



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

**Análisis de los registros clínicos de Enfermería del área de
ginecobstetricia de un hospital de la ciudad de Guayaquil.**

AUTORES:

Pinto Lozada, Jean Pierre

Gaibor Aranda, María Betzabeth

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

TUTORA:

Lic. Franco Poveda Kristy Glenda, Mgs.

Guayaquil, Ecuador

01 de septiembre del 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por
Pinto Lozada, Jean Pierre y Gaibor Aranda, María Betsabeth como
requerimiento para la obtención del título de Licenciado en Enfermería.

TUTORA

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

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____
Lic. Mendoza Vines, Ángela Ovilla, Msc.

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



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Pinto Lozada, Jean Pierre**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **Análisis de los registros clínicos de Enfermería del área de 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, 01 del mes de septiembre del año 2023

EL AUTOR

f. _____

Pinto Lozada, Jean Pierre



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Gaibor Aranda, María Betzabeth**

DECLARO QUE:

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

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

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

LA AUTORA

f. _____
Gaibor Aranda, María Betzabeth



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Pinto Lozada, Jean Pierre**

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

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

EL AUTOR

f. _____

Pinto Lozada, Jean Pierre



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Gaibor Aranda, María Betzabeth**

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

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

LA AUTORA

f. _____

Gaibor Aranda, María Betzabeth

REPORTE DE COMPILATIO



CERTIFICADO DE ANÁLISIS
registro

Analisis de los registros clinicos de Enfermeria del area de Ginecobotetricia de un hospital de la ciudad de Guayaquil

4% Similitud = 1% Texto entre similitud de similitudes entre comillas
= 1% Sistema de resalta

Nombre del documento: Compilatio Firma y Gaylor.docx
ID del documento: 31f6cb676a681a3d08b4e6d4c72145ca2a78
Tamaño del documento original: 148,26 KB
Autor(es): Juan Fernn Pérez Lozada, María Bettsbeth Galbar Acosta

Depositar(es): Juan Fernn Pérez Lozada
Fecha de depósito: 6/9/2022
Tipo de carga: url_submission
Fecha de fin de análisis: 6/9/2022

Número de palabras: 12.476
Número de caracteres: 34.994

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes

Fuentes principales detectadas

#	Descripción	Similitud	Ubicaciones	Datos adicionales
1	www.lasochras.com/ https://www.lasochras.com/.../31f6cb676a681a3d08b4e6d4c72145ca2a78... 8 Fuentes clónicas	2%		C:https://www.lasochras.com/.../31f6cb676a681a3d08b4e6d4c72145ca2a78... (8) (1) palabras
2	http://www.cuadernodivulgacion.com/ http://www.cuadernodivulgacion.com/.../31f6cb676a681a3d08b4e6d4c72145ca2a78... 8 Fuentes clónicas	< 1%		C:https://www.lasochras.com/.../31f6cb676a681a3d08b4e6d4c72145ca2a78... (1) (1) palabras
3	www.cuadernodivulgacion.com/ https://www.cuadernodivulgacion.com/.../31f6cb676a681a3d08b4e6d4c72145ca2a78... 2 Fuentes clónicas	< 1%		C:https://www.lasochras.com/.../31f6cb676a681a3d08b4e6d4c72145ca2a78... (1) (1) palabras
4	www.cuadernodivulgacion.com/ https://www.cuadernodivulgacion.com/.../31f6cb676a681a3d08b4e6d4c72145ca2a78... 1 Fuente clónica	< 1%		C:https://www.lasochras.com/.../31f6cb676a681a3d08b4e6d4c72145ca2a78... (1) (1) palabras
5	www.cuadernodivulgacion.com/ https://www.cuadernodivulgacion.com/.../31f6cb676a681a3d08b4e6d4c72145ca2a78... 2 Fuentes clónicas	< 1%		C:https://www.lasochras.com/.../31f6cb676a681a3d08b4e6d4c72145ca2a78... (1) (1) palabras

Fuentes con similitudes fortuitas

#	Descripción	Similitud	Ubicaciones	Datos adicionales
1	www.lasochras.com/ http://www.lasochras.com/.../31f6cb676a681a3d08b4e6d4c72145ca2a78... 8 Fuentes clónicas	< 1%		C:https://www.lasochras.com/.../31f6cb676a681a3d08b4e6d4c72145ca2a78... (1) (1) palabras

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme la salud, el pensamiento y la actitud para poder lograr las metas propuestas en mi vida.

A mis docentes dado que ellos me enseñaron a valorar los estudios y a superarme cada día, también agradezco.

A mis familiares porque me apoyaron en los momentos más difíciles de mi vida como estudiante, dándome aliento y fuerzas para superar la adversidad

Pinto Lozada, Jean Pierre

En primer lugar a Dios, por darme vida, salud y fe para con esfuerzo salir adelante en todo lo que me propongo.

A mis familiares, en especial a mis hijos que son la motivación para cumplir con las actividades de la vida diaria combinando trabajo y estudio.

A todos los docentes que, con visión crítica de muchos aspectos cotidianos de la vida, por su rectitud en su profesión, por sus consejos, que ayudan a formarme como licenciado en enfermería e investigador.

Gracias a todos.

Gaibor Aranda, María Betzabeth

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo de titulación en primer lugar a Dios por darnos la vida y permitirnos cada día ver un nuevo amanecer.

A nuestros Padres que nos brindaron apoyo incondicional durante el proceso de formación en la carrera de enfermería. A nuestras familias en general por darnos aliento día a día y motivarnos para seguir en la búsqueda de nuevos conocimientos. A la institución formadora por darnos la oportunidad de insertarnos en el conocimiento científico.

Pinto Lozada, Jean Pierre

Dedicamos este trabajo de titulación en primer lugar a Dios por darnos la vida y permitirnos cada día ver un nuevo amanecer.

A nuestros Padres que nos brindaron apoyo incondicional durante el proceso de formación en la carrera de enfermería. A nuestras familias en general por darnos aliento día a día y motivarnos para seguir en la búsqueda de nuevos conocimientos. A la institución formadora por darnos la oportunidad de insertarnos en el conocimiento científico.

Gaibor Aranda, María Betzabeth



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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

**LCDA. ANGELA OVILDA MENDOZA VINCES MSC.
DIRECTORA DE CARRERA**

f. _____

**LCDA.MARTHA LORENA HOLGUIN JIMENEZ MSC.
COORDINADORA DEL ÁREA DE TITULACION**

f. _____

**LCDA.MARTHA LORENA HOLGUIN JIMENEZ MSC.
OPONENTE**



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

Pinto Lozada, Jean Pierre

Gaibor Aranda, María Betzabeth

ÍNDICE

RESUMEN	XV
ABSTRACT	XVI
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO I	4
1.1. Planteamiento Del Problema.....	4
1.2. Preguntas De Investigación	7
1.3. Justificación.....	7
1.4. Objetivos.....	9
1.4.1. Objetivo general	9
1.4.2. Objetivos específicos	9
CAPITULO II	10
2. Fundamentación conceptual	10
2.1. Antecedentes De La Investigación	10
2.2. Marco Conceptual.....	13
2.2.1. Calidad	13
2.2.2. Registros de Enfermería	17
2.2.3. Reportes de enfermería.	17
2.2.4. Modelos de los reportes de enfermería.....	18
2.2.5. El Expediente Clínico del Paciente y el Reporte de Enfermería.....	21
2.3. Marco Legal	22
Constitución de la República del Ecuador (40)	22
Ley Orgánica de Salud (41)	22
Plan Nacional de Desarrollo (42)	23
Manual del Manejo, Archivo de las Historias Clínicas (43).....	23
Contexto ético y legal de los reportes de enfermería	24
CAPITULO III	26
3. Diseño de la investigación.....	26
3.1. Tipo de investigación	26
3.2. Diseño de investigación	26
3.3. Población y muestra	26

3.4. Criterios de inclusión y exclusión.....	27
3.5. Técnicas y procedimientos para la recolección de datos.....	27
3.6. Técnica de procesamiento y análisis de datos	27
3.7. Procedimiento para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos:.....	27
3.2. Operacionalización de variables	28
CAPITULO IV	31
4. Presentación y análisis de resultados	31
5. Discusión.....	39
6. Conclusiones.....	41
7. Recomendaciones.....	42
8. Referencias	43
ANEXOS	49

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1. Principales ausencias en la estructura de los registros de Enfermería	31
Figura N° 2. Estructura de los registros de Enfermería	32
Figura N° 3. Principales ausencias en la continuidad del cuidado de los registros de enfermería	33
Figura N° 4. Continuidad del cuidado.....	34
Figura N° 5. Principales ausencias en la seguridad del paciente de los registros de enfermería	35
Figura N° 6. Seguridad del paciente.....	37

RESUMEN

Los registros de Enfermería son instrumentos elementales en la asistencia sanitaria, representan por excelencia un medio de comunicación y coordinación entre los profesionales de la salud, su realización correcta permite la continuidad de los cuidados y la seguridad del paciente, además están integrados en la historia clínica del paciente. **Objetivo** Analizar la calidad de los registros de Enfermería en el área de ginecobstetricia de un hospital de la ciudad de Guayaquil. **Metodología** de nivel descriptivo, enfoque cuantitativo, diseño observacional, corte prospectivo y transversal, **Población:** 100 registros clínicos de enfermería. **Resultados**
Estructura del registro: el 87,3% registra sin tachones ni enmendaduras, el 62,7% de los casos se realizan los registros con letra ilegible, en el 64,7% los registros contienen faltas ortográficas y el 62,7% no se utiliza un lenguaje técnico o terminología científica. *Continuidad del cuidado:* el 94,1 % registra las respuestas del paciente a las intervenciones de Enfermería, el 72,5% no documenta el plan de alta domiciliaria y el 60,8% no registra situaciones pendientes al siguiente turno. *Seguridad del paciente:* El 91,2% registra la fecha de la instalación de medios invasivos, el 97,1% anota las características específicas de la herida quirúrgica. El 73,5% no registra datos acerca de la revaloración del dolor del paciente, el 55% no registra las características de los drenajes del paciente. **Conclusiones**, el porcentaje de cumplimiento de la dimensión estructura fue de 64%, en continuidad del cuidado fue de 69% y de seguridad del paciente de 79%. Los registros evidenciaron un 71% de cumplimiento general.

Palabras Clave: Registro de Enfermería, Cuidado, Continuidad, Estructura, Seguridad, Paciente.

ABSTRACT

Nursing records are elementary instruments in health care, they represent par excellence a means of communication and coordination between health professionals, their correct performance allows continuity of care and patient safety, they are also integrated into the clinical history. of the patient, so it is necessary to do them with such scientific rigor to guarantee their quality. **Objective.** - To analyze the quality of nursing records in the obstetrics and gynecology area of a hospital in the city of Guayaquil. The **Methodology** was descriptive, quantitative approach, observational design, prospective and cross-sectional cut, where 100 clinical nursing records were analyzed. **Results.** - Structure of the record: 87.3% register without erasures or amendments, 62.7% of the cases do not make the records with legible handwriting, in 64.7% the records contain misspellings and 62.7% do not use technical language or scientific terminology. Continuity of care: 94.1% record the patient's responses to Nursing interventions, 72.5% do not document the home discharge plan, and 60.8% do not record pending situations for the next shift. Patient safety: 91.2% record the date of installation of invasive means, 97.1% note the specific characteristics of the surgical wound, 94.1% record the assessment of pain. 73.5% do not record data about the reassessment of the patient's pain, 55% do not record the characteristics of the patient's drains. **Conclusions.** - According to the dimensions observed, there are insufficiencies in terms of the structure of the registry, however, in the continuity of care and patient safety there are a greater number of relevant positive aspects.

Keywords: *Nursing Record, Care, Continuity, Structure, Safety, Patient.*

INTRODUCCIÓN

El cuidado de Enfermería constituye una base fundamental para cubrir las necesidades del paciente y hacer que los tratamientos médicos se cumplan. Uno de los instrumentos para plasmar todo el cuidado entregado son los registros de Enfermería (1). Estos contendientes de atención médica sirven como conducto para la comunicación y la coordinación entre profesionales de la salud, se aseguran de que la atención que reciben los pacientes sea ininterrumpida y al mismo tiempo garantizan su seguridad. Conforman junto a otros documentos la historia clínica del paciente, por lo que existe la necesidad de que se realice con una precisión científica que garantice la calidad (2).

La importancia de ese registro o su valor real se destaca por el peso de la evidencia que ofrece sobre el cuidado de un paciente. De modo que para aprovechar esto plenamente, se debe cumplir estrictamente con las pautas establecidas como una correcta escritura (3). El registro representa la intervención del profesional de Enfermería como un agente autónomo que participa en equipo junto a otros profesionales de la salud, utilizando una mezcla heterogénea de conocimientos científicos como herramienta preventiva o preservadora, sin duda orientada a mantener y mejorar el bienestar de los pacientes (4).

Además, puede evidenciarse en los registros clínicos sólidos, la aplicación de protocolos y procedimientos personalizados cruciales para cada área de trabajo y una mejor gestión de los recursos sanitarios; ya sean materialistas o centrados en el personal, todo ello mientras se adapta perfectamente a las necesidades en constante evolución (5).

El informe de enfermería; cuando esté depositado en las historias clínicas, debe estar impecable y disponible cuando se precise. Estos informes, sirven como mecanismo para un diálogo eficiente dentro de los equipos de atención médica y también pueden resultar cruciales para análisis estadísticos o consultas de investigación. En pocas palabras, la documentación detallada va de la mano con una atención clínica de calidad, fomentando el apoyo y la mejora continua a través de la información del paciente (6).

