

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TEMA:

**Análisis de los registros de enfermería en el área
ginecobstetricia de un hospital de la ciudad de Guayaquil.**

AUTORAS:

**Cepeda Yautibug, Tania Marlene
Velasco Guadalupe, María Fernanda**

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

TUTORA:

Lcda. Franco Poveda, Kristy Glenda Mgs.

Guayaquil, Ecuador

1 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 **Cepeda Yautibug, Tania Marlene y Velasco Guadalupe, María Fernanda**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en enfermería**.

TUTORA

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

DIRECTORA DE LA CARRERA

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

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



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Cepeda Yautibug, Tania Marlene**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Análisis de los registros de enfermería en el área ginecobstetricia de 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, a los 01 del mes de septiembre del año 2023

LA AUTORA

f. *Tania C.*
Cepeda Yautibug, Tania Marlene



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Velasco Guadalupe, María Fernanda**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Análisis de los registros de enfermería en el área ginecobstetricia de 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, a los 01 del mes de septiembre del año 2023

LA AUTORA

f. María Fernanda Velasco
Velasco Guadalupe, María Fernanda

REPORTE DE COMPILATIO



Análisis de los registros de enfermería en el área ginecobstetricia de un hospital de la ciudad de Guayaquil.

5%
Similitudes



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

Nombre del documento: CEPEDA - VELASCO (TESIS FINAL) .docx
ID del documento: 325758cb335cd48116b7fc73e18f036bc81ff656
Tamaño del documento original: 837,06 kB
Autores: María Fernanda Velasco Guadalupe, Tania Marlene Cepeda Yautibug

Depositante: María Fernanda Velasco Guadalupe
Fecha de depósito: 4/9/2023
Tipo de carga: url_submission
fecha de fin de análisis: 4/9/2023

Número de palabras: 11.763
Número de caracteres: 79.217

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes

Fuentes principales detectadas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	repositorio.utm.edu.ec Factores que afectan la Calidad de los Registros Clínicos ... http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/5528/7/06 ENF 760 TRABAJO DE GRADO.pdf.txt 2 fuentes similares	1%		📄 Palabras idénticas: 1% (150 palabras)
2	view.genial.ly Info https://view.genial.ly/63dc6aaaf1317e001a3bbc4a/interactive-content-info	1%		📄 Palabras idénticas: 1% (144 palabras)
3	repositorio.utm.edu.ec Análisis de la Situación Laboral de las/os Profesionales de... http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/7337/6/06 ENF 841 TRABAJO DE GRADO.pdf.txt 1 fuente similar	1%		📄 Palabras idénticas: 1% (141 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	Documento de otro usuario #29b f05 📌 El documento proviene de otro grupo	< 1%		📄 Palabras idénticas: < 1% (35 palabras)
2	repositorio.utm.edu.ec Modelo de gestión de seguridad de la información para i... http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/8572/4/04 RED 201 TRABAJO DE GRADO.pdf.txt	< 1%		📄 Palabras idénticas: < 1% (38 palabras)
3	dialnet.unirioja.es https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6442669.pdf	< 1%		📄 Palabras idénticas: < 1% (32 palabras)
4	repositorio.ucv.edu.pe Calidad de los registros de enfermería del servicio de gin... https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/67997?how=full&locale-attribute=es	< 1%		📄 Palabras idénticas: < 1% (29 palabras)
5	www.doi.org https://www.doi.org/10.1590/S0036-36342011000800013	< 1%		📄 Palabras idénticas: < 1% (31 palabras)

AGRADECIMIENTO

A Dios, por la vida y su guía durante toda mi vida. Por su sabiduría y su bendición a lo largo de este período. Por ser mi luz y fortaleza en momentos que necesitada y sentía que no podía más. Por permitirme culminar con éxito esta maravillosa etapa llamada universidad, porque sin él, nada de esto hubiera sido posible. Mi eterna gratitud hacia él.

A mi familia, por ser los pilares fundamentales para cumplir cada meta, por su amor y apoyo incondicional, sobre todo por la paciencia. A mi madre Rosa, por la confianza y brindarme todo lo que necesité a lo largo de esta carrera. A mi hermano Franklin, por la paciencia y brindarme su compañía y protección en cada lugar que la carrera demandaba. A mi padre Acencio, por su constante apoyo mientras estaba a mi lado y ahora aún más desde la distancia.

A mis amigas, que me han acompañado desde la época de colegio, por su constante apoyo y mensajes de aliento.

A mi compañera de tesis, Maria Fernanda, por su amistad desde primer semestre, por su esmero y dedicación durante la realización de este trabajo.

Para culminar, quiero agradecer a mi tutora de tesis, quien con su conocimiento y enseñanza permitió el desarrollo exitoso de este trabajo.

Cepeda Yautibug, Tania Marlene.

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento más profundo y sincero es para Dios, por bendecirme, darme la fortaleza, sabiduría para seguir en este largo camino durante mis años de instrucción académica.

A mi familia, por ser pilares fundamentales para cumplir cada meta que me he propuesto, por su amor y apoyo incondicional. A mi madre Inés, por darme fuerzas, confianza y el apoyo incondicional para poder alcanzar con éxito la culminación de mi carrera universitaria, por guiarme y brindarme todo lo que necesite a lo largo de esta carrera. Inmensamente le agradezco por el sacrificio que ha hecho desde el primer día. A mi hermano Edgar, quien también forma parte esencial de todo este proceso, gracias por siempre tenerme paciencia, por estar presente, apoyarme y acompañarme a cualquier lugar que la carrera demandaba, gracias por siempre llevarme y hacerme sentir protegida. A mi padre, que, aunque ya no convivamos, siempre está pendiente por mi bienestar, por los consejos y enseñanzas que me inculco durante mi niñez y adolescencia. A mis abuelos, tíos y primos por siempre acompañarme y estar presentes a pesar de la distancia.

A mi compañera de tesis, Tania Cepeda, por su amistad desde primer semestre, por su esmero, paciencia y dedicación durante toda la realización del trabajo de titulación. Al final lo hemos logrado.

Para culminar, agradezco a mi tutora de tesis, Lcda. Kristy Franco Mgs, que gracias a su guía y conocimientos inculcados he podido culminar mi trabajo de titulación.

Velasco Guadalupe, Maria Fernanda.

DEDICATORIA

A Dios, por acompañarme y permitirme culminar con éxito esta carrera que tanto he anhelado. A mis padres y a mi hermano; quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación, por su esfuerzo y arduo trabajo que me permitieron alcanzar este logro. Que me han enseñado que el esfuerzo y dedicación tienen su recompensa. Por ellos soy lo que soy hoy en día. Y especialmente, a mi persona, por no flaquear, por creer en mí, por trabajar duro y nunca darme por vencida a pesar de los obstáculos presentados durante este proceso.

Cepeda Yautibug, Tania Marlene.

Esta tesis se la dedico a mi hermano y a mi madre, por su apoyo y amor incondicional, por siempre confiar en mí, apoyarme en todo y siempre aguantar mis cambios de humor, a mi madre por ser la gran mujer y trabajadora que es, siempre esforzándose por superarse y darnos lo mejor a mí y a mi hermano, por inculcarme buenos valores y siempre mantenerme fuerte en cada paso que doy, gracias a ella que es una pieza clave en mi vida que he podido culminar con esta etapa. Los amo con todo mi corazón, gracias por todo lo que hacen por mí.

Velasco Guadalupe, María Fernanda.



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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LCDA. ANGELA OVILDA MENDOZA VINCES, Mgs
DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

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

f. _____

LCDA. MARTHA LORENA HOLGUIN JIMENEZ, Mgs
OPONENTE



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

CALIFICACIÓN

Tania C.

Cepeda Yautibug, Tania Marlene

María Fernanda Velasco

Velasco Guadalupe, María Fernanda

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO	VIII
DEDICATORIA	X
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	XI
CALIFICACIÓN.....	XII
ÍNDICE GENERAL.....	XIII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XV
RESUMEN	XVI
ABSTRACT	XVII
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO I.....	4
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1. Preguntas de investigación.....	6
1.2. Justificación	6
1.3. Objetivos.....	7
1.3.1. Objetivo general	7
1.3.2. Objetivos específicos.....	7
CAPÍTULO II.....	8
2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL	8
2.1. Antecedentes de la investigación	8
2.2. Marco conceptual	12
2.3. Marco legal	25
CAPÍTULO III.....	28
3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	28
3.1. Tipo de estudio	28
3.2. Población y muestra	28

3.2.1. Criterios de inclusión	28
3.2.2. Criterios de exclusión	28
3.3. Procedimiento para la recolección de la información.....	29
3.4. Técnica de procesamiento y análisis de datos	29
3.5. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humano.	29
3.6. Variables generales y operacionalización.....	30
4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	33
5. DISCUSIÓN	44
6. CONCLUSIONES.....	46
7. RECOMENDACIONES	47
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
9. ANEXOS	52

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Numeración, Nomenclatura y Servicios usuarios.....	12
Tabla 2 Operacionalización de variables	30

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Registros sin faltas de ortografía.....	33
Gráfico 2: Registros con letra legible y entendible.....	34
Gráfico 3: Registros sin errores ni alteraciones.	35
Gráfico 4: Análisis porcentual de la estructura de los registros clínicos de enfermería	36
Gráfico 5: Datos socio culturales del pacientes.	37
Gráfico 6: Anota los juicios clínicos sobre las respuestas del paciente a los problemas de salud reales y potenciales.	38
Gráfico 7: Registra las anotaciones de situaciones pendientes al siguiente turno.....	39
Gráfico 8: Análisis porcentual de la continuidad del cuidado de los registros clínicos de enfermería.....	40
Gráfico 9: Características específicas de los drenajes	41
Gráfico 10: Revaloración del dolor.....	42
Gráfico 11: Análisis porcentual de la seguridad del paciente de los registros clínicos de enfermería.....	43

RESUMEN

El registro de enfermería consiste en un modo de comunicación entre los enfermeros y todo el equipo de salud que recogerá la información necesaria sobre las intervenciones. **Objetivo:** Analizar los registros de enfermería en el área ginecobstetricia de un hospital de la ciudad de Guayaquil. **Metodología:** Estudio de nivel descriptivo, de método cuantitativo con diseño prospectivo de corte transversal. **Población:** 100 historias clínicas **Resultados:** En la dimensión de estructura, se obtiene un 75% de presencia, resaltando los indicadores que no se cumplen como: registros con letra legible (20%), sin alteraciones (31%) y sin faltas de ortografía (33%), debido a la cantidad de trabajo durante la guardia. Respecto a la dimensión de continuidad del cuidado, se evidencia que el 63% están presentes a pesar de no evidenciar los registros de datos socioculturales (100%), anotación de juicios clínicos sobre la respuesta a problemas de salud (100%) y anotaciones de situaciones pendientes (33%). Para la seguridad del paciente, se obtiene un 83% de presencia, en los registros clínicos ausentes resaltan: registra las características específicas de los drenajes (80%) no llevan un registro ya que no eran necesarios porque las pacientes no contaban con este medio invasivo y las pocas que si lo tenían si se registró normalmente, la falta de registro de la revaloración del dolor (100%).

Conclusiones: Al analizar los registros clínicos de enfermería estos fueron de calidad regular con un 74% debido a que existe la ausencia de ciertos indicadores de las dimensiones de estructura, continuidad del cuidado y seguridad del paciente.

Palabras clave: Calidad, Registros de Enfermería, Registros clínicos, Instrumento CARCE.

ABSTRACT

The nursing register consists of a mode of communication between nurses and the entire health team that will collect the necessary information on interventions. **Objective:** To analyze the nursing records in the gynecobstetrics area of a hospital in the city of Guayaquil. **Methodology:** Descriptive study, quantitative method with a prospective cross-sectional design. Population: 100 medical records **Results:** In the dimension of structure, 75% of the records were present, highlighting the indicators that were not fulfilled such as: records with legible handwriting (20%), without alterations (31%) and without spelling mistakes (33%), due to the amount of work during the on-call period. Regarding the dimension of continuity of care, it is evident that 63% are present despite not evidencing records of sociocultural data (100%), annotation of clinical judgments on the response to health problems (100%) and annotations of pending situations (33%). In terms of patient safety, 83% of the clinical records were present; the following stand out in the absent clinical records: the specific characteristics of the drains (80%) were not recorded since they were not necessary because the patients did not have this invasive device, and the few that did have it were recorded normally; the lack of record of the reevaluation of pain (100%). **Conclusions:** When analyzing the nursing clinical records these were of regular quality with 74% due to the absence of certain indicators of the dimensions of structure, continuity of care and patient safety.

Key words: Quality, Nursing records, Clinical records, CARCE instrument.

INTRODUCCIÓN

El propósito de este trabajo fue analizar los registros de enfermería en el área gineco obstétrica de un Hospital de la ciudad de Guayaquil. Los registros de enfermería se los definen como el soporte documental en el cual se recopila toda la información sobre la actividad del personal de enfermería relativa a un paciente, así como su valoración, tratamiento recibido y evolución(1).

Los registros clínicos de enfermería son un componente esencial de la atención al paciente, ya que están integrados con su información clínica, exigiendo responsabilidad profesional y legal. Es crucial garantizar que el registro clínico se realice con integridad científica para su calidad y legitimidad(2).

Incluyendo el Proceso de Atención de Enfermería como lenguaje universal para describir y realizar registros clínicos, el instrumento CARCE está compuesto por 35 ítems que reflejan las funciones independientes, interdependientes y dependientes del profesional de enfermería para contribuir a la calidad y seguridad(3). Reunir los puntos claves que debe considerar la documentación de enfermería con los estándares de calidad y seguridad del paciente es por lo que el instrumento CARCE se considera esencial en instituciones de salud públicas y privadas(3).

(CARCE) está conformado por tres dimensiones: estructura, continuidad del cuidado y seguridad del paciente. En la primera dimensión, la estructura hace referencia a los aspectos “de forma” del documento, en este nos indica como el documento debe estar estructurado utilizando un lenguaje técnico-científico que sea comprensible para todos los miembros del equipo de salud; en la continuidad del cuidado se caracteriza por el hecho que de la atención al paciente no debe de ser interrumpida y que se debe llevar a cabo un registro adecuado en las etapas del Proceso de Atención de enfermería; y por último se encuentra la seguridad del paciente que hace referencia a la disminución de riesgos innecesarios derivados de la atención sanitaria mediante la información escrita sobre las medidas de seguridad en diversos aspectos(3).

En la actualidad, la calidad de los registros de enfermería se considera un desafío de carácter mundial. Según diversas investigaciones se argumenta que el registro se ve alterado debido a diversos factores, entre ellos se encuentran la falta de tiempo, la carga asistencial, la presión de las actividades que realizan, así mismo existe dificultad en plasmar por escrito las intervenciones realizadas ya sea por la falta de formación, hábitos y habilidades lingüísticas acorde a la profesión, otra causa suele ser el no contar con formatos semiestructurados que faciliten el registro de los datos(4).

Este estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal, no experimental. La recolección de datos se realizó en base a una hoja de chequeo mediante observación indirecta. La población de estudio estuvo compuesta por 100 historias clínicas del área gineco obstétrica de un hospital de la ciudad de Guayaquil.

