safety are not fully met, the main altered indicators were the registration of sociocultural data, the reassessment of pain, pending shift, clinical trials among others.

Keywords: *Continuity of care, nursing, interventions, clinical records, patient safety.*

INTRODUCCIÓN

La historia clínica es un documento fundamental en el mundo de los profesionales sanitarios, principalmente por su papel fundamental en el sistema de información hospitalario. Para que esta historia clínica sea idónea, debe cumplir con ciertas características, entre las que se encuentran el contenido, la secuencia, la estandarización documental y la legibilidad. Estos datos se pueden utilizar para formar conexiones entre las teorías científicas y las habilidades prácticas (1).

Un registro clínico de enfermería es la prueba definitiva del cuidado que se le brinda a un paciente. Estos documentos sirven como una herramienta instrumental para la comunicación entre los profesionales de la salud y brindan continuidad en la atención; además, al mantener registros precisos, se puede garantizar la seguridad de todos los pacientes. La industria de la salud ha ido evolucionando conforme mejoran los medios de registros de información y evidencia, como resultado, los profesionales de enfermería enfrentan nuevos desafíos en su misión de brindar atención de calidad (2).

Hay que entender que los registros comprenden documentos específicos de la profesión y desempeñan un papel fundamental en la historia clínica del paciente. Su propósito es recopilar información sobre las acciones y observaciones realizadas, así como los datos recopilados tanto del paciente como otros datos de interés médico. Es importante, porque mejora la comunicación entre los miembros del equipo de atención médica, garantizando una continuidad perfecta en la atención, adicional, cumplen otra función vital que es brindar apoyo legal contra posibles demandas y al mismo tiempo permitir una evaluación retrospectiva de la calidad de la atención.

Tienen características y criterios específicos debe ser llenado con letra legible y clara, sin abreviaturas peligrosas, sin espacios importantes vacíos, entre otros; para considerarse adecuada la atención del profesional responsable en registrar la información en cada sección (3). El llenado de este documento representa una obligación formal y legal del personal de salud, ya que ante la

exigencia en casos penales se recurrirá a los registros clínicos como evidencia directa del proceso de atención al usuario (4).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), sugiere que la prestación de servicios de calidad requiere entre otras cosas, un sistema de registro de información que sea monitoreado e impulse continuamente a mejorar la atención; ya que entre 5.7 y 8.4 millones de personas al año mueren por atención médica de calidad deficiente, sobre todo en países de bajos y medianos recursos (5).

El tema de estudio propuesto tiene como finalidad analizar la calidad de los registros clínicos en el personal de enfermería del área de cirugía en un hospital de la ciudad de Guayaquil. Consiste en un estudio de diseño no experimental, cuantitativo, descriptivo, prospectivo y transversal; para la recolección de datos se usará una guía de observación en base a la adaptación del cuestionario Calidad de Registros Clínicos de Enfermería (CARCE).

CAPITULO I

1.1. Planteamiento Del Problema

En los registros de enfermería se encuentran una gran cantidad de datos de individuos relacionados con la progresión de su salud y la evolución de la enfermedad, son documentos cuidadosamente ordenados, que detallan tanto la situación de salud de los pacientes, así como las intervenciones de las enfermeras. Las notas contemplan observaciones y juicios clínicos importantes, que abarcan resultados de pruebas de laboratorio, diagnósticos de enfermería emergentes, actualizaciones sobre la administración de medicamentos, todo junto con detalles de las acciones realizadas por equipos de atención médica.

El profesional de enfermería, entre otras responsabilidades, debe apearse a la práctica asistencial en la Enfermería Basada en Evidencias, que sugiere el registro de las intervenciones efectuadas al paciente (6), esto se cumple mediante el llenado de registros clínicos en las secciones que competen como el kárdex, signos vitales, ingestas y excretas, registro de insumos, reporte de enfermería (7) y otros formularios como escalas de valoración de riesgos de caídas, de úlceras por presión, de dolor, etc.

Un análisis de varios autores concluyó que los registros de enfermería presentan déficit ya que presentan alteración en la legibilidad, faltas ortográficas, pérdida de la continuidad del registro, así como el uso de abreviaturas peligrosas (8). Por lo anteriormente mencionado es necesario que las entidades tanto públicas y privadas formadoras del personal de enfermería sean las encargadas de mejorar dentro de la programación académica el hacer hincapié para egresar profesionales con mejores destrezas y habilidades en el manejo de los registros (9).

En un estudio en México, encontraron que el 26.9% de los registros clínicos tenían problemas por déficit de redacción de escalas de riesgos de úlceras por presión y de caídas (10). En ese mismo país, se realizó otro estudio que reveló un cumplimiento de 81.2% resultando en una calidad regular de

registros clínicos, el área de urgencias presentó la mayor cantidad de registros deficientes con 71% (11).

En Colombia, Charfuelan, Hidalgo, Acosta, Espejo, Tibaquicha, Montaña y Henao (12) encontraron que existe deficiencia en el registro de la información, por falta de planificación, falta de claridad, ausencia de comunicación directa entre profesionales y esto repercute en una ineficaz entrega de turno entre profesionales de enfermería. En Perú, Soza, Bazán y Díaz (7), sugieren que existen limitantes al momento del registro de la información como son la falta de tiempo, sobrecarga laboral que pueden resultar en la omisión de datos.

A nivel local, en Riobamba, Barzallo y Gualacato (13), consideraron que los informes de enfermería son la evidencia de las actividades operativas y administrativas y sirve de apoyo para todo el equipo de salud. Mientras que, en Guayaquil, en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, un estudio de Martillo (14), encontró que la calidad de los registros clínicos se encontraba en un nivel regular en el 55% de la muestra de estudio.

El presente estudio se centra en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo que pertenece al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y presta sus servicios principalmente a población que cuenta con seguro social. Esta unidad de salud se encuentra catalogada como centro de especialidad o de tercer nivel de atención en salud según la “Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada - ACCESS” (15), ubicándose por encima de los hospitales básicos y generales.

En el área de cirugía de esta institución, se encuentran pacientes hospitalizados con patologías complejas; además, el hospital tiene una demanda de pacientes que va en aumento, lo que condiciona la calidad de la atención del personal de salud en estas salas; adicionalmente, se encuentran aspectos como la fatiga, sobrecarga laboral, falta de tiempo para actividades básicas y complejas del personal sanitario, así como la poca predisposición que estos tienen para seguir los protocolos de registro de datos, por lo que no se hace un adecuado llenado de formularios que evidencien las intervenciones que ejecuta el profesional de enfermería.

Los registros clínicos de enfermería son la única evidencia legal de las intervenciones aplicadas a los pacientes en este hospital, por lo que se precisa un especial interés en analizar la calidad del llenado de los registros clínicos de enfermería, para con ello exhibir la realidad de esta temática en la medida que se circunscriben los hechos y se cumplen los protocolos de seguridad del paciente. Es importante asimilar que la calidad de los registros expone paralelamente la calidad de la atención sanitaria de la institución.

1.2. Preguntas De Investigación

- ¿Cómo son los registros clínicos de enfermería del área de cirugía en un hospital de la ciudad de Guayaquil?
- ¿Cuál es la estructura de los registros clínicos de enfermería del área de cirugía en un hospital de la ciudad de Guayaquil?
- ¿Existen continuidad de los cuidados en los registros clínicos de enfermería del área de cirugía en un hospital de la ciudad de Guayaquil?
- ¿Cómo se categoriza la seguridad del paciente en los registros clínicos de enfermería del área de cirugía en un hospital de la ciudad de Guayaquil?

1.3. Justificación

Por medio de este estudio se pretende conocer la realidad de la práctica del enfermero/ra desde el aspecto administrativo del registro clínico, de modo que se pueden planificar acciones que mejoren la calidad de este proceso. Los registros cuando presentan fallas pueden afectar al personal que lo elabora y a la institución que este representa, ya hay aspectos éticos y legales que van de la mano con este proceso como son la confidencialidad del usuario y la evidencia legal.

De modo que, para un hospital es imperativo conocer la calidad de las evidencias del personal de enfermería respecto a la valoración, intervención, evolución y resultados de un paciente. Los registros son un mecanismo de defensa ante represalias legales, por lo que deben ser claros, concisos,

detallados y explícitos que permitan tener una comunicación efectiva con el equipo de salud en el proceso de atención al usuario.

Los protocolos, normas y reglamento estipulan el cumplimiento obligatorio de registro adecuado de datos, por lo que es importante que se adapte una moción de cultura de registro de datos. El beneficio que aporta esta investigación a la sociedad en general es el conocimiento sobre la obligación que tienen los profesionales en evidenciar su trabajo y registrarlo para medios legales.

Por último, esta investigación se realiza con fines netamente académicos, para mejorar el conocimiento en la práctica; el beneficio para la disciplina enfermera y para un hospital de la ciudad de Guayaquil, es el aporte de datos estadísticos valiosos para evaluar la calidad de los registros, hacer retroalimentaciones y correcciones en puntos especialmente deficientes, sobre todo en un área que recibe pacientes con patologías complejas como es cirugía.

1.4. Objetivos.

1.4.1. Objetivo General:

Analizar los registros clínicos de enfermería en el área de cirugía de un hospital de la ciudad de Guayaquil.

1.4.2. Objetivos Específicos:

1. Identificar la estructura de los registros clínicos de enfermería del área de cirugía en un hospital de la ciudad de Guayaquil
2. Describir la continuidad del cuidado de los registros clínicos de enfermería del área de cirugía en un hospital de la ciudad de Guayaquil
3. Categorizar la seguridad del paciente en los registros clínicos de enfermería del área de cirugía en un hospital de la ciudad de Guayaquil

CAPITULO II

2. Fundamentación conceptual

2.1 Antecedentes De La Investigación.

En España, Cuevas et al. (16), diseñaron y validaron un instrumento que buscó mejorar el proceso de atención enfermero en una sala de hemodiálisis de un hospital de segundo nivel; la metodología que utilizaron fue de tipo estudio de campo, descriptivo y transversal, utilizaron un grupo focal con expertos para la validación del instrumento, así como el método Delphi; los resultados revelaron que los elementos que tenían influencia fueron el cumplimiento del proceso enfermero que fuera adecuado para la valoración, atención y evaluación de acciones de enfermería, se nota un impacto positivo en la continuidad de la atención enfermeras y el cuidado de la integridad del paciente, especialmente en la aplicación de las normas de bioseguridad por parte de los profesionales de la salud y en la educación que realizan al paciente y a la familia.

En Brasil, Ferreira et al. (17), analizaron referentes científicos acerca de la calidad de registros clínicos del personal de enfermería durante el posoperatorio; la metodología que utilizaron fue, bibliográfica y descriptiva; en los resultados hallaron que las historias clínicas contaban con el registro de la atención al paciente de manera clara y confiable, donde se priorizó la seguridad del paciente, también tuvieron una buena adhesión a terminologías estandarizadas en los registros enfermeros, de igual forma, hubo la información que comprobó la utilización del proceso de atención de enfermería, por último, se resaltó el registro de acciones educativas como un aspecto relevante responsabilidad de enfermería.

En Argentina, Figueira et al. (18), midieron la eficiencia de los registros clínicos de enfermería en una unidad de cuidados críticos de neonatos de un hospital público; la metodología que utilizaron fue de enfoque cuantitativo, observacional, analítico y transversal, la muestra fue de 396 registros clínicos de enfermería seleccionados de manera aleatoria; los resultados revelaron que el 99.7% de los registros clínicos tenían la identificación del paciente con

el nombre y apellido, cantidad de días que tenía hospitalizado con el 99.2%, 69.7% registraron fecha de ingreso, 96.7% tuvieron ortografía adecuada y 96.7% buena gramática, 39.4% contaban con la hora del registro y 41.4% registraron el código del profesional enfermero, 90% registraron signos vitales, 20% tolerancia de la alimentación, 0.2% de los registros tenían el diagnóstico enfermero.

En Perú, Soza et al. (7), identificaron la percepción del personal de enfermería respecto al uso de registros clínico que garantizaban la continuidad del cuidado en un servicio de medicina interna; la metodología fue de enfoque cualitativa, descriptiva, la muestra la conformaron 12 enfermeras y se usó una entrevista semiestructurada; los resultados permitieron entender la utilidad e importancia que tienen los registros clínicos para el equipo de salud, en el caso de los registros sobre signos vitales, registro de medicamentos y balance hídrico están entre las cosas indispensables que los enfermeros deben tener en cuenta, así como las actividades para el turno siguiente, el análisis del riesgo de caídas y de desarrollar úlceras por aplastamiento o por pasar mucho tiempo en posición decúbito; por último, los enfermeros indicaron que tienen problemas con el registro por el poco tiempo que tienen para realizar las funciones asistenciales.

En Ibarra – Ecuador, Chacón (19), desarrolló una investigación que buscó establecer el grado de calidad que tenían los reportes clínicos enfermeros que eran elaborados bajo la modalidad del SOAPIE en el Hospital Alberto Correa Cornejo de Yaruquí; la metodología fue cuantitativa, no experimental, descriptiva, observacional y transversal, la muestra fueron 50 historias clínicas; entre los principales resultados, se encontró que 92% eran mujeres, que circundaban entre los 21 a 40 años, entre 4 a 15 años ejerciendo la profesión de enfermería, 94% realizaba ingreso del paciente, 60% cumplía todas las normas de elaboración, 58% no concretaban la taxonomía NOC, 53% contaban con diagnósticos reales, 65% contaban con diagnósticos de riesgo, 93% registraron el ingreso, 66% datos del paciente, 90% fecha y hora, 100% color de acuerdo al turno, 86% letra clara y legible, 68% sin tachones o

uso de corrector, 80% uso de abreviaturas estandarizadas, 78% sin espacios en blanco y 76% firma legible del enfermero.

En Riobamba – Ecuador, Barzallo y Gualacata (20), analizaron la relevancia del reporte enfermero en base a la evidencia del cuidado del paciente; la metodología consistió en un enfoque cualitativo, de tipo bibliográfica, la muestra fueron 73 referencias bibliográficas; los resultados evidenciaron que los registros contaban con la identificación de diagnósticos enfermeros, en lo que respecta a continuidad del cuidado, se encontró que contenían registros de constantes vitales, administración de medicamentos y de otras funciones elementales de enfermería que estaban arraigadas a las intervenciones convencionales.

En Ambato – Ecuador, Castillo et al. (8), determinaron la calidad de los registros clínicos enfermeros de historias clínicas en pacientes egresados de un servicio de medicina en Hospital Vicente Corral Moscoso; la metodología fue cuantitativa, observacional, descriptiva, transversal y retrospectivo, la muestra fue de 220 historias clínicas; encontraron un nivel de calidad no eficiente en el 90 al 100% de registros, donde 100% no realizaban valoración del paciente, 100% no realizaban valoración del componente emocional, 100% no registraron progreso del paciente, 100% no registraron intervenciones dependientes, independientes, procedimientos o eventos especiales, 99.5% no registraron comunicación terapéutica, 100% no registraron comentarios o interrogantes, 100% no registraron pautas educativas brindadas.

Por último, en Machala, Vera et al. (21), analizaron los registros clínicos enfermeros de SOAPIE, según criterios de razonamiento crítico, cuidado del paciente y familia, así como la responsabilidad ética y enmarcados en base legal; el método utilizado fue cualitativo, descriptivo, exploratorio y transversal, la muestra fueron de 52 enfermeros del Hospital General Teófilo Dávila; los resultados revelaron que los enfermeros no utilizan el modelo del plan de cuidados estandarizados, así mismo, usan correctores, los factores que influyen en el no registro de las historias clínicas es la falta de personal o sobrecarga, así como el exceso de la demanda.

2.2 Marco Conceptual.

2.2.1. Registros Clínicos

El personal de enfermería crea registros diariamente para documentar los hallazgos clínicos, la respuesta del personal médico y la atención de enfermería (22). Estos registros sirven como sustento legal que avala el trabajo del enfermero y son compartidos con todo el personal de salud; el uso de un lenguaje común entre las enfermeras mejora la comunicación no solo entre ellas sino también con otros profesionales de la salud y asegura que los registros puedan revisarse luego ante alguna duda (23).

El propósito de un registro de enfermería adecuado es recopilar la información adecuada para que otro profesional con calificaciones comparables pueda fácilmente hacerse cargo de la atención del paciente (13). Desde la época de Florence Nightingale, pionera de la enfermería, las razones de la documentación han evolucionado pasando de ser un instrumento práctico utilizado únicamente por la enfermera para el cuidado del paciente hasta la necesidad de que ese cuidado sea evidenciado. Originalmente, la documentación se utilizaba principalmente para cumplir con las órdenes del médico. Hoy en día, los registros de enfermería se consideran documentos que garantizan la calidad y la continuidad de la atención, mejoran la comunicación y previenen errores (24).