Un registro de enfermería bien redactado se considera una herramienta de evaluación que allana el camino hacia decisiones informadas y al mismo tiempo sirve como prueba documentada de las prácticas de atención médica, prácticamente impulsa el seguimiento y control de la atención. Lo que sucede durante el cambio de turno, es que la enfermera saliente transmite ciertos datos con el informe de enfermería a su disposición para brindar información sobre cronogramas específicos de medidas de cuidado y al mismo tiempo garantizar un seguimiento las 24 horas (7).

Según datos de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) el 80% de los profesionales en Enfermería ignora las pautas de preparación del reporte y el 43.5 % desconoce el uso de lenguaje apropiado de terminología y en su mayoría el personal no registro el progreso del paciente (8). En resumen, un registro clínico preciso, claro y preciso en enfermería ofrece una continuidad perfecta de la atención a los pacientes. Para el equipo de intervención involucrado, la toma de decisiones se facilita porque la comunicación funciona sin problemas sin perderse en la interpretación (9).

En el caso de los profesionales que ascienden a nivel académico, ayuda a la investigación en enfermería, dado que tener una terminología estándar en todos los ámbitos deja espacio para formular protocolos simplificados que funcionen de manera eficiente para las profesiones; de modo que la eficiencia se traduce en mejores resultados de salud para los pacientes (10).

Según lo expuesto anteriormente se realiza el presente trabajo de titulación para conocer y analizar los registros de Enfermería en un servicio de ginecobstetricia, con el afán de describir este fenómeno desde varias aristas y de esta forma dar pie a estrategias mejora continua en la institución donde se realiza el estudio. Para ello, se utilizará una metodología de nivel descriptivo, observacional, prospectiva, transversal, con una muestra de 100 reportes de enfermería, donde se utilizará el instrumento Calidad de los Registros Clínicos de Enfermería (CARCE) (11).

CAPITULO I

1.1. Planteamiento Del Problema

Considerados como un indicador crucial del nivel de atención brindado por el personal de enfermería, los registros clínicos enfermeros representan su enfoque científico, moral, legal, humanista y práctico (11). Estos registros ofrecen información sobre las medidas terapéuticas y de rehabilitación adoptadas para el bienestar de los pacientes, se deben de redactar expuestos con claridad y precisión, de manera ordenada y al mismo tiempo apoyados en el pilar del método científico, estos relatos facilitan la rápida identificación de las necesidades que se correlacionan con las diversas etapas involucradas en los procesos de salud-enfermedad (12).

Estos documentos están a la altura cuando se cumplen algunas condiciones. En primer lugar, deben registrar la evaluación y planificación de la atención al paciente; en segundo lugar, evaluar su eficacia, efectividad y eficiencia en respuesta a lo que se necesita del proceso de atención como garantizar la satisfacción de los pacientes. Ahora, se considera a las enfermeras como parte del equipo de salud, responsable de realizar intervenciones a favor de la recuperación y/o rehabilitación de un paciente (13).

A lo largo del tiempo se ha evidenciado una creciente capacidad de respuesta enfermera, brindando atención de calidad que abarca diversos grados de complejidad en el cual los pacientes pueden destacar el manejo de equipos médicos de vanguardia, uso clínicamente preciso de los medicamentos y la habilidad en el registro de enfermería, que incluyen la hoja de administración de medicamentos o el balance hídrico, así como hojas de seguimiento e incluso gráficos que muestran funciones vitales y notas de enfermería, con la finalidad de impulsar la comunicación entre los profesionales de la salud. Al hacerlo, se garantiza una atención médica continua de elevado nivel (14)

Los registros de enfermería conllevan pesadas obligaciones profesionales y legales. Estos se basan en algunos fundamentos éticos y legislativos cruciales dentro de la profesión, razón por la cual garantizar la precisión en la información recopilada se vuelve indispensable; ya que respalda la continuidad y la atención de

enfermería de alta calidad en los escenarios de atención médica (15). En consecuencia, estas notas clínicas relacionadas con la atención de cada paciente se presentan como instrumentos de protección legal para los profesionales de la salud involucrados en diferentes órdenes jurisdiccionales, por lo que sólo por esta causa, este documento tiene una importancia primordial (16).

De igual forma, en los establecimientos de salud entran en juego diversos métodos de documentación y comunicación, estos métodos pueden diferir significativamente de una institución a otra, como hojas de enfermería o registros clínicos. Además, en algunas naciones el panorama es complejo; el cumplimiento de los registros clínicos no equivale a una calidad de primer nivel porque a veces hay un problema: a pesar de los altísimos niveles porcentuales de cumplimiento, la justificación para las acciones de enfermería o las instrucciones médicas puede resultar deficiente (17).

Adicionalmente, las marcas de borrado y el desorden que empañan los resultados de los registros surgen con demasiada frecuencia de lo deseable, provocando preocupación entre los investigadores que luego abogan por medidas de mejora necesarias que asegurarían un desempeño de calidad en lo que respecta a los registros de las enfermeras (18).

En Ecuador existe carencia de políticas para el registro adecuado del PAE, ya que cada unidad de salud no cuenta con una estructura universal, sin embargo, Enfermería constituye un pilar fundamental dentro del sistema de salud proporcionando un cuidado holístico que permitan evidenciar las acciones otorgadas por los profesionales (19).

Los errores cometidos por los profesionales de la salud pueden estar relacionados con la identificación errónea de los pacientes. Las instituciones suelen verificarlo utilizando el membrete del paciente y datos de notas de enfermería, pero pueden surgir errores al transcribir instrucciones escritas debido quizás a una mala legibilidad. Las interpretaciones erróneas de una nota médica pueden dar lugar a que se registre una medicación incorrecta en un expediente de enfermería. Estos errores y otros similares han estimulado la generación de programas de salud destinados a reducir los errores cometidos en hospitales u otros centros de atención

sanitaria (20).

Según lo dispuesto por las directrices internas de la organización y las prescripciones médicas, el registro de enfermería debe ser preparado por los miembros del personal actualmente en servicio. Es crucial que incluya una estructura externa fundamental, un registro de los signos vitales, la administración del medicamento, detalles como fecha, hora de administración, cantidad administrada y método prescrito, así como cualquier procedimiento realizado debe registrarse junto con las observaciones (21).

El lenguaje debe seguir siendo técnico-médico sin recurrir a abreviaturas; La claridad en la escritura a mano es vital. Un mantenimiento adecuado tampoco requiere modificaciones ni eliminaciones y mantener buenas condiciones (22). En algunos casos se ha observado que los parámetros antes mencionado no se dan de forma fidedigna y esto puede derivar malos entendidos o toma de decisiones incorrectas por parte de otros miembros del equipo de salud en cuanto a la terapéutica seguir con las pacientes.

La función principal de Enfermería es cuidar de las personas, sin embargo, no siempre los cuidados entregados son de calidad y de forma continua (23). En ciertas investigaciones, los hallazgos muestran que no todos los involucrados en la elaboración de los registros médicos de los pacientes y en la documentación de su progreso poseen el conocimiento adecuado para hacerlo; se ha observado que muchos se quedan cortos cuando se trata de realizar estas tareas correctamente, lo que a menudo conduce a narrativas clínicas deficientes repletas de datos irrelevantes; por este motivo, garantizar registros de enfermería precisos es crucial para conservar un registro confiable de la información recopilada y, en última instancia, mantener la continuidad junto con la calidad de la atención en cada fase del tratamiento (24).

Según el Código de Deontológico del C.I.E, principalmente en relación con las enfermeras y su práctica, menciona que cada profesional de enfermería tiene responsabilidad personal por las actividades que realiza, así como por mantener sus habilidades profesionales. Esto significa crear estándares de atención en entornos de salud y al mismo tiempo fomentar un entorno centrado únicamente en

brindar atención de calidad al paciente. Por lo expuesto anteriormente es que se pretende investigar acerca de los registros de Enfermería en un hospital obstétrico, puesto que, en instancias como el parto o puerperio es necesario llevar un registro minucioso del estado clínico de las pacientes.

1.2. Preguntas De Investigación

- ¿Como son los registros de Enfermería en el área de ginecobstetricia del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo?
- ¿Cuál es la estructura de los registros de Enfermería que utilizan en el área de ginecobstetricia?
- ¿Cómo es el contenido en los registros de Enfermería con respecto al cuidado en el área de ginecobstetricia?
- ¿Cómo es el contenido en los registros de Enfermería con respecto a la seguridad del paciente en el área de ginecobstetricia?

1.3. Justificación

El registro clínico de Enfermería es un mecanismo indispensable estrechamente ligada al expediente médico de cada paciente. Detalla minuciosamente las intervenciones, necesidades y cuidados prestados durante las funciones de enfermería de forma integral. Esta herramienta vital permite compartir conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes; estos elementos invariablemente mejoran la calidad de los servicios de salud para cada usuario. Además, puede permitir una nueva formación o mejora de los protocolos aplicables por caso, un camino seguro hacia una eficiencia superior dentro del sector de la salud.

El propósito de la siguiente investigación es analizar el llenado de registros de Enfermería, puesto que tanto la calidad, como la continuidad de los cuidados dependen en gran medida del registro de datos y acciones además de la comunicación, tanto escrita como verbal que debe darse en las puntos de transferencia de información y a la que los distintos miembros del equipo de salud tienen acceso para elaborar planes terapéuticos en pro del restablecimiento de un

estado óptimo de salud del paciente. En ocasiones estos registros representan un instrumento de defensa o evidencia de normativas y protocolos ante cualquier evento relacionado con la seguridad del paciente, por lo tanto, es fundamental que los mismos sean lo más claros, concisos y precisos.

La importancia y relevancia para las enfermeras de documentar adecuadamente sus registros no disminuye, ya que las repercusiones son de gran alcance, influyendo no sólo en aspectos profesionales sino también en cuestiones legales relacionadas con el quehacer de enfermería diario, de ahí que un estudio de esta magnitud parezca bastante apropiado. Por otra parte, sirve porque de esta forma se garantiza la continuidad de la atención al paciente, resaltando que estos registros no son meros deberes administrativos, sino precedentes para una investigación sólida que fomente un rico crecimiento del conocimiento dentro de la profesión de enfermería, como potenciadores del cumplimiento de la protección de la dignidad humana y la salvaguardia de la privacidad mientras se llevan a cabo acciones a conciencia (13).

Una historia clínica de enfermería debe reflejar la actuación de un enfermero en el cuidado del paciente con precisión y concreción, por lo que contar con los parámetros necesarios para dichos registros se vuelve primordial, ya que fomentan una mejora en el manejo de los pacientes basándose en el mantenimiento de su continuidad y la elevación de la calidad. El presente estudio describe el proceso a la estructura y la secuencia que deben tener los datos en los registros de Enfermería. Por otro lado, el paciente tiene derecho a acceder a la información referente a su salud y en el caso de existir reclamos, el informe de Enfermería tiene implicaciones en el ámbito legal, por consiguiente, el profesional puede sustentar su adecuado accionar o tener consecuencias judiciales que lo perjudiquen (8).

En resumen, un registro clínico de enfermería imparcial, conciso y explícito beneficia sinceramente a los pacientes a la hora de asegurar la necesaria continuidad de los cuidados. En otro nivel, para los profesionales de la salud involucrados en la atención al paciente, facilita los procesos de toma de decisiones y al mismo tiempo potencia una sólida comunicación en equipo. A mayor escala, ayuda a promover la investigación en enfermería mediante el empleo de terminología universalmente entendida, allanando así el camino para el desarrollo

de protocolos eficientes. El resultado final es la eficiencia entre las enfermeras y las mejoras médicas posteriores observadas en los pacientes.

Este estudio tiene importancia legal ya que las enfermeras tienen responsabilidad legislativa por sus acciones, juicios y criterios utilizados en la atención de enfermería directa o de apoyo. Dado que la enfermería es una profesión distinta que contribuye a la prestación de atención sanitaria de la mano de otros profesionales, toda la información anotada, incluida su forma de redacción, puede tener implicaciones. La calidad de la atención se ve amenazada cuando la tarea de documentar los registros se realiza de manera deficiente o incompleta; plantea amenazas a la salud, la seguridad, la dignidad y la privacidad del paciente (25).

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

- Analizar los registros de Enfermería en el área de ginecología y obstetricia de un hospital de la ciudad de Guayaquil.

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar la estructura de los registros de Enfermería en el área de ginecología y obstetricia.
- Describir la continuidad de los cuidados en los registros de Enfermería.
- Registrar la seguridad del paciente en los registros de Enfermería.

CAPITULO II

2. Fundamentación conceptual

2.1. Antecedentes De La Investigación

En España, Cuevas et al. (15), armaron un instrumento con la finalidad de potenciar el proceso de atención de enfermería en la sala de hemodiálisis de un hospital de segundo nivel. El método utilizado fue un estudio de campo descriptivo y transversal. Para validar el instrumento, reunieron la opinión de expertos a través de grupos focales y también emplearon el método Delphi. Entonces, descubrieron elementos como la adherencia adecuada a los procesos de enfermería, desde la evaluación hasta el cuidado y la evaluación de las acciones administrativas de enfermería, las cuales tuvieron una fuerte influencia en los resultados. La implicación es bastante clara, con efectos positivos que se extienden hasta la seguridad del paciente y la atención continua, especialmente cuando se trata de cumplir con los estándares de bioseguridad entre los profesionales de la salud o impartir aspectos educativos vitales tanto a los pacientes como a sus familiares.

