



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TEMA:**

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

**AUTORAS:**

**Conde Moyón, María Fernanda**

**Villafuerte Guamán, Lourdes Vanessa**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**TUTORA:**

**Lcda. Franco Poveda, Kristy Glenda Mgs.**

**Guayaquil, Ecuador**

**01 de septiembre del 2023**



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

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Conde Moyón, María Fernanda y Villafuerte Guamán, Lourdes Vanessa**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en enfermería**.

**TUTORA**

f. \_\_\_\_\_  
**Lcda. Franco Poveda, Kristy Glenda Mgs**

**DIRECTORA DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_  
**Lcda. Mendoza Vincés, Ángela Ovilda. Mgs**

**Guayaquil, a los 01 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, **Conde Moyón, María Fernanda**

### **DECLARO QUE:**

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

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

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

**LA AUTORA**

f. \_\_\_\_\_

**Conde Moyón, María Fernanda**



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

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Villafuerte Guamán, Lourdes Vanessa**

**DECLARO QUE:**

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

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

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

**LA AUTORA**

*Vanessa Vg.*

f. \_\_\_\_\_  
**Villafuerte Guamán, Lourdes Vanessa**



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

**AUTORIZACIÓN**

Yo, **Conde Moyón, María Fernanda**

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

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

**LA AUTORA**

f. \_\_\_\_\_

**Conde Moyón, María Fernanda**



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

## **AUTORIZACIÓN**

Yo, **Villafuerte Guamán, Lourdes Vanessa**

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

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

LA AUTORA

*Vanessa Vg.*

f. \_\_\_\_\_  
**Villafuerte Guamán, Lourdes Vanessa**

# REPORTE DE COMPILATIO



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

5%  
Similitudes



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

Nombre del documento: Tesis conde 31 de agosto final-2.docx  
ID del documento: eb3a407274b20a27386b1192612c167bd701d5db  
Tamaño del documento original: 470,44 kB  
Autores: Vanessa Villafuerte Guamán, María Fernanda Conde Moyon

Depositante: Vanessa Villafuerte Guamán  
Fecha de depósito: 3/9/2023  
Tipo de carga: url\_submission  
fecha de fin de análisis: 3/9/2023

Número de palabras: 15.267  
Número de caracteres: 91.564

Ubicación de las similitudes en el documento:



### Fuentes

#### Fuentes principales detectadas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	<b>Prevalencia de la insuficiencia cardíaca aguda en pacientes hipertensos ...</b> #v52b-08 El documento proviene de mi grupo 16 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (76 palab
2	<b>repositorio.utn.edu.ec</b> <a href="http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/8060/1/PG_022_TESIS.pdf">http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/8060/1/PG_022_TESIS.pdf</a> 25 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (98 palab
3	<b>tesis.usat.edu.pe</b> <a href="http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/1990/1/TL_SozaDiazClarivel.pdf">http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/1990/1/TL_SozaDiazClarivel.pdf</a> 9 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (94 palab
4	<b>repositorio.utn.edu.ec</b>   Cuidado enfermero en el manejo del dolor en pacientes p... <a href="http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/9300/0/06_ENF_1073_TRABAJO_GRADO.pdf.txt">http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/9300/0/06_ENF_1073_TRABAJO_GRADO.pdf.txt</a> 9 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (87 palab
5	<b>scielo.isciii.es</b>   Percepción de las enfermeras sobre el uso de sus registros para g... <a href="https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=31988-348X2020000100012">https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=31988-348X2020000100012</a> 4 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (82 palab

## **AGRADECIMIENTO**

Mis gracias infinitas a Dios, por brindarme sabiduría y vocación para escoger esta maravillosa carrera y con ella poder servir con amor al prójimo.

Agradezco de manera especial a mis padres Carmen y Orlando que contribuyeron totalmente en mi formación. Que con sus palabras de aliento lograron motivarme día a día para que pudiera culminar con éxito el objetivo planteado.

A mi hermana Lizbeth que ha sido mi gran compañera de vida, gracias por brindarme apoyo moral y no permitir que me rindiera.

A mis Tías, quienes fueron mi mayor inspiración para seguir la carrera de enfermería.

A mi querida tutora de tesis Kristy Franco quien nos acompañó fielmente en todo este proceso investigativo, agradezco mucho por el tiempo y los conocimientos brindados

Y por último a mis mejores amigas Kerly Parrales y Vanessa Villafuerte, quienes estuvieron conmigo desde el inicio de nuestra carrera universitaria, ellas hicieron que todo este proceso estudiantil sea más llevadero y agradable.

***Ma. Fernanda Conde Moyón***



## **AGRADECIMIENTO**

El principal agradecimiento es para Dios quien me ha guiado, enseñado y dado fuerza para seguir adelante.

A mi familia que ha sido mi pilar fundamental, gracias por su comprensión, amor y apoyo constante a lo largo de mi vida personal, laboral y académica.

Al Hospital General del Norte de Guayaquil los Ceibos y al personal asistencial de salud por habernos brindado sus conocimientos, además de habernos dado la apertura para realizar nuestra investigación satisfactoriamente.

Y a todas las personas que hicieron posible llegar hasta aquí, de una u otra forma me apoyaron en la realización de mi carrera, solo queda decir gracias.

***Lourdes Vanessa Villafuerte Guamán***

## DEDICATORIA

Dedico este trabajo de titulación de manera principal a Dios, él ha permitido que no caiga ante las adversidades en toda mi vida, tanto estudiantil como personal. A mis padres y hermana que con su amor infinito me han apoyado en todo momento. Y finalmente a toda mi familia quienes fueron un pilar fundamental para que todo esto sea posible.

***Ma. Fernanda Conde Moyón***

La presente tesis la dedico primero a Dios, ya que gracias a él pude culminar mi carrera además a toda mi familia especialmente a mi mamá María de Lourdes Guamán Manzano, a mi papá Mariano Omar Villafuerte Bermúdez y a mis hermanas que siempre estuvieron en los momentos buenos y malos. Gracias por enseñarme a afrontar las dificultades y jamás rendirme.