El contenido del registro documenta el nivel de atención brindado al paciente dentro de un establecimiento de salud. Además, sirve como herramienta de control económico, ya que los costes sanitarios en el caso de pacientes sin seguros y atendidos por el IESS, deben ser cancelados por el gobierno; la misma idea aplica en el caso de las clínicas particulares donde la atención es directamente pagada del gasto del bolsillo del consumidor.

Para determinar un grupo de diagnósticos se utilizan diagnósticos codificables, con fines de investigación biológica - económica, esta herramienta crítica facilita la supervisión indirecta de la efectividad del cuidado, al documentar las experiencias, habilidades, conocimientos y

habilidades del personal de enfermería en la detección de discrepancias y necesidades no cubiertas que requieren resolución (25).

Esencialmente, los registros de enfermería brindan un resumen completo de la atención brindada al paciente, así como la reacción de los mismos ante estas intervenciones. El objetivo del registro es transmitir información sobre el cuidado o proceso de enfermería a todo el equipo asistencial y personal de enfermería, ya que la documentación contiene información valiosa sobre el estado de salud del usuario, que se puede utilizar para identificar y ayudar con los diagnósticos de enfermería, en esencia, los registros ofrecen una visión completa del estado de salud del paciente o de la persona.

De igual forma, la utilidad de los registros consiste en ayudar al personal de enfermería a diferenciar las decisiones que tomó sobre el cuidado del paciente, ya que los únicos profesionales que brindan atención continua durante toda la jornada laboral. Por otra parte, los registros de enfermería sirven como evidencia legal para posibles litigios y permiten evaluaciones retrospectivas de la calidad de la atención brindada, es decir, como registro legal ante demandas de pacientes por alguna eventualidad en particular como quejas de mala praxis, problemas en la administración de medicamentos, entre otros; de modo que puede usarse como prueba en un tribunal de justicia (26).

La información proporcionada en estos registros es útil para los estudiantes, pasantes o internos, ya que les permite comprender la naturaleza de una enfermedad en pacientes con condiciones médicas específicas. Para los profesionales de enfermería, sirve como medio para realizar estudios de investigación y extraer datos estadísticos sobre la frecuencia de dolencias y complicaciones clínicas. También sirve como una herramienta para evaluar la calidad de la atención de enfermería y la atención médica en un centro médico (27).

El registro de información vital tiene múltiples propósitos esenciales, como proporcionar una exploración completa de los eventos del paciente, garantizar la seguridad y la continuidad de la atención al paciente las 24 horas del día,

facilitar y mantener la calidad de la atención al paciente, salvaguardar los intereses legales de los pacientes, el personal y proveedores de atención médica; ofrecer una visión general integral del estado de salud del individuo o del paciente, definir los objetivos de enfermería para clientes individuales o grupos; distinguir las responsabilidades de enfermería de las de otros miembros del equipo de atención médica; establecer criterios para la clasificación de pacientes; justificar el reembolso, suministrar datos para análisis administrativos y legales; así como el cumplimiento de estándares profesionales y requisitos legales, proporcionando datos científicos y educativos (28).

El registro de enfermería debe poseer ciertas características, como objetividad desprovista de opiniones o juicios de valor, precisión y exactitud; así como legibilidad y claridad, que son fundamentales para que los demás lean y comprendan. Además, es fundamental que los registros se realicen simultáneamente durante la asistencia y no se pospongan hasta el final del turno (29).

Al documentar la conducta o el comportamiento de un paciente, es importante utilizar adjetivos que especifiquen que se refieren únicamente a la conducta o comportamiento calificador, es importante evitar mencionar la escasez de personal o conflictos entre colegas, así como abstenerse de usar expresiones como "de alguna manera" o "accidentalmente" para explicar los errores. De igual manera, no se debe hacer referencia a los informes de incidentes para mantener la confidencialidad. También es importante evitar incluir datos personales o nombres de compañeros de habitación de otros pacientes en los registros, ya que esto violaría la confidencialidad. Por último, no se debe incluir información informal o inapropiada sobre compañeros o superiores informados de ciertos hechos (30).

2.2.2. Indicadores de calidad

2.2.2.1. Proceso de Atención de Enfermería

El proceso de atención de enfermería – PAE, involucra una serie de acciones deliberadas que un profesional de enfermería realiza en una secuencia

predeterminada, utilizando varios modelos y teorías de la disciplina enfermera; el objetivo de estas acciones es garantizar que la persona que recibe cuidados de enfermería obtenga los máximos beneficios para la salud por los servicios prestados (31). Esto se logra a través de un enfoque metódico y estructurado para brindar atención personalizada que tenga en cuenta las respuestas únicas de cada persona o grupo de personas a los cambios de salud reales o potenciales (32).

Inicialmente, el proceso de enfermería surgió de un enfoque modificado para la resolución de problemas y ahora se clasifica como una teoría deductiva por derecho propio. Este método permite la creación de un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas (33). En lugar de centrarse únicamente en la enfermedad del paciente, el proceso de enfermería trata al individuo como un todo, reconociendo que cada persona es única y requiere atención de enfermería personalizada (34). Al aplicar el método científico a la práctica asistencial de la disciplina, la enfermería puede ofrecer cuidados bien organizados, lógicos y racionales desde la perspectiva biológica y psicoemocional; el proceso de enfermería eleva la enfermería al estatus de ciencia, se compone de cinco elementos que son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación (35).

2.2.3. Registros Documentados en Salud

Entre los principales procedimientos que destacan por su relevancia directa y efectos a corto plazo en la integridad del paciente es la administración de medicamentos, aquí se exponen los detalles respecto a la importancia de la documentación de este proceso y las características del registro.

2.2.3.1. Documentación de la Administración de Medicamentos

La enfermera tiene la responsabilidad de documentar la administración de medicamentos en la hoja de registro de enfermería inmediatamente después de que se haya realizado (36). No hacerlo puede tener consecuencias no deseadas, como olvidar qué fármaco se administró o que otra enfermera vuelva a administrar el mismo fármaco suponiendo que aún no se había

administrado (37). Por lo tanto, es fundamental que la documentación se complete con prontitud y sin demora.

2.2.3.2. Características de los Registros de Enfermería

Los registros de enfermería sirven como un medio para crear un plan de atención personalizado que atiende a las necesidades específicas del paciente. El objetivo principal de estos registros es documentar la planificación e implementación de los cuidados de enfermería, así como su progreso y resultados. También tiene como objetivo monitorear la reacción y la participación del paciente en el proceso de atención, al tiempo que evalúa e investiga la efectividad de los planes de atención en ciertos intervalos para mejorar el conocimiento científico de enfermería (8).

La provisión perfecta de atención de enfermería y la coordinación eficaz de los esfuerzos del equipo de atención médica para abordar las necesidades del paciente solo se pueden lograr a través de una documentación precisa y completa. La disponibilidad de información precisa sobre las intervenciones de enfermería y su impacto en el estado de salud del paciente no sólo sirve como registro ético y legal, sino que constituye un derecho fundamental de los pacientes hospitalizados. La utilización de estos registros hace necesario el establecimiento de unas pautas que sirvan de referencia, simplificando la cumplimentación de la documentación por parte de todos los miembros del equipo sanitario (37).

Habitualmente, las enfermeras en los hospitales siguen una guía de actuación para garantizar la gestión eficaz de los registros, que incluye los siguientes puntos:

- El registro de la información requerida en la historia clínica del paciente sobre las funciones que ejecuta la enfermera es responsabilidad de esta.
- Los derechos del paciente serán debidamente considerados, garantizando en todo momento la total confidencialidad de la información.
- Cada entrada en el registro incluirá el cargo que ocupa la enfermera, así como su nombre.

- A la enfermera se le asigna la responsabilidad de identificar con precisión al paciente en cada hoja de documentación. Esto incluye la inclusión del nombre del paciente, apellido, edad, sexo y número de registro médico en cada hoja.
- Las anotaciones en los registros se realizan tan pronto como ocurran.
- Al registrar los comentarios de los pacientes, es importante que la enfermera mantenga la objetividad y evite hacer juicios de valor. Como tal, la enfermera debe registrar los comentarios entre comillas para reflejar con precisión las palabras del paciente.
- Se debe evitar la repetición de actividades.
- Es fundamental que no se eliminen registros mediante el uso de correctores de escritura. Si hay un error en la anotación, el único curso de acción aceptable es colocar un comentario entre paréntesis, que debe estar separado del texto principal mediante una sola línea horizontal. Esto asegura que el contenido del comentario se pueda leer en su totalidad.
- Mantener el orden es crucial cuando se trata de documentación, ya que sirve como medio de comunicación entre los miembros del equipo de salud.

En el caso de la administración de medicamentos, la enfermera debe cumplir con una política de mantenimiento de registros. Este protocolo exige la documentación de cierta información, que incluye (38):

- El nombre genérico o ingrediente activo del medicamento.
- La forma en que se presenta el fármaco se conoce como su forma farmacéutica.
- La vía por la cual se administra la sustancia.
- La cantidad de dosis administrada.
- La regularidad con la que se administra algo.
- Requisitos y criterios que son imprescindibles.
- Registrar un medicamento usando abreviaturas no es una opción viable.

- Para evitar complicaciones legales, es imperativo verificar que el paciente o su familiar haya dado su consentimiento por escrito para la administración de hemoderivados revisando su historial médico. El simple hecho de tener una orden médica es insuficiente; el consentimiento por escrito del paciente es absolutamente necesario.

2.2.4. Calidad de los Servicios de Enfermería

La calidad de la atención médica depende en gran medida de la atención brindada por el personal de enfermería, ya que tienen la interacción más cercana con los pacientes y la comunidad local (39). La calidad de la atención de enfermería es una noción multifacética que engloba brindar ayuda basada en los últimos avances científicos para brindar una atención que atienda los requerimientos de cada paciente y garantice su persistencia (40).

Según la Comisión Interinstitucional de Enfermería, el sello de calidad de los servicios de Enfermería es la atención oportuna, personalizada, humana, ininterrumpida y eficaz (41). Este cuidado es brindado por personal de enfermería de acuerdo con normas de práctica profesional responsable y competente, con el objetivo de garantizar la satisfacción tanto del prestador del servicio como del usuario. Para lograrlo, se requiere una planificación óptima y segura (42). El aseguramiento de la calidad en Enfermería se preocupa por establecer un conjunto de normas, políticas, técnicas, procedimientos y estándares que orienten las actividades y faciliten el seguimiento de los procesos, la identificación oportuna de desviaciones y la implementación de medidas correctivas para asegurar un excelente estándar de las intervenciones de enfermería y cuidado como se ha establecido (43).

2.2.4.1. Calidad de Registros de Enfermería

Mirando al pasado, las enfermeras han enfrentado desafíos cuando se trata de completar los registros de enfermería. Aunque el número de estos registros ha aumentado con el tiempo, la calidad de la información contenida en ellos no ha seguido el mismo ritmo (44). Un registro de enfermería que se considera bueno debe contener información suficiente para permitir que otro profesional con calificaciones comparables asuma fácilmente la

responsabilidad del cuidado del paciente (8). La calidad de los registros de enfermería se demuestra mejor cuando se utilizan los procedimientos mencionados para crearlos de tal manera que produzca el mayor beneficio y la menor cantidad de riesgo para la salud. Para crear registros de enfermería de calidad, las anotaciones deben cumplir con las características antes mencionadas, es decir, deben ser objetivas, precisas, completas, concisas, actualizadas, bien organizadas y confiables (4).

2.2.4.2. Reportes de Enfermería

Siempre que se considere que la información es lo suficientemente significativa como para transmitirla, es seguro asumir que es igualmente lo suficientemente significativa como para documentarla. Es una práctica general transcribir toda la información que ha sido abstraída, por ende, el método y el contenido de dicha documentación son de suma importancia tanto para el paciente como para el médico a fin de protegerse contra posibles acciones legales (45).

Para mantener la precisión y la calidad de los datos de la evaluación, es fundamental completarla sin demora, ya que posponer el registro de estos datos puede dar lugar a errores u omisiones que luego pueden malinterpretarse como resultados de baja calidad. Si es necesario abandonar la unidad antes de que se complete la evaluación, es importante documentar por escrito los puntos más significativos. Se recomienda evitar confiar únicamente en la memoria y, en su lugar, registrar estos puntos en un pequeño cuaderno de bolsillo que se pueda transcribir en los registros oficiales en la primera oportunidad (46).

Al tomar notas, es importante usar tinta no lápiz, como un bolígrafo o marcador, y escribir de manera legible, incluso cuando el tiempo lo apremia. Las notas que no pueden ser leídas por otros no son de utilidad para nadie y si en cinco años más tarde son llamados a la corte para recordar lo que ocurrió, incluso el autor original puede no ser capaz de interpretarlos. Además, las anotaciones al azar o indescifrables pueden jugar en su contra en la corte, ya que pueden verse como evidencia de conducta negligente (8).

Al usar abreviaturas, es importante usar solo aquellas que sean aceptadas universalmente y descritas en el Manual de Seguridad del Paciente de la OMS, estas no puedan dar lugar a confusión o mala interpretación, como, por ejemplo, en diagnósticos médicos, se suele usar la abreviatura "IR", pero se puede malinterpretar fácilmente como "insuficiencia renal" o "insuficiencia respiratoria". Cuando se cometen errores en la escritura, es importante corregirlos de manera que se conserve el texto original, esto significa evitar el uso de líquido corrector o desdibujar las palabras de manera que sean ilegibles. En su lugar, los errores se deben tachar con una línea y marcar con paréntesis y colocar la palabra "error". Es fundamental seguir el procedimiento adecuado al realizar cambios en un registro; no hacerlo podría interpretarse como un esfuerzo por ocultar ciertos detalles, lo que se considera una mala práctica en el mundo profesional.

Para mantener registros precisos y organizados, es importante evitar dejar espacios en blanco en el libro de registro. Más bien, se dibuja una línea en los espacios no utilizados. Si se recuerda algo que se debería haber sido registrado en un momento anterior, anótelos como un "apunte tardío". Esto debe ir acompañado de la fecha y hora en que se debió realizar el apunte, así como cualquier detalle relevante. Por ejemplo: el 3-06-2023 a las 15:00, se realizó un apunte tardío con respecto a un paciente que experimentó vómitos después de comer, esta información fue puesta en conocimiento del Dr. Suárez del Área de Medicina Interna por la Lic. Vera.

Al escribir, es importante mantener la objetividad y evitar hacer opiniones o juicios de valor. Si es necesario incluir información subjetiva, es mejor hacerlo usando citas directas de manera textual. Por ejemplo, la afirmación incorrecta sería: "Paciente no asiste a la iglesia", en su lugar "Ella no practica ninguna religión" sería una declaración más precisa. Al comunicarse con un tribunal, es recomendable evitar el uso de términos que tengan una connotación negativa, siendo palabras como "borracho" o "desagradable" podrían transmitir una actitud negativa por parte del personal.

Uno de los motivos más frecuentes de las demandas por negligencia es la violación de la confidencialidad, junto con la falta de documentación precisa

de la información, esta es una razón común para los litigios. Para ser concisos, es importante indicar solo la información necesaria y proporcionar detalles específicos sobre el tema en cuestión, por ejemplo: el paciente informó haber experimentado un dolor agudo en el lóbulo inferior del pulmón izquierdo durante la inhalación, acompañado de una disminución de los sonidos respiratorios; los signos vitales del paciente incluyen una frecuencia respiratoria de 32 respiraciones por minuto, un pulso de 110 latidos por minuto y una lectura de presión arterial de 130/90 mm Hg, se observa la presencia de disnea y ha informado molestias en el pecho.

En los casos en que un paciente se niegue a dar una respuesta a una pregunta, se documenta su respuesta como "no desea responder". Mientras que, al recopilar información de personas importantes en la vida del paciente, se debe asegurar de registrar tanto su nombre como su relación con el paciente. Por ejemplo, si el cónyuge del paciente informa que el paciente es alérgico a la morfina, anote el nombre del cónyuge y su relación con el paciente. Siempre se debe respaldar cualquier afirmación hecha con evidencia. Por ejemplo, si alguien parece estar deprimido, es importante preguntar y recopilar información, de modo que si alguien dice que está "bien" y que "no está triste", pero responde con respuestas breves, evita el contacto visual y expresa desinterés en la conversación, puede ser un signo de depresión.

Se debe asegurar de que otras personas estén informadas de la finalización de tareas relevantes, como la administración de medicamentos, documentándolas con prontitud; es importante tomar las medidas adecuadas en respuesta a las anomalías notificadas o las intervenciones realizadas en respuesta a ellas, ya que al resaltar el estado actual de un individuo, es crucial concentrarse en asuntos o circunstancias notables que revelen su singularidad, se debe evitar decir lo obvio, como "camina por el pasillo con muletas", a menos que esto sea algo fuera de lo común.