En México, Torres et al. (16) en un estudio de 2023 realizado con la finalidad de establecer instrumentos tecnológicos que permitan evaluar los registros de enfermería según indicadores que se utilizan en la atención al paciente, de acuerdo a protocolos ya estandarizados; la metodología fue cuantitativa, no experimental, descriptivo y transversal, la muestra correspondió a 145.022 registros clínicos; el porcentaje de cumplimiento general fue de 81,2%, lo cual se consideró un nivel regular con un estándar de calidad aceptable.

Otro estudio mexicano de Díaz y Castro (26), describieron el grado de cumplimiento de un formato de registro clínico de enfermería en una sala de cuidados críticos; la metodología fue no experimental, cuantitativa, descriptiva, transversal, la muestra fueron 150 registros clínicos enfermeros, utilizaron el instrumento "Cédula para evaluar la eficacia de la práctica de enfermería" perteneciente a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico; los resultados expusieron que el nivel de cumplimiento fue deficiente, principalmente en 2 estándares que se cumplen parcialmente, 23 totalmente y 11 no cumplen con lo dispuesto en esta norma, así

como hay ausencias en el formato, el cumplimiento general tuvo una moda y mediana del 100% y 67.3% de media de cumplimiento.

En Argentina, Figueira et al. (24), evaluaron la calidad de los registros de enfermería clínica en una división de cuidados críticos neonatales dentro de un centro de salud público. El método consistió en una evaluación observacional transversal que se basó en datos cuantitativos para sus hallazgos, donde el tamaño de la muestra fue de 396 registros clínicos de enfermería seleccionados al azar. Los resultados evidenciaron que casi todos (99,7%) de estos registros identificaron correctamente a los pacientes; tanto el nombre como el apellido en el 99%, el recuento que muestra los días de hospitalización en el 99,2%. Casi tres cuartas partes registraron fechas de admisión, mientras que casi todas las entradas alcanzaron la marca en ortografía correcta y gramática, cada una de las cuales logró puntuaciones adecuadas en el 96,7%. Un poco menos de la mitad tomó nota del tiempo de registro o anotó códigos profesionales únicos para cada enfermera, lo que representa alrededor de dos quintas partes o el 39-41%.

En otro estudio argentino, Lizzi (26), buscó explicar la consistencia interna de una herramienta de registro enfermero en un hospital pública de una zona urbana; la metodología fue descriptiva, transversal, la muestra fue de 64 enfermeros, para analizar la fiabilidad de los resultados se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach; concluyó que la herramienta que se utilizaba como registro clínico enfermero propuesto proporcionó ventajas que permitieron mejorar la calidad de las intervenciones de enfermería; las principales características que resaltaron en este instrumento fue el orden y la holística.

En Colombia, López et al. (27) estudiaron la perspectiva de enfermeras en UCI acerca de dos modelos de enfermería; la metodología fue un estudio de tipo etnográfico, descriptivo, cualitativo, inductivo; los resultados permitieron concluir que los enfermeros percibían el acto de cuidar de maneras diversas, en una forma se asimilaba con responsabilidades asignadas en donde se interactuaba de manera directa con pacientes, especialmente en salas de cuidado intensivo, este cuidado es necesario para que los pacientes se sientan apoyados; además, es importante que los enfermeros apliquen un rol de liderazgo administrativo para tomar

decisiones acertadas que vayan a favor de la continuidad de cuidados y seguridad del paciente.

Soza et al. (26), realizaron un estudio en Perú para analizar la perspectiva del personal de enfermería acerca de los documentos que garantizaron la continuidad del cuidado en un servicio de hospitalización de un hospital; la metodología que usaron fue cualitativa descriptiva, con una muestra de 12 enfermeras y una entrevista semiestructurada; los resultados revelaron la relevancia de los registros clínicos para el personal de salud, así como las diversas limitantes e implicancias ético-legales que de aquí surgen para la práctica enfermeras.

En Riobamba, Barzallo y Gualacata (26), realizaron un análisis donde examinaron con minuciosidad y precisión la importancia de los informes de enfermería relacionados directamente con la evidencia de la atención al paciente. La metodología fue un enfoque cualitativo arraigado en la biblioteconomía. Para llevar a cabo este estudio, reunieron una muestra que constaba de 73 referencias bibliográficas. Los resultados expusieron que estos registros eran acertados a la hora de identificar diagnósticos de enfermería; conceptos básicos de intervención convencionales profundamente arraigados en ellos mismos. En la continuidad de la atención, se evidenció que los registros detallaron todo, desde controles periódicos de signos vitales antiguos y dispensación de medicamentos hasta otras rutinas de enfermería cruciales.

En Ambato, Castillo et al. (27), evaluaron la calidad de los registros clínicos de enfermería en las historias clínicas de los pacientes del Hospital Vicente Corral Moscoso, ubicado en Ambato, Ecuador. Se trata de un estudio observacional cuantitativo con atributos descriptivos transversales retrospectivos. Para este estudio, se examinaron 220 expedientes médicos. La investigación reveló importantes deficiencias, se encontró que las ineficiencias alcanzaban el 90-100% en la mayoría de las áreas del mantenimiento de registros, ningún archivo mostraba documentación clara sobre la evaluación del paciente o su estado emocional, estos componentes vitales se descuidaron por completo. Continuando, ningún informe registró progreso realizado por los pacientes durante el tratamiento, tampoco anotó información relativa a las intervenciones dependientes o independientes realizadas para ellos; Tampoco se registraron eventos especiales de procedimientos, casi

todos (99,5%) no documentaron las comunicaciones terapéuticas planteadas durante las sesiones de tratamiento y, lo que es más importante, tampoco anotaron las preguntas/comentarios que surgieron durante esas interacciones.

Vera et al. (28), realizaron un análisis en Machala, lo que examinaron fueron registros clínicos de enfermería de SOAPIE, utilizando criterios centrados en el pensamiento crítico, la atención al paciente y también la atención familiar. También tuvieron en cuenta la responsabilidad ética dentro de un marco de referencia legal. La metodología fue cualitativa en su esencia con hilos de métodos descriptivos y exploratorios, transversal, el tamaño de la muestra fue de cincuenta y dos enfermeras del Hospital General Teófilo Dávila. Los resultados obtenidos mostraron que las enfermeras disponibles no utilizaron el modelo estandarizado para los planes de atención, mientras que el manejo de los correctores tampoco pareció plantear ningún problema. Sin embargo, los factores que obstaculizaron la documentación de registros médicos fueron la falta de personal o la carga de trabajo excesiva, así como escenarios de alta demanda de atención.

2.2. Marco Conceptual

2.2.1. Calidad

Según el Descriptor de Salud DeCS, proporciona una definición del término calidad en el área de la salud como niveles establecidos, basados en estándares ponderados, que en última instancia sirven para definir o dictar la atención o los servicios prestados dentro del sector de la salud (29). Los cuidados de enfermería constituyen un apoyo profesional inquebrantable y continuo, por lo que brindar unos cuidados superiores se centra en su máxima aspiración. Se trata de lograr la excelencia al tiempo que se atiende a los pacientes y se apacigua tanto a ellos como a sus seres queridos (30).

2.2.1.1. Utilidad

El término utilidad en los círculos de atención médica hace referencia a los activos visibles y ocultos que se pueden aprovechar durante la atención al paciente. Para los profesionales médicos que están en primera línea, es esencial comprender la enfermedad de un paciente desde todos sus diversos ángulos, como la seguridad,

simplicidad de uso para los pacientes y costos, todos estos elementos influyen en la elaboración de tratamientos adecuados (30).

2.2.1.2. Calidad de la gestión de enfermería

La aplicación de la gestión de la calidad debe abarcar la fase de planificación, el proceso de organización, la dirección y el control de supervisión financiera; bienes humanos y materiales. Con el fin de adherirse efectivamente a la política de calidad arraigada en la institución. Luego se tiene la gestión de enfermería que avanza al asumir un papel de liderazgo asertivo mientras mantiene un ojo firme en los niveles de satisfacción de todos aquellos involucrados interna o externamente con el servicio. Y con un cumplimiento estricto de los objetivos institucionales además de regulaciones legales vinculantes (31).

Durante el turno de enfermería se llevan a cabo diversas actividades y se documentan muchos detalles. Está claro que el enfoque de un líder contribuye significativamente, ya que un líder eficaz siempre defiende el progreso y mejora los servicios. De esta aspiración surgió la propuesta de formular algún tipo de método, una herramienta capaz de gestionar, cuantificar, especificar y ampliar diversas tareas realizadas por los profesionales de enfermería. A medida que implementamos esta estrategia con éxito, no solo se perfecciona la atención al paciente sino también personalizándola según sus necesidades (32).

Por lo tanto, el profesional de enfermería se enfrenta a obstáculos que ponen a prueba los límites al ejecutar y supervisar los cuidados de enfermería. Varios desafíos incluyen la escasez de fondos, un déficit de enfermeras calificadas, junto con un suministro inadecuado de los implementos de salud necesarios (33).

La gestión de enfermería, como ve, reúne los elementos teóricos con los prácticos. Entrelaza métodos e investigaciones en contextos de servicios de salud. Todo ello con una lógica que pone énfasis en el aprendizaje, pero no de cualquier tipo. Se habla de aprendizaje continuo, junto a un diálogo duradero; es imperativo, incluso crucial, que los pacientes junto con sus familias y los grupos de apoyo contribuyan a su progreso y felicidad (16).

En los servicios de salud actuales, lograr la satisfacción de los pacientes y los trabajadores a través de una atención de primer nivel se ha convertido en un gran objetivo. Hay un grupo clave que desempeña un papel innegable en el logro de estos objetivos de calidad, este es el equipo de enfermería cuyas actividades dedicadas contribuyen significativamente al impulso de la unidad de proveedores de servicios para lograr mejores estándares (2,16).

La ley promueve mucho el trabajo, ya que afecta la forma en que crean informes clínicos que son cruciales para su crecimiento como profesionales y sirven como herramientas para una prestación de atención médica enriquecida. Así que se deben tener en cuenta las legalidades relacionadas con esta parte sensible de los deberes de las enfermeras no sólo es importante, sino absolutamente no negociable.

2.2.1.3. El Expediente Clínico del Paciente y el Reporte de Enfermería

No se trata simplemente de un documento, sino de un registro íntimo y confidencial de un individuo. En el interior, puede haber información sobre el historial de salud personal o incluso el linaje familiar relacionado con la enfermedad, escondida cuidadosamente junto a las medidas de diagnóstico tomadas y también los tratamientos realizados (5).

A medida que la enfermedad avanza tentativamente, se registra la evolución documentada de manera constante, como una serie de imágenes secuenciales que ilustran la evolución a lo largo del tiempo. En los círculos médicos y en las conversaciones llenas de jerga situadas en los pasillos blancos y estériles de los hospitales, este expediente tiene otro nombre; a menudo se le conoce como historia clínica, que es esencialmente una amalgama de datos y documentación, todos recopilados diligentemente por varios miembros del personal sanitario (5).

Al abordar el manejo del historial médico de un paciente, ciertas reglas generales pueden resultar útiles. Un ejemplo notable incluye anotar minuciosamente toda la información de identificación del individuo y/o paciente, tanto su nombre como su apellido. Se considera lo siguiente: si está identificado por el número de registro médico asignado y quizás albergado en una cama específica que se extiende de una habitación a otra, así como la fecha y hora actualizadas (34).

Es imperativo manejar la historia clínica con atención; borrar, tachar o reescribir vuelve no viable la información; cuando ocurre un error, simplemente se debe encerrar entre paréntesis y marcar con la firma a lado usando el mismo bolígrafo. En cada tarea completada, como un tratamiento realizado, un medicamento recetado o un informe redactado, se debe asegurar de escribir con letra clara y no olvidar colocar también la firma de responsabilidad (35).

Se debe tomar el tiempo para repasar los números proporcionados por el personal de estadísticas y luego anotarlos en todas las hojas. Se debe transferir diligentemente todos los hallazgos de laboratorio, resultados de exámenes e imágenes de otras consultas especializadas a sus respectivas páginas. Los pacientes, familiares o personas ajenas al servicio deberán presentar una solicitud de permiso, pues está prohibido el acceso a los historiales médicos.

Se debe insistir en el hecho de que las actualizaciones habladas deben anotarse debidamente en los gráficos del informe de enfermería. Se debe considerar una situación en la que la enfermera utiliza estos registros históricos clínicos: como un resumen esencial de las condiciones fisiológicas de los pacientes, una página de evolución en desarrollo y una colección de recetas médicas, como la hoja para el registro de medicamentos, también conocida como 'Kardex' y una lista de exámenes de laboratorio. Se debe completar la hoja de admisión y eliminación y no olvidar el gráfico de la curva de temperatura.

En el panorama de una historia clínica típica, está compuesta por numerosos documentos, insertados según el sector en el que se prestó la atención al paciente o donde se tomó la determinación, provisional o definitiva, sobre el diagnóstico. Por ejemplo, se podría incluir una consulta ambulatoria dirigida a adultos, así como a niños y mujeres embarazadas, entre otros.

Ahora bien, esta historia clínica debe albergar informes o registros particulares que se definen con respecto al campo de la enfermería como elementos cruciales aprovechados para evaluar el plan diseñado de atención al paciente y anotar los servicios prestados con precisión. Es fundamentalmente crítico que cualquier garabato que se haga en él, no solo agrega valor, sino que también resulta útil para que otros profesionales lo utilicen en el futuro (35).