Enseñándome a ser la persona que hoy soy con principios y valores.

También quiero dedicar este trabajo a mi fiel compañía mi perro Max que desde el cielo me está cuidado.

Además, a mi amiga y compañera de tesis Mafer Conde y a mi amiga Kerly Parrales. Gracias por su amistad incondicional.

***Lourdes Vanessa Villafuerte Guamán***



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

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**LCDA. ÁNGELA OVILDA MENDOZA VINCES.MGS**  
DIRECTORA DE CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**LCDA.MARTHA LORENA HOLGUIN JIMÉNEZ, MGS**  
COORDINADORA DE UNIDAD DE TITULACIÓN

f. \_\_\_\_\_

**LCDA.MARTHA LORENA HOLGUIN JIMÉNEZ, MGS**  
OPONENTE



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

**CALIFICACIÓN**

---

**Conde Moyón, María Fernanda**

---

**Villafuerte Guamán, Lourdes Vanessa**

# ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO .....	VIII
DEDICATORIA .....	X
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN .....	XI
CALIFICACIÓN.....	XII
ÍNDICE GENERAL.....	XIII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XV
RESUMEN .....	XVI
ABSTRACT .....	XVII
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO I.....	4
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	4
1.1. Preguntas de investigación.....	6
1.2. Justificación .....	6
1.3. Objetivos.....	7
1.3.1. Objetivo general .....	7
1.3.2. Objetivos específicos.....	7
CAPÍTULO II.....	8
2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL .....	8
2.1. Antecedentes de la investigación .....	8
2.2. Marco conceptual .....	11
2.3. Marco legal .....	20
CAPÍTULO III.....	24
3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	24
3.1. Tipo de estudio .....	24
3.2. Población y muestra .....	24

3.2.1. Criterios de inclusión .....	24
3.2.2. Criterios de exclusión .....	24
3.3. Procedimiento para la recolección de la información.....	24
3.4. Técnica de procesamiento y análisis de datos .....	25
3.5. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos. ....	25
3.6. Variables generales y operacionalización.....	25
4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	28
5. DISCUSIÓN .....	35
6. CONCLUSIONES.....	39
7. RECOMENDACIONES .....	41
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	42
9. ANEXOS .....	47

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Distribución porcentual de los registros clínicos ausentes de la estructura del área de medicina interna.....	28
<b>Figura 2.</b> Distribución porcentual de la estructura de los registros clínicos del área de medicina interna .....	30
<b>Figura 3.</b> Distribución porcentual de la ausencia de indicadores de la continuidad del cuidado los pacientes del área de medicina interna .....	31
<b>Figura 4.</b> Distribución porcentual de la continuidad del cuidado los pacientes del área de medicina interna.....	32
<b>Figura 5.</b> Distribución porcentual de los registros clínicos ausentes en la seguridad de los pacientes del área de medicina interna .....	33
<b>Figura 6.</b> Distribución porcentual de los registros clínicos para la seguridad de los pacientes del área de medicina interna .....	34

## RESUMEN

Los registros clínicos son documentos que se utilizan para registrar de forma sistemática y precisa la información relacionada con los cuidados durante la atención al paciente. **Objetivo:** Analizar los registros clínicos de enfermería del área de medicina interna en un hospital de la ciudad de Guayaquil. **Metodología:** estudio descriptivo, cuantitativo, prospectivo, transversal. **Técnica:** Observación indirecta. **Instrumento:** Hoja de chequeo CARCE. **Población y muestra:** 100 registros clínicos de enfermería del área de medicina interna. **Resultados:** *Estructura de los registros.* Hubo ausencia de la hora de ingreso del paciente al servicio (97,00%) y del número progresivo del día de la estancia hospitalaria (65,00%). Para *continuidad del cuidado del paciente:* Existió ausencia de los registros de los datos socio culturales del paciente (religión, idioma-dialecto, cultura) (99,00%), documentación del plan de alta domiciliaria (94,00%) y déficit de registro de los juicios clínicos sobre las respuestas a los problemas de salud potenciales (93,00%). Y para la *seguridad del paciente:* No hubo la anotación de la revaloración del dolor (100,00%); ni del registro las características específicas de los drenajes (95,00%); y una escasa documentación del apoyo educativo proporcionado al paciente y familiar (55,00%); **Conclusión:** el porcentaje de cumplimiento de los registros clínicos para la estructura fue del 68%, en continuidad del cuidado 51% y para la seguridad del paciente 76%. Se evidenció un registro del 65% siendo este deficiente. Estos podrían tener un impacto significativo en la calidad y precisión de la atención de los pacientes, lo que podría afectar negativamente en la toma de decisiones.

**Palabras clave:** Registros Clínicos; Personal de Enfermería; Medicina Interna



## ABSTRACT

Clinical records are documents used to record care-related information systematically and accurately during patient care. **Objective:** To analyze the clinical nursing records of the internal medicine area in a hospital in the city of Guayaquil. **Methodology:** descriptive, quantitative, prospective, cross-sectional study. **Technique:** Indirect observation. **Instrument:** CARCE check sheet. **Population and sample:** 100 clinical nursing records from the internal medicine area. **Results:** Structure of the records. There was an absence of the time of admission of the patient to the service (97.00%) and the progressive number of the day of the hospital stay (65.00%). For continuity of patient care: There was an absence of records of the patient's socio-cultural data (religion, language-dialect, culture) (99.00%), documentation of the home discharge plan (94.00%) and a lack of recording clinical judgments about responses to potential health problems (93.00%). And for patient safety: There was no annotation of the pain reassessment (100.00%); nor the specific characteristics of the drains from the registry (95.00%); and little documentation of the educational support provided to the patient and family (55.00%); **Conclusion:** the percentage of compliance with clinical records for the structure was 68%, for continuity of care 51% and for patient safety 76%. A record of 65% was found to be deficient. These could have a significant impact on the quality and accuracy of patient care, which could negatively affect decision making.