Por otra parte, al presentar información, es importante permanecer objetivo y evitar hacer evaluaciones subjetivas, es mejor ceñirse a los hechos y presentarlos de manera neutral, sin agregar opiniones o juicios personales. Al

hacerlo, es más probable que la información se perciba como creíble y confiable. Es correcto gritar una advertencia para que todos se mantengan alejados de sí mismos en caso de un posible arrebató que pueda resultar en arrojar algo a alguien., esto puede ser descrito incorrectamente como “paciente iracundo u hostil”.

Para garantizar la claridad y la precisión, es importante utilizar un lenguaje preciso y evitar el uso de términos vagos o ambiguos como “el vendaje en el abdomen muestra un tono rojo concentrado, que abarca un diámetro de 15 cm”, “El vendaje abdominal muestra un nivel inadecuado de drenaje; es de grado moderado”. Se debe documentar los casos en que los pacientes no cumplen o rechazan los tratamientos prescritos, junto con las medidas correspondientes, por ejemplo, si un paciente declina la educación sobre Diabetes Mellitus alegando que no tiene sentido, se debe anotar esta negativa e informar al médico responsable si esto tiene un impacto significativo en su salud.

Además, para documentar con precisión la serie de eventos, es importante proporcionar descripciones precisas y anotar la secuencia temporal en la que ocurrieron, esto incluye responder preguntas fundamentales como “¿qué sucedió?”, “¿cuándo sucedió?”, “¿cómo sucedió?” y “¿dónde sucedió?”. Se debe tener en cuenta que se proporcione el texto original, una estrategia efectiva para organizar registros es utilizar un recurso mnemotécnico.

De igual forma, para llevar a cabo una intervención de manera efectiva, es necesario tener una comprensión clara de los elementos involucrados, incluidos los datos, las acciones y las respuestas del paciente, en este contexto se usa el término VIRA que significa valoración, intervención, respuesta y acción; mientras que el acrónimo DIE significa datos, intervención y evaluación; por su parte, el acrónimo PIE significa problemas, intervención y evaluación, que son componentes importantes usados para realizar reportes de enfermería.

2.2.4.3. Seguridad del Paciente

El campo de la seguridad del paciente surgió como una disciplina sanitaria en respuesta a la creciente complejidad de los sistemas sanitarios y al consiguiente aumento de los daños a los pacientes en estos entornos (47). Su principal objetivo es mitigar los riesgos, errores y daños experimentados por los pacientes durante la prestación de servicios de salud (48). Una parte integral de esta disciplina es la búsqueda de una mejora constante basada en las lecciones aprendidas de errores pasados y eventos adversos (49).

La prestación de servicios de salud de calidad está supeditada al aspecto fundamental de la seguridad del paciente (50). Es ampliamente aceptado que los servicios de salud deben ser efectivos y seguros, centrándose en las necesidades de las personas. Además, para maximizar los efectos positivos de los servicios de salud de calidad, la prestación debe ser oportuna, justa, coherente y eficiente (51). Para lograr una ejecución exitosa de las estrategias de seguridad del paciente, es vital contar con políticas claras, habilidades de liderazgo efectivas, datos para impulsar mejoras en la seguridad, profesionales de la salud capacitados y la participación activa de los pacientes en su atención (52).

A medida que los entornos sanitarios se vuelven cada vez más complejos, un sistema sanitario maduro debe tener en cuenta el mayor riesgo de error humano. Un ejemplo de dicho error podría ser un paciente hospitalizado que recibe un medicamento incorrecto debido al empaque similar de dos medicamentos (53). En este escenario, la prescripción pasa por varios niveles de atención, comenzando con el médico en el ala correspondiente, pasando por la farmacia y finalizando con la enfermera administrando el medicamento equivocado al paciente. Si se hubiera implementado un proceso de aseguramiento de la seguridad en cada nivel, este error podría haberse detectado y rectificado rápidamente (54).

Asimismo, la ausencia de protocolos uniformes para el almacenamiento adecuado de productos farmacéuticos visualmente similares, la comunicación insuficiente entre los proveedores de atención médica, la ausencia de

confirmación previa a la administración del medicamento y la falta de participación del paciente en su propio cuidado pueden haber contribuido al error en este escenario. Tradicionalmente, el individuo responsable del error (error activo) sería responsable y castigado en consecuencia. Sin embargo, este enfoque no tiene en cuenta los factores sistémicos subyacentes (errores latentes) que llevaron al error. Solo cuando coinciden múltiples errores latentes, un error activo finalmente impacta al paciente (54).

Cabe recalcar que es parte de la naturaleza humana errar y no es realista esperar un rendimiento impecable de las personas que trabajan en entornos complejos y de alto estrés. Creer que la perfección se puede lograr a nivel individual no mejorará la seguridad. En cambio, es crucial crear un entorno libre de errores donde las tareas, los sistemas y los procesos estén diseñados para ser tolerantes a fallas. Por lo cual, es importante la priorización de problemas que produzcan errores para mejorarlos, lo que solo se puede lograr en un lugar de trabajo que fomente la transparencia y la apertura, con una cultura orientada a la seguridad (55).

Esta cultura es aquella en la que los valores, creencias y actitudes de seguridad son muy apreciados y compartidos por profesionales de la salud. Garantizar la seguridad del paciente es crucial para fortalecer los sistemas de salud y lograr una Cobertura Universal de Salud (UHC) efectiva según el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3, que tiene como objetivo promover el bienestar y garantizar una vida saludable para todas las personas en todas las edades (56).

2.2.5. Teoría de Kari Martinsen: Filosofía de la asistencia.

En su modelo de la profesión de enfermería, Kari Martinsen utilizó los marcos teóricos de tres filósofos (57):

Kari Martinsen utilizó el análisis crítico y las prácticas transformacionales de Karl Marx, un reconocido filósofo del siglo XIX, para describir la realidad de la enfermería y la crisis social actual. Martinsen observó que la disciplina estaba arraigada en el positivismo y el sistema capitalista, careciendo de una praxis de liberación donde los que más necesitan asistencia reciben menos.

En su crítica del positivismo, Martinsen discrepa de la forma en que objetiva y deshumaniza a los individuos. La fenomenología de Edmund Husserl, por otro lado, fomenta una actitud reflexiva hacia la realidad científica que reconoce la interconexión de todas las cosas, incluidos el cuerpo y el amor, con otros cuerpos, el mundo y la naturaleza.

La filósofa Merleau-Ponty, que profundizó en las ideas de Husserl, enfatizó el papel del cuerpo humano en el mundo y su conexión con la enfermería, ya que implica el cuidado de otros cuerpos. Su obra, "El cuerpo como actitud natural", destaca esta relación de manera integral.

Según su punto de vista, el enfoque más eficaz para dilucidar un caso, una situación o un fenómeno es mediante el uso de la empatía, el lenguaje y la introspección. Afirma que incluso los aspectos más aparentes deben ser explicados de manera persuasiva. El examen de Martinsen sobre este tema tiene sus raíces en los principios expuestos por Edmund Husserl, específicamente el concepto de evidencia completa e incompleta, en el que varios hechos, cuestiones y circunstancias proporcionan diferentes tipos de evidencia. Explicó que la experiencia y los conocimientos profesionales de una persona crean una variedad de conocimientos que se adaptan cuando se enfrentan a las circunstancias de un paciente (58).

Discutió los principios fundamentales de su teoría, comenzando con el concepto de cuidado, que identificó no solo como el fundamento de la enfermería sino también como un requisito esencial para la existencia. Afirmó que cuidar es un concepto triple que incluye dimensiones prácticas, morales y relacionales. Sin la experiencia que viene con la formación profesional, el cuidado es simplemente una respuesta emocional. Otro término crítico que introdujo fue el de juicio y discernimiento profesional, que son habilidades que están vinculadas a la aplicación práctica. Estas habilidades no consisten solo en observar, escuchar e interactuar físicamente, sino también en ejecutarlas con destreza, donde la discreción indica el nivel de conocimiento que posee el profesional (59).

Según Martinsen, el fundamento de la práctica moral radica en el cuidado, que implica una combinación de empatía y trabajo reflexivo. Esto significa descubrir las formas más efectivas de ayudar a los demás mientras se incorpora el juicio y la sinceridad en la práctica moral. El profesionalismo orientado a la persona requiere una comprensión profunda del conocimiento profesional para ver al paciente como un individuo que sufre y necesita la mejor atención posible. Además, la sinceridad, la confianza, la esperanza y el amor son manifestaciones vitales de la soberanía en la vida y son aspectos esenciales de la creación (60).

La enfermería requiere una comprensión profunda de varios conceptos: la zona intocable, que exige imparcialidad y profesionalismo hacia el encuentro con los demás y la naturaleza; la vocación, que exige encontrar y ayudar a personas afines a través del crecimiento personal y el conocimiento profesional; la mirada del corazón, que implica ver a la persona como un todo y ser sensible a su sufrimiento; y, por último, el ojo que registra, que objetiva y da perspectiva a los observadores mientras la compasión queda fuera de la situación y se reduce a la voluntad de vivir (61).

Los metaparadigmas teóricos que se formaron dentro de esta teoría corresponden al individuo, indicando una relación simbiótica entre la persona y su cuerpo físico. Esta relación no puede dissociarse del entorno social o comunidad en la que existen, ya que interactuamos con nosotros mismos, con los demás y con el mundo a través de nuestros cuerpos. Además, el cuidado o enfermería es más que una tarea fundamental de enfermería y se compone de tres tríadas cruciales: relacional, que implica empatizar con el dolor y el sufrimiento de los demás; práctico, que enfatiza la importancia de la experiencia práctica para aprender a brindar atención; y moral, que exige una conexión genuina con la persona atendida, reconociendo su singularidad sin ningún tipo de menosprecio (58).

El concepto de salud no debe limitarse simplemente al estado físico del cuerpo, sino que también abarca el nivel actual de conocimiento y práctica médica. Ver la salud únicamente como la ausencia de defectos en los órganos es una perspectiva estrecha. Además, el entorno en el que vive un individuo,

que abarca el tiempo, el espacio y la energía, tiene un impacto significativo en su percepción de la salud. Esta amplia comprensión del entorno puede facilitar una relación más significativa entre la enfermera y el paciente (57).

Las declaraciones teóricas postulan que la noción de cuidado es un aspecto esencial del sustento humano. Todos compartimos una conexión con los animales y la naturaleza, al igual que todos somos seres creados. Hay ciertas expresiones que encierran un poder inmenso, que no podemos evitar por su carácter soberano. El cuerpo humano es una entidad holística que sirve como elemento central para la vida y permite a las personas cumplir con su llamado innato. Es de este núcleo que derivamos nuestro amor por nuestros semejantes. La declaración adquiere una forma lógica, según su propósito previsto (62).

Martinsen se caracteriza a sí mismo como inductivo y análogo en su enfoque de pensamiento. Su pensamiento inductivo se basa en sus experiencias de vida personales, y su trabajo en el servicio de salud ha despertado un profundo interés en la filosofía y la historia, que él cree que pueden ayudar a comprender las complejidades de la enfermería. Encuentra que la ontología y la metafísica ofrecen conocimientos sobre aspectos fundamentales de la existencia, la creación y el espacio, todos los cuales son significativos para aplicaciones prácticas en la vida diaria. Para ayudar a comprender los fenómenos de la vida, Martinsen enfatiza la importancia de usar analogías que nos permitan identificarnos con estas experiencias (58).

Martinsen enfatizó la importancia de que su opinión profesional sea valorada y tenida en cuenta. Ella creía que los profesionales deben crear su propio camino hacia cursos de acción alternativos, basados en la práctica de enfermería en lugar de la ciencia. El enfoque de Martinsen está en el cuidado y las expresiones de vida, permitiéndoles el espacio necesario. Esto requiere una reflexión crítica de conceptos y postulados, y el desafío está en desarrollar investigaciones que enriquezcan el conocimiento adquirido a partir de la experiencia, en lugar de empobrecer la práctica, como es el caso del estudio sobre el análisis de los registros clínicos del profesional de enfermería.

2.3 Marco Legal.

Constitución Nacional del Ecuador

Art. 32, dispone que: “La salud es un derecho que garantiza el Estado cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”

Artículo 362, manda: “La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes (...)”

Artículo 7, establece como derecho de todas las personas en relación a la salud, sin discriminación por motivo alguno: “Tener una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como la confidencialidad respecto de la información en ella contenida.”

Código Orgánico Integral Penal

Artículo 179, dispone: “Revelación de secreto. - La persona que, teniendo conocimiento por razón de su estado u oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación pueda causar daño a otra persona y lo revele, será sancionada con pena privativa de libertad de seis meses a un año.”

La Ley de Derechos y Amparo al Paciente

Artículo 4, dispone: “Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.”

Confidencialidad en los documentos con información de salud

Art. 7.- Por documentos que contienen información de salud se entienden: historias clínicas, resultados de exámenes de laboratorio, imagenología y otros procedimientos, tarjetas de registro de atenciones médicas con indicación de diagnóstico y tratamientos, siendo los datos consignados en ellos confidenciales. El uso de los documentos que contienen información de salud no se podrá autorizar para fines diferentes a los concernientes a la atención de los/las usuarios/as, evaluación de la calidad de los servicios, análisis estadístico, investigación y docencia.

Toda persona que intervenga en su elaboración o que tenga acceso a su contenido, está obligada a guardar la confidencialidad respecto de la información constante en los documentos antes mencionados. La autorización para el uso de estos documentos antes señalados es potestad privativa del/a usuario/a o representante legal. En caso de investigaciones realizadas por autoridades públicas competentes sobre violaciones a derechos de las personas, no podrá invocarse reserva de accesibilidad a la información contenida en los documentos que contienen información de salud.

Art. 8.- La gestión documental de las historias clínicas, tanto en formato físico como digital, deberá asegurar un sistema adecuado de archivo y custodia que asegure la confidencialidad de los datos que contienen y la trazabilidad del uso de la información, conforme consta en el “Manual de Normas de Conservación de las Historias Clínicas y aplicación del Tarjetero Índice Automatizado”, aprobado mediante Acuerdo Ministerial No. 0457 de 12 de diciembre de 2006, publicado en el Registro Oficial 436 de 12 de enero del 2007.

Art. 9.- El personal operativo y administrativo de los establecimientos del Sistema Nacional de Salud que tenga acceso a información de los/las

usuarios/as durante el ejercicio de sus funciones, deberá guardar reserva de manera indefinida respecto de dicha información y no podrá divulgar la información contenida en la historia clínica, ni aquella constante en todo documento donde reposen datos confidenciales de los/las usuarios/as.

Art. 10.- Los documentos que contengan información confidencial se mantendrán abiertos (tanto en formato físico como digital) únicamente mientras se estén utilizando en la prestación del servicio al que correspondan, como parte de un estudio epidemiológico, una auditoría de calidad de la atención en salud u otros debidamente justificados y que se enmarquen en los casos establecidos en el presente Reglamento.

Derecho a la información y confidencialidad

Art. 21.- El profesional de la salud informará de manera oportuna a los/las usuarios/as sobre su diagnóstico, estado de salud, pronóstico, tratamiento, riesgos y posibles complicaciones derivadas del uso de los medicamentos y la utilización de procedimientos a los que estarán expuestos, así como las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes.

Art. 22.- Para brindar información relevante del estado de salud de los/las usuarios/as a sus acompañantes, será necesario contar con la autorización explícita de los/las primeros/as. En caso de menores de edad, la autorización será otorgada por su representante legal; en caso de personas que se encuentren temporal o definitivamente privadas de la capacidad de expresar su consentimiento por cualquier medio o en caso de fallecimiento del paciente, se podrá brindar información a su cónyuge, conviviente, pareja en unión libre y familiares hasta el segundo grado de consanguinidad y primero de afinidad.

Art. 23.- Cuando un/a usuario/a mayor de edad acuda directamente a recibir una prestación de salud en compañía de un tercero, se deberá solicitar su consentimiento expreso para que el acompañante esté presente en la consulta. Tal como en otros casos sobre consentimiento informado, el/la usuario/a podrá revocar en cualquier momento esa autorización. Para la prestación de servicios de salud a niños o niñas se deberá contar con la presencia de su madre, padre o su representante legal. En el caso de la

prestación de servicios de salud a adolescentes, la presencia de una tercera persona acompañante será discrecional por parte del usuario, sin que tal discrecionalidad aplique al personal de salud necesario para la atención médica. Al usuario/a no se le puede negar este derecho ni él/ella renunciar al mismo. Estas disposiciones se exceptúan en casos de emergencia.

CAPITULO III

3. Diseño de la investigación

3.1. Tipo de investigación

Nivel: Descriptivo, debido a que se analiza y describe la problemática del llenado de los registros clínicos de enfermería, desde una perspectiva generalizada y en base a precedentes científicos que ayudan a definir e identificar el problema de estudio (63).

Método: Cuantitativo, porque se utilizó un procesamiento estadístico descriptivo para el análisis de la información, por medio de gráficos de porcentajes (64).