2.2.2. Registros de Enfermería

Se consideran los documentos como relatos escritos de sucesos pasados, específicos de una actividad en una área y tiempo determinado. Estos registros sitúan a cada individuo en medio de diversos factores: entorno socioeconómico, condiciones laborales, antecedentes educativos e influencias culturales; una práctica esencial que mantiene actualizados a los trabajadores de la salud. De suma importancia son los informes de enfermería que contienen notas sobre la evolución y el estado actual del paciente (36).

En un informe completo, se utiliza el método en todo momento, registrando diligentemente cualquier problema identificado en el paciente. En este orden de cosas, tanto las soluciones aplicadas como los resultados obtenidos se anotan junto a los problemas no resueltos. La información siempre incluye informes del estado de las sondas y la permeabilidad del catéter, además del estado de las heridas junto con sus vendas o apósitos. Normalmente, estos registros aparecen al final del turno o cuando lo dicta el estado de los pacientes. De acuerdo con las reglas institucionales individuales, las notas diurnas pueden escribirse con tinta azul o negra, mientras que los detalles nocturnos pueden escribirse en rojo (36).

2.2.3. Reportes de enfermería.

En la actualidad, cuando se habla de la única documentación legítima tanto desde el punto de vista clínico como jurídico es sin duda la historia clínica. Se compone de numerosos documentos y testimonios que reflejan la relación entre paciente hospitalizado; se rige por leyes fundamentales centradas en la regulación de la autonomía del paciente, así como sus responsabilidades en todos los aspectos de la información y el papeleo médico (36).

Sin duda, los registros de enfermería constituyen una parte importante de esta historia clínica. La jurisprudencia tiende a emitir juicios severos sobre si se cumple o no el estándar establecido. Por derecho propio, los hospitales pueden elaborar sus políticas únicas de registros de enfermería siempre que estos documentos estén a la altura de puntos de referencia reconocidos legal y profesionalmente. Lamentablemente, explorar a fondo lo que realmente falta en estos registros no es algo que la mayoría de los hospitales y establecimientos similares hayan logrado.

Mantener un registro de enfermería juega un papel fundamental para fomentar una comunicación eficaz en todo el equipo de salud. La ventaja consiste en estar equipado para brindar atención continua de alta calidad, eficiente y segura a los pacientes o usuarios; esta forma de atención se basa firmemente en la evidencia práctica. En el lenguaje cotidiano, se podría decir que los profesionales que atienden al paciente, visto como un individuo integral no sólo de su familia sino también de su comunidad y sociedad, deberían diseñar un registro de enfermería digno de mención. Este registro debe contener siempre todos esos elementos esenciales: datos e información (36).

2.2.4. Modelos de los reportes de enfermería

En el acelerado entorno laboral actual, las enfermeras buscan constantemente métodos para crear informes breves, concisos y sencillos. Sin embargo, las limitaciones de tiempo significan que no todas las actividades durante un turno se detallan meticulosamente. El campo reconoce tres formatos principales de informes de enfermería, a saber, SOAPIE, DAR y el tipo tradicional o narrativo. Cada tipo comparte un objetivo común: obtener datos completos de los pacientes; registrar meticulosamente todas las actividades del personal de salud y documentar los resultados de dichas acciones. Esta precisión en los detalles es importante considerando lo crucial que se vuelve la información precisa dentro de los contextos legales, particularmente teniendo en cuenta las fechas exactas y las horas específicas de las acciones registradas.

2.2.4.1. Modelo SOAPIE

Profundizando en el modelo SOAPIE, es una técnica organizada que se utiliza para decodificar y comprender las tribulaciones y necesidades de un individuo o paciente. Además, captura las acciones tomadas por las enfermeras y analiza las observaciones realizadas en estas situaciones, también conocido como reglas de estructura de registros de enfermería. El término abreviado SOAPIE denota términos específicos relacionados con el contenido (37):

S: indica datos subjetivos. Donde se anotan los sentimientos del paciente, resaltando sus síntomas y tomando nota de cualquier inquietud que plantee. Se

anota todo palabra por palabra mediante un breve resumen e interpretación de la conversación.

O: La información orientada a objetivos, que se denominan "datos objetivos", se compone de los hallazgos obtenidos mediante un examen metódico. Salen a la luz a través de los sentidos visuales y auditivos, el tacto y, a veces, incluso el olfato. Pueden recolectarse utilizando herramientas a la disposición como termómetros o tensiómetros junto con pruebas complementarias, etc.

A: Cuando se realiza la interpretación y el análisis de datos, podría implicar hechos en acción o simplemente potenciales. Sin embargo, una cosa que marca constantemente las influencias o condiciones determinantes es la frecuencia con la que aparece "relacionado con", especialmente al determinar el diagnóstico NANDA.

P: Planificación de cuidados. El objetivo de esta estrategia está documentado y describe qué es exactamente lo que la enfermera pretende ejecutar.

I: Intervención, eso también es ejecución. Se trata de poner en juego el plan delineado para cortar de raíz los problemas detectados.

E: significa evaluación de resultados anticipados. Aquí se inspecciona la eficacia con la que se manejó la intervención; este juicio está narrado en tiempo presente. Finalmente se coloca una firma y un sello de la enfermera a cargo.

2.2.4.2. Modelo DAR

Se utiliza este método para organizar los datos y se basa en las notas escritas por las enfermeras. Se dividen en tres secciones principales (15):

D: Representa dos cosas: los datos subjetivos y objetivos que se recopilan.

A: El acto realizado es lo que se reconoce como intervención en enfermería.

R: En la respuesta, se está reevaluando la eficiencia de las intervenciones.

El modelo DAR sirve como herramienta para recopilar información sobre asociaciones, posibles pasos o ajustes junto con la retroalimentación correspondiente. Las formas de realizar tareas relacionadas con el usuario o el

paciente se vuelven más tangibles y concisas con este modelo. Es sencillo y ahorra tiempo; además, facilita informes claros con una estructura nítida. Estos pueden resultar extremadamente esclarecedores en contextos legales al arrojar luz sobre qué intervenciones fueron ejecutadas por enfermeras en ejercicio durante todo el turno dedicado a atender a los usuarios (15).

A diferencia de otros procedimientos de notificación de enfermería, este método permite la ejecución secuencial de las tareas realizadas por el personal de enfermería con los pacientes. Proporciona una secuencia organizada para las actividades requeridas por el paciente a medida que se proporcionan. Es el único informe de enfermería que podría elaborarse registrando el tiempo de acción junto con la actividad debida, lo que hace que los cambios de turno sean muy sencillos e informar a los colegas sobre las acciones e intervenciones realizadas en cualquier paciente es muy fácil. Este informe en particular garantiza una continuación perfecta de las actividades, eliminando la repetición redundante de datos conocidos.

En primer lugar, el método DAR hace maravillas al simplificar y secuenciar las tareas del personal de enfermería. Es cronológico, al resaltar las horas exactas en que se completan las actividades que involucran a los pacientes, lo que crea una eficiencia increíble. No sólo ofrece una visión clara del progreso de los pacientes, sino que también actúa como una baliza durante los cambios de turno. Las enfermeras reciben actualizaciones detalladas sobre las actividades centradas en el paciente que realizaron antes o lo que sucederá más adelante. Sin embargo, sorprendentemente, este método no resulta muy extenso a la hora de anotar respecto a otros modos presentes en la documentación de enfermería.

2.2.4.3. Modelo tradicional o narrativo

El método con el que están familiarizadas la mayoría de las enfermeras, el que se utiliza tradicionalmente para registrar los cuidados de enfermería, es la documentación narrativa. Es sencillo, ya que se crea una especie de formato similar a una historia para registrar información clave sobre la atención al paciente durante un turno. Cosas como el estado del paciente, qué intervenciones se llevaron a cabo y reacciones a los tratamientos.

Este enfoque prevalece entre las enfermeras, principalmente porque ha sido un elemento básico en la profesión durante años y eso no disminuye su utilidad; este tipo de informe ha proporcionado constantemente información valiosa tanto al paciente como al personal médico. Sigue un proceso ordenado desde arriba hasta abajo y las actividades se desarrollan según lo planeado. No obstante, en lo que respecta a cuestiones legales se exige una narrativa más organizada (34).

2.2.5. El Expediente Clínico del Paciente y el Reporte de Enfermería

El expediente clínico es un documento confidencial diseñado personalmente para registrar la evolución del paciente. Está compuesto por datos cruciales como el historial de salud personal y familiar, listas de medidas de diagnóstico realizadas, tratamientos a los que se han sometido y cómo ha evolucionado la enfermedad. Otros nombres que se utilizan para ello son historia clínica, entre otros. Muchos miembros diferentes del equipo de atención médica anotan sus aportaciones en esta base de datos. En la actualidad existe un proceso establecido para manejar estos archivos; como es la anotación de todos los identificadores importantes relacionados con el paciente o usuario (38).

2.2.5.1. Calidad de información

El calibre de la información documentada influye significativamente en la potencia de las prácticas profesionales. Posteriormente, los registros de enfermería deben alinearse con estándares fundamentales que mejoren la efectividad de la atención al paciente y legitimen las acciones de los profesionales de la salud. Estas directivas para elevar la calidad de la información se basan en principios éticos, profesionales y legislativos críticos, como los derechos de privacidad, los deberes de confidencialidad, el valor de la autonomía y la información del paciente. Los objetivos de crear un informe de enfermería son los siguientes (39):

- Comunicar la situación actual del paciente al resto del personal
- Realizar el seguimiento de la evolución del paciente
- Poseer una evidencia legal

2.3. Marco Legal

Constitución de la República del Ecuador (40)

Sección séptima. Salud. Art. 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. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Art. 363.- El Estado será responsable de: 1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario. 2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura. 3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.

Ley Orgánica de Salud (41)

Capítulo I. Disposiciones comunes. Art. 11.- Los programas de estudio de establecimientos de educación pública, privada, municipales y fiscomisionales, en todos sus niveles y modalidades, incluirán contenidos que fomenten el conocimiento de los deberes y derechos en salud, hábitos y estilos de vida saludables, promuevan el auto cuidado, la igualdad de género, la corresponsabilidad personal, familiar y comunitaria para proteger la salud y el ambiente, y desestimulen y prevengan conductas nocivas.

Capítulo III. Derechos y deberes de las personas y del Estado en relación con la salud. Art. 7.- Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

f) 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.

Plan Nacional de Desarrollo (42)

Salud gratuita y de calidad. Objetivo 6. Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad. El Banco Mundial manifiesta que todas las personas deben tener acceso a un servicio de salud que sea asequible y de calidad, cuyo financiamiento impulsará la existencia de un crecimiento económico inclusivo. El abordaje de la salud en el Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025 se basa en una visión de salud integral, inclusiva y de calidad, a través de políticas públicas.

Objetivo 6.5 Modernizar el sistema de salud pública para garantizar servicios de calidad con eficiencia y transparencia.

Manual del Manejo, Archivo de las Historias Clínicas (43)

Normas para la conservación de las Historias Clínicas:

4. Para trámites legales se entregará un resumen de la Historia Clínica, previa autorización escrita de la autoridad competente. Por ningún motivo, las historias clínicas saldrán de los servicios de atención ni de la unidad operativa.

7. Todos los formularios y documentos adicionales de las atenciones realizadas por el personal de salud a un paciente se registrarán en conjunto y ordenarán cronológicamente, en forma permanente.

8. Toda información sobre las atenciones realizadas al paciente mediante la consulta de fomento y morbilidad, deben ser registradas por el profesional en la historia Clínica de manera clara, sin abreviaturas y con su respectiva firma.

9. Todos los resultados de los servicios de apoyo de diagnóstico y terapéutico se archivarán en la historia Clínica de cada paciente, utilizando los formularios correspondientes.

15. Todos los formularios de la historia clínica que se incluyen posteriormente a su apertura deberán estar correctamente identificados y llenados por el personal

profesional de acuerdo al servicio prestado tanto en consulta externa como en hospitalización.

16. Para estudios de investigación y docencia las historias clínicas serán revisadas dentro del área de Estadística.

17. El personal de Estadística entregará las historias clínicas al personal de enfermería (enfermeras o auxiliar de enfermería o personal disponible) quienes son los responsables de la recepción, manejo y devolución a Estadística luego de la consulta.

19. Las historias clínicas estarán a disposición para usuarios internos y externos, para investigación y docencia, para el efecto el área de estadística dispondrá de una mesa específica de trabajo y su respectivo reglamento de control.

Contexto ético y legal de los reportes de enfermería

El Acuerdo Ministerial No 000138 del 14 de marzo 2008 del Ministerio de Salud del Ecuador establece las normas para el manejo de la historia clínica y el equipo de salud dentro del que hace parte el profesional de enfermería debe cumplir con estándares de diligenciamiento: “La historia clínica debe diligenciarse de forma clara, legible, sin tachones, sin dejar espacios en blanco y sin la utilización de siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma”.

Los registros de enfermería sirven como registro legal y pueden emplearse en beneficio del centro asistencial y personal o bien para defendernos ante una acción legal. Es de especial interés para las enfermeras saber si la implicación legal en cuestión se puede deducir de inexactitudes deliberadas en el expediente, si se alteró el expediente u otro documento relacionado con los cuidados del paciente o las notas o informes destruidos para desviar la atención en cuanto a lo que ha ocurrido y en qué medida dejó de indicarse en el expediente que las órdenes terapéuticas o instrucciones específicas del cuidado médico fueron observadas por el personal de enfermería. Cuando el expediente no es indicio confiable del cuidado del paciente, es probable que si este último hace una demanda la gane.