**Keywords:** Clinical Records; Nursing Staff; Internal Medicine.

## INTRODUCCIÓN

Inicialmente, se reconoce que los avances significativos en el campo de la enfermería y las ciencias de la salud han dado lugar a cambios que se han enfrentado a retos sustanciales en el entorno de la enfermería moderna. Esto forma parte de la idea de innovar la calidad de los servicios asistenciales, lo que a su vez repercute en los resultados deseados(1). En este sentido, existe una interacción constante con la medicina, independientemente del área de especialización, por ello es fundamental poner en marcha diversas medidas basadas en datos iniciales, procedimientos operativos, intervenciones quirúrgicas y otras acciones similares, que puedan estar disponibles en la profesión enfermera(2).

Es por esta razón que el personal de enfermería debe desarrollar diversos aspectos en las instituciones de salud, es por ello que se les designa llevar correctamente un registro clínico de los pacientes, el cual es un instrumento obligatorio, que puede mostrar diversas ventajas y facilidades al personal médico, ya que depende del análisis para realizar diferentes acciones en los diagnósticos médicos el contar con el expediente respectivo del paciente(3). Teniendo en cuenta que las historias clínicas se utilizan como herramienta en la creación de los registros de los pacientes, refleja diversos registros de los procedimientos y acciones realizadas para el paciente, al mismo tiempo incluye las necesidades del paciente a su llegada al hospital(4).

Por lo tanto, es un documento que se halla regulado según Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud(5), por consiguiente, es un respaldo detallado de manera escrita en el que se refleja de manera clara parte de los registros realizados por parte de los profesionales de la salud, y que permiten evidenciar cada uno de los procesos desarrollados dentro la misma. Lo que incide en desarrollar la utilización de un instrumento adecuado el cual permite mejorar y reforzar los procesos de registros clínicos del paciente. Para ello, es fundamental el uso adecuado de este tipo de instrumentos en los mismo que se pueden aplicar cuestionarios, test, escalas, valoraciones, inventarios, etc., dado esto es necesario mencionar que este tipo de instrumentos forman parte

de las exigencias y control de las casas de salud, ya que son fuentes fidedignas que brindan validez, fiabilidad y mejoran adecuadamente la gestión de los profesionales del área de enfermería(6).

La estructura de este tipo de instrumento mejora la calidad de los registros clínicos, en su contenido se detallan aspectos fundamentales como la dimensión en la cual se puede describir la estructura, continuidad del cuidado, seguridad del paciente, los indicadores, los mismos que deben estar establecidos de manera clara y definirse dentro de las variables de dimensión, y finalmente una escala la cual detalla el cumplimiento de cada uno de los aspectos del indicador(7). De este modo, se destaca que el personal de enfermería con el correcto llenado de información aporta valiosa información al hospital y permite obtener datos documentales de los procesos y procedimientos desarrollados en la atención brindada(8).

Por ello, este documento escrito resume con precisión y minuciosidad algunos de los registros de los médicos. Estos registros se utilizan para mostrar de forma inequívoca todas las acciones realizadas en el marco de la atención médica, lo cual incide en el fomento del uso de un instrumento adecuado que ayude a reforzar y mejorar las prácticas de registro clínico del paciente (9).

En este sentido, se considera buscar una mejora en los procedimientos de atención en el área de medicina interna del Hospital General del Norte IESS Ceibos de la ciudad de Guayaquil, se busca optimizar la atención médica a través de mejoras en la documentación clínica en esta perspectiva. La metodología elegida para este estudio tendrá un enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal. Para la recolección de datos se utilizará una lista de verificación, obtenida a través de la observación indirecta de 100 historias clínicas del área de medicina interna.

# CAPÍTULO I

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermera tiene el deber principal, de velar el cuidado de los pacientes, a través de un equipo que fomente un mejor trabajo en equidad y claridad para asegurar un buen registro de datos. Es importante mencionar que la ejecución de los registros clínicos del personal de enfermería es una de las acciones más importantes a ejecutarse, tanto en el sentido autónomo como en el sentido colaborativo(10). En efecto, un registro clínico de enfermería sirve como prueba de todos los procedimientos realizados con un paciente que requiere atención, permitiendo considerar su utilidad como medio de comunicación, coordinación entre el personal médico y las observaciones que se deben hacer en relación con el paciente(11).

Según la OMS(12), un registro clínico contiene información de los cuidados prestados por las enfermeras en el ámbito hospitalario, introduciendo el término "estándar" como enfoque utilizado para evaluar métodos y resultados. Esto pone de relieve la conexión entre los registros clínicos de enfermería y la facilitación de la práctica profesional. Sin embargo, es crucial señalar que estos registros no sólo son necesarios para el buen desempeño de la profesión, sino que también sirven de modelo para los estudiantes en el proceso de aprendizaje. En este sentido, es necesario abordar y dar un peso significativo a las diversas implicaciones que abundan en los registros de enfermería y su incorporación a los distintos planes de estudio universitarios.

En Latinoamérica, países como México, Argentina, Perú, Colombia entre otros, existen algunas deficiencias al momento de tener un llenado adecuado en los registros clínicos, esto se debe a que no se ajustan a los protocolos aceptados a nivel mundial. Esta falta de adhesión complica las medidas adoptadas a la hora de prestar asistencia a los pacientes. En muchas circunstancias, los registros no siguen los procedimientos indicados en las directrices de registro, lo que da lugar a una documentación que carece de exhaustividad, claridad y precisión(8).

En Ecuador, según el Ministerio de Salud Pública, una historia clínica es un registro de interacciones entre el personal de salud y un paciente que son relevantes para la atención presente o futura del paciente. Es necesario construir un sistema de recogida y análisis de datos que incluya estos registros para establecer una frontera médico-legal firme. Los registros de enfermería, de forma similar, sirven como documentación escrita que documenta sucesos que ocurren en momentos y lugares específicos. Cada individuo se sitúa en un marco que abarca componentes sociales, ambientales, ocupacionales, educativos y culturales(13).