3.2. Diseño de investigación

Diseño: No experimental, debido a que no se manipula la variable de estudio, en su lugar se observa el fenómeno del llenado de registros clínicos de enfermería, sin intervenir de alguna manera en el problema (65).

Según el tiempo: Prospectivo, porque se realiza por medio de datos recientes de registros clínicos (66).

Según la ocurrencia de los hechos: Transversal, ya que los datos se recogen en un único momento y lugar, siendo estos el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el 2023 (67).

3.3. Población y muestra

Población: 100 registros clínicos de enfermería de pacientes del área de cirugía del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo. La población es definida como el grupo sujeto de estudio según las características que enmarca el tema de investigación (68).

Muestra: 100% de la población.

3.4. Criterios de inclusión y exclusión

a) Criterios de Inclusión:

- Se evaluaron los registros de enfermería que llenan los Licenciados/as, Auxiliares e Internos/as de Enfermería del área de hospitalización de cirugía de un hospital de Guayaquil.

b) Criterios de exclusión:

- No se evaluaron los registros médicos, de internos de medicina o demás personal que pertenezca al área de hospitalización de cirugía o de enfermeras de otras áreas de un hospital de Guayaquil.

3.5. Procedimientos para la recolección de datos

Para la obtención de los datos se aplicó una guía de observación donde se adaptará el cuestionario CARCE para analizar la calidad de los registros clínicos de los enfermeros del área de hospitalización de cirugía de un área de Guayaquil, la investigadora observó y anotó directamente la información proporcionada por los enfermeros al momento del registro de los reportes enfermeros y demás formularios.

Guía de observación:

La investigación contó con un instrumento de recolección de datos definido como guía de observación, dado que se realizará una evaluación del registro de enfermería por medio de observación indirecta. Dicha guía se basa en una sección con las dimensiones del cuestionario Calidad de los Registros Clínicos de Enfermería (CARCE), que consta de 35 ítems, las dimensiones son estructura (12 ítems), continuidad del cuidado (11 ítems) y seguridad del paciente (12 ítems). Para medir el grado de calidad, la guía de observación proporcionará datos para analizar los ítems y las dimensiones. Se presentarán tres análisis por cada dimensión.

Asimismo, se utilizó la regla de Sturges para calcular el número de intervalos del indicador edad, de $c = 1 + \log_2(N)$ acuerdo con el número de

muestra seleccionada, para esto se usará la siguiente fórmula.

3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.

Se recogieron las guías de observación en copias impresas y luego se pasará a matriz de Excel y al programa SPSS versión 28 para el procesamiento estadístico de la información.

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

Aprobación de tema por parte de la carrera de enfermería UCSG y autorización de la institución hospitalaria.

3.8. Operacionalización de variables

Variable general: Registros clínicos de enfermería.

Tabla 1. Operacionalización de variables

DIMENSIÓN	Indicador	ESCALA
Estructura	<ol style="list-style-type: none"> 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 de 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 sin faltas de ortografía 	<p>1= Ausente 2= Presente</p>

	<p>8. Registros con lenguaje técnico: uso de terminología científica</p> <p>9. La información se encuentra estructurada de forma coherente, fácil de entender</p> <p>10. Realiza los registros con letra legible</p> <p>11. Los registros se encuentran sin alteraciones (tachaduras, enmendaduras)</p> <p>12. Cuenta con la inicial del nombre, seguido por los apellidos paterno y materno de la enfermera responsable del turno</p>	
Continuidad del cuidado	<p>13. Grafica los signos vitales del paciente (temperatura, tensión arterial, pulso, respiración)</p> <p>14. Anota los datos de la valoración focalizada y generalizada</p> <p>15. Registra datos socioculturales del paciente (religión, idioma-dialecto, cultura)</p> <p>16. Anota los juicios clínicos sobre las respuestas del paciente a los problemas de salud reales</p> <p>17. Anota los juicios clínicos sobre las respuestas del paciente a los problemas de salud potenciales</p> <p>18. Documenta la comunicación de los problemas de salud reales/potenciales detectados a otros profesionales de la salud</p> <p>19. Registra las intervenciones de enfermería realizadas para dar solución a las necesidades del paciente</p>	<p>1= Ausente</p> <p>2= Presente</p>

	<p>20. Anota la hora de las intervenciones de enfermería</p> <p>21. Documenta el plan de alta domiciliaria</p> <p>22. Registra las respuestas del paciente a las intervenciones de enfermería con base en las necesidades detectadas</p> <p>23. Anota situaciones pendientes al siguiente turno</p>	
Seguridad del paciente	<p>24. Los datos de identificación registrados corresponden al paciente correcto</p> <p>25. Valoración del dolor (frecuencia, ubicación, duración e intensidad)</p> <p>26. Valoración de alergias</p> <p>27. Anota las características del sitio de inserción de medios invasivos para reducir riesgo de infección</p> <p>28. Anota la fecha de instalación de medios invasivos</p> <p>29. Anota las características específicas de la herida quirúrgica en caso de necesidad</p> <p>30. Registra las características específicas de los drenajes</p> <p>31. Registra los medicamentos administrados especificando nombre, genérico, hora, dosis y vía</p> <p>32. Registra las medidas de seguridad aplicadas en riesgo de caída del paciente</p> <p>33. Anota las medidas de prevención en riesgo de</p>	<p>1= Ausente</p> <p>2= Presente</p>

	<p>úlceras por presión al paciente</p> <p>34. Documenta el apoyo educativo proporcionado al paciente y familiar para contribuir a la seguridad del paciente</p> <p>35. Anota la revaloración del dolor</p>	
--	--	--

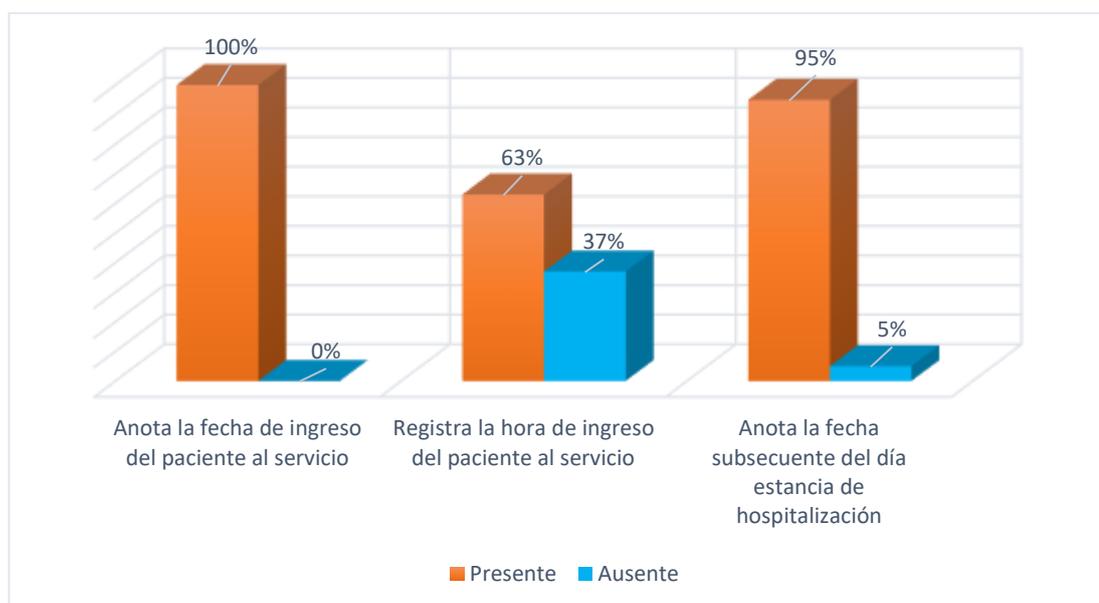
Elaborado por: Vera Mejía Alexandra Magdalena.

CAPITULO IV

4. Presentación y análisis de resultados

Para dar respuesta al primer objetivo específico que consistió en identificar la estructura de los registros de enfermería, se obtuvieron los siguientes resultados

Gráfico 1. Colocación de fecha, hora y día de ingreso o subsecuente



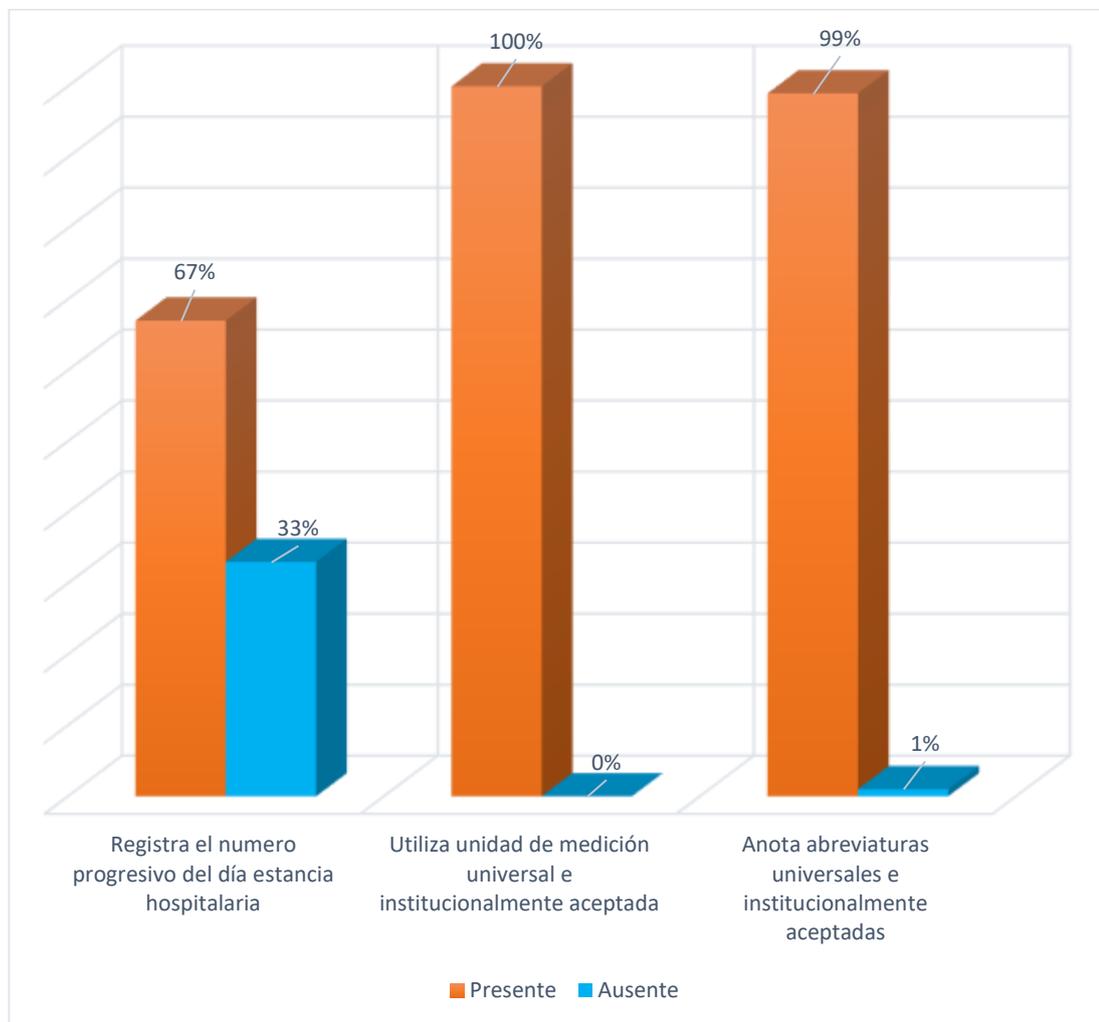
Fuente: Guía de observación de registros clínicos de enfermería del área de cirugía. Elaborado por: Vera Mejía Alexandra Magdalena.

Análisis:

El cumplimiento general de los registros clínicos de enfermería fue de 84.3%. Respecto a la dimensión estructura, el porcentaje de cumplimiento fue de 86.6%. Se encontró que el 100% tenían anotado el día del ingreso a servicios médicos, 63% el momento exacto de dicho ingreso, mientras que 37% no realizaron esta actividad y 95% anotaron la fecha subsecuente del día de estancia de hospitalización. El bajo cumplimiento del registro de fecha se debe a la elevada cantidad de actividades asistenciales (toma de signos vitales, administración de medicamentos, etc.) y administrativas (registro de procedimientos, supervisión de personal interno, auxiliares, entre otros) (69); que realiza el personal de enfermería durante los turnos, que, sumados al

cansancio de las largas jornadas de trabajo, se convierten en un factor de influencia negativa para pasar por alto estos detalles (70).

Gráfico 2. Registro de número del día de estancia, utiliza unidad de medición universal y anota abreviaturas universales



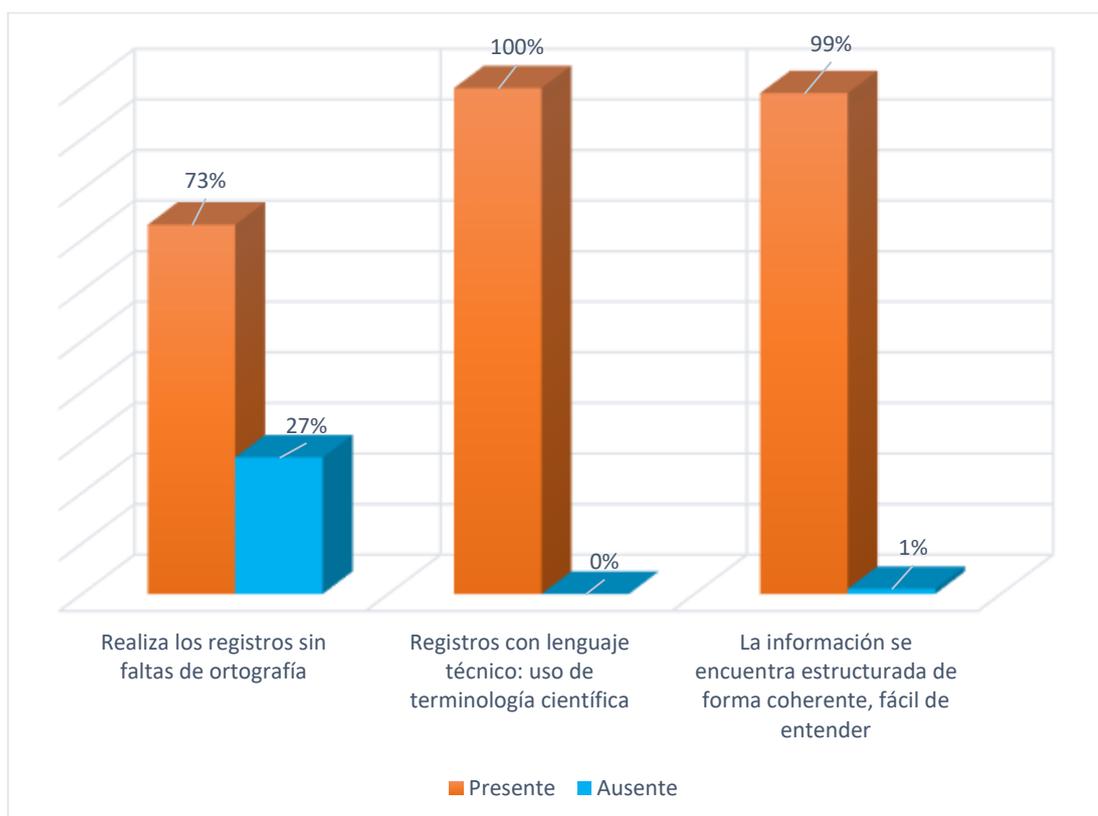
Fuente: Guía de observación de registros clínicos de enfermería del área de cirugía. Elaborado por: Vera Mejía Alexandra Magdalena.

Análisis:

En la estructura de los registros clínicos, donde el 67% estaban realizados de acuerdo con el número progresivo del día de estancia hospitalaria (numeración que se coloca en la parte superior de la página de evolución del paciente), asimismo, el 100% de registros utilizaron un estándar vigente de la institución respecto a la toma de medidas en procedimientos como signos vitales, registro de ingresos-egresos, entre otros. El personal enfermero suele tener inconvenientes para realizar acciones como las descritas porque el

tiempo que tienen para escribir es escaso, pues en su mayoría pasan de pie acompañando al pacientes y aplicando medicamentos (7), en su lugar procuran registrar individuos cuyo estado de salud está más comprometido que el de otros, principalmente por evitar cuestiones legales que de ellos deriven, en otras palabras, hacen una breve selección de los pacientes a quienes registran en detalle como especifica la norma (71).