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente trabajo de investigación se realizó en la ciudad de Guayaquil, en el Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos dentro del área de ginecobstetricia con el fin de analizar los registros de enfermería ya que en la unidad de trabajo se evidenció problemas durante el proceso de registro por parte del personal profesional de enfermería provocando confusiones debido a inconsistencias en el llenado de los registros presentados en el sistema, tales como reportes de enfermería, elaboración de Kardex y registro de medicamentos e insumos que se encarga de realizar el personal de enfermería.

A pesar de las numerosas aplicaciones de la documentación en enfermería, las investigaciones realizadas en la mayoría de los países indican una calidad deficiente de la documentación de enfermería. Una investigación realizada en Irán muestra que la exhaustividad y la calidad de la documentación de enfermería en Irán no son satisfactorias. En el estudio de Dehghani, se determinó que el 35% y el 48% de las enfermeras tenían documentación incompleta y no habían registrado los casos esenciales, respectivamente y solo el 17% de las enfermeras tenían la documentación deseada(5).

Un estudio realizado en México dentro de la Unidad de Enfermería del Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez se pudo demostrar aplicando el proceso de evaluación de los registros clínicos de enfermería varias omisiones e inconsistencias que no permitieron alcanzar el estándar ideal, ya que de los 6 indicadores que utiliza el instrumento de evaluación, un solo indicador de identificación alcanzo un porcentaje mayor 95% en estatus bueno, tres de los indicadores obtuvo un resultado regular entre 80 y 88%, dos de los indicadores tuvieron un deficiente nivel de cumplimiento con el 65 y 77%(6).

En Ecuador un estudio realizado en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Sagrado Corazón De Jesús en la ciudad de Quevedo, se llevó a cabo un estudio en el cual se evaluaron 126 historias clínicas mediante la utilización del instrumento SOAPIE, para observar si el personal de enfermería realizaba de manera correcta los registros de los pacientes y de este estudio se pudo evidenciar mediante el análisis de los registros de enfermería del hospital, que en cuanto a sus dimensiones de contenido el 73% presenta un correcto llenado de los mismos y el 90% presenta un buen llenado en cuanto a su estructura. Al evidenciar la calidad de los registros se puede observar que no se realiza un correcto llenado de los formatos de Kardex, balance hídrico y el diagnóstico por parte del personal de enfermería(7).

En la actualidad en el Hospital IEES Ceibos se han presentado problemas respecto al proceso de registro de enfermería que realiza el equipo profesional con los pacientes, esto puede deberse a la falta de tiempo por la recarga laboral que tiene cada uno de los enfermeros y que no les permite dedicarle el tiempo suficiente a realizar un correcto llenado, ya que muchas veces por todos los cuidados y procedimientos que realizan durante sus 12 horas de trabajo pueden llegar a olvidarse de redactar todo lo que han realizado en su guardia.

Con la presente investigación realizada, en el Hospital General del Norte de Guayaquil IEES Los Ceibos, se pretende mejorar la calidad de la elaboración de los registros de enfermería, de acuerdo con los estándares establecidos por la herramienta CARCE; de tal forma que constituyan documentos importantes para el desarrollo del cuidado enfermero que permita una mayor organización en el trabajo y que contribuya a ser un medio de comunicación de fácil interpretación entre el equipo multidisciplinario de salud.

1.1. Preguntas de investigación

¿Cómo son los soportes documentales de los registros de enfermería realizados en el área gineco obstétrica?

¿Cuál es la estructura de los registros de Enfermería?

¿Existen continuidad de los cuidados en los registros de Enfermería?

¿Cómo se categoriza la seguridad del paciente en los registros de Enfermería?

1.2. Justificación

Se realizó este tema de investigación debido a que se han observado inconsistencias en la redacción de los registros clínicos del personal de enfermería. Consideramos que el desarrollo de este tema es factible porque el personal de Enfermería debe comprender su importancia y su correcto llenado ya que se consideran documentos legales en el ámbito de la salud.

Se observó que el personal de enfermería realiza sus registros clínicos al término de su turno, y no en el momento preciso. Esto debido a las múltiples tareas que realizan durante su jornada y el poco personal durante el mismo, lo cual ocasiono la omisión de varios datos importantes en el registro y a su vez que este no sea comprensible. Por lo tanto, no permite mantener una comunicación efectiva con el equipo de salud ya que ocasionara que muchas veces no puedan cumplir con las intervenciones necesarias del paciente.

Para realizar este tema se accedió a la base de datos, donde se revisaron los registros clínicos del personal de enfermería mediante una hoja de chequeo, en el que se pudo observar y verificar si el personal del área Gineco obstétrico realiza un apropiado registro clínico respecto a su estructura, continuidad del cuidado y seguridad del paciente. Por medio del análisis pudo observar e informar los errores que comete el personal de enfermería para de esta manera lograr realizar un cambio positivo a la hora de realizar estos registros.

El presente tema de investigación es de gran importancia, ya que ayudo a que los internos y licenciados de Enfermería que laboran en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos mejoren la calidad de elaboración de los registros clínicos y de igual forma optimizar los cuidados de los pacientes, los cuales deben ser individualizados. Así mismo, facilito la transferencia de información a otros profesionales del área.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Analizar los registros de enfermería en el área ginecobstetricia del Hospital del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos confirmando el soporte documental y la calidad de atención de salud.

1.3.2. Objetivos específicos

Identificar la estructura de los registros de Enfermería del área ginecobstetricia del Hospital del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos.

Describir la continuidad del cuidado de los registros de Enfermería del área ginecobstetricia del Hospital del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos.

Categorizar la seguridad del paciente de los registros de Enfermería del área ginecobstetricia del Hospital del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

2.1. Antecedentes de la investigación

En Argentina, Schmidt (2021-2022) realizó un estudio descriptivo con un diseño retrospectivo, transversal, se utilizó una muestra conformada de 195 registros de enfermería del Hospital Público de la Ciudad de Oberá, mediante la cual se midió aspectos de cantidad y calidad en el llenado de los registros del paciente realizado por el personal de enfermería. Esto se midió a través de la lista de cotejo que mide tres dimensiones: estructura con 12 ítems, contenido con 6 ítems y legalidad con 5 ítems. Los resultados demuestran que el 75% de los expedientes clínicos corroboran el cumplimiento de los registros de enfermería, sin embargo, el 25% de ellos representa datos de manera incompleta(8).

En Perú, los autores Alvarado, Llaque, Chian, Rodríguez, Urquiaga y Marino (2019) realizaron un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, mediante el cual se evaluó 20 historias clínicas del servicio de hospitalización del Centro de Salud Materno Infantil El Bosque, para la evaluación de la calidad de los registros se utilizó el Anexo 7. Los resultados obtenidos mostraron que la calidad de los registros de las historias clínicas por parte del personal de enfermería fue de un 100% siendo satisfactoria. La calidad de registro fue satisfactoria en las dimensiones en las que se basó el instrumento de evaluación que fue utilizado para este estudio(9).

En Veracruz, los autores Vázquez, Alvarado, López, Sánchez, Ibarra, De la Rosa, Ochoa y López (2022) realizaron un estudio descriptivo de corte transversal mediante el cual se evaluaron 25 registros de enfermería del área de pediatría de un Hospital del puerto de Veracruz, México. Este estudio pone en evidencia el nivel de calidad de los registros clínicos dando como resulta un 88,5% bueno, por otro lado, un 11,5% aceptable. La investigación realizada demuestra que el personal de enfermería realiza registros clínicos de alta calidad y sigue el proceso y la atención adecuados para sus pacientes(10).

En Córdoba, los autores Suarez, Caputo y Cruz (2019), realizaron un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de la documentación realizada por el personal de enfermería en los expedientes clínicos de los pacientes del internado general de Sanatorio Allende Cerro, utilizando una muestra de 208 registros de enfermería que se evalúan según la objetividad dando como resultado que el 38,5% son objetivos, sin embargo en el 61,5% de los registros la información del paciente se encuentra enmarcada entre comillas. En el orden cronológico de las anotaciones, se observa que el 76,9% el orden casi nunca está presente, en un 15,4% a veces y un 7,7% casi siempre presenta orden cronológico. De acuerdo con la precisión, en un 23,1% se registran hallazgos de manera precisa, un 23,1% nunca describe las características de los hallazgos y en el 53,8% de los registros observados casi nunca son expresados. Así como la legibilidad y claridad, el 23,1% de los registros siempre son claros y legibles, en un 46,2% casi siempre y en un 30,8% a veces, dado sobre todo el uso de abreviaturas poco comunes y errores ortográficos realizados por parte del personal de enfermería en los registros de los pacientes(11).

En Brasil, los autores Lima Ferreira, Tavares Chiavone, Santos Bezerril, Andrade Alves, Oliveira Salvador y Pereira Santos, en un estudio descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo denominado *Análise dos registros de técnicos de enfermagem e enfermeiros em prontuários*, conformado por una muestra de 120 historias clínicas de pacientes internados, se pudo observar los principales problemas que se tienen en el llenado de los registros de enfermería, entre ellos destacó la ausencia del responsable del llenado con un 41,8%, mientras que en las notas de enfermería se observa a ausencia del tiempo y letra ilegibles, con un 61,2%. En este estudio se pone en evidencia que los profesionales de enfermería realizan sus registros de manera incompleta y que muchas veces no documentan la atención brindada(12).

El trabajo denominado *Calidad de las notas de enfermería en el Hospital Vicente Corral Moscoso* de los autores Castillo Rosa, Villa Carmen, Costales Blanca, Moreta Jaima y Quinga Geovanna, Ecuador, año 2021, en un estudio observacional descriptivo, transversal y retrospectivo en el cual se tomó de

referencia datos de 220 historias clínicas de pacientes egresados, donde se evidenció notas de enfermería ilegibles y con faltas ortográficas. Por otro lado, con respecto al contenido se evidenció que el 100% de las notas de enfermería estaban carentes de información en relación a la valoración del paciente, intervenciones de enfermería realizadas y resultados o evolución de los pacientes antes las intervenciones realizadas. Además, no existió registro alguno de la interacción, consultas o educación para con el paciente(13).

Los autores Ahmed I. Abd El Rahman, Manal M. Ibrahim y Gehan M. Diab., en un estudio denominado *Quality of Nursing Documentation and its Effect on Continuity of patients' care*, Egypto 2021, conformado por 80 enfermeras supervisoras y 80 enfermeras elegidas aleatoriamente, la mayoría de las muestras estudiadas dieron como resultado un nivel aceptable de la calidad de la documentación y un nivel medio con respecto a la continuidad de la atención del paciente (80%)(14).

Un estudio denominado *Improving the quality of nursing documentation at a residential care home: a clinical Audit*, Noruega 2021, los autores Preben Søvik Moldskred, Anne Kristin Snibsøer y Birgitte Espehaug consideran que en la auditoria ninguno de los registros de los pacientes investigados cumplió con los estándares recomendados en la práctica de la documentación de enfermería. No obstante, se observó mejoras en el re-auditoria, hubo cambios positivos para todos los criterios, excepto para evaluación o informe del progreso(15).

El trabajo denominado conocimiento científico y de implicación legal en el cumplimiento de los registros de enfermería de los autores Izamara Santos, Jesus Santos, Erika Mendoza y Miguel Vega, México año 2022, en un estudio descriptivo transversal en el que se analizaron a 46 enfermeros, el 80,4% de los participantes no cumplían con la calidad de los registros de enfermería, el 15,2% un cumplimiento parcial y el 2,2% un cumplimiento significativo y de excelencia. Por otro lado, no se hallaron diferencias de gran impacto con respecto al sexo y nivel académico(16).

Los autores Kencho Zangmo, Tshering Dema, Bhagawat Acharya, Sonam, Tshering Choden, Kelzang Dechen y Kinga Omen en un estudio denominado A clinical audit report on quality of nursing documentation at Jigme Dorji Wangchuck National Referral Hospital, 2018, Butan 2019, conformado por 317 registros de pacientes elegidos al azar de seis diferentes unidades, el 49,8% de la estructura del registro de enfermería estaba completa, el 45,1% parcialmente completa y el 5,1% incompleta. Todos los registros tenían datos de admisión y signos vitales. Por otro lado, de los 317 registros, el 48,9% no tenía proceso de atención de enfermería, el 4,7% no poseía registro de medicamentos y el 1,9% no contenía formulario de evaluación de enfermería(17).

2.2. Marco conceptual

Según la Organización Panamericana de Salud (OPS) la historia clínica es un relato escrito y organizado de las intervenciones realizadas durante el tratamiento de la enfermedad y de la promoción de salud, sus cambios y el desarrollo de los tratamientos recibidos en la unidad clínica durante su ciclo de vida(18).

El Ministerio de Salud Pública define a la Historia Clínica Única (HCU) como un documento de carácter médico- legal conformado por un conjunto de formularios básicos y de especialidad en los cuales se incluye toda la información del paciente y procedimientos realizados desde el ingreso a la institución de salud hasta el egreso del mismo(18).

La Unidad de Admisiones – Archivo será el departamento encargado del manejo de la historia clínica, quienes deberán cumplir normas de conservación, ordenamiento y confidencialidad que estos documentos requieren(18).

El propósito principal será mejorar la calidad de la atención a los usuarios utilizando herramientas organizadas y actualizadas para garantizar la integridad de los documentos que componen la historia clínica(18).

Para el cumplimiento del objetivo propuesto se contemplan la ejecución de 5 estrategias:

- Obtener evidencia documentada de los episodios de salud y enfermedad del usuario en orden cronológico.(18).
- Actualizar el plan de gestión hacia los beneficiarios(18).
- Proporcionar una evaluación objetiva del nivel de atención(18).
- Mejorar la comunicación entre el equipo de salud para informar acerca de la toma decisiones(18).
- Garantizar la protección de los derechos legales de cada persona, médico y de la institución médica(18).

Para el MSP la historia clínica debe poseer ciertas características que se detallan a continuación(18):

- Veracidad: Registros reales de las decisiones y actuaciones tomadas por los expertos a cargo de los problemas de salud del usuario (18).
- Integralidad: Información completa sobre las etapas del fomento de salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del usuario(18).
- Pertinencia: Aplicación de criterios científicamente sólidos para el registro de datos de acuerdo con los protocolos asistenciales y las recomendaciones de la práctica clínica(18).
- Secuencialidad: Seguimiento de una secuencia ordenada de los formularios(18).
- Disponibilidad: Los formularios y documentos complementarios están presentes y son completamente funcionales para su uso actual(18).
- Oportunidad: Registro de la información necesaria del usuario mientras se realiza la atención sanitaria(18).
- Calidad del registro: Registro de formularios completamente diligenciado (evitando siglas o símbolos no aprobados), legible y estéticamente agradable, con la fecha y hora del servicio, así como el nombre y firma del responsable(18).