Por esta razón, en Guayaquil, se ha puesto de manifiesto la existencia de dificultades en el proceso de registro clínico en el ámbito de la medicina interna, por parte del personal de salud. Estas dificultades han dado lugar a un sinnúmero de complicaciones, tales como registros incompletos, diagnósticos equivocados, datos erróneos, filtración de información y, lo más importante, pérdida de datos de los pacientes. Es crucial recordar que una gestión inadecuada de los registros puede tener importantes ramificaciones a la hora de que los profesionales de la salud tomen decisiones sobre cómo tratar a sus pacientes.

Por ello, es necesario realizar un análisis de todos los registros clínicos en el personal de enfermería en el área de medicina interna en Hospital General Norte IESS Ceibos, para poder corroborar la información obtenida del personal de enfermería, lo cual denota un correcto proceso tanto en atención al paciente como en el registro ortodoxo y confiable en el manejo de documentación. En efecto, la presente investigación toma en consideración un análisis de dichos registros en los periodos que van desde septiembre 2022 – agosto 2023, analizando y evaluando adecuadamente la gestión documental realizada, considerando así cada detalle dentro de la calidad y desempeño de dichos profesionales de la salud.

## **1.1. Preguntas de investigación**

¿Cómo se efectuarán los diferentes registros en el área de medicina interna?

¿Cuál es la estructura de los registros de enfermería?

¿Existe continuidad de los cuidados en los registros de enfermería?

¿Cómo se registra la seguridad del paciente en los registros de enfermería?

## **1.2. Justificación**

La presente investigación tiene un propósito es analizar los registros clínicos creadas por el personal de enfermería en el área de medicina interna. Esto se debe a la necesidad de comprender cómo se crean, gestionan y manejan los datos contenidos en estos documentos. Debido a la importancia de la información incluida en estos registros, es fundamental recordar que debe tratarse con cautela y confidencialidad(14).

La manipulación errónea de esta información tiene el potencial de causar graves problemas y transiciones, tanto a nivel institucional como para el personal encargado de su gestión. En consecuencia, es fundamental que un hospital cuente con un sistema que garantice la exactitud de la información, sirviendo como herramienta útil tanto para el equipo médico como para los pacientes(15).

Cada registro cumplimentado es importante porque la información que contiene detalla una secuencia de procesos llevados a cabo de acuerdo con un protocolo predeterminado. En consecuencia, estos registros deben ser gestionados con cuidado, precisión, claridad y objetividad, permitiendo una adecuada evaluación y análisis de la comunicación entre el personal médico

y el equipo de enfermería que supervisa su trabajo en el área de medicina interna. Es fundamental insistir en la necesidad de adherirse estrechamente a las reglas y normas establecidas y, al mismo tiempo, ajustarse a las leyes actuales(16).

En este sentido, el presente tema de investigación tiene una justificación concreta al analizar los registros clínicos por parte del personal de enfermería del área de medicina interna, el análisis pretenderá evaluar todos los registros realizados por parte del personal, para verificar adecuadamente todos los requisitos que exige el protocolo de enfermería, considerando así su cumplimiento, legalidad, validez y ejecución adecuada(17).

### **1.3. Objetivos**

#### **1.3.1.Objetivo general**

Analizar los registros clínicos en el personal de enfermería del área de medicina interna en el Hospital General del Norte IESS Ceibos de Guayaquil durante septiembre de 2022- agosto 2023.

#### **1.3.2.Objetivos específicos**

Identificar la estructura de los registros de Enfermería del área de medicina interna en el Hospital General del Norte IESS Ceibos de Guayaquil.

Describir la continuidad del cuidado de los registros del personal de enfermería del área de medicina interna.

Registrar la categorización de la seguridad del paciente en los registros de enfermería

## CAPÍTULO II

### 2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

#### 2.1. Antecedentes de la investigación

*“Evaluación de la calidad de los registros de enfermería en el área de trauma shock del servicio de emergencia. Hospital Regional Lambayeque”*.(8) en el año 2015 de la autora Quevedo G., el tipo de investigación fue cuantitativa y descriptiva. A partir de los registros clínicos de enfermería; la población estuvo constituida por 123 registros clínicos. La calidad de los registros se evaluó en función de su estructura, que fue calificada como buena (50%) y de su contenido como malo (94,2%) dado que no demostrando el proceso asistencial durante el cuidado del paciente, no hacían la verificación ni los cambios de posiciones del cuerpo, no registraban los datos clínicos de los pacientes su perfil epidemiológico, no se incluía en las historia clínica el nombre completo del paciente, la hora de entrada, no había una buena redacción y legibilidad de las notas de la enfermera, la colocación del sello y no hacen uso correcto del kardex ni emplean terminología científica o técnica.

*“Evaluación de calidad de los registros de enfermería en el sector de terapia intensiva en el Hospital San Vicente de Paul de Villa del Rosario”*(18), de la autora Del Valle P., La población estuvo constituida por 237 historias clínicas en total, que correspondieron a 116 historias clínicas del primer semestre (enero a junio) y 121 historias clínicas del segundo semestre (julio a diciembre) de pacientes que ingresaron al servicio. Para evaluar la calidad de los registros se consideró que existió ausencia de diagnóstico y la aplicación incompleta del proceso de atención endocrina (P.A.E.). Se presenció la ausencia de los diagnósticos de enfermería, registro incompleto de alteraciones en el paciente. Las intervenciones fueron detalladas de manera incompleta, no se empleó lenguaje técnico ni las normas universales, hubo registros de los signos vitales en la mitad de los registros. Al considerar la evaluación de los registros solo fueron considerados en un 69% de manera adecuada, los restantes presentaban datos incompletos o no adecuados.