Gráfico 3. Faltas ortográficas, lenguaje técnico y estructura de la información



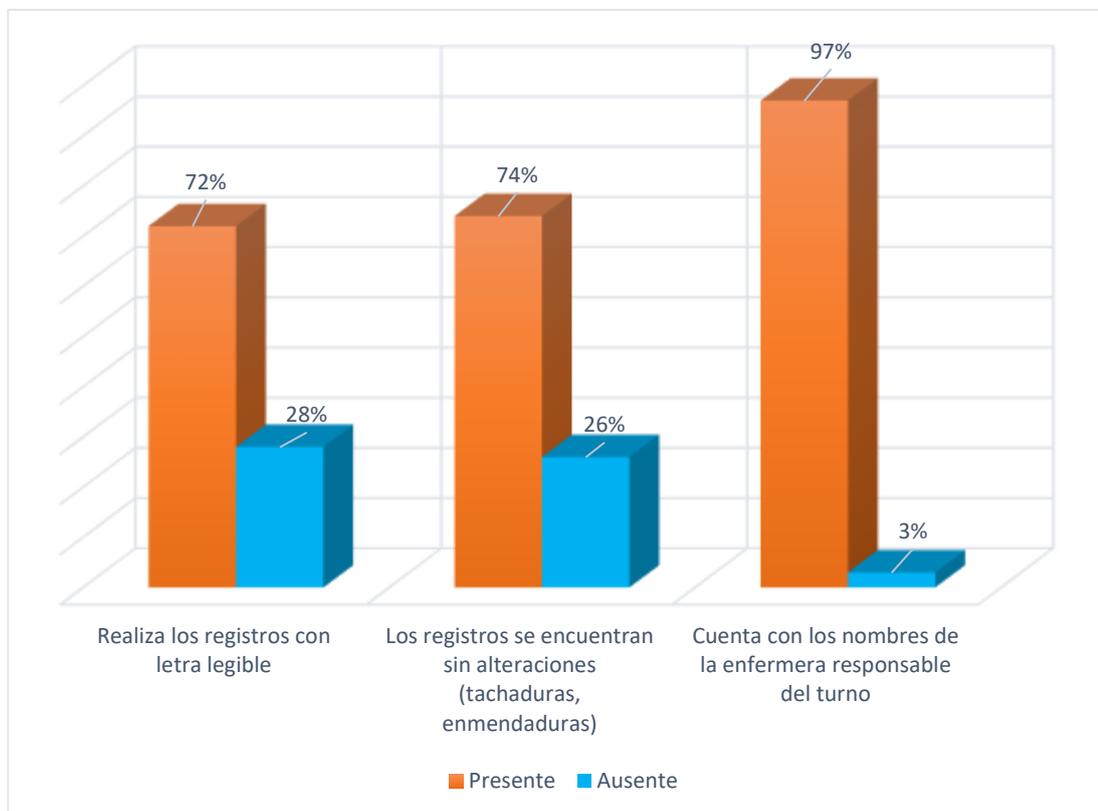
Fuente: Guía de observación de registros clínicos de enfermería del área de cirugía. Elaborado por: Vera Mejía Alexandra Magdalena.

Análisis:

En este gráfico se evidencia que 73% de los registros estaban sin faltas de ortografía, mientras que 27% presentaron déficits en este aspecto; además, el 100% de los registros utilizaron un lenguaje técnico con terminología científica según la competencia respectiva y 99% tuvieron la información estructurada de forma coherente, con fácil capacidad de interpretación. Esto deja entrever que generalmente los profesionales no suelen tener fallas de este tipo durante el registro de las intervenciones, no obstante, la aversión a

la lectura es uno de los potenciales detonantes de esta problemática, ya que hay individuos que tienen un interés reducido por leer y por tanto su léxico y su repertorio de palabras es reducido (72,73).

Gráfico 4. Letras legibles, inalterabilidad y datos del enfermero



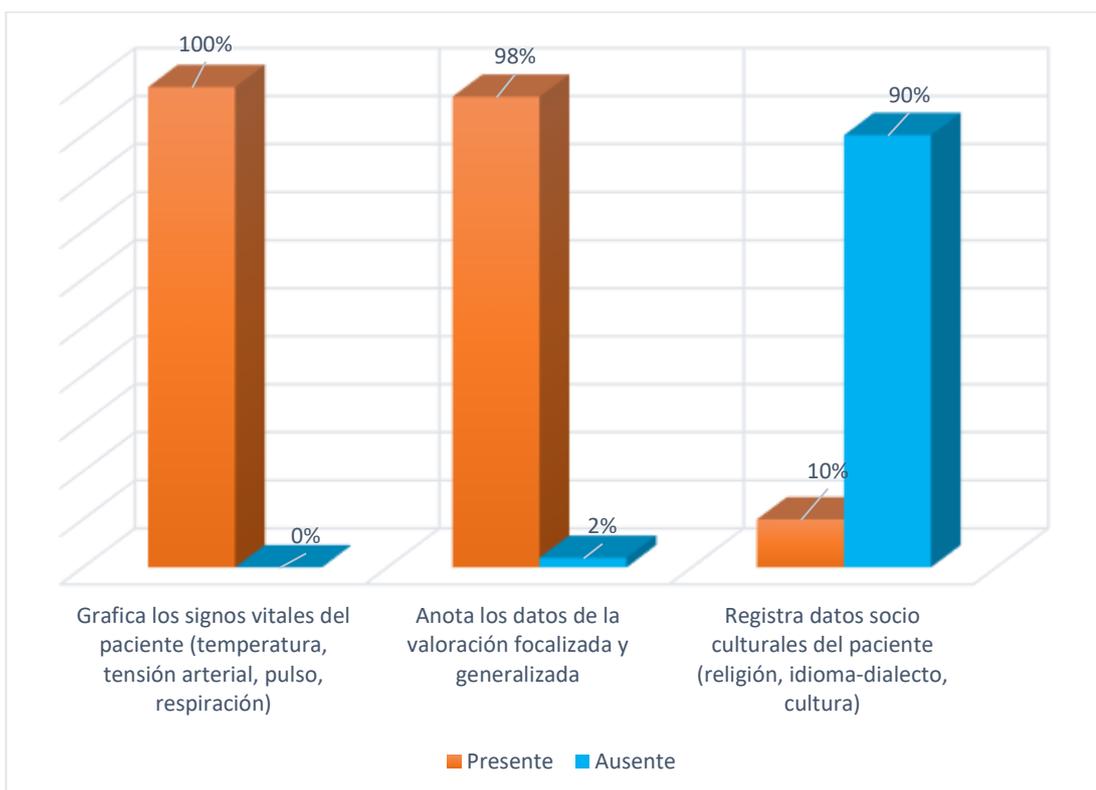
Fuente: Guía de observación de registros clínicos de enfermería del área de cirugía. Elaborado por: Vera Mejía Alexandra Magdalena.

Análisis:

Se observa que el 72% de los registros de enfermería estaban con letra legible, mientras que 28% escribieron de forma que no se interpretaba fácilmente, lo que suponía un peligro potencial de lectura errónea; adicionalmente, 74% de los registros no tuvieron tachones o enmendaduras, pero 26% presentaron estos inconvenientes; de igual forma, 97% de los registros contaron con los nombres del personal de enfermería responsable del turno. El término técnico para mala caligrafía es disgrafía o problemas en la capacidad para transmitir un mensaje de manera escrita, este es un problema que se puede originar desde tempranas edades y que persiste hasta la edad adulta (74), cuyo origen es principalmente por déficit en el aprendizaje y la atención; tiene una influencia significativa en el área laboral cuando el

profesional desempeña funciones de este tipo; en el caso de los profesionales de enfermería cuyos servicios hospitalarios no cuentan con la inclusión de la tecnología en su totalidad, dependen de la escritura para transmitir información (75). Hay algunos casos en que ni siquiera los mismos autores son capaces de entender lo que han escrito.

Gráfico 5. Registro de signos vitales, valoración y datos socioculturales



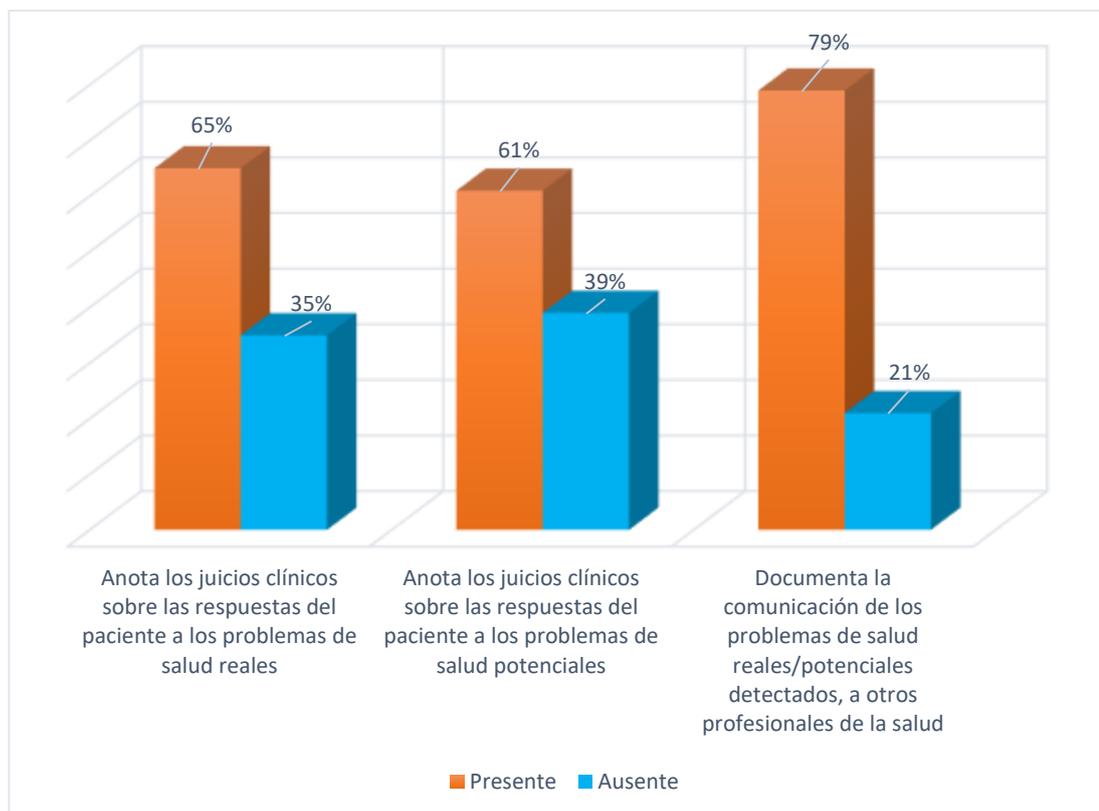
Fuente: Guía de observación de registros clínicos de enfermería del área de cirugía. Elaborado por: Vera Mejía Alexandra Magdalena.

Análisis:

El porcentaje de cumplimiento de la dimensión continuidad del cuidado fue del 75.9%; el 100% graficaron los signos vitales de pacientes como temperatura, presión arterial, pulso y respiración; de igual forma, el 98% registraron los datos de la valoración específica y general realizada al paciente; mientras que una debilidad encontrada consiste en que el 90% de registros no evidenciaron datos socioculturales en la valoración del paciente como la religión, idioma, dialecto y hábitos. Generalmente, las enfermeras no registran los datos socioculturales porque se consideran intrascendentes en el proceso de atención al paciente, no obstante, estos datos pueden transmitir información

relevante respecto a hábitos, estilo de vida y cultura, que pueden ayudar en la búsqueda de solución a problemas de salud o enfermedades que no se puede explicar su origen (7).

Gráfico 6. Juicio clínico y documentación de problemas reales y potenciales



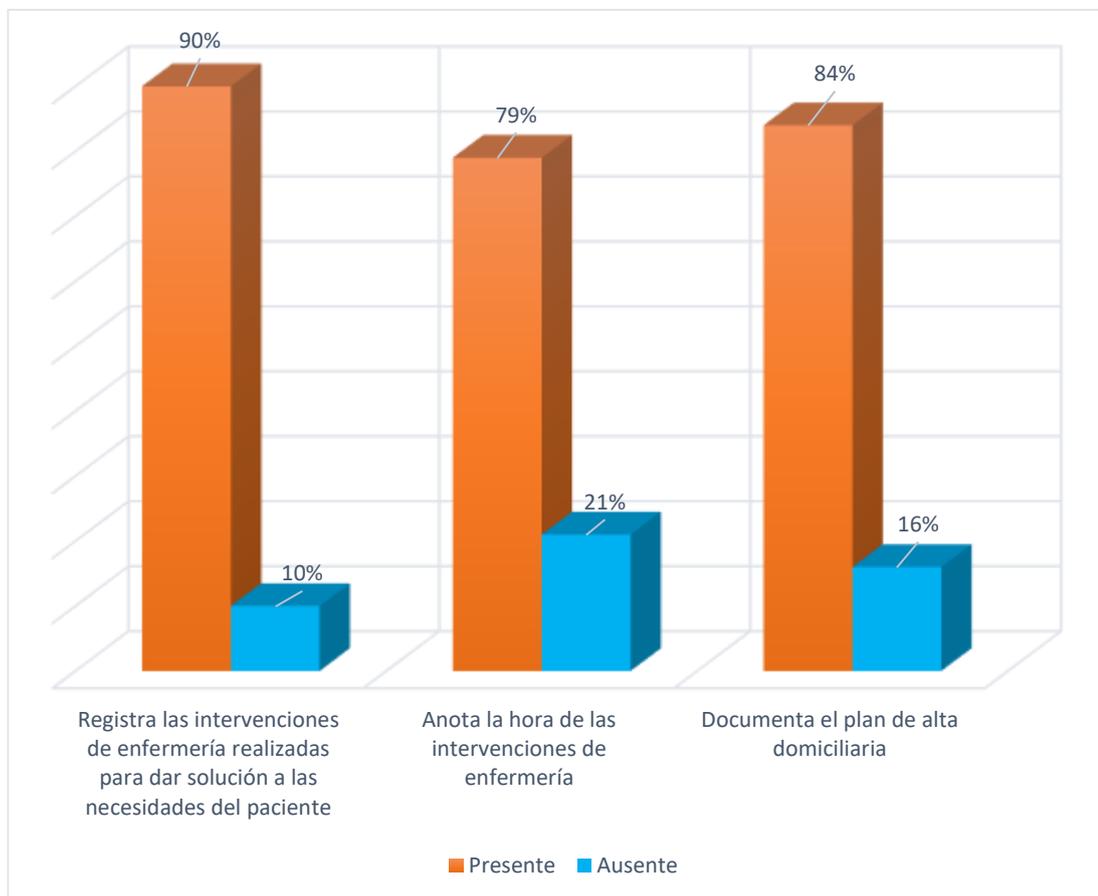
Fuente: Guía de observación de registros clínicos de enfermería del área de cirugía. Elaborado por: Vera Mejía Alexandra Magdalena.

Análisis:

El gráfico muestra todos los indicadores respecto al cuidado del paciente que se toman en consideración en los registros de enfermería, se observa déficit de un 35% al registrar los juicios clínicos acerca de las respuestas del paciente a problemas de salud reales, mientras que, en cuanto al registro de los juicios clínicos sobre respuestas del paciente a los problemas de salud potenciales el 39% no considera este aspecto. Las enfermeras no registran los juicios clínicos en base a problemas de salud reales o potenciales, generalmente porque desempeñan sus funciones de manera mecánica, adaptadas al entorno de trabajo extenuante y exigente, ya que lidian con una cantidad de pacientes elevada, fijándose únicamente en el diagnóstico médico que reposa

en las historias clínicas y hojas de evolución, además porque no tienen tiempo para hacer una valoración real del estado de salud del enfermo y aplicar modelos como el de patrones funcionales u otros (76).