Proceso administrativo de la historia clínica

Apertura de la Historia Clínica Única

Las instituciones de salud de la red del Ministerio de Salud son los encargados de la apertura de la Historia Clínica Única (compuesto por carpeta y formularios) a todos los usuarios que llegan a buscar atención médica por primera vez(18). La identificación de la H.C.U se realiza mediante un sistema de términos numéricos simple (5 dígitos) y combinado (6 dígitos) según la complejidad de la unidad operativa y la numeración correlativa (en orden ascendente) (18). A medida que avanza la conectividad del sistema, el identificador único se combina con el número de la Cédula de Identidad(18).

Archivo, acceso y custodia

Los archivos activo y pasivo están organizados y funcionan según estándares técnicos(18). Su custodia será responsabilidad de la institución que brinda el cuidado(18). El derecho de uso de la historia clínica se otorga al usuario, al equipo de salud responsable y a las autoridades legales y sanitarias, de conformidad con la Ley(18). La Historia Clínica debe conservarse durante al menos 15 años, contados a partir del última día de atención recibida en la institución de salud; 5 años en el expediente activo y 10 años en el expediente pasivo(18).

Confidencialidad

La documentación de las historias clínicas deben mantenerse en un área restringida a la que solo puedan acceder los profesionales de salud autorizados, para garantizar la confidencialidad de la información y tomar medidas de seguridad para evitar la destrucción o pérdida de los registros(18).

Ordenamiento

Durante la estancia hospitalaria los formularios tendrán el siguiente orden: Signos vitales e intervenciones de enfermería(18), Administración de líquidos y medicamentos(18), Evolución y prescripciones(18), Notas de evolución(18), Informes de laboratorio e imagenología(18).

El subproceso de Estadística será el responsable de registrar el nombre del paciente y el número de la Historia Clínica en todos los formularios adjuntos al archivo, mientras que el personal responsable del uso de la Historia Clínica se hará cargo de enumerar de manera ascendente cada uno de formularios(18).

Después de un minucioso procesamiento, toda la documentación deberá organizarse según un orden cronológico. El personal de Estadística compila toda la documentación necesaria para cada alta hospitalaria y del servicio de consulta externa(18).

Nomenclatura de la Historia Clínica

La Comisión Ministerial de Historia Clínica ha conservado (en lo posible) la numeración y nomenclatura original de los formularios actuales, que se utilizan en los diferentes grados de complejidad(18).

Tabla 1 Numeración, Nomenclatura y Servicios usuarios

Formulario			Servicios usuarios
Numero	Anverso	Reverso	
001	Admisión	Alta – Egreso	Consulta externa – Hospitalización
002	Anamnesis – Examen físico	Evolución	Consulta externa
003	Anamnesis	Examen físico	Hospitalización
005	Evolución y prescripciones	Evolución y prescripciones	Consulta externa - Hospitalización – Emergencia
006	Epicrisis	Epicrisis	Hospitalización
007	Interconsulta – Solicitud	Interconsulta – Informe	Consulta externa – Hospitalización
008	Emergencia	Emergencia	Emergencia
010	Laboratorio Clínico – Solicitud	Laboratorio clínico – Informe	Consulta Externa – Hospitalización – Emergencia – Laboratorio Clínico
012	Imagenología – Solicitud	Imagenología – informe	Consulta Externa – Hospitalización – Emergencia – Imagenología
013	Histopatología – Solicitud	Histopatología – Informe	Consulta Externa – Hospitalización – Emergencia – Histopatología
020	Signos Vitales	Signos vitales	Hospitalización

022	Administración de medicamentos	Administración de medicamentos	Consulta Externa – Hospitalización – Emergencia – Observación
024	Autorizaciones Exoneraciones	Consentimiento Informado	Hospitalización - Emergencia
033	Odontología	Odontología	Consulta Externa – Hospitalización – Emergencia
038	Trabajo social – Evaluación	Trabajo social – Evolución	Consulta Externa – Hospitalización – Emergencia
053	Referencia	Contrarreferencia	Consulta Externa – Hospitalización – Emergencia
054	Concentrado de laboratorio	Concentrado de laboratorio	Consulta Externa – Hospitalización
055	Concentrado de ex. Especiales	Concentrado de ex. Especiales	Consulta Externa – Hospitalización
Anexo 1	Ficha familiar	Ficha familiar	Atención extramural familiar
Anexo 2	Atención prehospitalaria		Red de ambulancias – Emergencia

*Fuente: Manual de uso de los formularios básicos de la historia clínica única.
Elaborado por: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.*

Registros de enfermería

Se entiende por registro de enfermería a los documentos específicos que forman parte de la historia clínica que se describen en orden cronológico la situación, la valoración y seguimiento del estado de salud y las intervenciones que lleva a cabo el personal de enfermería al paciente a su cargo, familia y comunidad. (19).

Los registros de enfermería conforman una parte importante en la atención médica y están integrados en los expedientes clínicos de todo paciente, por ello este registro clínico es un documento legal que constituyen el testimonio documental de las actividades sanitarias que realice el profesional con el paciente. Estos documentos tienen implicaciones y responsabilidades de índole profesional y legal, que deben ser debidamente implementados de manera correcta para asegurar el cumplimiento y que garantice una buena calidad de los mismos(20).

Los formatos de registro de enfermeras deben cumplir con las actualizaciones reglamentarias aplicables. Su misión es demostrar la eficacia del personal y reflejar objetivamente la aplicación del proceso de enfermería, que se considera un instrumento de trabajo científico. Así mismo, toda historia clínica debe estar preparada y estructurada de manera que pueda abarcar todas las etapas del proceso(21).

Tipos de registros

- **Hoja de medicamentos (Kardex):** es un documento clínico de uso exclusivo para el paciente, donde el personal médico y de enfermería actualizan y se mantienen informados de los medicamentos, el horario y la dosis que será administrada en los pacientes(22).
- **Hoja de signos vitales:** es un documento de registro, mediante el cual se llevará un control de los parámetros vitales del paciente, mediante este documento se puede lograr identificar anomalías dentro del cuadro evolutivo del paciente(22).
- **Hoja de balance hídrico:** en este documento se llevará a cabo un control exacto de líquidos administrados y eliminados por el paciente por las diferentes vías(22).
- **Hoja de notas de enfermería:** es un registro elaborado por el personal de enfermería acerca de las observaciones del paciente. En este documento se registran todas las evoluciones de la enfermedad y los cuidados que se llevaban a cabo en el paciente(22).

Calidad del cuidado enfermero

La calidad de la atención de enfermería es un concepto complejo que incluye el apoyo y debe mantenerse en línea con el progreso científico para implementar la atención basada en las necesidades de los pacientes y asegurar su continuidad. Según Donabidian la calidad de los cuidados es la capacidad de obtener el beneficio deseado, teniendo en cuenta los valores de las personas(23).

La calidad y la seguridad del cuidado de enfermería son factores que trabajan en conjunto para el desarrollo de la disciplina, exigiendo a los profesionales que trabajen a través de la evaluación sistemática del cuidado e incluyen al enfermero como parte de la importancia del equipo de salud(23). Es importante comprender que la calidad y la seguridad del paciente, deben verse como un proceso continuo que permite tomar medidas que conducen a mejoras significativas en el trabajo que realizan los profesionales de salud, ayudando de esta manera en la evolución en la calidad que se brinde los cuidados e intervenciones a las personas(23).

Calidad de los registros de enfermería

El instrumento CARCE está compuesto por 35 indicadores incorporando el Proceso de Atención de enfermería como lenguaje universal para llevar a cabo los registros clínicos y describir las intervenciones que cumple el profesional de enfermería para aumentar la calidad y seguridad(3). El instrumento CARCE reúne los aspectos más importantes de la documentación de enfermería cumpliendo con ciertos estándares de calidad y seguridad específicas del paciente y por lo tanto puede utilizarse en establecimientos de salud privadas y pública(3).

El instrumento CARCE está conformado por tres dimensiones(3):

Estructura: se refiere a los aspectos “de forma” de la documentación, es decir, que los registros clínicos deben elaborarse en un lenguaje científico y técnico en el cual todos los miembros del equipo de salud puedan comprender, por ello es importante que se deban excluir faltas ortográficas y

usar abreviaturas y símbolos universales que sean fáciles de comprender por el equipo de salud(3).

Dentro de la dimensión de **Estructura** consta de 12 indicadores que el personal de enfermería debe llenar correctamente al momento de realizar los registros de enfermería, los indicadores son los siguientes(3):

1. Anota la fecha de ingreso del paciente al servicio, se lleva un registro desde que el paciente ingresa al servicio de emergencia o demás áreas para poder ser atendido(3).
2. Registra la hora de ingreso del paciente al servicio, se lleva un registro exacto de la hora en la que ingresa el paciente al área en la que se realiza cualquier procedimiento, en caso de mujeres gestantes es de vital importancia conocer la hora exacta de las intervenciones que se le realicen(3).
3. Anota la fecha subsecuente del día estancia de hospitalización, según el área que se encuentre el paciente, se debe llevar un registro de los días de hospitalización que cumple, esto ayuda al profesional de salud a conocer si hay mejorías o no según las intervenciones que se lleven a cabo(3).
4. Registra el numero progresivo del día estancia hospitalaria, se registran los días exactos que estuvo el paciente en el área de hospitalización hasta el momento de ser dado de alta por parte del personal médico(3).
5. Utiliza unidad de medición universal e institucionalmente aceptada, los profesionales de salud hacen uso de ciertas unidades de medición (kg, mg, ml) en la redacción de los registros clínicos(3).
6. Anota abreviaturas universales e institucionalmente aceptadas, en la redacción de los reportes e informes de enfermería, el personal hace uso de las abreviaturas conocidas por el resto de profesionales ya que apoyan al personal ahorrar tiempo(3).
7. Realiza los registros sin faltas de ortografía, en los registros clínicos y todas los formularios que realiza el personal de enfermería debe de llevar una redacción con buena ortografía(3).

8. Registros con lenguaje técnico: uso de terminología científica, el personal de enfermería puede utilizar ciertas terminologías conocidas en la redacción de reportes y demás formularios que realicen(3).
9. La información se encuentra estructurada de forma coherente, fácil de entender, todo documento, reporte y formulario debe de ser coherente para el personal de salud, ya que es importante para conocer el avance de los pacientes(3).
10. Realiza los registros con letra legible, todo registro clínico que se realice a mano debe de ser escrito de manera legible, ya que estos informes serán necesarios para los siguientes turnos y evitar cometer errores en el paciente(3).
11. Los registros se encuentran sin alteraciones (tachaduras, enmendaduras), se deben registrar los formularios y documentos sin haber realizado enmendaduras, ya que luego no podrán ser recibidos en el área administrativa encargada de la documentación y tendrán que volver a repetir todo(3).
12. Cuenta con la inicial del nombre, seguido por los apellidos paterno y materno de la enfermera responsable del turno, el personal de enfermería al termino de cualquier intervención, reporte o documentación que realice deberá registrar sus iniciales al ser el responsable del turno(3).

Continuidad del cuidado: se caracteriza por su falta de interrupción del cuidado necesario de los pacientes y el mantenimiento de una buena relación entre ambas partes para lograr un vínculo de respeto y confianza y realizar las intervenciones de manera correcta, todo este proceso quedara documentado a través de un registro de acuerdo con las etapas del proceso de atención enfermería(3).

Dentro de la dimensión de **Continuidad del cuidado** consta de 11 indicadores que el personal de enfermería debe llenar correctamente al momento de realizar los registros de enfermería, los indicadores son los siguientes(3):

1. Grafica los signos vitales del paciente (temperatura, tensión arterial, pulso, respiración), este procedimiento permite evaluar el estado del paciente, es importante ya que el médico puede observar si existe o no una mejoría en su estado de salud(3).
2. Anota los datos de la valoración focalizada y generalizada, el personal de enfermería anota las alteraciones que observe o directamente el paciente manifieste al momento de valorarlo(3).
3. Registra datos socio culturales del paciente (religión, idioma-dialecto, cultura)(3).
4. Anota los juicios clínicos sobre las respuestas del paciente a los problemas de salud reales(3).
5. Anota los juicios clínicos sobre las respuestas del paciente a los problemas de salud potenciales(3).
6. Documenta la comunicación de los problemas de salud reales/potenciales detectados, a otros profesionales de la salud(3).
7. Registra las intervenciones de enfermería realizadas para dar solución a las necesidades del paciente(3).
8. Anota la hora de las intervenciones de enfermería(3).
Dentro de los formularios el personal de enfermería redacta sobre las intervenciones que realizo durante su guardia, indicando la hora en que la realiza dicha actividad, esto para mantener una comunicación con el siguiente turno, de esta manera se evitan errores que pueden afectar al paciente.
9. Documenta el plan de alta domiciliaria, el personal de enfermería es el encargado de documentar todos los registros clínicos y formularios del paciente, esto asegura que el paciente pueda seguir un plan y evitar un regreso a la estadía hospitalaria(3).
10. Registra las respuestas del paciente a las intervenciones de enfermería con base en las necesidades detectadas(3).
11. Anota situaciones pendientes al siguiente turno, en el formulario de gestión de calidad, el personal de enfermería registra todas las intervenciones que se realizó, así también como los procedimientos, exámenes que se tiene que llevar a cabo en el siguiente turno(3).

Seguridad del paciente: se refiere a la reducción de riesgos de salud innecesarios derivados de la atención de salud, a través de información escrita y que se ponen en práctica con los pacientes durante su estancia hospitalaria, como son la prevención de caídas, errores en medicación, úlceras por presión, etc.(3).

Dentro de la dimensión de **Seguridad del paciente** consta de 12 indicadores que el personal de enfermería debe llenar correctamente al momento de realizar los registros de enfermería, los indicadores son los siguientes(3):

1. Los datos de identificación registrados corresponden al paciente correcto, el personal de enfermería registra de manera correcta los datos del paciente, de esta manera se evitan errores al momento de administrar medicación y procedimientos en el paciente(3).
2. Valoración del dolor (frecuencia, ubicación, duración e intensidad), nos ayuda a conocer las intervenciones que se deben llevar a cabo en el paciente según su condición para lograr una recuperación satisfactoria (3).
3. Valoración de alergias, se lleva a cabo este registro ya que da a conocer ciertos medicamentos que no se deben de usar en el paciente, de esta manera evitamos accidentes que podrían ocasionar la muerte del mismo(3).
4. Anota las características del sitio de inserción de medios invasivos para reducir riesgos de infección(3).
5. Anota la fecha de instalación de medios invasivos, este registro es muy importante ya que algunos medios invasivos como colocación de vías centrales, periféricas, sondas vesicales o nasogástricas tienen un tiempo determinado en el cual se debe realizar un cambio del dispositivo, esto ayuda al personal a estar pendiente a su próximo cambio evitando causar infecciones(3).
6. Anota las características específicas de la herida quirúrgica en caso de necesidad, según la valoración al paciente se registra si existe dolor, esto ayuda a dar a conocer al personal de salud si existe o no infección y que intervenciones debería de llevar a cabo(3) .