Las autoras Díaz y Mata, acerca de *“Evaluación de la hoja de enfermería de una Unidad de Cuidados Intensivos”*(19). Colombia 2022, se puede determinar que sólo 23 registros de enfermería de una unidad de cuidados intensivos tuvo un nivel de cumplimiento del formato como deficiente resaltando pocos registros en el diagnóstico médico 65%; no registros completos de la frecuencia cardiaca; presión arterial; frecuencia respiratoria; no hubo registros del consumo de líquidos por parte del paciente; ni registros de líquidos parenterales; ni del control de ingesta de líquidos 55%. Los datos demográficos no son considerados importantes 95%, los registros de las intervenciones no usan lenguaje técnico ni cumple con las normas estándares establecidos 45%. El registro de estos análisis es catalogado de manera general como buenos en un 66%.

*“Cumplimiento de los registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería en un hospital de segundo nivel de atención”* (20). Del autor Hernández México 2018. El porcentaje de cumplimiento global de los 156 formatos de historias clínicas evaluados fue del 61%; con criterios de identificación y valoración del 90% y el 84%, respectivamente. Aunque hubo algunas variaciones en el porcentaje de historias clínicas cumplimentadas, los porcentajes máximos para cirugía general 69% y medicina interna 60%. El porcentaje de registros completados varió según el turno, con un 64% para los turnos de mañana y un 60% para los turnos de tarde y noche. En cuanto a los indicadores que se mostraron ausentes fue la falta de la fecha de nacimiento 89% y la orientación sexual de los pacientes 98% porque se consideran irrelevantes, otros fueron que el diagnóstico médico no se registró en el 52% de los casos. También se evidenció escritura errónea de los parámetros vitales, no hubo registros del ingreso y salida de los pacientes 78%. Otros datos relevantes fueron que el registro de las intervenciones se dio en el 30%. En el 74% de los registros de enfermería había una falta de correspondencia entre el diagnóstico de enfermería y los patrones funcionales identificados como modificados, a pesar de que la mayoría (87%) de los registros contaban con una evaluación del riesgo de úlceras por presión. Sólo el 41% de los registros de enfermería contenían

también acciones específicas para la prevención o el tratamiento de las úlceras por presión.

Según la autora Chávez sobre la *“Utilización de los registros clínicos de enfermería por el equipo de salud en los procesos asistenciales de los pacientes del servicio de medicina interna”*(10). Ecuador 2013. En una encuesta de un total de 50 profesionales se preguntó acerca del uso de los registros de enfermería considerando de importancia en el 21% profesionales, 18% creen que los registros de enfermería que no son importantes, sin embargo, un 33% consideran que son esenciales. Teniendo en cuenta características como el contenido, la ortografía, la gramática, la objetividad y exactitud de los datos y hechos, la claridad, la legibilidad y la oportunidad, que fueron valoradas "de regular a mal" 42%.

Las autoras Cedeño y Guananga acerca de *“Calidad de los registros de enfermería en la historia clínica en el Hospital Abel Gilbert Pontón 2013, Ecuador”* (21). La evaluación de la calidad de los registros de enfermería arrojó una tasa de cumplimiento del 11% para los registros de enfermería. Obteniendo un nivel de cumplimiento muy inadecuado en cada uno de los formatos para la historia clínica única, alcanzando el registro de administración de medicación una tasa de cumplimiento del 20%, el registro de signos vitales una tasa de cumplimiento del 12% y ninguna historia clínica cumplía con los informes de enfermería de garantía de calidad. Debido a que el cuidado directo del paciente no proporciona tiempo para informes escritos, se determinó que estos factores contribuyen a las deficiencias en los registros de enfermería en varios formatos. En los informes, el 89% de los profesionales demostró conocer la NANDA, la NIC y la NOC; sin embargo, el 100% de ellos no proporciona informes de diagnóstico enfermero, lo que resulta alarmante dado lo cruciales que son para el proceso de diagnóstico enfermero.

La autora Cajaleón sobre *“Calidad del registro de enfermería en el servicio hospitalización de Medicina II del Hospital Alberto Sabogal Callao, 2017”* (22) en Perú. La muestra utilizada constaba de 68 registros de enfermería. Los resultados muestran que el 45,6% de las enfermeras tienen registros de

enfermería de manera general de calidad media, el 48,6% tienen registros de enfermería medios en la estructura, el 42,7% tienen registros de enfermería medios en la continuidad del cuidado de enfermería y el 54,4% tienen registros de enfermería excelentes en términos de seguridad del paciente. Además, muestran que el 79,4% aplican procesos enfermeros en la fase de evaluación, el 55,9% en la fase de evaluación y el 54,4% en la fase final. En cuanto a la seguridad, el estudio revela que el 79,5% tiene registros de documentación en cuanto a la seguridad del paciente, mientras que también muestra que el 2,9% tienen niveles medios de documentación enfermería.

## **2.2. Marco conceptual**

### **Registros Clínicos de Enfermería**

Los registros clínicos de enfermería son un componente importante de la atención médica, estos tienen repercusiones profesionales y legales, por lo que es importante realizarlas con rigor científico para garantizar la calidad de los resultados(23). También es importante señalar que los registros de enfermería son el registro oficial de la atención interprofesional en el que se presenta la información sobre las actividades del paciente, estos registros también facilitan el intercambio de información sobre los cuidados y fomentan la comunicación entre los enfermeros y otros miembros del equipo sanitario. Pero lo más importante es que proporcionan elementos para evaluar el proceso de enfermería(24).

### **Propósito de los Registros Clínicos de Enfermería**

- Comunicación sobre los cuidados a los pacientes a los demás miembros del equipo médico. El registro debe comunicar los pasos necesarios para mantener los cuidados en curso y la coherencia de las precauciones tomadas(25).
- Educación e investigación: Los registros de la historia clínica pueden utilizarse para extraer información estadística sobre la frecuencia de

errores clínicos, complicaciones, uso de tratamientos médicos especializados, recuperación y fallecimientos(25).