Gráfico 7. Registro de intervenciones de enfermería y plan de alta



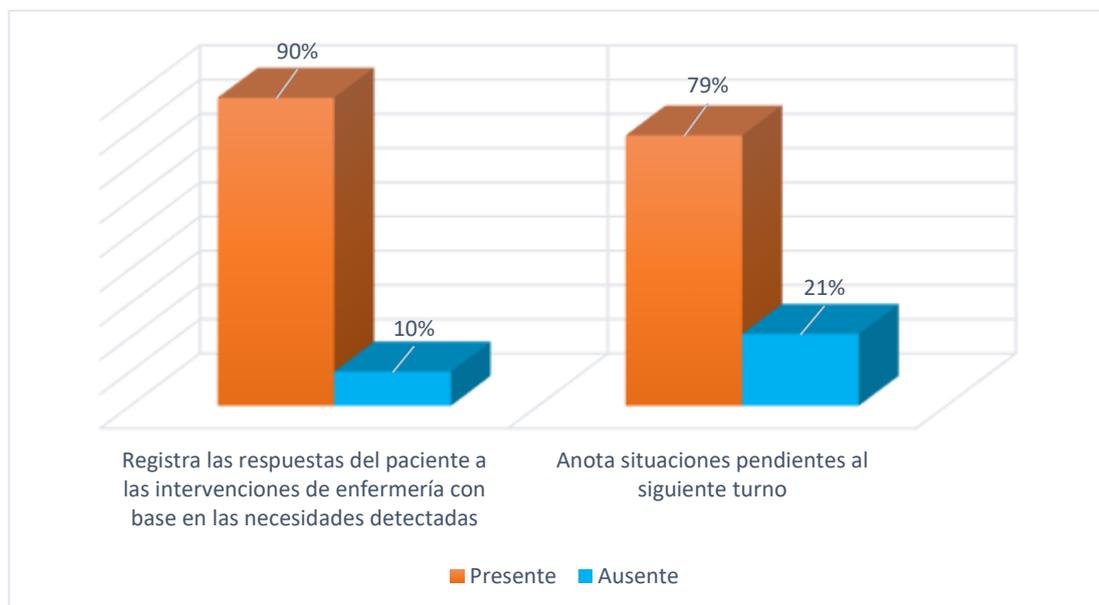
Fuente: Guía de observación de registros clínicos de enfermería del área de cirugía. Elaborado por: Vera Mejía Alexandra Magdalena.

Análisis:

Al observar el gráfico podemos evidenciar que el 90% de los registros contenían actividades enfermeras destinadas a recuperación, mientras que 79% registraron la hora a la que se aplicaban las intervenciones de enfermería y 21% no registraron este aspecto; por otra parte, el 84% evidenciaban el plan de alta domiciliaria y 16% no tenían esta información. Existe el fallo de omitir la colocación de la hora de las intervenciones porque generalmente, debido a la demanda, las enfermeras se organizan de modo que empiezan haciendo primero las intervenciones asistenciales como toma de signos y administración de medicamento; al momento que culminan con ello, suelen

dejar el registro de dichas acciones para el final de jornada previo a la entrega de turno, situación que no garantiza la hora precisa en la que se realizó determinado procedimiento (77).

Gráfico 8. Registro de respuesta del paciente a las intervenciones y pendientes



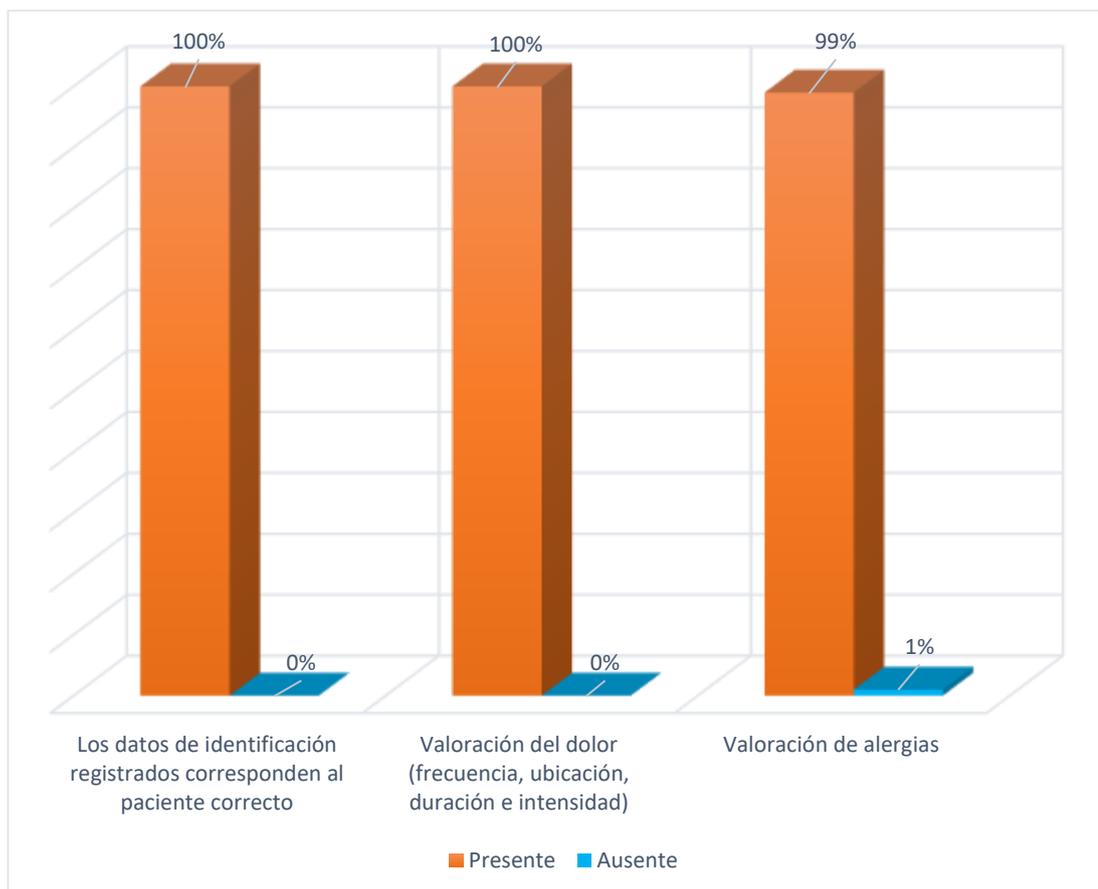
Fuente: Guía de observación de registros clínicos de enfermería del área de cirugía. Elaborado por: Vera Mejía Alexandra Magdalena.

Análisis:

La figura muestra que el registro de respuestas del paciente con base a las necesidades detectadas, el 90% de los registros clínicos contenían esta información, mientras que el 10% no la tenían; por otra parte, el 79% tenían anotadas situaciones pendientes para el siguiente turno y 21% no registraron estos datos de relevancia para el cambio de turno. Las actividades que se registran para el turno siguiente están acorde a la continuidad de los cuidados y son un respaldo para no perder la secuencia de tratamientos antibióticos, pruebas de laboratorio y pendientes. Las enfermeras omiten determinadas situaciones para el turno siguiente debido al agotamiento físico y mental que deja una jornada laboral, ya que enfermería tiene una carga pesada respecto a otras profesiones en el área de la salud, esto, junto a situaciones personales pueden culminar en distracción u omisión de detalles al momento del registro y de la entrega de turno (78).

Para dar respuesta al tercer objetivo específico que consistió en categorizar la seguridad del paciente de los registros de enfermería, se obtuvieron los siguientes resultados:

Gráfico 9. Identificación del paciente, valoración del dolor, valoración de alergias



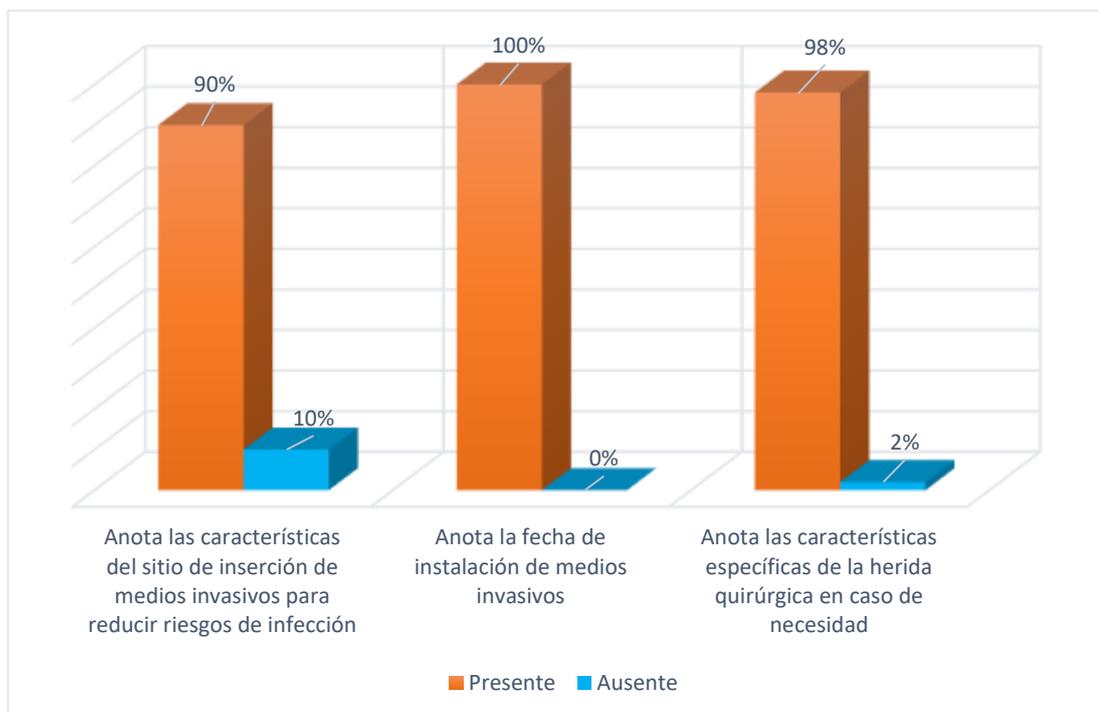
Fuente: Guía de observación de registros clínicos de enfermería del área de cirugía. Elaborado por: Vera Mejía Alexandra Magdalena.

Análisis:

El porcentaje de cumplimiento de la dimensión seguridad del paciente fue 90.5%; en este gráfico se evidencia la identificación del paciente, donde el 100% registraron datos de identificación correcta del paciente, 100% realizaron la valoración del dolor, donde analizaron la frecuencia, ubicación, duración e intensidad; por último, el 99% registraron la valoración de las alergias. Existe una constante que refleja que este aspecto es muy bien abordado por los profesionales de enfermería, quienes no suelen cometer el error de omitir el nombre del paciente. Los datos de identificación de los

pacientes son los principales indicadores de calidad de la atención, por lo que hay un esfuerzo institucional especial en esta característica, lo que hace que las enfermeras tengan muy en cuenta este detalle (79).

Gráfico 10. Características de medios invasivos y de heridas quirúrgicas

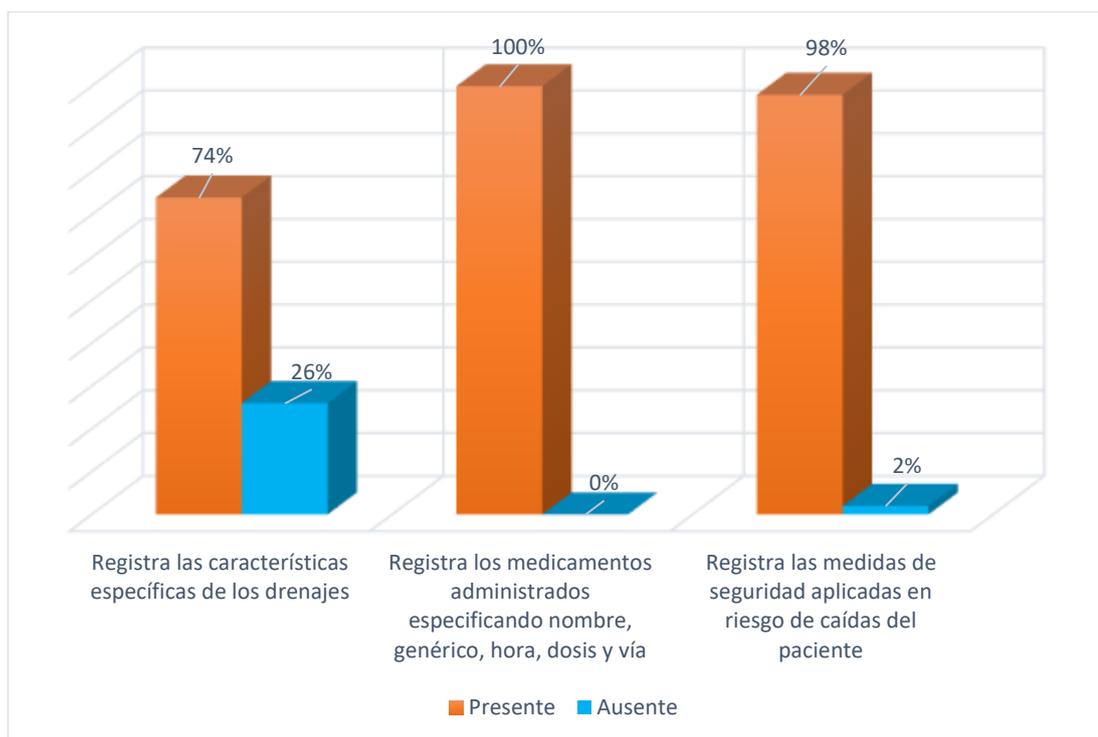


Fuente: Guía de observación de registros clínicos de enfermería del área de cirugía. Elaborado por: Vera Mejía Alexandra Magdalena.

Análisis:

En esta figura se observa un alto porcentaje de cumplimiento en cuanto a estos indicadores sobre la seguridad del paciente. Sin embargo, existe un 10 % que no registró las características del sitio de inserción de medios invasivos que servían para reducir el riesgo de infección. Los registros clínicos tienen elevada relevancia cuando se trata de dar cumplimiento de las actividades de seguridad del paciente, en donde se incluye la práctica de revisión de medios invasivos, entre los principales datos que se deben considerar son los responsables del procedimiento, fecha con máximo 3 días de aplicación, hora y tamaño del calibre del catéter (80). Usualmente las enfermeras realizan el registro de estas actividades, pero cuando se pasa por alto aquello es por el ajetreo del cambio de guardia, cuando los catéteres se infiltran y los enfermeros deben dejar solucionado para el cambio entrante (81).

Gráfico 11. Características de drenajes, medicamentos y riesgo de caída

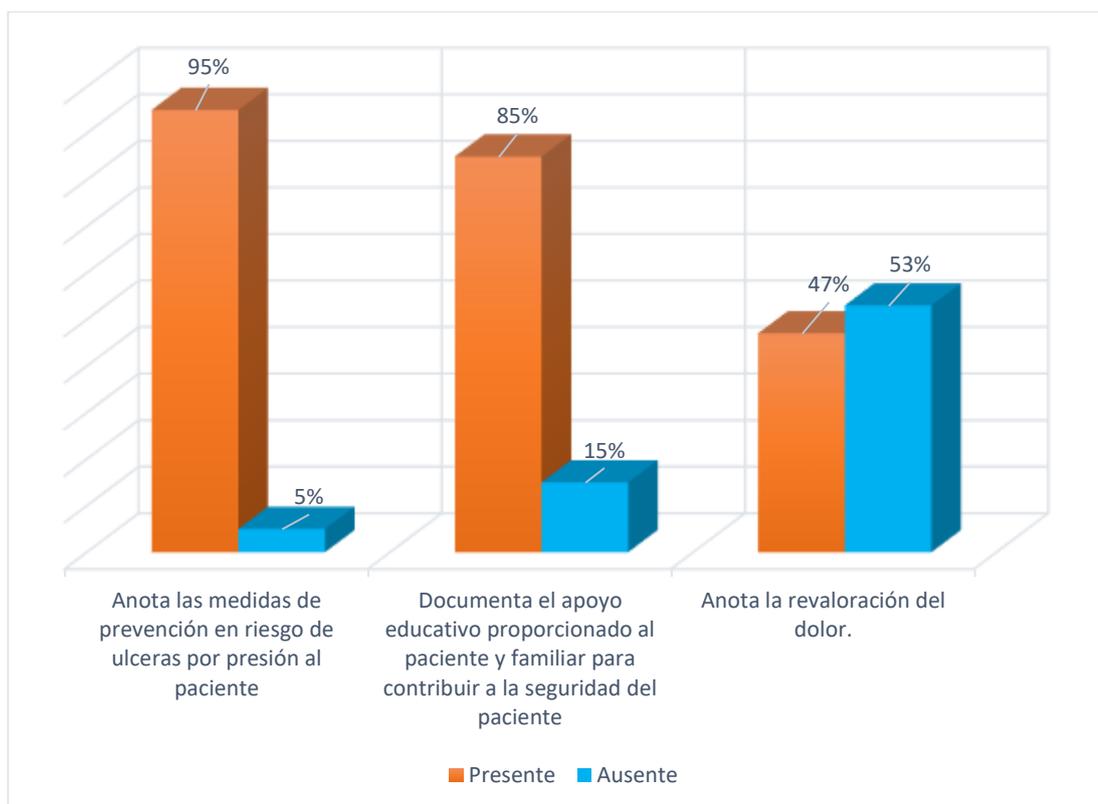


Fuente: Guía de observación de registros clínicos de enfermería del área de cirugía. Elaborado por: Vera Mejía Alexandra Magdalena.