7. Registra las características específicas de los drenajes, se lleva un registro del color, cantidad, olor, tamaño, cantidad de las secreciones y características del líquido drenado(3).
8. Registra los medicamentos administrados especificando nombre, genérico, hora, dosis y vía, este registro proporciona seguridad en el tratamiento del paciente, es importante siempre llevar a cabo los cinco correctos de enfermería, de esta manera evitaremos errores al momento de administrar medicación, llevar un registro de los días de tratamiento es ideal ya que ayuda en la recuperación del paciente(3).
9. Registra las medidas de seguridad aplicadas en riesgo de caídas del paciente, el personal de enfermería registra en el formulario de gestión de calidad acerca de las medidas que se llevan a cabo con los pacientes de esta manera ayuda a que se tenga una pronta recuperación(3).
10. Anota las medidas de prevención en riesgo de úlceras por presión al paciente, este registro ayuda a prevenir lesiones en las pacientes que tienen una estancia hospitalaria más larga, por ello se debe de realizar cambios posturales que evitan la propagación de estas lesiones(3).
11. Documenta el apoyo educativo proporcionado al paciente y familiar para contribuir a la seguridad del paciente, esta actividad permite la participación de todo el personal de salud, ayuda a la comunicación con los pacientes y sus familiares, durante esta actividad se educa al paciente y su familiar presente sobre los cuidados que debe llevar a cabo para lograr una pronta recuperación(3).
12. Anota la revaloración del dolor, da a conocer cómo va evolucionando el tratamiento del paciente durante su estancia hospitalaria(3).

Factores determinantes de la calidad de los registros

Los factores que determinan la eficiencia en el trabajo son: trabajo que genere un mayor rendimiento y responsabilidad, liderazgo ineficiente, cambios de turnos, horas de trabajo excesivas, actividad física excesiva, esto afecta negativamente el desempeño de los trabajadores y su bienestar, se manifiesta

por síntomas físicos, emocionales y conductuales que pueden afectar el trabajo diario del personal de salud(3).

Estos factores pueden desembocar diversas consecuencias negativas al momento de realizar los registros de enfermería, ya que pueden presentar una mala administración de medicamentos, interpretación inadecuada en la redacción y escritura de los tratamientos, estos errores pueden darse en el proceso que se realizan las intervenciones en el paciente(3).

Calificación de las categorías de los registros de enfermería

Para realizar este estudio se utilizó el instrumento de evaluación CARCE a través de sus tres dimensiones: Estructura, Continuidad de los cuidados y Seguridad del paciente, teniendo un total de 35 indicadores que serán evaluados según la escala de **PRESENTE** y **AUSENTE** en los registros clínicos que realiza el personal de enfermería durante su turno laboral dentro del área de ginecoobstetricia.

Gracias a esta herramienta de evaluación, podremos confirmar si los profesionales de la salud cumplen con los elementos críticos requeridos en la documentación de enfermería, los estándares de calidad y la seguridad del paciente.

2.3. Marco legal

Constitución de la República del Ecuador

Salud

Artículo 32.- 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(24).

Ley Orgánica de Salud

En la Ley Orgánica de Salud en el Capítulo Tercero sobre Derechos y deberes de las personas y del estado en relación con la salud se menciona en el artículo 7 que “Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos(25): (...) Tener una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como la confidencialidad respecto de la información en ella contenida y a que se le entregue su epicrisis”(25).

Del derecho a la salud y su protección

Art 1.- La presente ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley(25). Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético(25).

De las profesiones de salud, afines y su ejercicio

Art. 201.- Es responsabilidad de los profesionales de salud, brindar atención de calidad, con calidez y eficacia, en el ámbito de sus competencias, buscando el mayor beneficio para la salud de sus pacientes y de la población, respetando los derechos humanos y los principios bioéticos(25). Es su deber exigir condiciones básicas para el cumplimiento de lo señalado en el inciso precedente(25).

Responsabilidad Civil

El ejercicio de la enfermería es gobernado por muchos conceptos legales. Es importante que las enfermeras conozcan estos reglamentos porque son responsables de sus juicios y actividades profesionales. El conocimiento de estas leyes es necesario ya que regulan y afectan a la práctica de enfermería, por ello son necesarias tener conocimiento por estas razones(26):

- Garantizar que las decisiones y acciones de la enfermera se cumplan según los principios legales actuales(26).
- Garantizar la seguridad pública y la protección de los derechos del individuo(26).
- Proteger a la enfermera de responsabilidades(26).

Las enfermeras pueden poner en riesgo sus responsabilidades laborales y comprometer la integridad física o moral de los pacientes que se encuentren bajo su cuidado(26).

Ley del Ejercicio Profesional de las Enfermeras y Enfermeros del Ecuador

En la ley del Ejercicio Profesional de las enfermeras y enfermeros del Ecuador en el Capítulo Segundo respecto a la Profesión, se indica en el artículo 6 que “el ejercicio de la profesión de enfermería en el Ecuador asegurará una atención de calidad científica, técnica y ética;”, este artículo sirve como fundamento legal para que todo profesional de enfermería brinde cuidados con bases científicas(27).

Posterior, en el mismo capítulo, el artículo 7 dispone que entre las competencias y deberes de las enfermeras y enfermeros están(27):

- a) Ejercer funciones asistenciales, administrativas, de investigación y docencia en las áreas de especialización y aquellas conexas a su campo profesional(27);
- b) Participar en la formulación e implementación de las políticas de salud y enfermería(27);
- c) Dirigir los departamentos y servicios de enfermería a nivel nacional, regional, provincial y local(27);

- d) Dirigir las facultades y escuelas de enfermería y ejercer la docencia en las mismas, conforme a la ley y el respectivo reglamento, a fin de formar los recursos humanos necesarios(27);
- e) Dar atención dentro de su competencia profesional a toda la población sin discrimen alguno(27);
- f) Realizar o participar en investigaciones que propendan al desarrollo profesional o que coadyuven en la solución de problemas prioritarios de salud; y(27),
- g) Dar educación para la salud al paciente, la familia y la comunidad(27).

De la autoridad sanitaria nacional, sus competencias y responsabilidades

Art. 4.- La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias(25)

Art. 5.- La autoridad sanitaria nacional creará los mecanismos regulatorios necesarios para que los recursos destinados a salud provenientes del sector público, organismos no gubernamentales y de organismos internacionales, cuyo beneficiario sea el Estado o las instituciones del sector público, se orienten a la implementación, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos, de conformidad con los requerimientos y las condiciones de salud de la población(25).

De los servicios de salud

Art. 181.- La autoridad sanitaria nacional regulará y vigilará que los servicios de salud públicos y privados, con y sin fines de lucro, autónomos y las empresas privadas de salud y medicina prepagada, garanticen atención oportuna, eficiente y de calidad según los enfoques y principios definidos en esta Ley(25).

CAPÍTULO III

3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de estudio

Nivel: Descriptivo, porque este estudio pretende recoger información y detallar las diferentes dimensiones de los registros clínicos en el personal de enfermería(28).

Método: Cuantitativo, porque este estudio pretende recopilar y analizar la estructura de los registros clínicos realizados por el personal de enfermería(28).

Diseño:

Según el tiempo: Prospectivo, porque en este estudio se recolecta la información de los registros clínicos realizados por el personal de enfermería a medida que realizamos el internado dentro de la rotación de materno-infantil(28).

Según la ocurrencia de los hechos: Transversal, porque en este estudio se recopila una sola vez información actual de los registros clínicos realizados por el personal de enfermería una sola vez durante la realización del internado(28).

3.2. Población y muestra

Población: 100 historias clínicas de pacientes del área ginecobstetricia del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos.

Muestra: 100% de la población por muestreo aleatorio simple.

3.2.1. Criterios de inclusión

Registros clínicos de enfermería de pacientes del área gineco obstétrica del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos.

3.2.2. Criterios de exclusión

Registros clínicos de enfermería de otras áreas del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos.

3.3. Procedimiento para la recolección de la información

Técnica: Observación indirecta.

Por medio de la matriz de observación indirecta se realizará una Hoja de Chequeo basado en el Instrumento de evaluación CARCE (Calidad de los Registros clínicos de Enfermería) mediante la cual se recolectará la información necesaria para analizar los registros que emplean los Internos y Licenciados de Enfermería que laboran en el área Gineco Obstétrica. Los mismos que fueron ingresados a un enlace de Google Forms. Estos consisten en una valoración del cumplimiento del correcto llenado en los registros que realizan los trabajadores, cabe recalcar que no se trabajara directamente con ningún paciente.

3.4. Técnica de procesamiento y análisis de datos

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

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

Para la realización de este estudio no fue necesario solicitar consentimiento informado debido que en este trabajo se analizaron registros clínicos de enfermería, en ningún momento de la investigación se exploró con ningún paciente.

Según el Reglamento de los Comités de Ética de Investigación en seres humanos, en **el artículo 4**, según su definición, Los Comités de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) son órganos afiliados a una institución pública o privada, responsables de realizar la revisiones éticas, aprobar las investigaciones que intervengan en seres humanos o que utilicen muestras biológicas y asegurar la evaluación y el seguimiento de los estudios clínicos durante su desarrollo(29).

Por lo cual se solicitó los permisos correspondientes a la Unidad de salud en la cual se realiza el estudio, mediante los oficios requeridos por la institución de salud para la próxima aprobación del departamento de Docencia,

Coordinación de Enfermería y Licenciada jefa de piso del área de ginecoobstetricia.

Art. 21.- Objetivo: La finalidad de los CEAS es plantear recomendaciones sobre los conflictos éticos que se pueden generar en el proceso de la atención sanitaria, que redunden en la mejora de la calidad de la asistencia y en la protección de los derechos de todos los implicados en la atención de la salud(29).

3.6. Variables generales y operacionalización

Variable general: Análisis de los registros clínicos en el personal de Enfermería.

Tabla 2 Operacionalización de variables

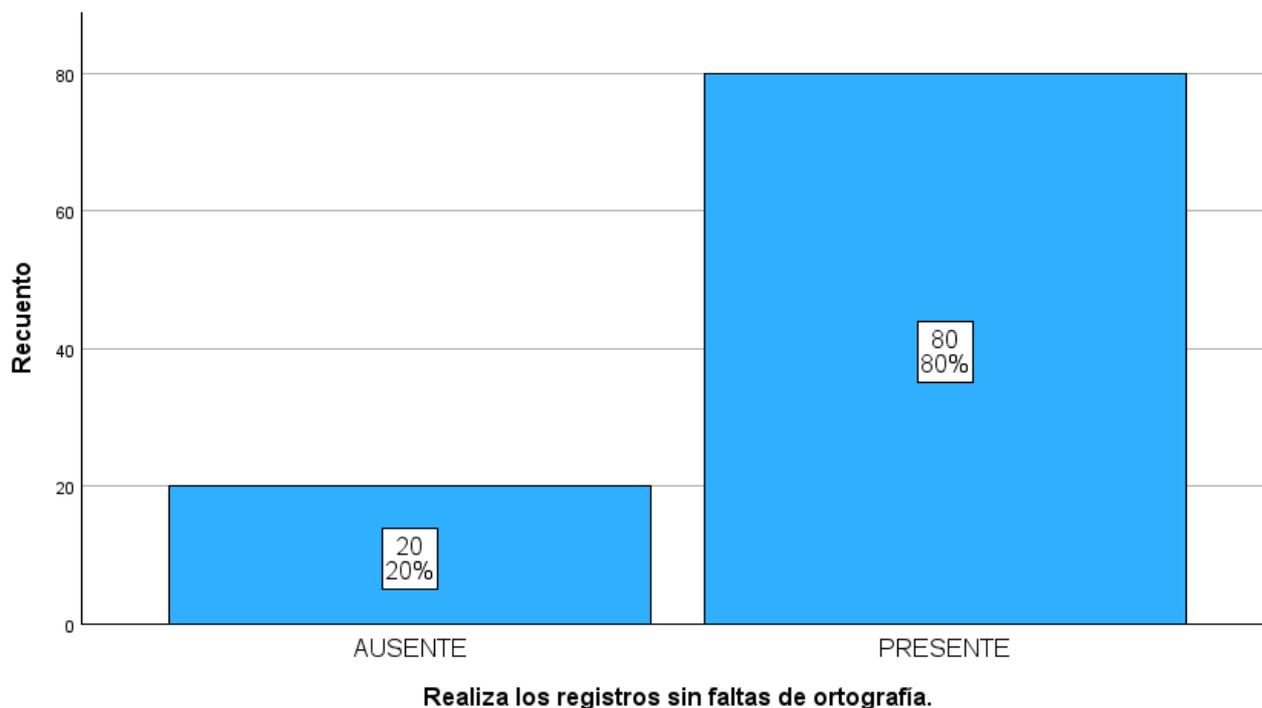
Dimensión	Indicador	Escala
Estructura	Anota la fecha de ingreso del paciente al servicio.	Presente Ausente
	Registra la hora de ingreso del paciente al servicio.	
	Anota la fecha subsecuente del día estancia de hospitalización.	
	Registra el numero progresivo del día estancia hospitalaria.	
	Utiliza unidad de medición universal e institucionalmente aceptada.	
	Anota abreviaturas universales e institucionalmente aceptadas.	
	Realiza los registros si faltas de ortografía.	
	Registros con lenguaje técnico: uso de terminología científica.	
	La información se encuentra estructurada de forma coherente, fácil de entender.	
	Realiza los registros con letra legible.	
	Los registros se encuentran sin alteraciones (tachaduras, enmendaduras).	

	Cuenta con la inicial del nombre, seguido por los apellidos paterno y materno de la enfermera responsable del turno.	
Continuidad del cuidado	Grafica los signos vitales del paciente (temperatura, tensión arterial, pulso, respiración).	Presente Ausente
	Anota los datos de la valoración focalizada y generalizada.	
	Registra datos socio culturales del paciente (religión, idioma-dialecto, cultura).	
	Anota los juicios clínicos sobre las respuestas del paciente a los problemas de salud reales.	
	Anota los juicios clínicos sobre las respuestas del paciente a los problemas de salud potenciales.	
	Documenta la comunicación de los problemas de salud reales/potenciales detectados, a otros profesionales de la salud.	
	Registra las intervenciones de enfermería realizadas para dar solución a las necesidades del paciente.	
	Anota la hora de las intervenciones de enfermería.	
	Documenta el plan de alta domiciliaria.	
	Registra las respuestas del paciente a las intervenciones de enfermería con base en las necesidades detectadas.	
	Anota situaciones pendientes al siguiente turno.	

Seguridad del paciente	Los datos de identificación registrados corresponden al paciente correcto.	Presente Ausente
	Valoración del dolor (frecuencia, ubicación, duración e intensidad).	
	Valoración de alergias.	
	Anota las características del sitio de inserción de medios invasivos para reducir riesgos de infección.	
	Anota la fecha de instalación de medios invasivos.	
	Anota las características específicas de la herida quirúrgica en caso de necesidad.	
	Registra las características específicas de los drenajes.	
	Registra los medicamentos administrados especificando nombre, genérico, hora, dosis y vía.	
	Registra las medidas de seguridad aplicadas en riesgo de caídas del paciente.	
	Anota las medidas de prevención en riesgo de úlceras por presión al paciente.	
	Documenta el apoyo educativo proporcionado al paciente y familiar para contribuir a la seguridad del paciente.	
	Anota la revaloración del dolor.	