- Auditoría: Los datos de los registros clínicos proporcionan una base para evaluar la idoneidad y la calidad de la atención prestada(25).
- Valoración: El registro proporciona información que puede utilizarse para identificar y apoyar diagnósticos (por parte de médicos y enfermeros) y organizar las intervenciones adecuadas(25).
- Documentación legal: Un registro clínico bien documentado es la mejor defensa que un profesional sanitario puede montar contra acusaciones de descuido o comportamiento inadecuado. El profesional sanitario es responsable de incluir información precisa y lógica en la historia, describiendo plenamente toda la asistencia prestada(25).

### **Importancia de los registros clínicos**

Los registros hacen que la enfermera tenga la posibilidad de transformar el conocimiento común sobre los cuidados en conocimiento científico y utilizarlo para un mayor desarrollo profesional y disciplinar, ya que, como se mencionó anteriormente, los registros utilizados se consideran un medio para evaluar el nivel, la continuidad y la precisión de los cuidados, así como para prevenir los errores(26). Además, proporcionan defensa legal contra posibles demandas y también permiten la evaluación retrospectiva de la calidad de la atención prestada. Sin embargo, la principal razón por la que es necesario utilizar los registros se debe a la responsabilidad profesional que se asume al prestar los servicios asistenciales(26).

Además, es fundamental que enfermeros, médicos y otros miembros del equipo sanitario conozcan las normas, los requisitos previos y los procedimientos de elaboración de registros que se aplican a los procesos asistenciales. Dado que las historias clínicas de enfermería son un componente crucial de la asistencia al paciente porque sirven como

documentación de los servicios prestados por el equipo sanitario del paciente(27).

### **Características de los registros de enfermería**

En un registro de calidad, es esencial que se cumplan ciertos criterios; en primer lugar, debe ser exacto, exhaustivo y fiable, garantizando que los acontecimientos se anoten de manera clara y sucinta; además, las observaciones deben expresarse en términos que puedan cuantificarse, y los descubrimientos deben describirse con gran detalle, incluyendo aspectos como tipo, forma, dimensión y apariencia; por último, es imperativo incluir la fecha, la hora y una firma legible por parte de la enfermera a cargo(28)

Otro aspecto importante es la legibilidad y claridad, en el cual las anotaciones en el registro de enfermería deben ser comprensibles y precisas, para ello, es necesario evitar faltas ortográficas y gramaticales, corrigiendo los errores de forma legible, asimismo debe contar con la firma, incluyendo la inicial del nombre y el apellido completo, sin dejar espacios en blanco en el registro.

Los registros deben realizarse de forma simultánea al momento en que se llevan a cabo las acciones, y no al final del turno, esto ayuda a evitar errores y asegura que los procedimientos sean registrados de manera precisa, cabe resaltar que estos nunca se deben registrar los procedimientos antes de realizarlos.

Es esencial que los registros de enfermería sean escritos de manera objetiva, esto significa evitar un lenguaje con actitud negativa hacia el paciente y describir su comportamiento de forma objetiva; también es necesario incluir las informaciones subjetivas proporcionadas por el paciente o sus familiares(28).

Es fundamental y vital recordar que el mantenimiento adecuado de los registros clínicos de atención de enfermería es esencial para garantizar la seguridad y continuidad de la atención de los pacientes; estos registros deben ser relevantes y concisos, reflejando las necesidades, problemas,

capacidades y limitaciones del paciente, deben ser imparciales y exhaustivos, representando de manera precisa el estado del paciente en función de lo ocurrido y detallando los eventos en orden cronológico(29).

### **Utilidad de los registros de enfermería**

- Toma de decisiones: Dado que la enfermera es la única ocupación que ofrece atención al paciente las 24 horas del día, los juicios deben basarse en la salud del paciente(30).
- Documento legal: La información contenida en el registro sirve como prueba legal en acciones judiciales y documenta el grado de ayuda prestado a una persona en la institución(30).
- Control económico: Mayormente las instituciones públicas, cubren gastos sanitarios que requiere un control económico. En consecuencia, los diagnósticos codificables se utilizan para designar un conjunto de investigación económica(30).
- Base de información a los estudiantes: son más capaces de comprender la naturaleza de una enfermedad en pacientes con trastornos médicos relacionados(30).
- Información para el profesional de enfermería: Le permite realizar estudios de investigación, obteniendo datos estadísticos sobre la incidencia de errores clínicos y complicaciones(30).
- Para evaluar la calidad de la asistencia: Para evaluar la calidad de tratamiento médico prestado en una institución sanitaria y la asistencia de la enfermera profesional(30).

### **Tipos de Registros Clínicos de Enfermería**

Los registros de enfermería son una herramienta esencial para la práctica de la enfermera profesional, ya que le proporcionan una imagen completa del

paciente y la oportunidad de demostrar procedimientos en el futuro a través de la documentación. Desde que Florence Nightingale los utilizara por primera vez como herramienta y la información obtenida de los registros utilizados en aquella época se empleara en gran medida para cumplir las órdenes del médico, los fines de su uso han evolucionado(31).

A continuación, se enumeran los registros clínicos de enfermería utilizados para registrar e informar a los pacientes sobre los cuidados y tratamientos que reciben. La hoja de constantes vitales, el informe de enfermería, el kardex y el registro de entradas y salidas, entre otros. Estos registros son elaborados por profesionales de enfermería y deben ser utilizados por todo el equipo sanitario(32).

### **Hoja de signos vitales**

La hoja de signos vitales registra los cambios en el pulso, la temperatura, la tensión arterial, la frecuencia respiratoria, también suele incluirse el peso, el tipo de alimentación recomendada y la información familiar del paciente durante su estancia. El objetivo es registrar visualmente las constantes vitales del paciente, incluyendo además la fecha y la hora, en este caso la hora, el día del procedimiento. Además, se anotarán los cambios que en la altura en caso de niños, peso o dieta que hayan sido necesarios en función al paciente o del protocolo de la unidad(33).