Análisis:

Se encontró que el 74% de los registros clínicos enfermeros registraron las características específicas de drenajes y el 26% no tenían esta información evidenciada; por otra parte, 100% tenían registro de los medicamentos administrados donde se especificaba el nombre genérico, hora dosis y vía; también el 98% registraron las medidas de seguridad que se aplicaron en el caso de riesgo de caídas del paciente. Las causas por las cuales las enfermeras no suelen reflejar las características del drenaje en las historias clínicas es cuando el personal que realiza dicha actividad no es el mismo personal que la registra, suele suceder cuando hay apoyo del personal interno, donde se organizan las actividades operativas y administrativas (46).

Gráfico 12. Registro de medidas contra úlceras, apoyo educativo y revaloración del dolor



Fuente: Guía de observación de registros clínicos de enfermería del área de cirugía. Elaborado por: Vera Mejía Alexandra Magdalena.

Análisis:

Se observa que el 95% de los registros clínicos tenían anotado las medidas de prevención en riesgos de úlceras por presión al paciente; además, el 85% evidenciaron documentado el apoyo educativo que se les daba a los usuarios y familiares de los mismos para contribuir con la seguridad del paciente, aunque el 15% no tenía esta información; por último, el 53% de los registros clínicos enfermeros no tenían anotada la revaloración del dolor. Los temas referentes a la seguridad del paciente en el ámbito de la educación por parte del enfermero en el proceso de enfermedad es una de las principales debilidades en los entornos médicos y que compromete la calidad de los servicios prestados. Las causas por las cuales no se registran estos temas y la revaloración del dolor es porque en realidad no se aplican dichos procedimientos, sobre todo por la elevada demanda de atención en las áreas de hospitalización, formularios escritos que debe llenar el personal de

enfermería, entre otros; todo en conjunto limita la calidad con que el profesional evidencia sus intervenciones y afecta de manera general la calidad de atención (46).

5. Discusión

En lo concerniente a la estructura de los registros clínicos de enfermería, se encontró que el 100% anotaron fecha de ingreso, 63% hora de ingreso, 95% fecha subsecuente; 67% números de página, 100% utilizaron unidad de medición, 100% anotaron abreviaturas institucionalmente aceptadas. Esto coincide con lo encontrado por Chacón (19) en Ibarra – Ecuador, quienes hallaron en un estudio similar un 90% de registros que contenía fecha y hora de procedimientos e intervenciones, 94% registraron ingreso del paciente, 60% poseía todas las normas de elaboración y 80% usaron abreviaturas estandarizadas. De igual forma, coincide con Ferreira et al. (17) en Brasil, donde los registros mostraron una buena adhesión a terminologías estandarizadas.

Se evidenció un 73% de registros sin faltas de ortografía, 100% con lenguaje técnico, 99% con información estructurada coherentemente; 72% tenían letra legible, 74% no tuvieron tachones o enmendaduras, 97% contaron con los nombres del personal de enfermería responsable. Esto coincide con lo hallado por Chacón (19) en Ibarra – Ecuador, quienes evidenciaron que 86% de los registros tenían letra clara y legible, 68% no tenían tachones o uso de corrector, 78% sin espacios en blanco y 76% tenían nombres del enfermero responsable. Además, Ferreira et al. (17) en Brasil, encontraron que los registros estaban escritos de manera clara y confiable. Adicionalmente Figueira et al. (18) en Argentina, encontró un 97% con buena ortografía, 97% con adecuada gramática y 41% contaban con el código del enfermero responsable.

Respecto a la continuidad del cuidado de los registros de enfermería, el 100% graficaron signos vitales, 98% registraron valoración del paciente, 90% no evidenciaron datos socioculturales; 65% tenían respuestas del paciente a problemas de salud reales, 61% a potenciales, 79% tenían la comunicación de problemas. Esto coincidió con Figueira et al. (18) en Argentina, quienes encontraron que 90% registraron los signos vitales de los pacientes, 20% anotaron la tolerancia a la alimentación que tenían los pacientes y únicamente el 0.2% tenían el diagnóstico enfermero. También, Soza et al. (7) en Perú,

hallaron que la mayoría de los registros tenían los signos vitales como principales indicadores de calidad. De igual forma, convergió con lo hallado por Chacón (19) en Ibarra – Ecuador, quien encontró que 53% tenían los problemas reales y 66% evidenciaron los datos de los pacientes.

Además, el 90% tenía las intervenciones para solucionar las necesidades del paciente, 79% registraron la hora, 84% el plan de alta domiciliaria; 90% las necesidades detectadas, 79% situaciones para el siguiente turno. Estos datos coinciden parcialmente con Figueira et al. (18) en Argentina, quienes encontraron que 70% colocaron la fecha de ingreso y 40% sí contenían la hora; adicionalmente, Chacón (19) en Ibarra – Ecuador, encontró que 90% registraron la fecha y hora en los registros; de igual forma, en Perú, Soza et al. (7), encontraron que los enfermeros evidencian los eventos para el turno siguiente.

En referencia a la seguridad del paciente en los registros de enfermería, 100% identificaron al paciente, 100% registraron valoración del dolor, 99% valoración de las alergias, 90% la inserción de medios invasivos, 100% fecha de instalación insumos invasivos, 98% características de heridas quirúrgicas. Esto coincide con lo hallado por Figueira et al. (18) en Argentina, quienes encontraron que 99.7% tenían la identificación del paciente donde incluyeron nombres y apellidos.

Adicionalmente el 74% evidenciaron características de drenajes, 100% medicamentos administrados, 98% medidas de seguridad de caídas; 95% registraron medidas de prevención de úlceras, 85% apoyo educativo a usuarios y familiares, 53% no tenían anotada la revaloración del dolor. Esto coincide con lo hallado por Cuevas et al. (16) en España, quien identificó que los registros clínicos contenían en la mayoría la evidencia de educación que se realizó tanto al paciente como al familiar, así como las medidas de bioseguridad que debían respetar para cuidar su seguridad. Adicionalmente, Soza et al. (7) en Perú, hallaron que los registros de enfermería tenían como fortaleza la evidencia de la administración de medicamentos, así como la evidencia de la valoración de riesgo de caídas y de úlcera por presión.

La metodología utilizada tuvo determinadas ventajas debido a que se pudo explorar el problema en base a la evidencia legal que son las historias clínicas, con los registros específicos del personal de enfermería, quienes además de sus actividades operativas en los turnos, deben de registrar dichas acciones que respalden ética y legalmente su proceder; además, el instrumento utilizado tuvo una estructura que permitió medir eficientemente el problema de los registros clínicos en base a la estructura, continuidad del cuidado y seguridad del paciente, de modo que se identificaron las principales debilidades en estos documentos.

Las desventajas de la metodología utilizada están de acuerdo con la naturaleza no experimental, de modo que no se pudieron formular estrategias para directamente abordar las necesidades que tienen los enfermeros para abordar el problema del déficit de ciertos indicadores en el registro clínico; además, se pudo identificar que una de las causas por el cual las enfermeras tienen problemas al momento del llenado de los registros clínicos es debido a la falta de tiempo de ejecutar estas acciones, pues las actividades operativas consumen casi todo su tiempo, lo cual se respalda por lo encontrado por Soza et al. (7) en Perú, quien argumenta que esta es una de las principales debilidades en los servicios enfermeros de hospitalización.

6. Conclusiones

De manera general todas las dimensiones tuvieron una buena puntuación, aunque no excelente, por lo que se hace énfasis en las principales debilidades encontradas, respecto a la estructura de los registros de enfermería, cerca de un tercio de los registros no contenían la hora de ingreso del paciente al servicio, asimismo, un tercio no registraron el número progresivo del día de estancia hospitalaria, también menos de un tercio tuvieron faltas ortográficas, hubo problemas en la legibilidad ya que la letra era incomprensible en determinados casos y varios se encontraron con alteraciones como tachaduras o enmendaduras.

En lo referente a la continuidad del cuidado de los registros enfermeros, casi el total de registros no evidenciaban datos socioculturales de los pacientes como religión, idioma, dialecto y cultura; más de un tercio no tenían los juicios clínicos en base a problemas reales y problemas potenciales, asimismo, un quinto de estos documentos no tenían evidenciada la comunicación de problemas con otros profesionales de salud, una cantidad significativa no tenía la hora de las intervenciones, ni el plan de alta, por último, un quinto no tenía anotado los pendientes para el siguiente turno.

Finalmente, en la seguridad del paciente, una cantidad representativa no tenía anotado las características del sitio de inserción de medios invasivos como catéteres, un cuarto no registraron características específicas de los drenajes, más de la mitad no anotaron la revaloración del dolor; mientras que un número significativo de registros no documentaron las evidencias de la educación al paciente o al familiar.

7. Recomendaciones

Realizar constantes evaluaciones con un instrumento como el presente, para medir la calidad de los registros clínicos de enfermería, de modo que se identifiquen las principales debilidades no solo en el personal de enfermería sino de todo el equipo de salud.

Considerar las dimensiones e indicadores analizados de los registros clínicos, de modo que se pueda mejorar además de la práctica, la evidencia que se obtiene de estos documentos, puesto que son la principal herramienta de defensa ante un problema legal.

Motivar a estudiantes de enfermería a realizar estudios sobre estas variables que tienen una importancia muy alta en el ámbito administrativo, ya que forma parte de la práctica enfermera profesional y representa una de las principales debilidades y motivos de baja calidad en determinadas instituciones de salud.

8. Referencias

1. Guevara J. Importancia de los registros, la estadística y los sistemas de información para la gerencia de los servicios de salud. Revista de la Universidad Metropolitana de Educación, Ciencia y Tecnología Saluta. 2022 Febrero; 4(3).
2. López , Moreno. Cuidado de Enfermería: Calidad, seguridad y satisfacción del paciente. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. 2023.
3. Hernández , Reyes , García. Cumplimiento de los registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería en un hospital de segundo nivel de atención. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano de Seguridad Social. 2018 Febrero; 26(2).
4. López , Moreno , Saavedra , Espinosa. La importancia del registro clínico de enfermería: un acercamiento cualitativo. Revista Nure Investigación. 2018 Abril; 15(93).
5. OMS. Servicios sanitarios de calidad. [Online].; 2020 [cited 2022 Noviembre 12]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/quality-health-services>.
6. Silva , Beneit , Velasco , Rayón. Enfermería basada en la evidencia: revisión de alcance. Revista Ciencia y enfermería. 2022 Enero; 27.
7. Soza , Bazán , Díaz. Percepción de las enfermeras sobre el uso de sus registros para garantizar la continuidad del cuidado. Revista Ene. 2020 Noviembre; 14(1).
8. Castillo , Villa , Costales , Moreta , Quinga. Calidad de las notas de enfermería en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Polo del Conocimiento. 2021 Agosto; 6(8): p. 672-688.
9. Parra , Peñaloza , Cárdenas , Rey , Amaya , Arboleda , et al. Responsabilidades éticas en la práctica de enfermería en instituciones de alta complejidad. Revista Cuidarte. 2019 Diciembre; 10(3).
10. Vázquez , Alvarado , López , Sánchez , Ibarra , Rosa DI, et al. Calidad de .los registros clínicos de enfermería en una institución de salud del puerto

- de Veracruz. South Florida Journal of Development, Miami. 2022 Febrero; 3(1).
- 11 Torres , Zurita , Vicente , Hernández. Indicadores de evaluación de los registros clínicos de enfermería: Implementación de una herramienta tecnológica. Revista Horizonte sanitario. 2021 Julio; 30(3).
- 12 Charfuelan , Hidalgo , Acosta , Espejo , Tibaquicha , Montaña , et al. Paso de guardia en enfermería: Una revisión sistemática. Revista Enfermería universitaria. 2020 Febrero; 16(3).
- 13 Barzallo , Gualacato. Utilidad del reporte de enfermería como evidencia del cuidado a pacientes. Tesis de Pregrado. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo, Facultad de Ciencias de la Salud; 2022.
- 14 Martillo. Calidad de registros de enfermería en el área de medicina interna en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo periodo noviembre 2019 – marzo 2020. Tesis de Pregrado. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas; 2020.
- 15 Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada. La ACESS regula y supervisa la atención de salud de tercer nivel. [Online].; 2020 [cited 2022 Noviembre 15. Available from: <http://www.acess.gob.ec/la-acess-regula-y-supervisa-la-atencion-de-salud-de-tercer-nivel/#:~:text=00030-2020%2C%20en%20el%20artículo,la%20salud%2C%20prevención%20de%20enfermedades%2C>.
- 16 Cuevas , González , Álvarez , Barrera , Almeida , González , 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. 2019 Junio; 22(2): p. 168-175.
- 17 Ferreira , Da Silva , Araújo. Calidad de los registros de enfermería en el posoperatorio. Revista Cubana de Enfermería. 2022; 38(4).
- 18 Figueira , Canova , Garrido , Tallarita , Boyardi , Cisneros. Calidad de los registros clínicos de enfermería de una Unidad de Terapia Intensiva - Neonatal. Enfermería Global. 2022 Septiembre; 21(3).

- 19 Chacón S. Calidad de los reportes de enfermería basados en el método .soapie en el Hospital Alberto Correa Cornejo. Yaruqui, 2018. Universidad Técnica del Norte. Facultad Ciencias de la Salud. 2019.
- 20 Barzallo , Gualacata. Utilidad del reporte de enfermería como evidencia del .cuidado a pacientes. Universidad Nacional de Chimborazo. Facultad Ciencias de la Salud. 2022.
- 21 Vera , Olaya , Suconota. Manejo del Soapie en los reportes de enfermería .en un hospital general del Ecuador. Polo del Conocimiento. 2022 Agosto; 7(8): p. 1292-1308.
- 22 Hernández , Gasch. Cuestiones éticas en los registros clínicos de un grupo .de pacientes terminales ingresados en un hospital de tercer nivel. Carencias y mejoras. Revista Española de Salud Pública. 2020;(94).
- 23 De Souza , Martão. Análisis ético-legal de registros clínicos de cursos de .grado en odontología en Brasil. Revista Bioética. 2020 Septiembre; 28(3).
- 24 Jaramillo , Cambizaca , Macas. Calidad y utilidad de los reportes de .enfermería en los procesos asistenciales de los pacientes. Hospital Isidro Ayora. Revista Ocronos. 2020 Junio; 3(2).
- 25 Cuevas , González , Álvarez , Barrera , Almeida. Diseño y validación de un .nuevo registro clínico de enfermería, para la continuidad de los cuidados y seguridad del paciente en hemodiálisis. Enfermería Nefrológica. 2019 Junio; 22(2).
- 26 Díaz , Castro. Evaluación de la hoja de enfermería de una Unidad de .Cuidados Intensivos. Revista Ciencia y Cuidado UFPS. 2022 Abril; 19(1).
- 27 Guato , Guarate. Influencia de la aplicación del formato soapie de los .registros de enfermería y su relación con los aspectos ético legales. Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud. Carrera de Enfermería; 2018.
- 28 Farfán , Elizalde , Encalada. Rol del interno rotativo de enfermería en los .procesos de atención hospitalaria y comunitaria. una perspectiva real. Revista Ocronos. 2020 Abril.
- 29 Fernández , Ruydiaz , Del Toro. Notas de enfermería: una mirada a su .calidad. Revista de Salud UniNorte. 2016; 32(2): p. 337-345.

- 30 Martín L. Utilidad de los registros de enfermería en la calidad de los cuidados enfermeros. Universidad de Valladolid, Facultad de Enfermería de Valladolid; 2020.
- 31 Chamba , Paccha , Aguilar , Romero , Rodríguez. Evaluación del Proceso de Atención de Enfermería en un Hospital Obstétrico. Ciencias de la Salud. 2021 Agosto; 7(4): p. 638-647.
- 32 Medina , Barrios , Cabeza , Guillén , González , Estupiñán. Utilización del proceso enfermero en atención primaria en Canarias. Ene. 2021 Diciembre; 15(1).
- 33 Rodríguez , Hernández , Cruz , Lavoignet. Proceso enfermero aplicado a un paciente con úlceras por presión. Vive Revista de Salud. 2020 Diciembre; 3(9).
- 34 Miranda , Rodríguez , Cajachagua. Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso. Revista Enfermería Universitaria. 2020 Abril; 16(4).
- 35 Sardina , Moldes , González. Proceso de atención de Enfermería en un paciente con gastroquiasis. A propósito de un caso. Revista Médica Electrónica. 2020 Abril; 42(2).
- 36 Figueiredo , Barbosa , Thibau , Reis , Silva , Leite. Seguridad en la administración de medicamentos: investigación sobre la práctica de enfermería y circunstancias de errores. Enfermería Global. 2019 Diciembre; 18(56).
- 37 Carrasco , Diaz , Cervera , Saavedra , Rodríguez , Tejada. Percepción de las enfermeras sobre la seguridad durante la administración de fármacos al niño hospitalizado. Ene. 2021 Diciembre; 15(1).
- 38 Vergara J. La importancia de la administración segura de medicamentos. [Online].; 2020. Available from: <https://www.enfermeriayseguridaddelpaciente.com/2020/09/09/la-importancia-de-la-administracion-segura-de-medicamentos/>.
- 39 Mijangos , Jiménez , Pérez , Hernández:. Calidad del cuidado de enfermería desde el enfoque de Donabedian en pacientes hospitalizados con dolor. Ciencia y enfermería. 2020 Diciembre; 26(26).