4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

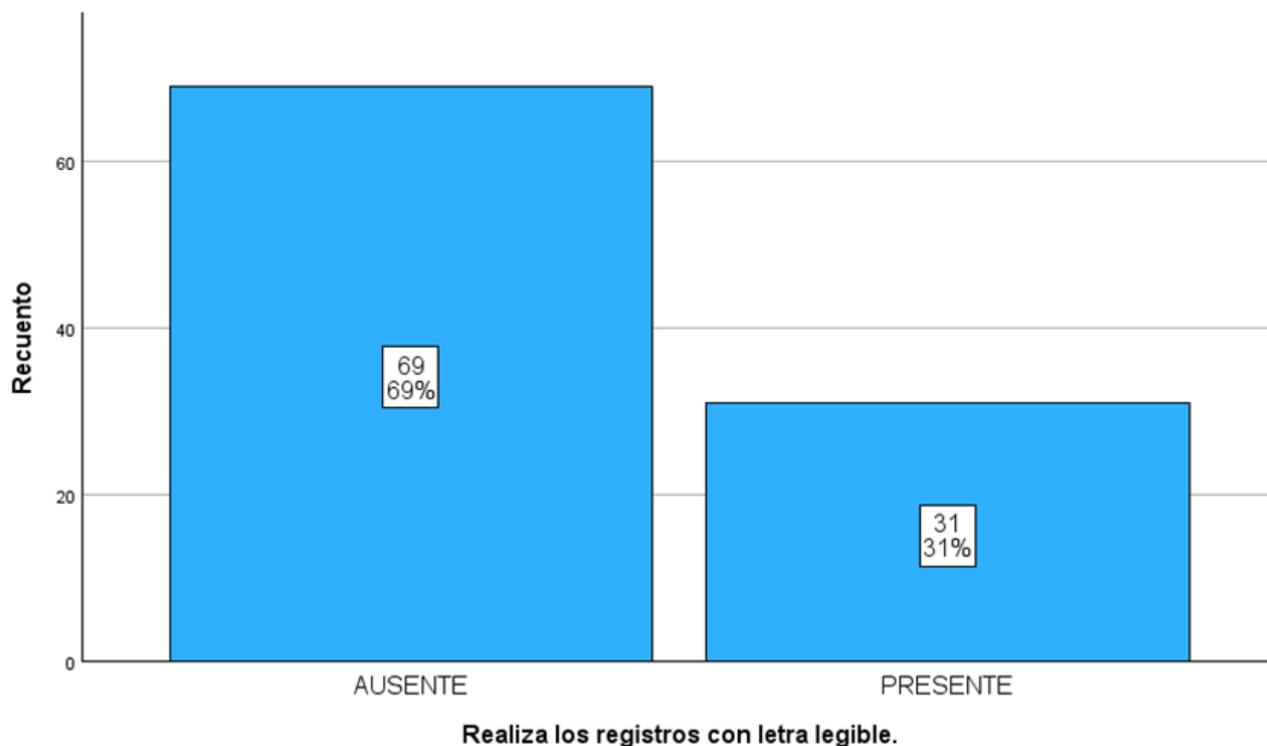
Gráfico 1: Registros sin faltas de ortografía



Fuente: Guía de observación indirecta.

Análisis: Según la observación realizada en los registros clínicos de enfermería, se pudo evidenciar que el 80% de la documentación se encuentra redactadas sin ninguna falta ortográfica, esto es de gran utilidad ya que ayuda aportando una comunicación eficiente que facilita el trabajo para todo el equipo de salud, mientras que el 20% de los registros clínicos si contienen faltas ortográficas en la documentación, aunque es muy poca la documentación que presenta estas faltas, esto puede afectar en el entendimiento y el trabajo que realizan todos los profesionales de salud, ya que al ser un documento legal se deben evitar cualquier tipo de errores e irregularidades en el llenado de estos formularios.

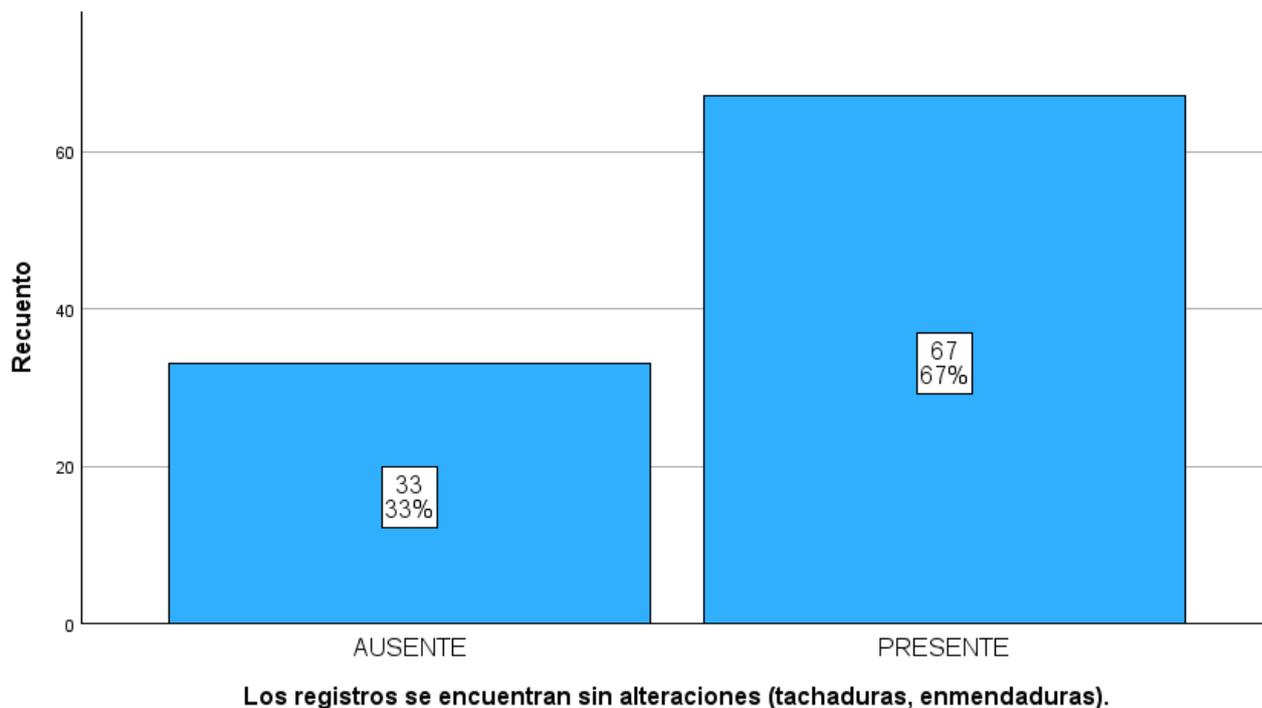
Gráfico 2: Registros con letra legible y entendible.



Fuente: Guía de observación indirecta.

Análisis: Por otro lado, en los registros observados se pudo evidenciar que el 69% realizan los registros con letra entendible, respetando su correcta escritura, ya que en estos documentos legales se debe evitar cometer errores en la escritura y todo lo redactado en los formularios debe ser entendible para el resto del personal de salud, mientras que el 31% se encuentra ausente y los registros no son comprensibles debido a la escritura, esto podría ser un factor para ocasionar posibles accidentes en el paciente.

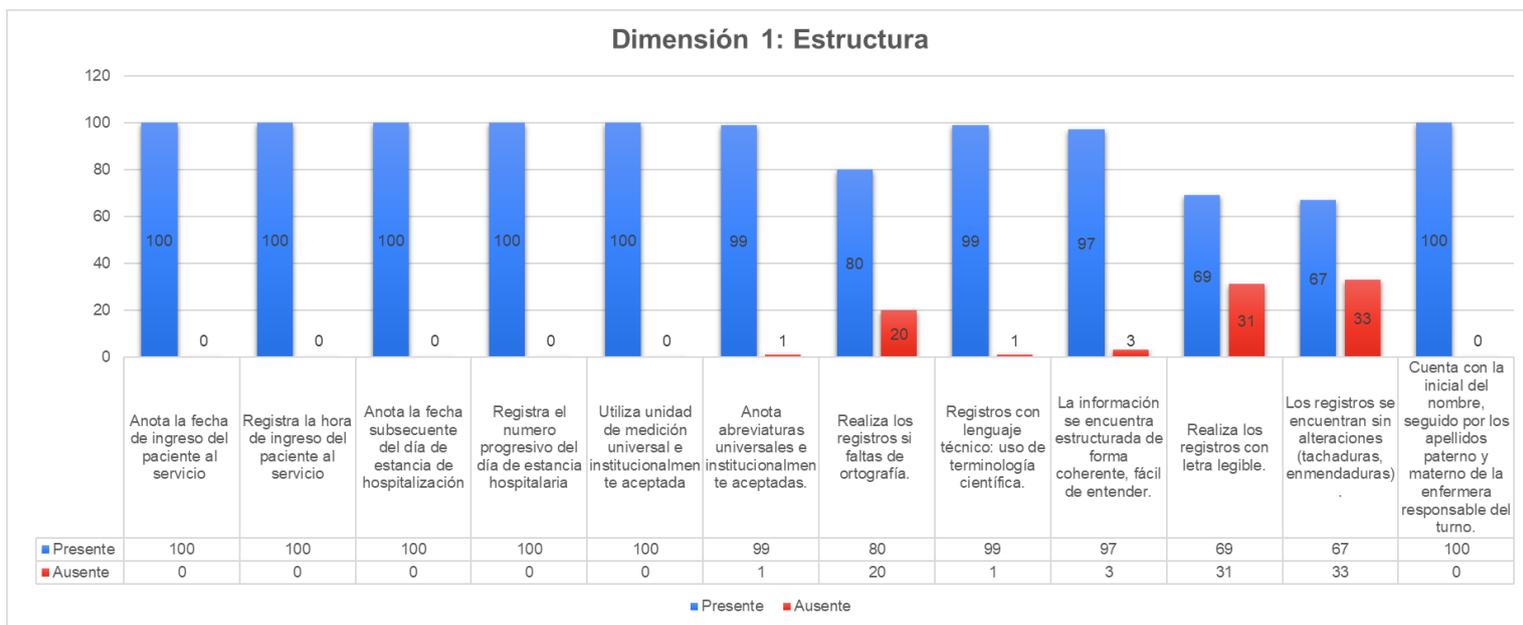
Gráfico 3: Registros sin errores ni alteraciones.



Fuente: Guía de observación indirecta.

Análisis: Se evidencia que el 67% de los registros se encuentran sin alteraciones (tachaduras, enmendaduras) en sus redacciones, esto aportando como un medio de comunicación eficiente que facilita el trabajo del equipo de salud, por otro lado, se puede observar que el 33% de registros clínicos si presentan alteraciones en las redacciones y demás hojas de los formularios que el personal de enfermería se encarga de llenar durante su jornada laboral.

Gráfico 4: Análisis porcentual de la estructura de los registros clínicos de enfermería

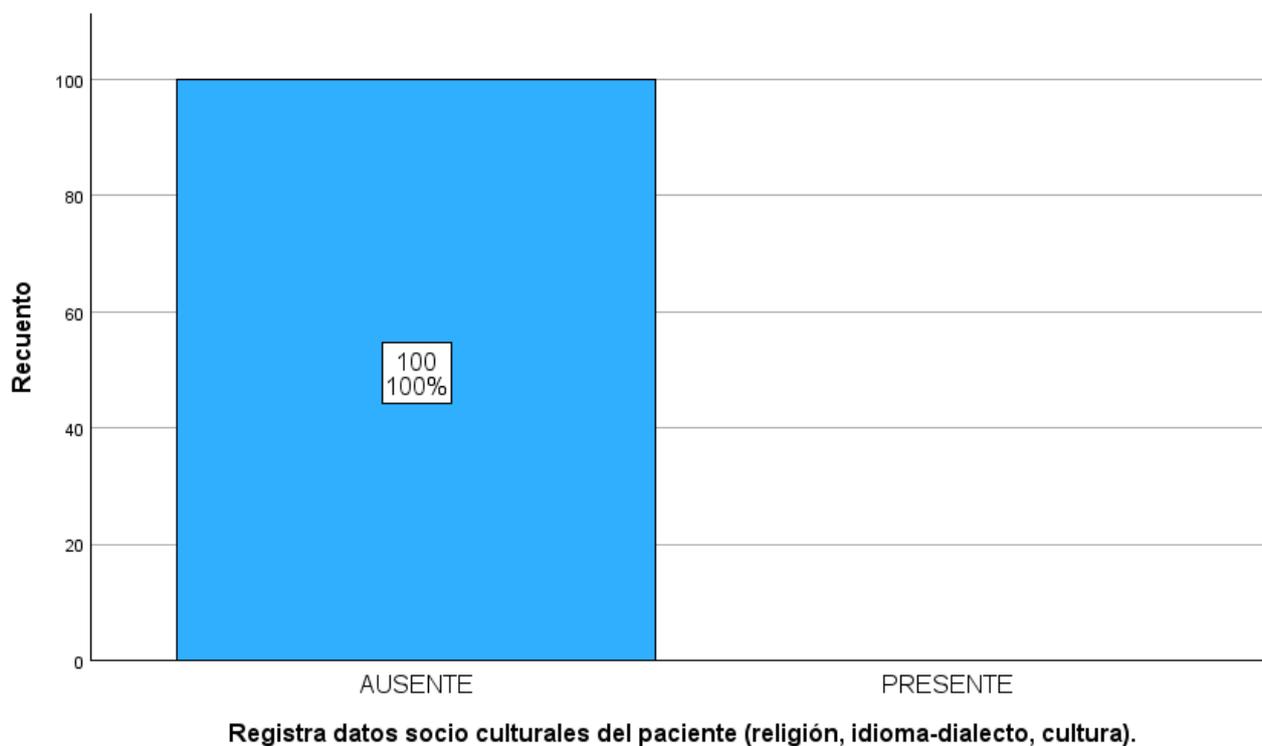


Fuente: Análisis de los registros de enfermería en el área de ginecología de un hospital de la ciudad de Guayaquil.

Elaborado por: Tania Cepeda & María Velasco. Estudiantes de Enfermería.

Análisis: En la primera dimensión, según la evaluación de los 100 registros clínicos de enfermería, en los resultados se puede observar que en 9 de los indicadores de la Dimensión: Estructura se obtiene un 75% si presentan los registros de los datos requeridos en los formularios, siendo de mucha ayuda para el equipo de salud que todos los datos de registros de fechas y horas sean documentados en las historias clínicas tanto físicas como digitales y censos que realiza el personal de enfermería, esto agiliza el trabajo y no se pierden estos datos que son importantes, los reportes y formularios que realizan los enfermeros se encuentran estructurados de forma correcta para que sea fácil de entender para el resto de personal de salud y cuenta con la firma del responsable que realiza los procedimientos y documentación de cada paciente. Por otro lado, se puede observar en 3 indicadores, aunque es mayor su porcentaje de presencia igual existe una parte se encuentra ausente con estos registros de manera correcta, siendo así que un 25% de los 100 registros clínicos de enfermería evaluados se ve reflejado la falta de ortografía, gramática y mala caligrafía en la documentación y reportes de los formularios que realizan. Esta negativa se debe en muchas ocasiones a la cantidad de pacientes y trabajo durante su jornada laboral, lo que muchas veces causan controversias durante el cambio de turno.