### **Informe escrito de enfermería**

Es un documento donde se registra de forma clara y precisa todas las acciones, las observaciones, las elecciones y los cuidados prestados a los pacientes. El informe de enfermería fomenta el desarrollo de la disciplina enfermera a la vez que permite compartir la información relativa a los cuidados, elevar el nivel de los cuidados prestados y permitir a las personas identificar sus propias acciones de las de los demás miembros de su equipo(34).

## **Kardex**

El kardex se emplea tanto en organizaciones públicas como privadas. Es empleado específicamente en los profesionales de enfermería mediante un lenguaje técnico y científico. La importancia del kardex, es que permite identificar las principales intervenciones de enfermería en el paciente(34).

## **Informe de ingesta y eliminación**

El informe de ingesta y eliminación registra durante un periodo de 24 horas una contabilidad exacta de la ingesta y la salida de líquidos del paciente a través de todas las diferentes vías (oral, parenteral y excretado)(34).

## **INSTRUMENTO DE MEDICIÓN CARCE.**

Los registros clínicos de enfermería (CARCE) conformado por 32 ítems, con observaciones que incluyen datos para evidenciar resultados en el cuidado del paciente. Este incluye 3 apartados que son la estructura, la continuidad del paciente y la seguridad del paciente(34).

## **Estructura de los registros clínicos**

Este apartado de los registros clínicos, se recogen datos importantes sobre la evaluación, la intervención y el seguimiento sistemático y estructurado del paciente. La utilización de los historiales de los profesionales de enfermería es una parte crucial de la prestación de asistencia médica(35). Estos documentos tienen un formato definido que incluye la identificación del paciente, una evaluación inicial que abarca desde el motivo de la consulta hasta el estado general de salud de la persona, un plan de tratamiento sucinto que esboza los objetivos y las intervenciones previstas, una descripción de la evolución que detalla las medidas tomadas y sus resultados, la educación del paciente, una evaluación de los resultados y cualquier recomendación realizada(35).

Con el fin de llevar a cabo juicios clínicos fundados y seguir dispensando tratamientos, esta estructura organizativa garantiza que los componentes más cruciales de los cuidados dispensados se registren de forma precisa y completa. Todo formulario de registro debe cumplimentarse de acuerdo con



los criterios generales para la redacción de comentarios de enfermería. El personal médico debe cumplir las siguientes normas legales, además de mantener la confidencialidad de los datos de los pacientes(35).

- **Fecha y hora:** El registro del paciente es necesario tanto por motivos legales como de seguridad, es posible evitar cualquier incertidumbre sobre si la hora es antes o después del mediodía escribiendo la hora de forma convencional (por ejemplo, 9:00 h o 15:15 h) o ajustándose al ciclo de 24 horas(36).
- **Claridad de lectura:** Es esencial que cada entrada sea fácil de comprender y leer para evitar posibles errores de interpretación. Siempre que sea legible y cumpla los requisitos establecidos por la institución, la escritura a mano suele ser aceptable(36).
- **Uso de abreviaturas:** Es apropiado por su comodidad, brevedad y facilidad. Las siglas médicas se han relacionado con errores importantes, incluida la pérdida de vidas humanas, a pesar de su utilidad(36)..
- **Registros precisos:** Es crucial escribir con corrección. Si no está claro cómo se escribe un término concreto, se recomienda buscarlo en un diccionario u otro material de referencia. Cuando emplee palabras o frases que puedan tener una pronunciación o un tono similares, sea prudente.
- **Exactitud:** El nombre y los datos de identidad del paciente deben figurar en todas las páginas de la ficha médica del viaje. Es esencial confirmar que se está utilizando la ficha correcta antes de introducir cualquier dato. Nunca hay que fiarse únicamente del número de habitaciones para determinar de quién se trata; hay que buscar siempre el nombre del paciente. Las situaciones en las que el nombre es el mismo merecen una consideración especial(36)..

## **Continuidad del paciente**

La continuidad de cuidado de paciente se rige como el factor primordial en el seguimiento de la atención. Sin embargo, sigue siendo un problema recurrente la discrepancia que surge entre la respuesta a la necesidad de continuidad de cuidados ya que requiere de implementar estrategias para establecer diversos mecanismos organizativos, entre los cuales destacan: la capacitación del personal, la planificación y toma de decisiones a través de comités que involucran a múltiples instituciones y disciplinas (37). Implican el uso de los datos pasados del paciente que se han recopilado en el presente. Como sugiere la lógica, la recopilación de información relacionada con las intervenciones durante para garantizar la continuidad del proceso de atención(38).

Los parámetros por considerar son: registrar los signos vitales del paciente, documentar datos subjetivos / objetivos, datos socioculturales del paciente, registro de juicios clínicos sobre las respuestas del paciente a los problemas de salud reales y potenciales, registrar los problemas de salud reales/potenciales, documentar las intervenciones de enfermería y la hora documentar el plan de alta domiciliaria, registrar las respuestas del paciente ante las intervenciones y anotar situaciones pendientes(34).

Estos registros y consideraciones deben implementarse en los cuidados de enfermería porque proporcionan una base sólida para la toma de decisiones clínicas informadas y la coordinación eficiente de los cuidados. Estos registros documentan el estado de salud actual del paciente, las respuestas al tratamiento, los problemas de salud actuales y potenciales y la información sociocultural. Esta información permite a los profesionales sanitarios evaluar y ajustar continuamente la atención al paciente, garantizando una asistencia individualizada y de alta calidad. Además, al facilitar la comunicación entre los miembros del equipo médico y garantizar unas transiciones asistenciales fluidas y una planificación de la asistencia domiciliaria de alta calidad, estos registros documentados ayudan a los pacientes a recuperarse bien y a evitar complicaciones futuras(30).