- 40 Guzmán , Santana , Torres. Acciones para fortalecer la calidad de la .práctica de enfermería en el Hospital "Frank País". Infodir. 2022 Marzo;(35).
- 41 Díaz , Martínez , Hernández. Intervención socioeducativa para la práctica .de enfermería uso del indicador trato digno. Sanus. 2021 Febrero; 5(15).
- 42 Beltrán , Velasco. Calidad del cuidado enfermero en personas con .discapacidad en el contexto de America Latina. Enfermería Investiga. 2021; 6(5).
- 43 Amed , Villareal , Alvis. Calidad del cuidado de Enfermería brindado por .profesionales en una ciudad colombiana. Revista Ciencia y Cuidado UFPS. 2019 Agosto; 16(2).
- 44 Torres , Zárate , Matus. Calidad de los registros clínicos de enfermería: .Elaboración de un instrumento para su evaluación. Enfermería universitaria. 2013; 8(1).
- 45 García , Navío , Valentín. Normas básicas para la elaboración de los .registros de enfermería. Nure Investigación. 2007 Marzo;(28).
- 46 Aguirre D. Retos y desafíos de la Enfermería en el mundo moderno. .Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2020 Julio; 19(3).
- 47 Aranaz , Pardo , López , Valencia , Diaz , López , 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. Revista Española de Salud Pública. 2020 Octubre; 92(26).
- 48 Aibar , Barrasa , Moliner , Gutiérrez , Aibar , Ob+on , et al. Circulando hacia .la seguridad del paciente: realidad y deseo. Gaceta Sanitaria. 2019 Noviembre; 33(3).
- 49 Falcones , González. Seguridad del Paciente en el Servicio de Medicina .Interna del Hospital Delfina Torres. Revista Científica Hallazgos 21. 2019; 4(1).
- 50 OMS. Seguridad del paciente. [Online].; 2019. Available from: [.https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety).

- 51 Guevara , Pérez. Rondas por la seguridad del paciente: experiencia en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2019 Marzo; 65(1).
- 52 Rivera , Paredes , Sánchez. Seguridad del paciente hospitalizado en Essalud. AcCietna. 2021 Diciembre; 712(410).
- 53 Mina A. Calidad en salud y seguridad del paciente, ¿entendemos lo que significa? Revista PUCE. 2019 Diciembre;(109).
- 54 Valderrama , Rojas. Enfermería eje central de la seguridad del paciente: desde los indicadores de calidad del cuidado. Revista Cultura del Cuidado Enfermería. 2019 Diciembre; 16(2).
- 55 Gens , Hernández , Castro , Hospital , Oya , Bejarano , et al. Incidentes de seguridad del paciente notificados antes y después del inicio de la pandemia de COVID-19 en atención primaria en Tarragona. Atención Primaria. 2021 Diciembre; 53(1).
- 56 ONU. Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. [Online]. [cited 2023 Junio 1. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>].
- 57 Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería: Elsevier Health Sciences; 2022.
- 58 Perry , Potter , Stockert. Fundamentos de enfermería: Elsevier Health Sciences; 2019.
- 59 Potter , Perry , Stockert , Hall. Fundamentos de enfermería. Edición Premium: Elsevier Health Sciences; 2023.
- 60 Fernández , Ruiz , Torres. Teoría y práctica de los fundamentos de enfermería (I). Bases teóricas y metodológicas: Editorial Universidad de Almería; 2020.
- 61 Antonio , Montes , Ramírez , Landeros. Validación del instrumento de vocación de servicio al cuidado humano en estudiantes de enfermería. Index de Enfermería. 2022 Junio; 30(3).
- 62 Ramírez N. Abordaje conceptual del cuidado para mejorar la práctica de Enfermería. Enfermería en Costa Rica. 2015 Diciembre;(34).

- 63 Caminotti M, Toppi H. Metodología de la investigación social: Caja de herramientas Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Eudeba; 2020.
- 64 Guerrero G, Guerrero C. Metodología de la investigación Ciudad de México: Patria Educación; 2020.
- 65 Hernández , Mendoza. Metodología de la investigación. Las rutas .cuantitativa, cualitativa y mixta Ciudad de México: Mc Graw Hill Education; 2018.
- 66 Mar , Barbosa , Molar. Metodología de la Investigación. Métodos y técnicas .Ciudad de México: Patria Educación; 2020.
- 67 Pereyra L. Metodología de la Investigación: Klik; 2022.
- .
- 68 Zacarías H. Metodología de la Investigación Científica: Amazon Digital .Services LLC - Kdp; 2020.
- 69 Saltos , Pérez , Suárez , Linares. Análisis de la carga laboral del personal .de enfermería, según gravedad del paciente. Revista Cubana de Enfermería. 2018; 34(2).
- 70 Rodríguez , Báez. Epistemología de la Profesión Enfermera. Ene. 2021 .Enero; 14(2).
- 71 Zárate , Mejías. Cuidado perdido de enfermería. Estado del arte para la .gestión de los servicios de salud. Enfermería universitaria. 2020 Abril; 16(4).
- 72 Contreras Á. Análisis de los errores ortográficos en la escritura de los .estudiantes de herencia. Cuadernos de Lingüística Hispánica. 2020 Noviembre; 1(36).
- 73 Custodio , Rodríguez. La ortografía, un breve recorrido hasta formación .docente. InterCambios. Dilemas y transiciones de la Educación Superior. 2021 Junio; 8(1).
- 74 Santana , Llópiz , Sugasty , Gonzales , Valqui. Estudios sobre la corrección .de la disgrafía caligráfica en escolares con discapacidad intelectual. Propósitos y Representaciones. 2021 Abril; 9(1).

- 75 Reyna , Rosales , Ramírez. La disgrafía como elemento limitante del .aprendizaje en la educación básica. Polo del Conocimiento. 2018 Agosto; 3(1).
- 76 Miranda , Rodríguez , Cajachagua. Proceso de Atención de Enfermería .como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso. Enfermería universitaria. 2020 Abril; 16(4).
- 77 Del Valle. La sobrecarga laboral del personal de enfermería que influye en .la atención a pacientes. Revista San Gregorio. 2021 Noviembre; 1(47).
- 78 Casimiro , Mena , Alba. Evaluación del proceso de enlace de turno del .personal de enfermería en un hospital de segundo nivel de atención. Revista de Enfermería Neurológica. 2019; 18(1).
- 79 Acunto , Khoury , Parodi , Estrada. Detección de fallas en las pulseras .identificadoras de pacientes internados. Medicina (Buenos Aires). 2021;(81).
- 80 Pizarro , Urdánigo. Manejo de catéteres periféricos en los pacientes del .área de emergencia y hospitalización medicina interna de un Hospital General de la ciudad de Guayaquil. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas; 2018.
- 81 Guerra , Estévez , Basset , Sánchez. El proceso de enlace de turno de .enfermería,. Revista CONAMED. 2022 Enero; 22(1).

ANEXOS

Anexo 1. Autorización de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil



Guayaquil, 07 de Junio del 2023



Srta. ALEXANDRA MAGDALENA VERA MEJIA
Estudiante de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

De mis consideraciones:

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

Reciba un cordial saludo de parte de la Dirección de la Carrera de Enfermería, a la vez le comunico, que su tema de trabajo de titulación: "ANÁLISIS DE LOS REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE CIRUGÍA DE UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL" Ha sido aprobado por la Comisión Académica de la Carrera, su tutora asignada es la Lic. Olga Muñoz Roca.



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: 380-4600
Ext. 1801-1802
www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-
4671
Guayaquil-Ecuador

Cc: Archivo

Anexo 2. Autorización de la institución



Memorando Nro. IESS-HTMC-CGI-2023-0142-FDQ
Guayaquil, 21 de Junio de 2023

**PARA: ALEXANDRA MAGDALENA VERA MEJÍA
ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

De mi consideración:

Por medio de la presente, informo a usted que ha sido resuelto factible su solicitud para que pueda realizar su trabajo de TESIS “ANÁLISIS DE LOS REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE CIRUGÍA EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL”, una vez que por medio del memorando Nro. IESS-HTMC-CGE-2023-2560-M de fecha 16 de Junio del 2023, firmado por el Espc. Marco Antonio Amores Villacres – Coordinador General de Enfermería, se remite el informe favorable a la misma.

Por lo antes expuesto reitero que puede realizar su trabajo de Tesis siguiendo las normas y reglamentos del hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Atentamente,



JAVIER MEMORATO
CARRILLO UBIDIA

**ESPC. JAVIER CARRILLO UBIDIA
COORDINADOR GENERAL DE INVESTIGACIÓN,
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES – TEODORO MALDONADO CARBO**

Referencias:
- Solicitud

mm

Anexo 3. Instrumento



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

TEMA: ANÁLISIS DE LOS REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE CIRUGÍA EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL.

OBJETIVO: Analizar la calidad de los registros clínicos en el personal de enfermería del área de cirugía en un hospital de la ciudad de guayaquil.

INSTRUCCIONES:

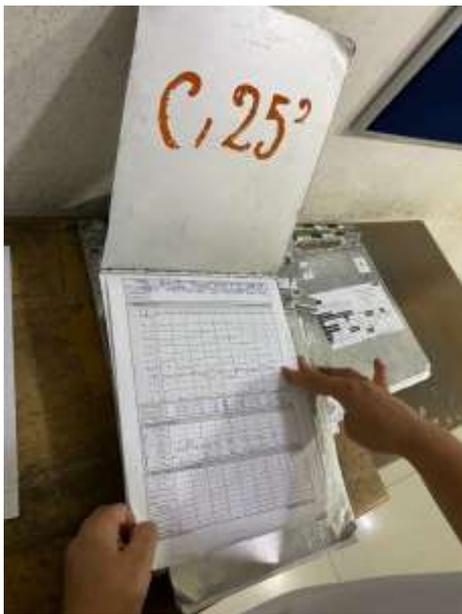
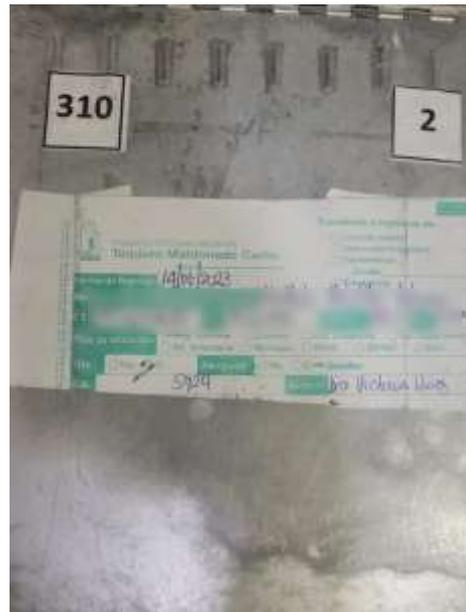
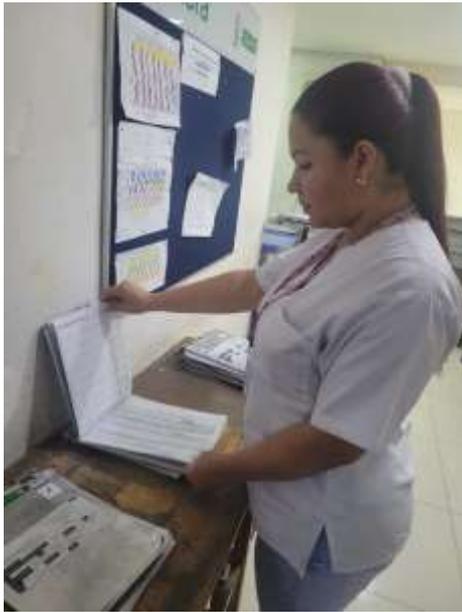
- Responder con un ✓ en todos los indicadores presentes o ausentes del instrumento CARCE.

Guía de Observación			
DIMENSIÓN	ÍTEM	1= Ausente	2= Presente
Estructura	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 sin 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	13. Grafica los signos vitales del paciente (temperatura, tensión arterial, pulso, respiración)		
	14. Anota los datos de la valoración focalizada y generalizada		
	15. Registra datos socioculturales del paciente (religión, idioma-dialecto, cultura)		
	16. Anota los juicios clínicos sobre las respuestas del paciente a los problemas de salud reales		
	17. Anota los juicios clínicos sobre las respuestas del paciente a los problemas de salud potenciales		
	18. Documenta la comunicación de los problemas de salud reales/potenciales detectados a otros profesionales de la salud		
	19. Registra las intervenciones de enfermería realizadas para dar solución a las necesidades del paciente		
	20. Anota la hora de las intervenciones de enfermería		
	21. Documenta el plan de alta domiciliaria		
	22. Registra las respuestas del paciente a las intervenciones de enfermería con base en las necesidades detectadas		
	23. Anota situaciones pendientes al siguiente turno		
Seguridad del paciente	24. Los datos de identificación registrados corresponden al paciente correcto		

	25. Valoración del dolor (frecuencia, ubicación, duración e intensidad)		
	26. Valoración de alergias		
	27. Anota las características del sitio de inserción de medios invasivos para reducir riesgo de infección		
	28. Anota la fecha de instalación de medios invasivos		
	29. Anota las características específicas de la herida quirúrgica en caso de necesidad		
	30. Registra las características específicas de los drenajes		
	31. Registra los medicamentos administrados especificando nombre, genérico, hora, dosis y vía		
	32. Registra las medidas de seguridad aplicadas en riesgo de caída del paciente		
	33. Anota las medidas de prevención en riesgo de úlceras por presión al paciente		
	34. Documenta el apoyo educativo proporcionado al paciente y familiar para contribuir a la seguridad del paciente		
	35. Anota la revaloración del dolor		

Anexo 4. Evidencias fotográficas



Fotografías: Proceso de recolección de información, 100 registros clínicos de enfermería.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Vera Mejía, Alexandra Magdalena**, con C.C: # **1206034520** autora del trabajo de titulación: **Análisis de los registros clínicos de enfermería del área de cirugía en 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, 1 de **septiembre** de **2023**

f. _____

Nombre: **Vera Mejía, Alexandra Magdalena**

C.C: **1206034520**

REPOSITARIO 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 cirugía en un hospital de la ciudad de Guayaquil.		
AUTOR(ES)	Vera Mejía, Alexandra Magdalena		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Lcda. Muñoz Roca, Olga Argentina		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Carrera de Enfermería		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	01 de septiembre de 2023.	No. DE PÁGINAS:	67
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud pública, rol administrativo, intervenciones de enfermería		
PALABRAS CLAVE/ KEYWORDS:	Continuidad del cuidado, enfermería, estructura, intervenciones, registros clínicos, seguridad del paciente.		
RESUMEN/ABSTRACT	<p>Los registros clínicos de enfermería son la principal evidencia ético-legal que se tiene sobre las actividades y procedimientos realizados a los pacientes en las instalaciones hospitalarias, las cuales son una norma que se debe cumplir y aplicar. Objetivo: los registros de enfermería en el área de cirugía de un hospital de la ciudad de Guayaquil. Metodología: descriptiva, cuantitativa, no experimental, prospectiva y transversal, la muestra correspondió a 100 registros clínicos enfermeros. Cuestionario Calidad de Registros Clínicos de Enfermería (CARCE). Entre los principales Resultados: el cumplimiento general de los registros fue del 84.3%, se hallaron debilidades: en <i>estructura</i>, el cumplimiento fue de 86,6%, 63% registraron hora de ingreso del paciente al servicio, 67% registraron el número progresivo del día de estancia hospitalaria, 27% tuvieron faltas ortográficas, 28% tenían letra ilegible, 26% tenían alteraciones como tachaduras o enmendaduras; en <i>continuidad del cuidado</i>, el cumplimiento fue del 75,9%, 10% registraron datos socioculturales como religión, dialecto y cultura, 65% anotaron los juicios clínicos sobre las respuestas del paciente de problemas reales y 39% de problemas potenciales, 79% anotaron para evidencia a otros profesionales de salud sobre estos problemas reales y potenciales; 79% anotaron hora de intervenciones enfermeras, 84% documentaron plan de alta, 47% anotaron la revaloración del dolor. Conclusión: se obtuvo un cumplimiento general del 84.3%, por lo que no se cumplen totalmente los criterios de estructura, continuidad del cuidado y seguridad del paciente, los principales indicadores alterados fueron el registro de datos socioculturales, la revaloración del dolor, pendientes al turno, juicios clínicos entre otros.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593- 986-687-786	E-mail: alexandraveramejia@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Lcda. Holguín Jiménez, Martha Lorena, Msc		
	Teléfono: +593-993142597		
	E-mail: martha.holquin01@cu.ucsq.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			