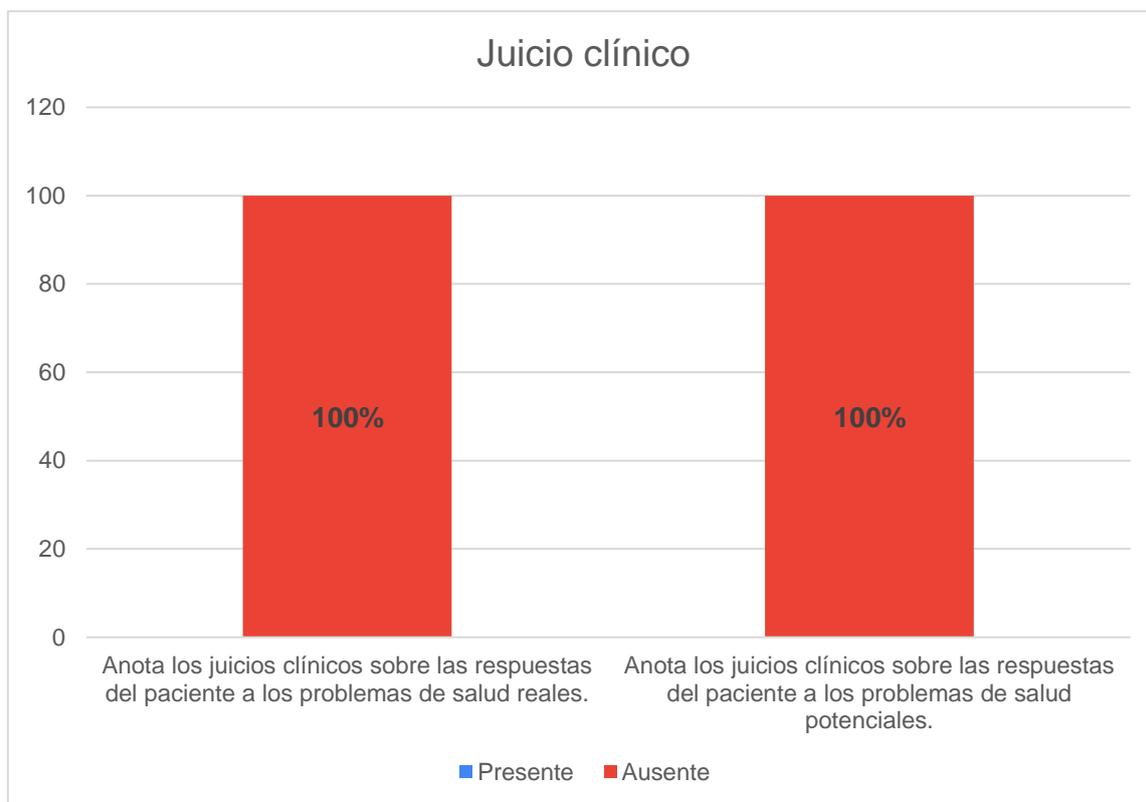
Gráfico 5: Datos socio culturales del pacientes.



Fuente: Guía de observación indirecta.

Análisis: Según la observación realizada en los registros clínicos de enfermería, se puede evidenciar que el 100% del personal de enfermería no llevan un registro de los datos socio culturales del paciente, siendo que el papel de los enfermeros es crear un vínculo de comunicación y confianza entre el paciente y sus familiares, es preocupante que no se registren estos datos que son importantes, más que todo en el área de ginecoobstetricia ya que ayuda a tener conocimiento en las prácticas que se pueden realizar en la paciente, ya que en muchas culturas no son permitidas y siempre se debe respetar la decisión de los pacientes.

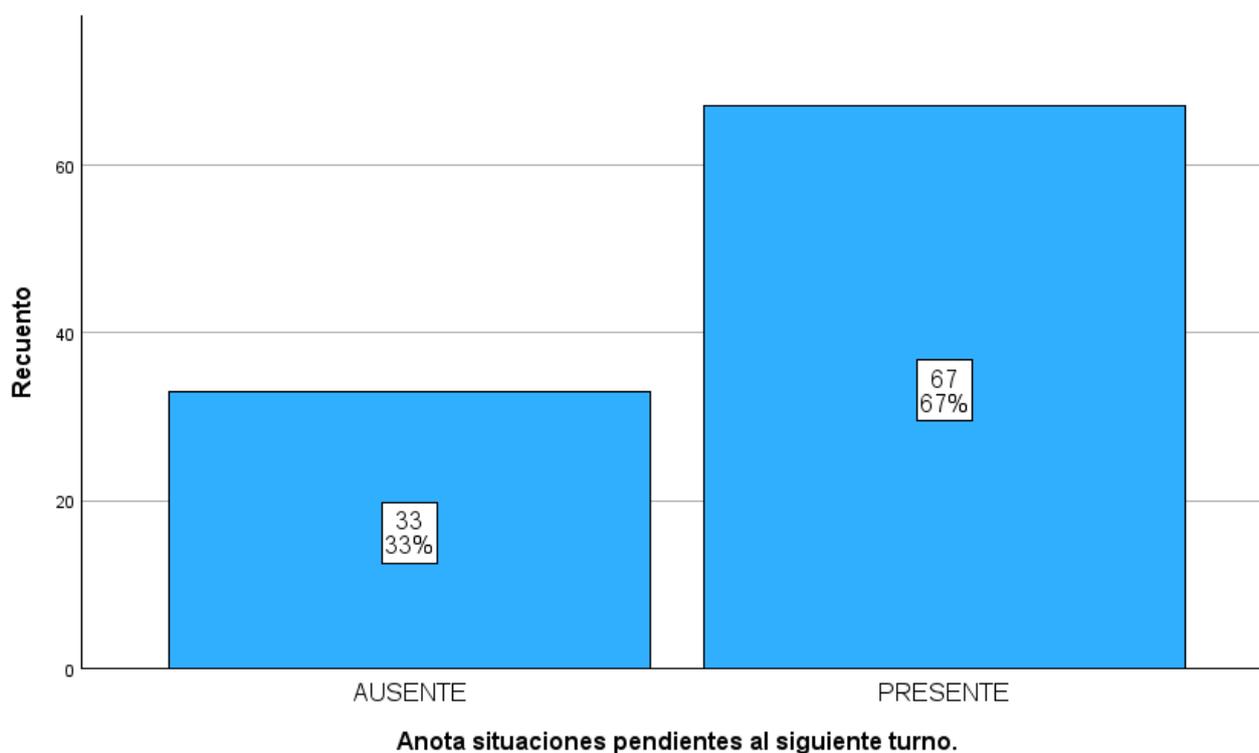
Gráfico 6: Anota los juicios clínicos sobre las respuestas del paciente a los problemas de salud reales y potenciales.



Fuente: Guía de observación indirecta.

Análisis: Se evidencia en los registros clínicos evaluados que el 100% se encuentra ausente el registro de los juicios clínicos basado en las respuestas a los problemas de salud reales y potenciales, el personal de enfermería registra de manera incompleta y sin evidencia los formularios que indica el diagnóstico enfermero de esta manera disminuyendo la calidad del registro de enfermería. Este registro es de suma importancia ya que según el diagnóstico el personal de enfermería puede identificar las necesidades y problemas que deben de buscar soluciones en base a las intervenciones y cuidados que se tengan que brindar en los pacientes y al no llevar este registro no se podrá planificar correctamente los cuidados que se deben llevar a cabo ocasionando una baja calidad y eficiencia en la recuperación del paciente.

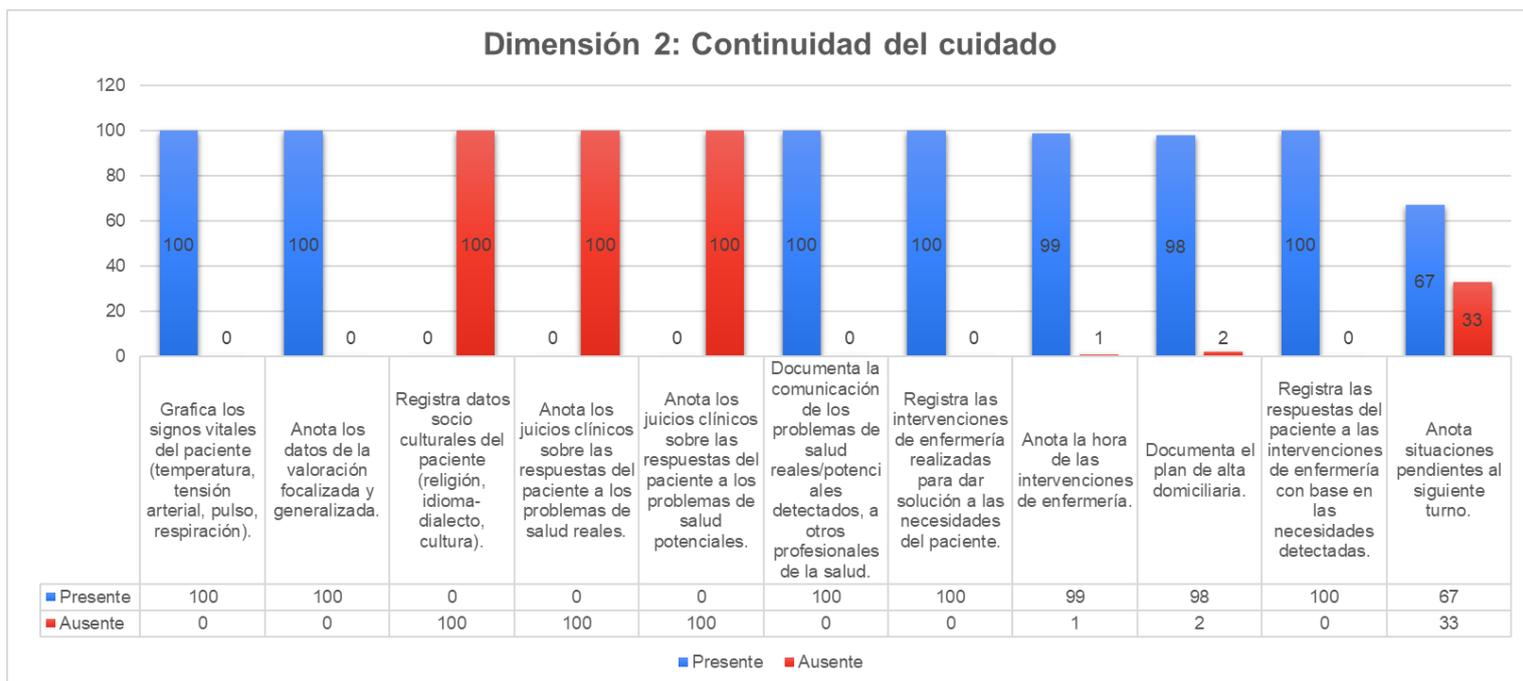
Gráfico 7: Registra las anotaciones de situaciones pendientes al siguiente turno



Fuente: Guía de observación indirecta.

Análisis: Se evidencia que el 67% de los registros clínicos se encuentra presente las anotaciones de pendientes para el siguiente turno, este registro es de mucha ayuda para el personal de enfermería y nos indica que existe una correcta relación profesional entre el equipo de salud, ya que agiliza la información sobre los procedimientos que quedan pendientes de realizar en el paciente, por otro lado, se observa un 33% de ausencia de anotaciones para el siguiente turno, cuando estos formularios no son llenados muchas veces se debe al gran número de paciente y trabajo que realiza el personal de enfermería durante su jornada laboral.

Gráfico 8: Análisis porcentual de la continuidad del cuidado de los registros clínicos de enfermería

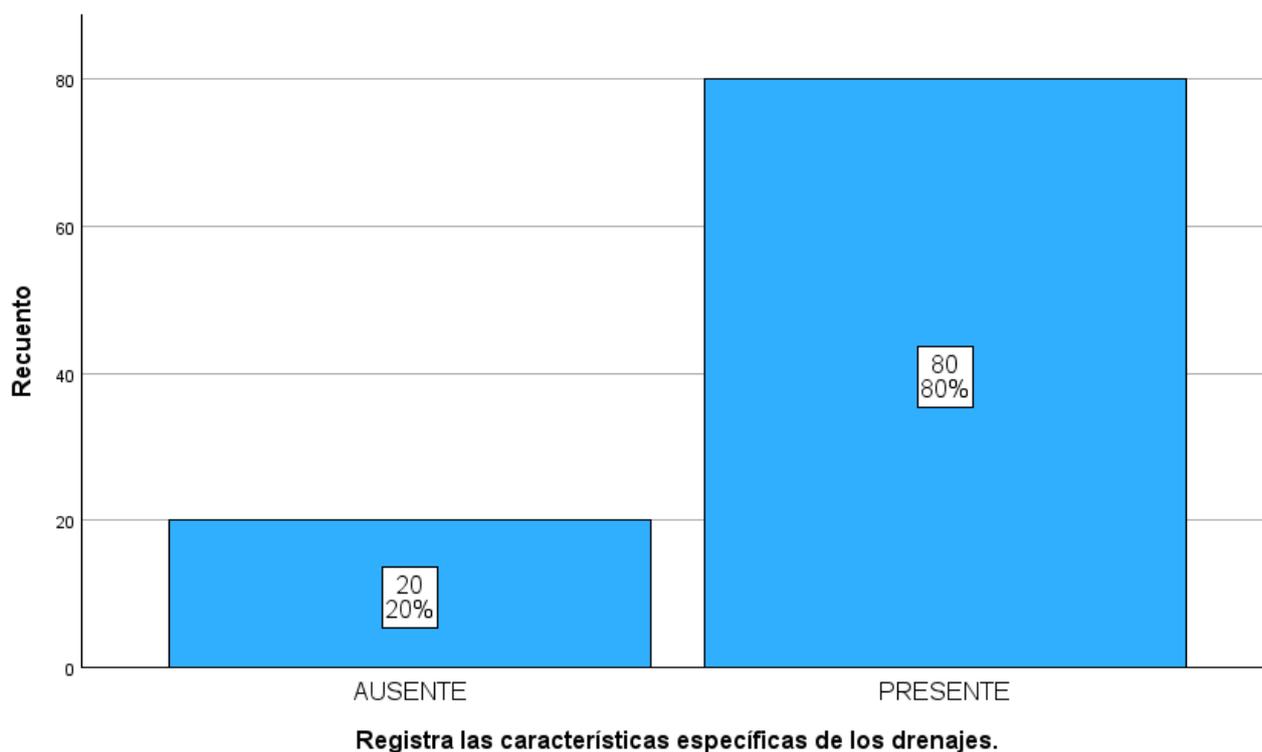


Fuente: Análisis de los registros de enfermería en el área de ginecología de un hospital de la ciudad de Guayaquil.

Elaborado por: Tania Cepeda & María Velasco. Estudiantes de Enfermería.