Las enfermeras deben de familiarizarse con las normas, requerimientos y procesamientos de los registros de la organización para las cuales trabaja, y así mismo, conocer las normas profesionales del Estado en el cual prestan sus servicios. Hoy en día, la historia clínica es el único documento válido desde el punto de vista clínico y legal, siendo el conjunto de documentos, testimonios y reflejo de la relación entre usuario y hospital; regulado por ley básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Evidentemente los registros de enfermería forman parte de esta historia clínica, aunque específicamente, la jurisprudencia no determina las normas para estos registros, sino que emite un juicio crítico sobre el cumplimiento de la norma. Es decir, la administración y el registro de los cuidados de enfermería deben cumplir las normas de la profesión. La American Nurses Association (A.N.A.) define una norma como “afirmación competente” por la cual se puede juzgar la de la práctica, servicio e información.

CAPITULO III

3. Diseño de la investigación

3.1. Tipo de investigación

Nivel: Descriptivo, porque se analiza a profundidad la variable de estudio registros clínicos de enfermería y se describen las dimensiones de modo que se llega a una comprensión total del fenómeno de investigación (44).

Método: Cuantitativo, porque se utiliza método numérico estadístico para organizar la información recogida por medio de una guía de observación, además, los datos se expresan por medio de frecuencias y porcentajes (45).

3.2. Diseño de investigación

Diseño: Observacional, porque el recojo de información se realiza por medio de observación de acuerdo a cómo se presenta el fenómeno, sin participar o alterar la variable de estudio (46).

Según el Tiempo: Prospectivo, porque los datos que se utilizan para el análisis son datos recientes, es información que proviene de historias clínicas de pacientes atendidos (47).

Según el período y la secuencia del estudio: Transversal, debido a que los datos para la investigación se recogen en un único momento y lugar, siendo el área de ginecobstetricia del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. (48).

3.3. Población y muestra

Población y muestra: 100 registros clínicos o formularios que son de competencia directa del personal de Enfermería, facilitados por personal de estadística y que corresponden a pacientes del área de ginecobstetricia del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. La población corresponde al sujeto de estudio que se analizará de manera general, sin distinguir características o rasgos específicos que los delimiten (49). La muestra fue el 100% de la población.

3.4. Criterios de inclusión y exclusión

a) Criterios de inclusión:

Todas las historias clínicas de los usuarios dados de alta que hayan permanecido en el internado

b) Criterios de exclusión:

Aquellas historias clínicas que se encuentren en movimiento al momento de recolectar los datos.

3.5. Técnicas y procedimientos para la recolección de datos

Técnica: Observación indirecta

Instrumento de recolección de datos

Se utiliza el instrumento que mide la calidad de los registros clínicos de enfermería (CARCE), el mismo que consta de 35 ítems separados en sus tres dimensiones: estructura (12 ítems), continuidad de los cuidados (11 ítems) y seguridad del paciente (12 ítems).

3.6. Técnica de procesamiento y análisis de datos

Se ingresan los datos recolectados a una planilla de @GoogleForms, se tabulan los datos desde la plantilla de Microsoft Excel, donde se organizan y luego se importan al programa estadístico SPSS versión 28 donde se procesan y obtienen los gráficos para la posterior presentación de resultados.

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

- Presentación y aprobación de tema de propuesta de anteproyecto por la Dirección de Carrera de Enfermería.
- Presentación y aprobación de tema de propuesta de anteproyecto por la institución hospitalaria.
- Presentación y autorización de recolección de datos de los registros de enfermería del área en estudio.

3.8. Operacionalización de variables

Variable general: Calidad de los registros de Enfermería

Dimensiones	Indicadores	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	

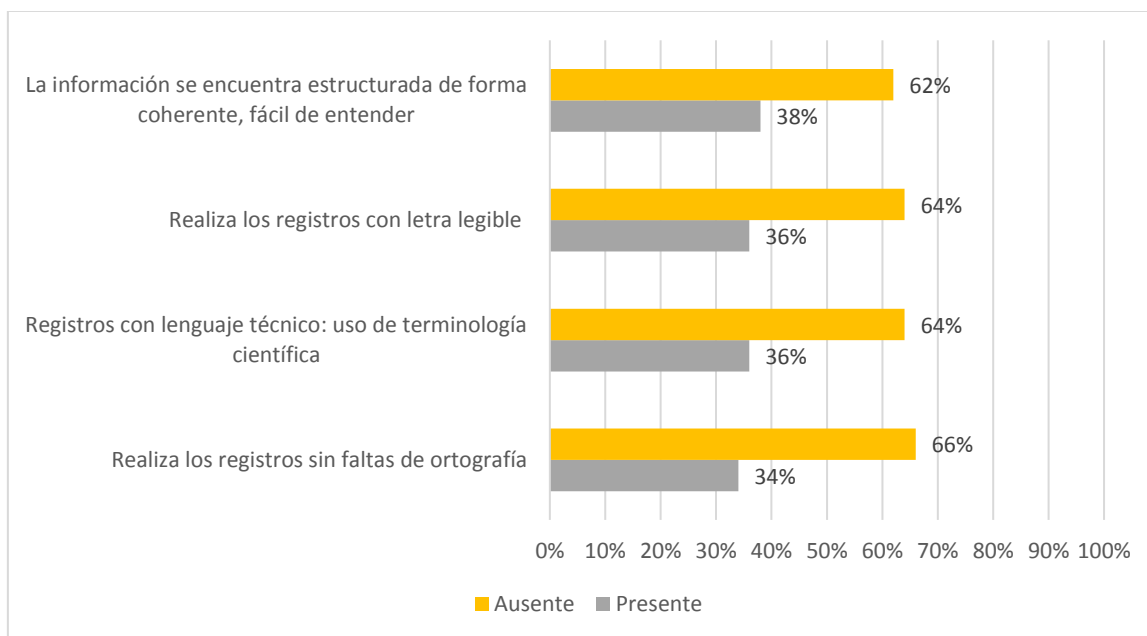
	(religión, idioma-dialecto, cultura).	
	Anota los juicios clínicos sobre las respuestas del paciente a los problemas de salud reales.	
	Anota los juicios clínicos sobre las respuestas del paciente a los problemas de salud potenciales.	
	Documenta la comunicación de los problemas de salud reales/potenciales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

CAPITULO IV

4. Presentación y análisis de resultados

Figura N° 1. Principales ausencias en la estructura de los registros de Enfermería



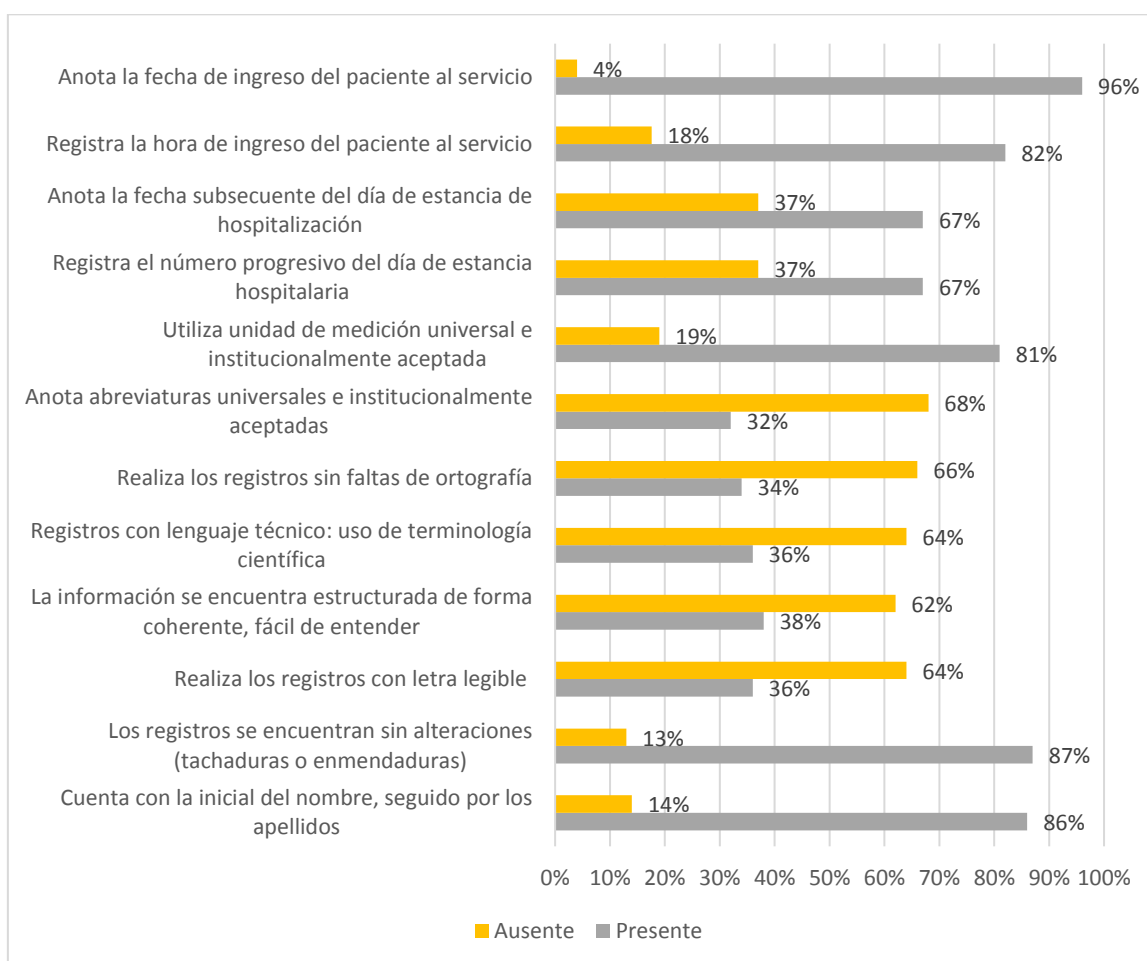
*Elaborado por: Pinto Lozada, Jean Pierre y Gaibor Aranda, María Betzabeth
Fuente: Guía de observación*

Análisis:

En la presente figura se observan las principales ausencias evidenciadas en los registros clínicos que son competencia del personal de enfermería, se halló que el 66% de los registros clínicos tenían faltas ortográficas, esto suele deberse principalmente a la cultura de lectura que han tenido los profesionales a lo largo de su evolución desde la infancia hasta los estudios universitarios, ya que se asocia una cultura de lectura baja a errores de ortografía; además, 64% no incluían el uso de terminología científica, los motivos generales de este factor es debido a que el conocimiento de varios profesionales respecto a estas terminologías es limitado o porque suele haber confusión en ciertos términos, situación que pueden llevar al error, por lo que prefieren no usar terminología compleja y utilizan términos básicos; de igual forma, 64% tenían letra de difícil comprensión o disgrafía, esta práctica tiene sus orígenes en los comienzos de la vida estudiantil, cuando los individuos comienzan a escribir y se va puliendo en el trayecto educativo hacia la vida

profesional, particularmente en el estudio universitario la escritura se hace más compleja ya que las asignaturas contemplan bastante teoría, de modo que la cantidad de escritura por asignatura es considerablemente alta, todo esto lleva a que las personas vayan escribiendo más rápido y que en ocasiones se llegue a desarrollar este problema; asimismo, 62% no contenían la información organizada de forma coherente, por lo que se dificultaba la lectura y comprensión, esto suele deberse al poco tiempo que disponen los profesionales para desarrollar actividades administrativas como la organización de formularios y dedicación completa al registro de las intervenciones.

Figura N° 2. Estructura de los registros de Enfermería



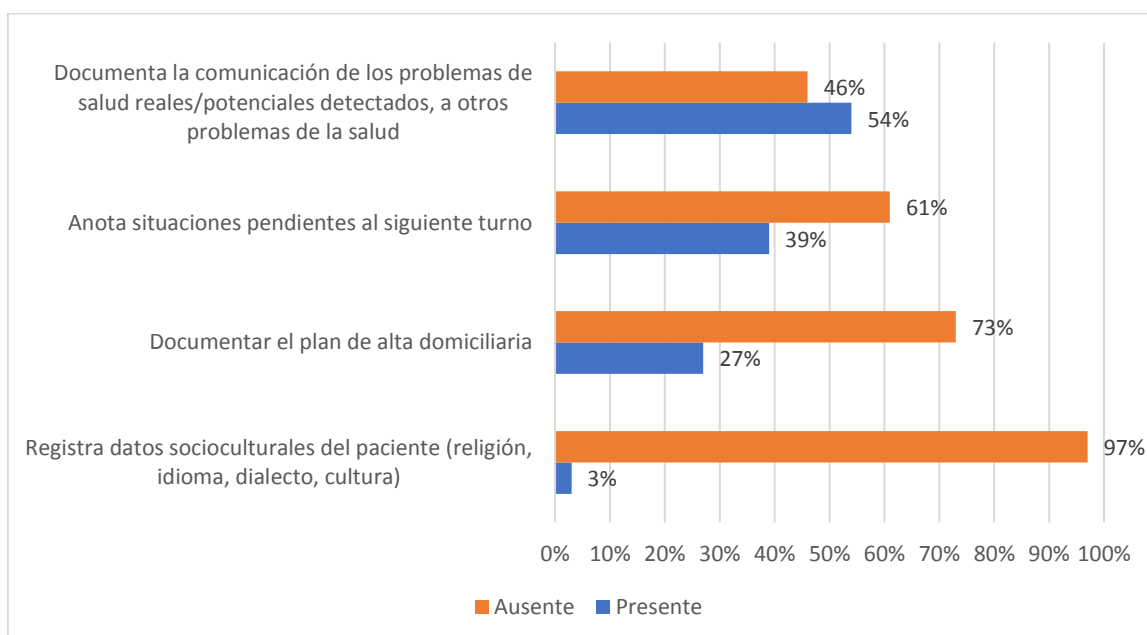
Elaborado por: Pinto Lozada, Jean Pierre y Gaibor Aranda, María Betzabeth
Fuente: Guía de observación

Análisis:

Con respecto a la estructura de los registros de Enfermería, se tienen puntos positivos tales como: el 96,1% registra la fecha de ingreso y el 87,3% de los

registros están sin tachones o enmendaduras, estas características son de suma importancia en el caso de seguimiento por auditorías médicas pues respaldan el trabajo del personal de Enfermería, además que significan una importante muestra de calidad en los servicios de atención médica. Por otro lado, se encontraron varios aspectos negativos, tales como: el 62,7% de los casos no se realizaron los registros con letra legible, en el 61,8% no se encuentra la información estructurada de forma coherente o fácil de entender, en el 64,7% de los registros contienen faltas ortográficas y en el 62,7% no se utilizó un lenguaje técnico o terminología científica; esto se representa como un indicador de falencias que tienen sus orígenes en la formación básica de los profesionales y que repercute en confusiones en el enlace de los turnos; esto tiene consecuencias directas en el paciente respecto al cuidado enfermería que no se brinda o al incumplimiento de actividades pendientes que no se realizan.

Figura N° 3. Principales ausencias en la continuidad del cuidado de los registros de enfermería



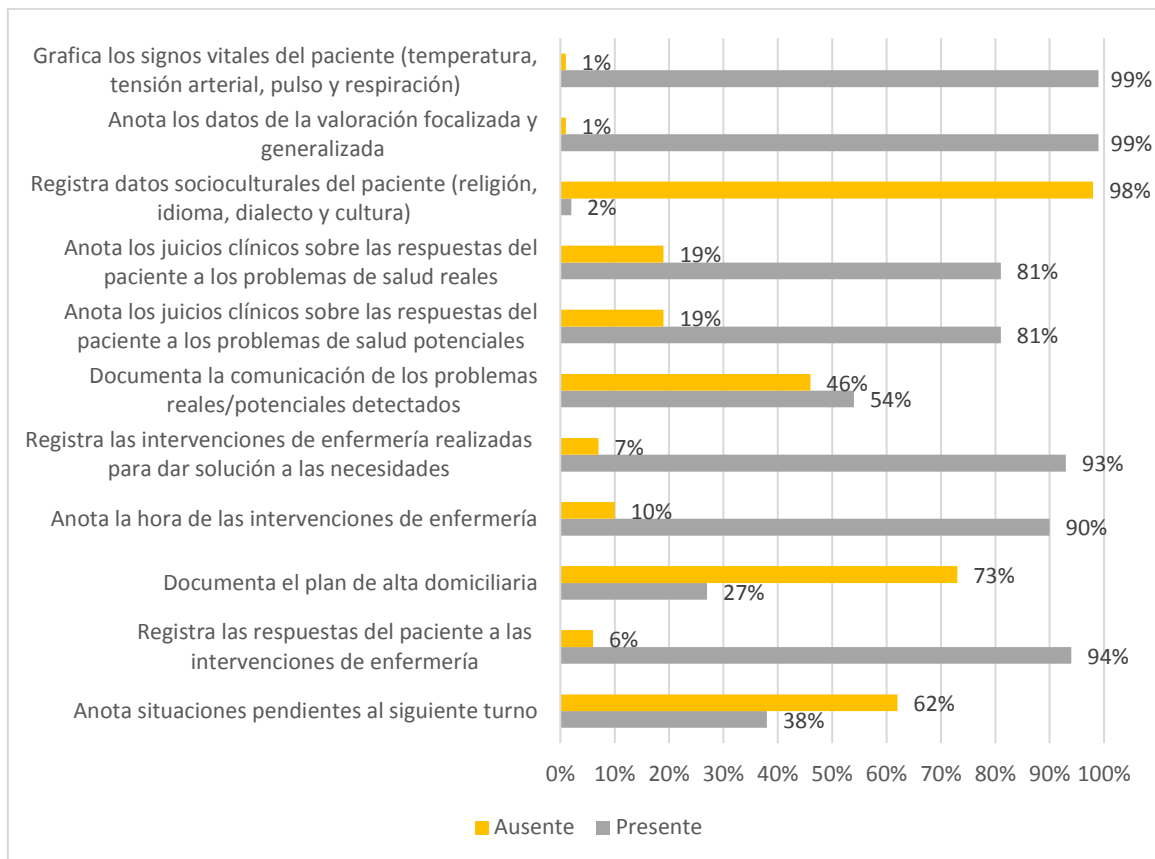
*Elaborado por: Pinto Lozada, Jean Pierre y Gaibor Aranda, María Betzabeth
Fuente: Guía de observación*

Análisis:

Aquí, se muestran las principales ausencias evidenciadas en los registros clínicos enfermeros según la dimensión continuidad del cuidado; el indicador con más problemas detectados fue el registro de datos socioculturales del paciente, el cual

tuvo 97% de ausencia, esto se debe a que los enfermeros no suelen considerar relevante el aspecto del registro de datos religiosos, idioma, dialecto, cultura, también porque priorizan el registro de otros datos sociodemográficos y respecto al estado de salud del paciente, así como tienen tiempo limitado para realizar la escritura que evidencie sus intervenciones. La siguiente mayor ausencia en la continuidad del cuidado fue que el 73% no documentaron el plan de alta domiciliaria, promovido porque no se cuenta con un formulario específico de egreso exclusivo de enfermería, en su defecto, la información se brinda al paciente de manera oral, mas no se evidencia de otra forma. Las siguientes ausencias fueron la falta de anotación al turno entrante en el 61% de los casos y registro de los problemas de salud reales en el 46% de los documentos; estos problemas se originan porque la comunicación de enlace de turno como tal se plasma únicamente cuando hay circunstancias de relevancia u observaciones que hace el turno entrante, así como pendientes y advertencias que deja el turno saliente, de modo que no se suele registrar a detalle.

Figura N° 4. Continuidad del cuidado

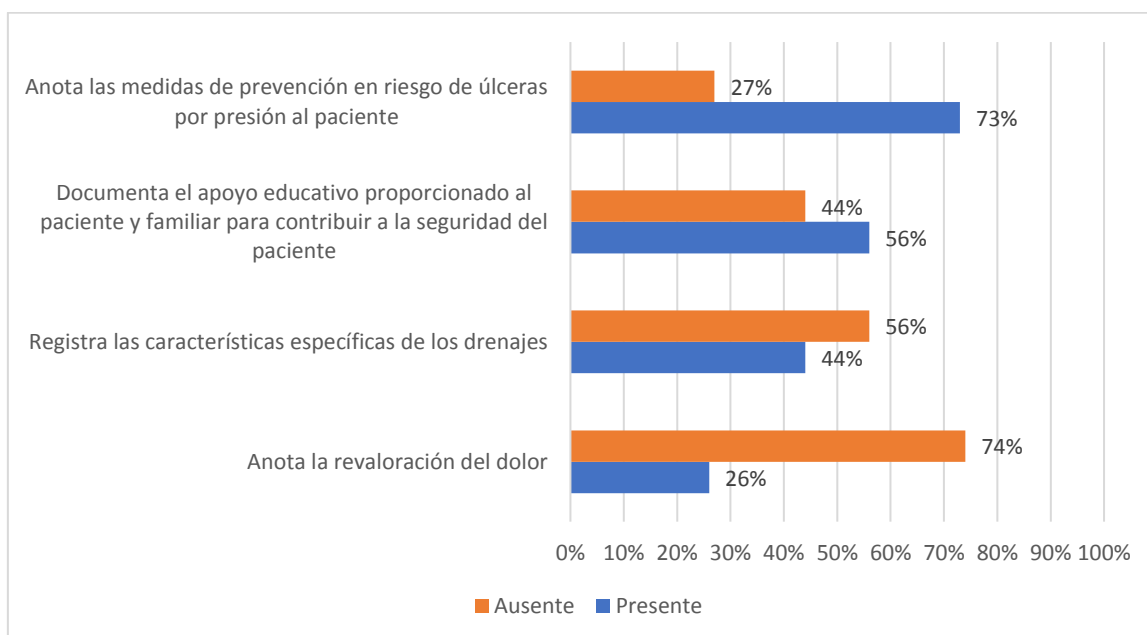


Elaborado por: Pinto Lozada, Jean Pierre y Gaibor Aranda, María Betzabeth
Fuente: Guía de observación

Análisis:

Con respecto a la continuidad del cuidado reflejado en los registros de enfermería, se encontraron varios aspectos positivos, tales como: un 94,1 % registraron las respuestas del paciente a las intervenciones de enfermería con base a las necesidades detectadas, el 99% anotaron los datos de valoración focalizada y gráfica los signos vitales del paciente; esto es un conjunto conforman indicadores de seguimiento de los cuidados y de verificación de las repuestas del paciente a estos; además, es importante medir o registrar datos objetivos que permitan al resto del equipo de salud tomar las decisiones más idóneas en cuanto al paciente. Por otro lado, se observaron aspectos negativos, tales como: el 97,1% no registraron los datos socioculturales del paciente, el 72,5% no documentaron el plan de alta domiciliaria y el 60,8% no registraron situaciones pendientes al siguiente turno. Estos últimos aspectos se originan debido a determinadas circunstancias que comprometen el cuidado integral del paciente, como son la priorización de los datos que se registran, inexistencia de formularios físicos de egreso del paciente y comunicación oral al momento del enlace de turno, donde solo se registran textualmente novedades, advertencias u observaciones; cabe recalcar que la transferencia de información es sumamente importante para que los tratamientos tengan continuidad y sean efectivos.

Figura N° 5. Principales ausencias en la seguridad del paciente de los registros de enfermería

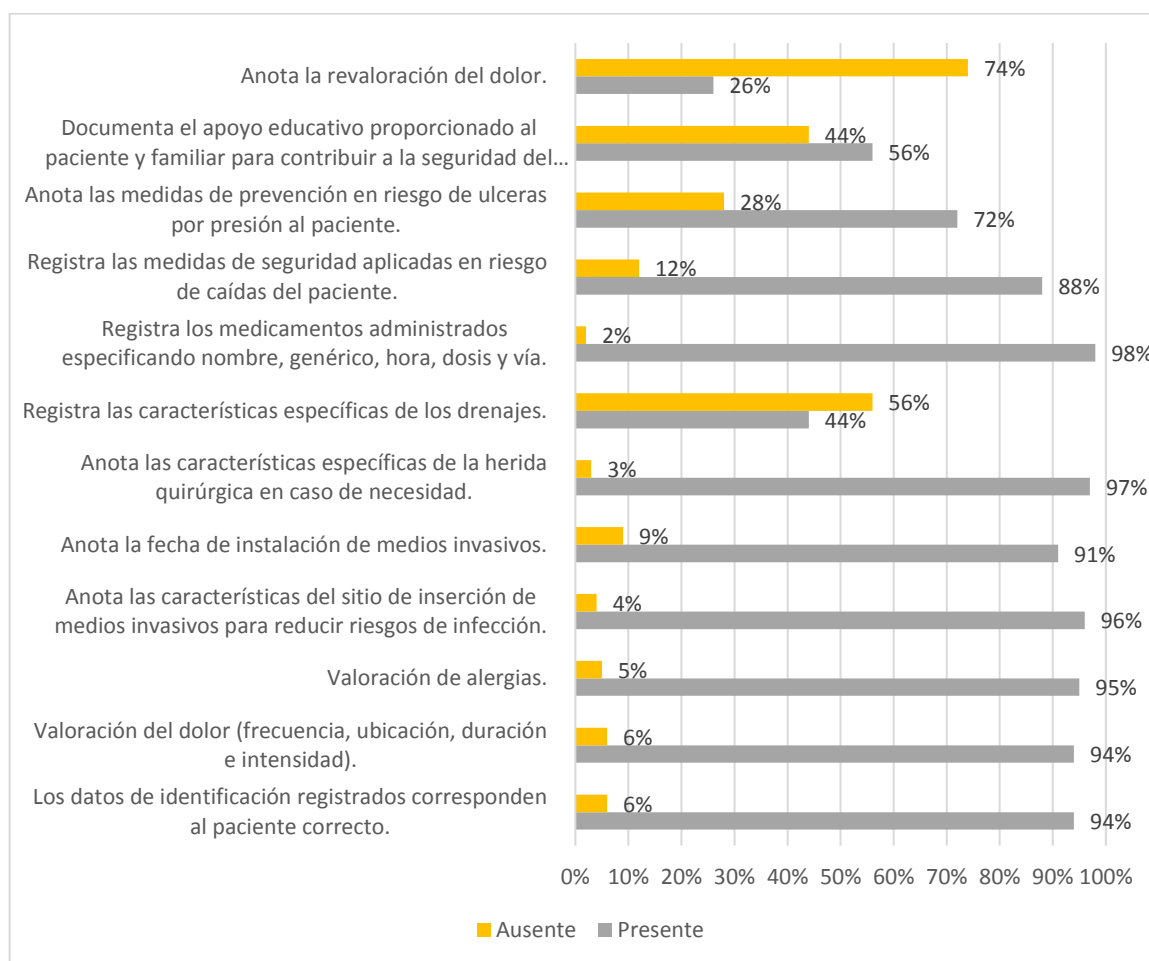


Análisis:

En este gráfico se observan las principales ausencias halladas en los registros de enfermería en relación con la seguridad del paciente, la mayor ausencia fue el registro de revaloración del dolor con el 74%, este aspecto se debe a que generalmente en reportes de enfermería se especifica generalmente una única valoración del dolor, es decir, una por turno, ya que la terapia de dolor que se aplica varía en la frecuencia entre 8 a 24 horas por el mismo motivo varía también su valoración. La siguiente mayor ausencia fue el registro de las características específicas de drenajes en el 56% de los casos, esto porque los enfermeros no suelen profundizar en detalles cuando se trata de describir los drenajes o porque no se suele evidenciar muchos casos de pacientes del área de ginecobstetricia con drenajes presentes.