Análisis: En la segunda dimensión, según la evaluación de los 100 registros clínicos de enfermería, en los resultados se puede evidenciar el 63% de los indicadores de la dimensión: continuidad del cuidado si presenta los registros de los datos requeridos en los formularios y que serán de ayuda para conocer la evolución del paciente durante su estancia hospitalaria, todos los datos registrados por el personal de enfermería serán de gran ayuda en los cuidados y necesidades que se deban realizar en los pacientes para lograr una buena recuperación. Por otro lado, se observa un 37% de ausencia con respecto a los registros disminuyendo de esta manera la calidad en los registros de enfermería, varios de los registros evaluados denotan la ausencia de los diagnósticos de enfermería, esto debido a la falta de actualización de los profesionales de enfermería con respecto a lo antes mencionado. Esto trae consigo riesgos en cuanto a la mejora progresiva de salud de los pacientes y seguimiento de los demás profesionales que conforman el equipo de salud.

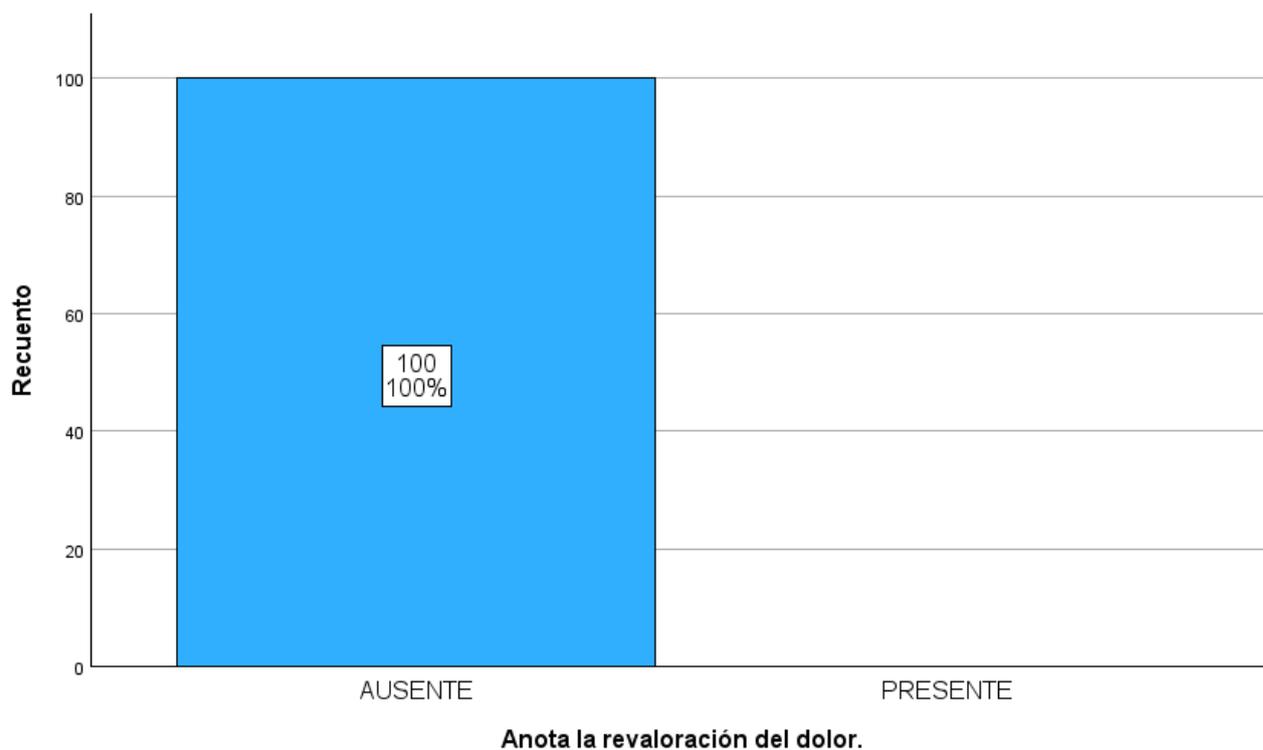
Gráfico 9: Características específicas de los drenajes



Fuente: Guía de observación indirecta.

Análisis: Se observa que el 20% de los registros clínicos se encuentra presente el registro de las características específicas de los drenajes, mientras que el 80% se encuentra ausente, esto se debe a que las pacientes del área de ginecología según las normas sanitarias que ahora implementan en estas áreas no se deben instalar medios invasivos en las gestantes, como en este caso lo es el drenaje, por este motivo es que no se realizan estos registros.

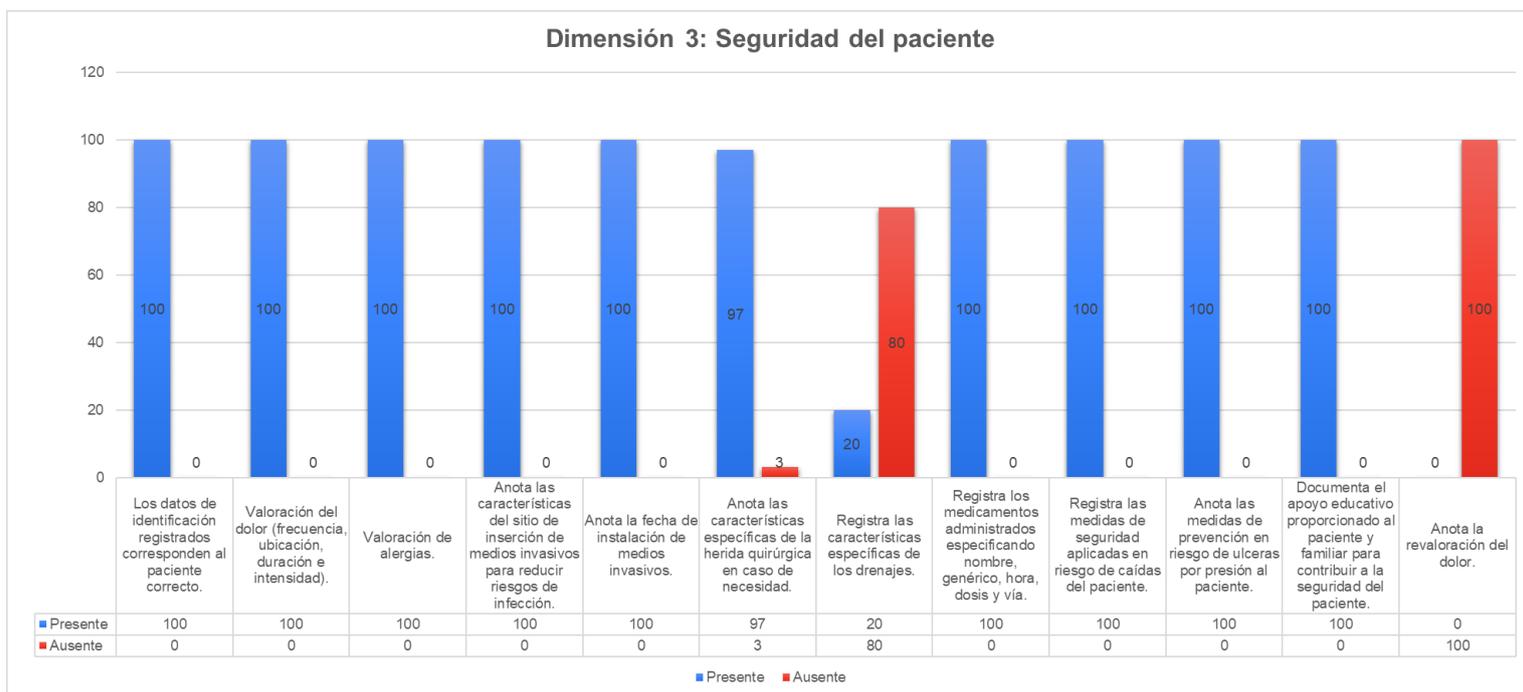
Gráfico 10: Revaloración del dolor.



Fuente: Guía de observación indirecta.

Análisis: Se evidencia que el 100% del personal de enfermería no registran la revaloración del dolor en los registros clínicos, no llevar este registro es perjudicial para el cuidado y la seguridad del paciente, el equipo de salud no se encarga de registrarlo en físico, pero esa información siempre la comunican al momento de realizar la entrega de la guardia, lo más adecuado sería que lo tengan registrado en el formulario adecuado, ya que de esta manera se puede comunicar la información adecuada al resto de equipo de salud y se puede mejorar la calidad de vida del paciente durante su estancia hospitalaria.

Gráfico 11: Análisis porcentual de la seguridad del paciente de los registros clínicos de enfermería



Fuente: Análisis de los registros de enfermería en el área de ginecoobstetricia de un hospital de la ciudad de Guayaquil.

Elaborado por: Tania Cepeda & Maria Velasco. Estudiantes de Enfermería.

Análisis: En la tercera dimensión, en los resultados se puede observar que, de los 100 registros clínicos de enfermería evaluados, el 83% si presenta con los registros de los campos que plantea el formulario, el personal de enfermería si lleva un registro de las actividades que ayudan a contribuir con la seguridad del paciente al momento que se realizan las intervenciones que lograrán su recuperación. Por otro lado, se evidencia un 17% se encuentra ausente, esto debido a que muchas de las pacientes gestantes y ginecológicas que se encuentran en el área no requieren de medios invasivos como en este caso seria los de drenaje y las muy pocas que si lo presentan si llevan el registro necesario, en el registro de la revaloración del dolor se pudo observar que no registran esta información en la documentación del paciente, más sin embargo si lo comunican con el personal de enfermería al momento de entregar la guardia al término de su jornada laboral, este registro debería de quedar plasmado en el formulario correspondiente ya que da información sobre la evolución del paciente con su tratamiento y ayuda a mejorar la calidad de vida del paciente.

5. DISCUSIÓN

Los registros de enfermería son desarrollados por un canal de comunicación entre la situación del paciente y el médico, mediante el cual existe un intercambio de información, así como su correcto almacenamiento que provee beneficios en el nivel de atención, seguridad y continuidad de los cuidados para que el paciente logre una pronta recuperación(3).

En la primera dimensión, se evaluó la estructura de los registros que realizan el personal de enfermería, donde el 75% si presentan los indicadores que evaluó esta dimensión, mientras que el 25% se encuentra ausente. En el estudio de Castillo, Villa, Costales, Moreta y Quinga donde se evaluaron 220 registros de enfermería el 97,7% se consideró no eficiente con respecto a estructura, el 2.3% fue poco eficiente, y el 0 % eficiente (13).

Además, en el estudio se dio a conocer que el 80% los registros de enfermería se encontraban sin faltas de ortografía, mientras que el 20% si tenían. Esta coincide con la investigación de Schmidt donde el 76,4% de los registros evaluados no contienen errores ortográficos, y el 23,6% sí (8). Con respecto a si realizaba los registros con letra legible, en nuestro estudio se demostró que en el 69% estaba presente esta característica, mientras que en el 31% se encontraba ausente. Al compararlo con el estudio antes mencionado, este demostró que el 100% si se encontraba con letra legible (8). Por otro lado, de los registros evaluados el 67% se encontraban sin alteraciones, mientras que el 33% tienen alteraciones como tachaduras o enmendaduras. En un estudio similar que fue realizado por Vázquez, Alvarado, López, Sánchez, Ibarra, De la Rosa, Ochoa y López donde se evaluó la pulcritud y legibilidad el 34,6% fueron clasificados como aceptable calidad, y el 65,4% fueron clasificados como buena calidad (10).

La segunda dimensión que se evaluó fue la continuidad del cuidado, donde más de la mitad, el 63% si presenta los indicadores planteados, y el 37% se encuentra ausente. En un estudio similar que fue realizado por Alvarado, Llaque, Chian, Rodriguez, Urquiaga y Marino donde se evaluaron varias dimensiones, entre ellas examen clínico, notas de evolución, registros de enfermería/obstetricia y especificaciones de alta presentaron sólo un 5% por

mejorar en la calidad del registro, y el 95% de ellas tuvieron calidad satisfactoria (9).

Por otro lado, se pudo evidenciar que el apartado de registro de datos socioculturales del paciente se obtuvo como resultado que en el 100% de los registros se encontraba ausente. Esto se asemeja a los resultados observados en un estudio realizado por Alvarado, Llaque, Chian, Rodríguez, Urquiaga y Marino donde en el 80% de los registros no existía o el componente religión (9). Siguiendo la misma línea, el 100% de registros no anotan los juicios clínicos sobre las respuestas del paciente a los problemas de salud reales y potenciales. En cambio, Vázquez, Alvarado, López, Sánchez, Ibarra, De la Rosa, Ochoa y López muestra que tan solo el 15,4% de los registros no se le desarrollo el apartado de diagnóstico de enfermería (10).

Para culminar, en la tercera dimensión, este estudio tuvo como resultado que el 83% si presenta, y el 17% se encuentra ausente lo solicitado. Esta investigación muestra que el 80% de los registros de enfermería no presentan características específicas de drenaje, y el 100% la revalidación del dolor se encontraba ausente. Esta información coincide con la de Castillo, Villa, Costales, Moreta y Quinga, que la totalidad de los registros evaluados (100%) no realiza la descripción secuencial y temporal de los acontecimientos ni describe los hallazgos de manera meticulosa: tipo, forma, tamaño y aspecto (13).

6. CONCLUSIONES

Se concluye que, en cuanto al análisis de los registros clínicos de enfermería del área ginecobstetricia estos fueron de calidad regular con un 74% debido a que existe la ausencia de ciertos indicadores de las dimensiones evaluadas, del cual el 26% corresponde a la dimensión estructura, 20% continuidad del cuidado y el 28% a la seguridad del paciente. En cuanto a la dimensión estructura existen registros que presentan faltas ortográficas, mala caligrafía, problemas de legibilidad y alteraciones (tachaduras) en la documentación a nivel físico como digital que ha contribuido a un déficit del 25% se encuentra ausente en los registros de enfermería ocasionando confusiones entre el equipo de salud que labora en el área.

En la continuidad del cuidado, se evidencia que el 63% si presentan los registros clínicos de manera correcta, por otro lado, se observa que existe un déficit del 37% respecto al registro de datos socioculturales del paciente lo cual repercute al momento comunicarse con los pacientes o sus familiares, así como el registro de juicios clínicos sobre las respuestas del paciente a los problemas de salud reales y potenciales, lo que disminuye la calidad del registro de enfermería. Varios de los registros evaluados denotan la ausencia datos diagnósticos de enfermería, esto debido a la falta de actualización de los profesionales de enfermería con respecto a lo antes mencionado. Lo cual no repercute y afecta en la continuidad de los cuidados que se lleven a cabo en el área de ginecobstetricia.

Con respecto a la seguridad del paciente, se evidencia que existe alto porcentaje (83%) de positividad en cuanto a los indicadores evaluados en los registros de enfermería, a excepción de dos indicadores que ponen en evidencia un 17% de ausencia en los registros de características específicas de los drenajes debido a que las pacientes en su mayoría gestantes y púerperas no necesitan de este medio invasivo, por otro lado, el registro de revaloración del dolor, si deben de documentar esta información para implementar medidas que puedan para disminuir el dolor que puedan presentar las pacientes del área de ginecobstetricia.

7. RECOMENDACIONES

A las agencias de gobierno, es importante que el Ministerio de Salud pública establezcan capacitaciones para todo el personal de salud, en el cual se detalle de manera minuciosa cada uno de los puntos que deben cumplir al momento de realizar los registros clínicos de los usuarios y pacientes, para que puedan gestionar de manera eficiente la documentación. De esta manera se evitan cometer equivocaciones y logran mejorar la calidad con la que se brindan los cuidados a los pacientes.

A las instituciones de salud, es importante que en los hospitales dentro de las áreas de trabajo añadan a sus procesos los estándares que permitirán subir el nivel de calidad con el que se lleva a cabo los registros clínicos de enfermería, así también ayudara a crear herramientas con las que se pueda evidenciar los resultados del trabajo que realizan los enfermeros y podrán sugerir los cambios necesarios con la finalidad de mejorar en los cuidados y procedimientos que realicen los profesionales.

A los profesionales de salud, se le recomienda mantenerse actualizados sobre los avances y acudir a todas las capacitaciones necesarias acerca del tema de investigación, así mismo los hospitales deberían dar aperturas para que el personal de enfermería pueda estar seguro de las valoraciones que les brindan a los pacientes durante su jornada laboral sean las adecuadas para el correcto llenado de los formularios de registros clínicos.

A los futuros profesionales de la salud deben comprender la importancia del cumplimiento y calidad de los registros clínicos de enfermería para lograr garantizar una mejor comunicación con todo el equipo de salud y brindar una mejor atención a los pacientes. Se recomienda tener un sistema mucho más fácil de usar, teniendo siempre las capacitaciones necesarias que ayude a resolver los problemas de tiempo durante la jornada laboral y a disminuir los errores en su llenado, para obtener una mejor comprensión en la estructura del formulario de los registros clínicos de enfermería.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Muñoz P, Echeverría N, Cabascango K, Delgado N, Charles P, Duque R. Quality of Nursing Records in the Emergency Service of the San Vicente de Paul Hospital. *NatVolatiles&EssentOils* [Internet]. 2021 [citado 12 de julio de 2023];8(5):8228-40. Disponible en: <https://www.nveo.org/index.php/journal/article/view/2200>
2. Hernández E, Reyes A, García M. Cumplimiento de los registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería en un hospital de segundo nivel de atención. *Rev Enferm IMSS* [Internet]. 2018 [citado 12 de julio de 2023];26(2):65-72. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=80646>
3. Torres M, Zárate R, Matus R. Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación. *Enfermería Universitaria* [Internet]. 2011 [citado 12 de julio de 2023];8(1). Disponible en: <https://revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/269>
4. López J, Moreno M, Saavedra C, Espinosa A, Camacho J. La importancia del registro clínico de enfermería: un acercamiento cualitativo: The importance of the clinical registry of nursing: a qualitative approach. *Nure Inv* [Internet]. 2018 [citado 12 de julio de 2023];15(93). Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1326>
5. Norouzi Z, Ashktorab T, Pazokian M, Nasiri M. Quality of Nursing Documentation Based on Standard Criteria in Coronary Care Unit. *J Adv Pharm Edu Res* [Internet]. 2018;8(S2):98-103. Disponible en: <https://japer.in/article/quality-of-nursing-documentation-based-on-standard-criteria-in-coronary-care-unit>
6. Torres D. Indicadores de evaluación de los registros clínicos de enfermería: Implementación de una herramienta tecnológica. *Horizonte sanitario* [Internet]. 2021 [citado 12 de julio de 2023];20(3):315-28. Disponible en: <https://revistahorizonte.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/3938>
7. Macías E. Calidad de los registros de enfermería del servicio de gineco-obstetricia del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, Ecuador, 2020 [Internet] [Maestría]. [Perú]: Universidad César Vallejo; 2021 [citado 12 de julio de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/67997>
8. Schmidt S. Calidad de los registros de enfermería en un sector del Hospital Público de la Ciudad de Oberá. *Salud, Ciencia y Tecnología* [Internet]. 2022 [citado 12 de julio de 2023];2:62-62. Disponible en: <https://revista.saludcyt.ar/ojs/index.php/sct/article/view/62>

9. Alvarado M, Llaque M, Chian AM, Rodríguez D, Urquiaga S, Marino S. Calidad del registro de las historias clínicas del servicio de hospitalización del Centro de Salud Materno Infantil El Bosque. Trujillo, Perú. 2019 [Internet] [Maestría]. [Perú]: Universidad César Vallejo; 2021 [citado 12 de julio de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/82953>
10. Vázquez R, López G, Sánchez R, Ibarra M, Lavariega G, Ochoa C, et al. Calidad de los registros clínicos de enfermería en una institución de salud del puerto de Veracruz: Quality of nursing clinical records in a health institution in the port of Veracruz. *South Florida Journal of Development* [Internet]. 2022 [citado 12 de julio de 2023];3(1):940-50. Disponible en: <https://ojs.southfloridapublishing.com/ojs/index.php/jdev/article/view/1142>
11. Suarez N, Caputo A, Cruz F. Calidad de los registros de enfermería Sanatorio Allende cerro en el año 2019. *Notas de Enfermería* [Internet]. 2020 [citado 12 de julio de 2023];20(35):21-9. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/notasenf/article/view/29154>
12. de Lima L, Tavares F, Dos Santos M, Andrade K, Candido P, Pereira V. Analysis of records by nursing technicians and nurses in medical records. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(2):e20180542.
13. Castillo R, Villa C, Costales B, Moreta J, Quinga G. Calidad de las notas de enfermería en el Hospital Vicente Corral Moscoso. *Polo del Conocimiento* [Internet]. 2021 [citado 12 de julio de 2023];6(8):672-88. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8094451>
14. Abd A, Ibrahim M, Diab G. Quality of Nursing Documentation and its Effect on Continuity of patients' care. *Menoufia University, Faculty of Nursing* [Internet]. 2021 [citado 12 de julio de 2023];6(2):1-18. Disponible en: https://menj.journals.ekb.eg/article_206094.html
15. Sovik P, Snibsoer A, Espehaug B. Improving the quality of nursing documentation at a residential care home: a clinical audit. *BMC Nursing* [Internet]. 2021 [citado 12 de julio de 2023];20(1):103. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00629-9>
16. Santos I, Santos J, Mendoza E, Vega M. Conocimiento científico y de implicación legal en el cumplimiento de los registros de enfermería. *Revista CONAMED* [Internet]. 2022 [citado 12 de julio de 2023];27(2):57-62. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8522012>
17. Zangmo K, Dema T, Acharya B, Sonam S, Choden T, Dechen K, et al. A clinical audit report on quality of nursing documentation at Jigme dorji Wangchuck national referral Hospital, 2018. *Bhutan Health Journal* [Internet]. 2019 [citado 12 de julio de 2023];5(2):15-20. Disponible en: <https://bhj.com.bt/index.php/bhj/article/view/86>
18. Ministerio de Salud Pública. Manual de Uso de los Formularios Básicos de la historia clínica [Internet]. Dirección Nacional de Normatización;

2009. Disponible en: <http://smart-medic.com/wp-content/uploads/2021/07/MANUAL-HISTORIA-CLINICA-MSP.pdf>

19. García S, Navío A, Valentin L. Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. NURE Investigación [Internet]. 2007 [citado 13 de julio de 2023];7(28). Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/335>
20. Hernández L, Urbina A, Cambero E. Implementación de círculos de calidad para la mejora del registro de Enfermería. Metas de Enfermería [Internet]. 2018 [citado 13 de julio de 2023];21(1):22-7. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81176/>
21. López J, Moreno M, Saavedra C. Construcción y validación de un registro clínico para la atención asistencial de enfermería. Enfermería Universitaria [Internet]. 2017 [citado 13 de julio de 2023];14(4). Disponible en: <https://revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/15>
22. Bautista L. Registros de enfermería. Revista Ciencia y Cuidado [Internet]. 2015 [citado 13 de julio de 2023];12(2):5-10. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/505>
23. Febré N, Mondaca K, Méndez P, Badilla V, Soto P, Ivanovic P, et al. Calidad en enfermería: su gestión, implementación y medición. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2018 [citado 13 de julio de 2023];29(3):278-87. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864018300567>
24. Ministerio de Defensa de Ecuador. Constitución de la República del Ecuador [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf
25. Constitución de la República del Ecuador. Ley Orgánica de la Salud [Internet]. 2013. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
26. Cedeño Tapia SJ, Guananga Iza DC. Calidad de los registros de enfermería en la historia clínica en el Hospital Abel Gilbert Pontón 2013 [Internet] [Thesis]. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Enfermería; 2014 [citado 29 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/8750/1/Calidad%20de%20los%20registros%20de%20Enfermeria%20en%20la%20Historia%20Clinica.pdf>
27. Congreso del Ecuador. Ley 57. Ley de ejercicio profesional de enfermeras [Internet]. 2017 [citado 13 de julio de 2023]. Disponible en: <https://vlex.ec/vid/ley-57-ley-ejercicio-643461489>
28. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 5a ed. México, D.F: McGraw-Hill; 2010. 613

p. Disponible en: <https://www.icmujeres.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Sampieri.Met.Inv.pdf>

29. Acuerdo Ministerial. Reglamento de los comités de ética de investigación en seres humanos [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/12/A-4889-Reglamento-para-la-aprobaci%C3%B3n-y-seguimiento-de-CEISH-y-CEAS-L.pdf>

9. ANEXOS

HOJA DE CHEQUEO

Tema: Análisis de los registros de enfermería en el área ginecobstetricia de un hospital de la ciudad de Guayaquil.

Objetivo: Registrar la presencia o ausencia de la estructura, continuidad y seguridad del paciente del cuidado en los registros de enfermería.

Instrucciones: Insertar un visto o X en los indicadores presentes o ausentes el instrumento CARCE

Estructura de los registros:

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

Continuidad del cuidado	Grafica los signos vitales del paciente (temperatura, tensión arterial, pulso, respiración).		
	Anota los datos de la valoración focalizada y generalizada.		
	Registra datos socio culturales del paciente (religión, idioma-dialecto, cultura).		
	Anota los juicios clínicos sobre las respuestas del paciente a los problemas de salud reales.		
	Anota los juicios clínicos sobre las respuestas del paciente a los problemas de salud potenciales.		
	Documenta la comunicación de los problemas de salud reales/potenciales detectados, a otros profesionales de la salud.		
	Registra las intervenciones de enfermería realizadas para dar solución a las necesidades del paciente.		
	Anota la hora de las intervenciones de enfermería.		
	Documenta el plan de alta domiciliaria.		
	Registra las respuestas del paciente a las intervenciones de enfermería con base en las necesidades detectadas.		
	Anota situaciones pendientes al siguiente turno.		
Seguridad del paciente	Los datos de identificación registrados corresponden al paciente correcto.		
	Valoración del dolor (frecuencia, ubicación, duración e intensidad).		
	Valoración de alergias.		
	Anota las características del sitio de inserción de medios invasivos para reducir riesgos de infección.		
	Anota la fecha de instalación de medios invasivos.		
	Anota las características específicas de la herida quirúrgica en caso de necesidad.		
	Registra las características específicas de los drenajes.		
Registra los medicamentos administrados especificando nombre, genérico, hora, dosis y vía.			

	Registra las medidas de seguridad aplicadas en riesgo de caídas del paciente.		
	Anota las medidas de prevención en riesgo de úlceras por presión al paciente.		
	Documenta el apoyo educativo proporcionado al paciente y familiar para contribuir a la seguridad del paciente.		
	Anota la revaloración del dolor.		

Aprobación de tema



Guayaquil, 02 de junio del 2023



Srta. Velasco Guadalupe María
Srta. Cepeda Yautibug Tania Marlene
Estudiantes de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

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

De mis consideraciones:

Reciban un cordial saludo de parte de la Dirección de la Carrera de Enfermería, a la vez les comunico, que su tema de trabajo de titulación: **“Análisis de los Registros de Enfermería en el área Ginecobstetricia de un hospital de la ciudad de Guayaquil.”** ha sido aprobado por la Comisión Académica de la Carrera, su tutora asignada es la Lcda. Kristy Franco Poveda Mgs.



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

Atentamente,

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

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

Permiso institucional



Oficio N. HGNGC-SDI-20230802-4

Guayaquil, 02 de Agosto del 2023

CERTIFICADO

La Subdirección de Docencia e Investigación del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos, **CERTIFICA** que ha revisado y aprobado el proyecto final de Titulación realizado por las Srtas. **MARIA FERNANDA VELASCO GUADALUPE** con CI.0953838240 y **TANIA MARLENE CEPEDA YAUTIBUG** con CI 0951689280, Internos Rotativos de ENFERMERÍA de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil cuyo tema es:

“ANÁLISIS DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA EN EL AREA DE GINECO – OBSTETRICIA DE UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL”

Particular que se certificó para fines pertinentes.

Atentamente,



Dr. Moises Castro Carrasco
Subdirector de Docencia
Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos





REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Análisis de los registros de enfermería en el área ginecobstetricia de un hospital de la ciudad de Guayaquil.		
AUTOR(ES)	Tania Marlene Cepeda Yautibug; María Fernanda Velasco Guadalupe		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Lcda. Kristy Glenda Franco Poveda Mgs.		
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:	55
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud Publica		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Calidad, Registros de Enfermería, Registros clínicos, Instrumento CARCE.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):	<p>El registro de enfermería consiste en un modo de comunicación entre los enfermeros y todo el equipo de salud que recogerá la información necesaria sobre las intervenciones. Objetivo: Analizar los registros de enfermería en el área ginecobstetricia de un hospital de la ciudad de Guayaquil. Metodología: Estudio de nivel descriptivo, de método cuantitativo con diseño prospectivo de corte transversal. Población: 100 historias clínicas Resultados: En la dimensión de estructura, se obtiene un 75% de presencia, resaltando los indicadores que no se cumplen como: registros con letra legible (20%), sin alteraciones (31%) y sin faltas de ortografía (33%), debido a la cantidad de trabajo durante la guardia. Respecto a la dimensión de continuidad del cuidado, se evidencia que el 63% están presentes a pesar de no evidenciar los registros de datos socioculturales (100%), anotación de juicios clínicos sobre la respuesta a problemas de salud (100%) y anotaciones de situaciones pendientes (33%). Para la seguridad del paciente, se obtiene un 83% de presencia, en los registros clínicos ausentes resaltan: registra las características específicas de los drenajes (80%) no llevan un registro ya que no eran necesarios porque las pacientes no contaban con este medio invasivo y las pocas que si lo tenían si se registró normalmente, la falta de registro de la revaloración del dolor (100%). Conclusiones: Al analizar los registros clínicos de enfermería estos fueron de calidad regular con un 74% debido a que existe la ausencia de ciertos indicadores de las dimensiones de estructura, continuidad del cuidado y seguridad del paciente.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593- 99 420 4882 +593- 95 957 4782	E-mail: taniacy1999@gmail.com mafervelasco1993@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Lcda. Holguín Jiménez Martha Lorena, Msc		
	Teléfono: +593-993142597		
	E-mail: martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			