De igual forma, 44% no documentaron el apoyo educativo otorgado al paciente o familiar a favor de la seguridad de la paciente; esto principalmente por falta de tiempo que tienen para el registro, donde se prioriza el registro de otras actividades. Por último, el 27% no tenían registradas las medidas de prevención en riesgo de úlceras por presión, es decir, que 1 de cada cuatro no contaba con esta información, principalmente porque las escalas utilizadas son generalmente usadas en pacientes con prolongada estancia hospitalaria y como las usuarias de ginecobstetricia no suelen estar varios días, no aplican esta escala.

Figura N° 6. Seguridad del paciente



Elaborado por: Pinto Lozada, Jean Pierre y Gaibor Aranda, María Betzabeth
Fuente: Guía de observación

Análisis:

Según la OMS, los registros acerca de la seguridad del paciente son fundamentales, los objetivos principales consisten en proporcionar servicios de salud indispensables y de calidad superior. Existe un consenso bastante amplio en que, a nivel mundial, la atención sanitaria debe ser primordial en cuanto a eficacia, seguridad y centrarse en las personas. Además, esto es fundamental para el éxito de los beneficios de unos servicios sanitarios excelentes la prestación debe ser puntual, imparcial, independientemente de la situación o los antecedentes de cada uno, perfectamente integrada y no fragmentada como un rompecabezas que sale mal; y también gestionar sabiamente los recursos que apuntan a la eficiencia (50).

En cuanto la seguridad del paciente se resaltan aspectos positivos, tales como: el 91,2% de los registros contaban con la fecha de la instalación de medios invasivos,

96,1% contenían anotadas las características del sitio de inserción de medios invasivos para reducir riesgos de infección, el 97,1% tenían anotadas las características específicas de la herida quirúrgica en caso de necesidad, el 95,1% registraron la valoración de alergias, el 94,1% registraron la valoración del dolor y en el 94,1% de los casos los datos registrados correspondieron al paciente correcto.

Por otra parte, en la cuantificación de datos también se evidenciaron aspectos negativos, tales como: el 73,5% no registraron datos acerca de la revaloración del dolor del paciente, el 55% no registraron las características de los drenajes del paciente y el 44,1% no documentaron el apoyo educativo brindado a familiares y pacientes acerca de la seguridad del paciente. Estos defectos se deben a que no la valoración del dolor se hace por turnos, además, los drenajes no se suelen utilizar de manera común en la sala de ginecobstetricia; mientras que el apoyo educativo no se plasma en los registros porque se indica de manera verbal a los pacientes y familiares y el tiempo es limitado para su evidencia.

5. Discusión

Los registros clínicos en el área de ginecoobstetricia del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, evidenciaron un cumplimiento regular, ya que se halló que en la dimensión estructura el porcentaje promedio de cumplimiento de los 12 ítems evaluados fue de 64%, en tanto, en la dimensión continuidad del cuidado en los 11 ítems el promedio de cumplimiento fue de 69% y en la dimensión seguridad del paciente con 12 ítems el promedio de cumplimiento fue de 79%; por lo que la más afectada fue la estructura de los registros, con 66% de registros con faltas ortográficas y 64% de registros sin lenguaje técnico y con letra ilegible. El porcentaje general de cumplimiento de los parámetros de evaluación de registro clínico fue de 71%.

Los datos respecto a la estructura de los registros de Enfermería en el área de ginecoobstetricia, se encontraron las principales ausencias que fueron 62% de los registros que contaban con información mal estructurada, de forma incoherente, difícil de entender; además, 64% contenían ilegibilidad en la información escrita, 64% utilizaron terminología básica carente de caracteres científicos; por último 66% tuvieron registros con faltas de ortografía. En torno a esto, los datos divergen según lo hallado por Figueira et al. (24) en Argentina, donde especificaron que la identificación de los pacientes en los registros clínicos fue sobresaliente en el 100%, 100% tuvieron buena gramática y ortografía adecuada al nivel profesional, así como más del 75% colocaron la fecha de admisión.

En lo concerniente a la continuidad de los cuidados en los registros de Enfermería, se evidenció que las principales ausencias fueron un 97% de registros sin datos socioculturales de los pacientes, 73% sin plan de alta domiciliaria, 61% sin las situaciones que quedaban pendiente para el siguiente turno y 46% registraron dificultados en la comunicación de problemas de salud reales y potenciales detectados. Los presentes datos coinciden con lo hallado por Barzallo y Gualacata (26) en Riobamba, quienes verificaron que en la dimensión continuidad del cuidado los procedimientos básicos y esenciales a la vez que son responsabilidad del enfermero como controles de signos vitales y administración de medicamentos, se aplican y se evidencian en estos registros.

Por último, respecto a la seguridad del paciente en los registros de Enfermería, se evidenció que 74% omitieron el registro de la revaloración del dolor, 56% omitieron la anotación de las características específicas de drenajes, 44% olvidaron documentar apoyo educativo brindado al paciente o familiar y 27% omitieron registro de medidas de prevención de riesgo de úlceras por presión. En torno a esto, Cuevas et al. (15) en España, encontraron que la reevaluación de los cuidados y las acciones administrativas tienen un impacto significativo en los resultados de salud de los pacientes, por lo que se aplican estándares de bioseguridad, así como la educación considerada como un aspecto vital para la salud integral y de relevancia tanto para el paciente como para la familia.

Las ventajas de la metodología utilizada consisten en que el estudio de diseño observacional permitió la captura del fenómeno y percibido de manera intacta sin intervención previa, de modo que se evidenció el problema de las características de los registros clínicos conforme se presenta en las salas de hospitalización de ginecología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

6. Conclusiones

Se concluye que, con respecto a la estructura de los registros de enfermería, se encontró que hay buenos registros donde están presentes todos los indicadores evaluados, principalmente en cuanto a fecha de ingreso, además, la mayoría de los casos no presentan tachones o enmendaduras, utilizan unidades de medidas adoptadas por la institución; sin embargo, presentan insuficiencias en cuanto a la legibilidad de la letra, la organización del registro, de igual forma, en más de la mitad de los registros observados hubo faltas ortográficas y no siempre se usó terminologías científica, por lo cual, se considera que la estructura puede ser confusa al momento de transferir al información en los turnos aumentando la probabilidad de incumplir con actividades pendientes.

En cuanto a la continuidad de los cuidados en los registros de enfermería se evidenció varios aspectos positivos como el registro de las respuestas del paciente a las intervenciones de Enfermería y de datos objetivos como los de valoración focalizada y grafica de signos vitales; sin embargo, se encontró insuficiencias en cuanto al registro de datos socioculturales del paciente, registro del plan de alta domiciliaria y registro de situaciones pendientes al siguiente turno, esto implicaría un déficit de atención enfermera al momento de dar continuidad de los cuidados en el paciente hospitalizado o directrices para el autocuidado en casa.

En el aspecto de seguridad del paciente se observaron aspectos positivos como el registro de la fecha de instalación de dispositivos o medios invasivos, las características del sitio de inserción de medios invasivos para reducir riesgos de infección, características específicas de la herida quirúrgica, la valoración de alergias, registra la valoración del dolor y en la mayoría de los casos los datos registrados corresponden al paciente correcto; sin embargo, se encontraron deficiencias en cuanto registro de datos acerca de la revaloración del dolor del paciente, características de los drenajes del paciente o apoyo educativo brindado a familiares y pacientes acerca de la seguridad del paciente.

7. Recomendaciones

Se sugiere al personal administrativo del Ministerio de Salud Pública, la implementación de una plantilla que contemple los ítems del formato CARCE para evaluar de manera regular la estructura de los registros de enfermería. Además, que se tome en consideración una reducción de la cantidad de formularios que son responsabilidad del profesional de enfermería, puesto que son muchos y generalmente no hay tiempo para el llenado adecuado debido a la excesiva demanda de pacientes en las salas de hospitalización.

Se recomienda al personal administrativo de la institución de salud, que se apliquen estrategias como capacitaciones o talleres para mejorar aspectos esenciales según las debilidades halladas en la estructura, continuidad del cuidado y seguridad del paciente, como es la capacitación sobre terminologías científicas, ortografía y gramática, abreviaturas peligrosas, entre otras, que mejoren las habilidades de comunicación escrita del personal.

Se sugiere al personal de Enfermería que se instruya regularmente y busque la excelencia laboral, abarcando todas las áreas básicas desde la escritura, gramática, ortografía y caligrafía; además, que evalúe su trabajo administrativo mediante auditorías médicas y revisión de historias clínicas digitales. Además de la búsqueda activa, revisión y evaluación continua de los registros de Enfermería por parte de los supervisores o Jefes de Enfermería con el fin de filtrar errores más frecuentes y en base a ello realizar las respectivas correcciones.

Se recomienda al personal docente y a los internos de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, que continúen investigando temas administrativos de la profesión, dado que tienen una elevada relevancia en los resultados por la calidad en la atención que se encuentra de por medio.

8. Referencias

1. Diseño y validación de un instrumento para evaluar la calidad de los. [Online].; 2019 [cited 2022 octubre 15. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2019/eim193g.pdf>.
2. Torres-Santiago M, Zárate-Grajales RA, Matus-Miranda R. Revista de Enfermería UNAM. [Online].; 2018 [cited 2023 enero 20. Available from: <https://revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/269>.
3. Martín L. Utilidad de los registros de enfermería en la calidad de los cuidados enfermeros. Universidad de Valladolid, Facultad de Enfermería de Valladolid; 2020.
4. Colegio de enfermeras de Madrid. La importancia de un correcto registro clínico de Enfermería. [Online].; 2020 [cited 2022 octubre 4. Available from: <https://www.codem.es/acciones-colegio/importancia-un-correcto-registro-clinico-enfermeria>.
5. Amed , Villareal , Alvis. Calidad del cuidado de Enfermería brindado por profesionales en una ciudad colombiana. Revista Ciencia y Cuidado UFPS. 2019 agosto; 16(2).
6. Aguirre D. Retos y desafíos de la Enfermería en el mundo moderno. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2020 julio; 19(3).
7. Domic E. Importancia de los registros de enfermería. Medwavw Rev Med por pares.. [Online].; 2021 [cited 2022 octubre 15. Available from: <https://www.medwave.cl/2001-2011/2793.html>.
8. Ortíz A. El reto de la calidad y seguridad de la atención de enfermería. Rev Conamed. [Online].; 2017 [cited 2022 octubre 15. Available from: http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/revista_oct-dic_2013_supl.pdf.
9. OMS. Situación de la Enfermería en el mundo. Invertir en educación, empleo y liderazgo. Organización Mundial de la Salud; 2020.
10. Soza , Bazán , Díaz. Percepción de las enfermeras sobre el uso de sus registros para garantizar la continuidad del cuidado. Ene. 2020 Noviembre; 14(1).

11. Bustos E. Enfermería de Práctica Avanzada para el fortalecimiento de la atención primaria de salud en el contexto de Latinoamérica. *Enfermería Actual de Costa Rica*. 2019 diciembre;(37).
12. Bortoli , Munar , Umpiérrez , Peduzzi , Leija. La situación de la enfermería en el mundo y la Región de las Américas en tiempos de la pandemia de COVID-19. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2020 mayo; 44(15).
13. Peña E, Palacios K. Registros de enfermería: Calidad de las notas en los servicios oncológicos. [Online].; 2018 [cited 2022 octubre 4. Available from: https://www.researchgate.net/publication/335560192_Registros_de_enfermeria_a_Calidad_de_las_notas_en_los_servicios_oncologicos/fulltext/5d6d286ea6fdcc547d734611/Registros-de-enfermeria-Calidad-de-las-notas-en-los-servicios-oncologicos.pdf.
14. Carvalho D, Macêdo , Tolstenko. Contribuciones de tecnologías digitales para la seguridad de pacientes en el contexto hospitalario. *Revista Cubana de Enfermería*. 2022 junio; 38(2).
15. Cuevas , González , Álvarez , Barrera , Almeida , González , et al. Diseño y validación de un nuevo registro clínico de enfermería, para la la continuidad de los cuidados y seguridad del paciente en hemodiálisis. *Enferm Nefrol*. 2019 junio; 22(2): p. 168-175.
16. Torres , Zurita , Vicente , Hernández. Indicadores de evaluación de los registros clínicos de enfermería: Implementación de una herramienta tecnológica. *Horizonte sanitario*. 2021 diciembre; 20(3).
17. De Souza , Martão. Análisis ético-legal de registros clínicos de cursos de grado en odontología en Brasil. *Revista Bioética*. 2020 Septiembre; 28(3).
18. López G. Calidad de los registros clínicos de enfermería en una institución de salud. [Online].; 2022 [cited 2022 octubre 4. Available from: <https://southfloridapublishing.com/ojs/index.php/jdev/article/download/1142/949/3017>.
19. Medwave. Importancia de los registros de enfermería. [Online].; 2018 [cited 2022 octubre 10. Available from: <https://www.medwave.cl/2001-2011/2793.html>.

20. González C. La comunicación en salud como premisa fundamental para la percepción de riesgo en las poblaciones. [Online].; 2018 [cited 2022 octubre 20]. Available from: <http://www.revepidemiologia.sld.cu/index.php/hie/article/view/40/18>.
21. García , Navío , Valentín. Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. Nure Investigación. 2007 marzo;(28).
22. Ministerio de salud Pública. Manual de seguridad del paciente. [Online].; 2016 [cited 2022 octubre. Available from: <https://hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2015/10/manual-de-seguridad-del-paciente-usuario-SNS.pdf>.
23. Guato , Guarate. Influencia de la aplicación del formato soapie de los registros de enfermería y su relación con los aspectos ético legales. Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud. Carrera de Enfermería; 2018.
24. Figueira , Canova , Garrido , Tallarita , Boyardi , Cisneros. Calidad de los registros clínicos de enfermería de una Unidad de Terapia Intensiva - Neonatal. Enfermería Global. 2022 Septiembre; 21(3).
25. Tello F. Manejo del Soapie en los reportes de enfermería en un hospital general del Ecuador. [Online].; 2022 [cited 2022 octubre 4. Available from: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/download/4453/10610>.
26. Díaz , Castro. Evaluación de la hoja de enfermería de una Unidad de Cuidados Intensivos. Revista Ciencia y Cuidado UFPS. 2022 abril; 19(1).
27. Lizzi M. Análisis de consistencia interna de un modelo de registro de enfermería. Salud, Ciencia y Tecnología. 2021; 1(1).
28. López , Gil , Altamirano , Henao , Santa , Jurado. Percepciones del cuidado en dos modelos de atención de enfermería en UCI: aproximación cualitativa-comparativa. Investigación y Educación en Enfermería. 2023 febrero; 40(3).
29. Soza , Bazán , Díaz. Percepción de las enfermeras sobre el uso de sus registros para garantizar la continuidad del cuidado. Revista Ene. 2020 noviembre; 14(1).

30. Barzallo , Gualacata. Utilidad del reporte de enfermería como evidencia del cuidado a pacientes. Universidad Nacional de Chimborazo. Facultad Ciencias de la Salud. 2022.
31. Castillo , Villa , Costales , Moreta , Quinga. Calidad de las notas de enfermería en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Polo del Conocimiento. 2021 agosto; 6(8): p. 672-688.
32. Vera , Olaya , Suconota. Manejo del Soapie en los reportes de enfermería en un hospital general del Ecuador. Polo del Conocimiento. 2022 Agosto; 7(8): p. 1292-1308.
33. Ferreira , Da Silva , Araújo. Calidad de los registros de enfermería en el posoperatorio. Revista Cubana de Enfermería. 2022; 38(4).
34. Rivera K, López C. Calidad y utilidad de los reportes de enfermería en los procesos asistenciales de los pacientes del hospital Isidro Ayora. [Online].; 2020 [cited 2023 junio 20. Available from: <https://revistamedica.com/calidad-utilidad-reportes-enfermeria-procesos-asistenciales/#Fundamento-Teoricos>.
35. Nirca CO. Gestión de la calidad del cuidado de enfermería con principios éticos. [Online].; 2023 [cited 2023 junio 23. Available from: https://www.researchgate.net/publication/277059750_Gestion_de_la_calidad_del_cuidado_de_enfermeria_con_principios_eticos_-.
36. Guevara J. Importancia de los registros, la estadística y los sistemas de información para la gerencia de los servicios de salud. Revista de la Universidad Metropolitana de Educación, Ciencia y Tecnología Saluta. 2022 Febrero; 4(3).
37. Hernández , Gasch. Cuestiones éticas en los registros clínicos de un grupo de pacientes terminales ingresados en un hospital de tercer nivel. Carencias y mejoras. Revista Española de Salud Pública. 2020;(94).
38. Calidad de los registros de enfermería Sanatorio Allende cerro en el año 2019. [Online].; 2019 [cited 2023 junio 20. Available from: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/notasenf/article/view/29154>.
39. Domic E. Importancia de los registros de enfermería. [Online].; 2021 [cited 2023 junio 15. Available from: <https://www.medwave.cl/2001-2011/2793.html>.

40. Díaz CDFS. Percepción de las enfermeras sobre el uso de sus registros para garantizar la continuidad del cuidado. [Online].; 2020 [cited 2023 junio 15. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000100012.
41. Chacón Quilca SF. Calidad de los reportes de enfermería basados en el método en el Hospital Alberto Correa Cornejo. Yaruqui,. [Online].; 2018 [cited 2023 junio 15. Available from: https://rraae.cedia.edu.ec/Record/UTN_d9248cb9730b4e6631d24101d0fbba28.
42. AsisMedL. La importancia de un Expediente Clínico bien estructurado para el personal médico. [Online].; 2020 [cited 2023 junio 23. Available from: <https://www.asistenciamedicolegal.com/single-post/la-importancia-de-un-expediente-clinico-bien-estructurado-para-el-personal-medico#:~:text=Contar con un expediente clínico bien elaborado puede facilitar la, personal->.
43. Febré N. Calidad en enfermería: su gestión, implementación y medición. [Online].; 2018 [cited 2023 junio 25. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-calidad-en-enfermeria-su-gestion-S0716864018300567>.
44. Constitución de la República del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador. ; 2008.
45. Ley Orgánica de Salud. Ley Orgánica de Salud. ; 2006.
46. Plan Nacional de Desarrollo del Ecuador. Plan Nacional de Desarrollo del Ecuador 2021 - 2025. Consejo Nacional de Planificación; 2021.
47. MSP. Manual del Manejo, Archivo de las Historias Clínicas. Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección de Aseguramiento de la Calidad; 2007.
48. Caminotti M, Toppi H. Metodología de la investigación social: Caja de herramientas Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Eudeba; 2020.
49. Guerrero G, Guerrero C. Metodología de la investigación Ciudad de México: Patria Educación; 2020.
50. Hernández , Mendoza. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta Ciudad de México: Mc Graw Hill Education; 2018.

51. Mar , Barbosa , Molar. Metodología de la Investigación. Métodos y técnicas Ciudad de México: Patria Educación; 2020.
52. Pereyra L. Metodología de la Investigación: Klik; 2022.
53. Zacarías H. Metodología de la Investigación Científica: Amazon Digital Services LLC - Kdp; 2020.
54. OMS. Seguridad del paciente. [Online].; 2019 [cited 2023 Agosto 20. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety#:~:text=La-seguridad-del-paciente-es-fundamental-para-prestar-servicios-sanitarios,estar-centrados-en-las-personas.>
55. Torres , Zárate , Matus. Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación. Enfermería universitaria. 2013; 8(1).
56. Chacón S. Calidad de los reportes de enfermería basados en el método soapie en el Hospital Alberto Correa Cornejo. Yaruqui, 2018. Universidad Técnica del Norte. Facultad Ciencias de la Salud. 2019.

ANEXOS

Anexo N° 1. Aprobación del tema por parte de la UCSG



Guayaquil, 09 de mayo del 2022



Sr. Pinto Lozada Jean Pierre
Srta. Gaibor Aranda María Betzabeth
Estudiantes de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

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

De mis consideraciones:

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



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

Atentamente,



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

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

Cc: Archivo

Anexo N° 2. Autorización del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo



**Memorando Nro. IESS-HTMC-CGI-2023-0170-FDQ
Guayaquil, 4 de Julio de 2023**

**PARA: JEAN PIERRE PINTO LOZADA
ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**MARIA BETZABETH GAIBOR ARANDA
ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

De mi consideración:

Por medio de la presente, informo a usted que ha sido resuelto factible su solicitud para que pueda realizar su trabajo de tesis **"ANÁLISIS DE LOS REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE GINECOBSTETRICIA DE UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL."** una vez que por medio del memorando Nro. IESS-HTMC-CGE-2023-2873-M de fecha 3 de Julio del 2023, firmado por el Espc. Marco Antonio Amores – Coordinador General de Enfermería, se remite el informe favorable a la misma.

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

Atentamente,



**JAVIER HUMBERTO
CARRILLO UBIDIA**

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

Referencias:

- Solicitud

Mm

Anexo N° 3. Guía de observación



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERÍA

Hoja de chequeo

Tema: Análisis de los registros de enfermería en el área de 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:

INDICADOR	ESCALA	
	Presente	Ausente
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 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:

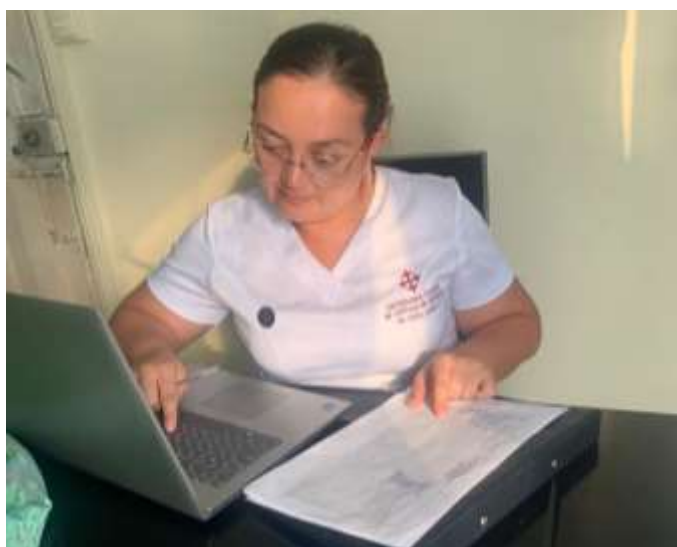
INDICADOR	ESCALA	
	Presente	Ausente
Grafica los signos vitales del paciente (temperatura, tensión arterial, pulso, respiración).		
Anota los datos de la valoración focalizada y generalizada.		
Registra datos socio culturales del paciente (religión, idioma-dialecto, cultura).		

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:

INDICADOR	ESCALA	
	Presente	Ausente
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.		

Anexo N° 4. Evidencias fotográficas



Fotografías. Verificando las dimensiones de estructura, continuidad del cuidado y seguridad del paciente de los registros clínicos.

Declaración y Autorización

Yo, **Pinto Lozada, Jean Pierre**, con C.C: 0952288223, autor del trabajo de titulación: **Análisis de los registros clínicos de Enfermería del área de ginec obstetricia de un hospital de la ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciado en Enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, al 01 día del mes de septiembre del 2023



f. _____

Nombre: Pinto Lozada, Jean Pierre
C.C: 0952288223



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y UTOORIZACIÓN

Yo, **Gaibor Aranda, María Betzabeth** con C.C: 1205956897, autora del trabajo de titulación: **Análisis de los registros clínicos de Enfermería del área de ginecobstetricia de un hospital de la ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, al 01 día del mes de septiembre del 2023

f. _____

Nombre: Gaibor Aranda, María Betzabeth
C.C: 1205956897



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Análisis de los registros clínicos de Enfermería del área de ginecobstetricia de un hospital de la ciudad de Guayaquil.		
AUTORES	Pinto Lozada, Jean Pierre Gaibor Aranda, Maria Betzabeth		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Lic. Kristy Franco Poveda Mgs		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Carrera de Enfermería		
TITULO OBTENIDO:	Licenciada en Enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	01 de septiembre del 2023	No. DE PÁGINAS:	53
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud Pública		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Registro de Enfermería, cuidado, continuidad, estructura, seguridad, paciente		
<p>Los registros de Enfermería son instrumentos elementales en la asistencia sanitaria, representan por excelencia un medio de comunicación y coordinación entre los profesionales de la salud, su realización correcta permite la continuidad de los cuidados y la seguridad del paciente, además están integrados en la historia clínica del paciente. Objetivo Analizar los registros clínicos de Enfermería del área de ginecobstetricia de un hospital de la ciudad de Guayaquil. Metodología de nivel descriptivo, enfoque cuantitativo, diseño observacional, corte prospectivo y transversal, Población: 100 registros clínicos de enfermería. Resultados <i>Estructura del registro:</i> el 87,3% registra sin tachones ni enmendaduras, el 62,7% de los casos se realizan los registros con letra ilegible, en el 64,7% los registros contienen faltas ortográficas y el 62,7% no se utiliza un lenguaje técnico o terminología científica. <i>Continuidad del cuidado:</i> el 94,1 % registra las respuestas del paciente a las intervenciones de Enfermería, el 72,5% no documenta el plan de alta domiciliaria y el 60,8% no registra situaciones pendientes al siguiente turno. <i>Seguridad del paciente:</i> El 91,2% registra la fecha de la instalación de medios invasivos, el 97,1% anota las características específicas de la herida quirúrgica. El 73,5% no registra datos acerca de la revaloración del dolor del paciente, el 55% no registra las características de los drenajes del paciente. Conclusiones, el porcentaje de cumplimiento de la dimensión estructura fue de 64%, en continuidad del cuidado fue de 69% y de seguridad del paciente de 79%. Los registros evidenciaron un 71% de cumplimiento general.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0991564005 0939919332	E-mail: jean.pinto01@cu.ucsg.edu.ec maria.gaibor06@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Lcda. Holguín Jiménez Martha Lorena, Mgs. Teléfono: +593993142597 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):			