### **Seguridad del paciente.**

La seguridad del paciente se reconoce ahora como un componente de los diversos aspectos que conforman la excelencia de los servicios sanitarios. El resto de las dimensiones que definen la calidad se construyen sobre la seguridad como base. La ausencia de ésta afectaría negativamente a las demás dimensiones, y su optimización es uno de los focos estratégicos clave en la atención médica(39).

- Verificar que los datos de identificación del paciente(34).
- Valoración del dolor (34).
- Indagar alergias a medicamentos (34).
- Anotar las características de inserción de medios invasivos (34).
- Registrar la fecha de instalación de medios invasivos(34).
- Documentar las características específicas de la herida quirúrgica(34).
- Registrar las características específicas de los drenajes(34).
- Registrar la administración correcta del medicamento(34).
- Registra medidas de seguridad aplicadas en riesgo de caídas del paciente (34).
- Medidas de prevención en riesgo de úlceras por presión(34).
- Educar o informar paciente/familia para contribuir a la seguridad del paciente(34).
- Revaloración del dolor(34).

Cada una de estas acciones y requisitos de documentación en los cuidados de enfermería es esencial para garantizar la seguridad, el bienestar y el nivel de cuidados del paciente. La verificación de la información identificativa ayuda a prevenir errores y malentendidos. La evaluación del dolor permite gestionar eficazmente el sufrimiento del paciente. Las alergias a medicamentos pueden detectarse y evitarse para prevenir respuestas negativas. La documentación de los medios invasivos y de las características de las heridas quirúrgicas ayuda a detectar infecciones u otros problemas. Deben registrarse las fechas de instalación de los medios intrusivos si se van a utilizar en el futuro. Al

documentar la administración de medicamentos y las dosis, se garantiza la trazabilidad. Al documentar la seguridad y las medidas preventivas (como las caídas y las úlceras por presión), disminuyen los riesgos. Promoviendo la seguridad y el compromiso activo mediante la educación del paciente y su familia (40).

## **2.3. Marco legal**

### **Ley Orgánica de la Salud**

Según el **Artículo 2** de la Constitución, se establece el principio de confidencialidad como la cualidad o propiedad de la información que asegura un acceso restringido solo por parte de las personas autorizadas; lo que implica la implementación de medidas de seguridad para garantizar el manejo adecuado de la información(41).

En el **Artículo 3** acerca de la integridad de la información se refiere a la cualidad o propiedad de la información que asegura que no ha sido mutilada, alterada o modificada, y que mantiene sus características y valores originales tal como fueron asignados o recogidos; es importante destacar que esta cualidad de integridad debe mantenerse en cualquier formato de soporte en el que se registre la información, independientemente de los procesos de migración que puedan ocurrir entre ellos(41).

En el **Artículo 4** se establece que la disponibilidad de la información se refiere a la condición de la información que asegura el acceso a los datos cuando sean requeridos, cumpliendo los protocolos establecido para ese propósito y respetando las disposiciones establecidas en el marco jurídico nacional(41).

En el **Artículo 5** se refiere a un conjunto organizado de medidas tanto preventivas como reactivas cuyo objetivo es salvaguardar y proteger la información, manteniendo su carácter confidencial, así como su integridad y

disponibilidad. Estas medidas se aplican desde el momento en que la información es generada y se extienden hasta incluso después del fallecimiento de la persona involucrada(41).

El **Artículo 14** establece que únicamente el personal perteneciente a la cadena sanitaria está autorizado para gestionar la historia clínica; lo que considera como personal de la cadena sanitaria a los siguientes profesionales: médicos, psicólogos, odontólogos, trabajadoras sociales, obstetras, enfermeras, así como auxiliares de enfermería y personal de estadística(41).

El **Artículo 15** establece que el acceso a los documentos almacenados electrónicamente solo está limitado a individuos autorizados del servicio o establecimiento, a través del uso de contraseñas personales de acceso(41).

### **Constitución de la República del Ecuador**

En base a la Constitución de la República del Ecuador, en el **Artículo 3**, el Estado tiene la responsabilidad de garantizar, sin discriminación alguna, el pleno disfrute de los derechos establecidos en la Constitución y en los tratados internacionales, como la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el acceso al agua para todos sus habitantes; además, debe defender la soberanía nacional, fortalecer la unidad nacional en medio de la diversidad y asegurar que la ética laica sea el fundamento de la actividad pública y del ordenamiento jurídico(42).

Asimismo, tiene la tarea de planificar el desarrollo del país, erradicar la pobreza, promover el desarrollo sostenible y lograr una distribución equitativa de los recursos y la riqueza, con el objetivo de alcanzar el bienestar y de fomentar el desarrollo equitativo y solidario en todo el territorio, mediante el fortalecimiento de los procesos de autonomía y descentralización, y proteger el patrimonio natural y cultural de la nación; por último, debe garantizar a sus habitantes el derecho a vivir en una cultura de paz, a la seguridad integral y a disfrutar de una sociedad democrática y libre de corrupción(42).

En el **Artículo 32** el estado asegura el derecho a la salud, el cual está vinculado al ejercicio de otros derechos, como el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los entornos saludables y otros que contribuyen al bienestar(42).

El Estado se compromete a asegurar este derecho a través de políticas de carácter económico, social, cultural, educativo y ambiental, e inclusive garantizará el acceso ininterrumpido, puntual y sin exclusiones a programas, medidas y servicios relacionados con la promoción y atención integral de la salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva, además de la provisión de servicios de atención médica se basará en los principios de igualdad, universalidad, solidaridad, respeto a las diferentes culturas, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y ética médica, con un enfoque que tenga en cuenta las diferencias de género y edad(42).

**Plan toda una vida: *Derechos para Todos Durante Toda la Vida***(43).

El **objetivo número 1** consiste en asegurar una vida digna con igualdad de oportunidades para todas las personas; esta garantía de una vida digna con igualdad de oportunidades es una forma particular en la que el Estado asume su papel en la búsqueda del desarrollo, siendo el principal responsable de proporcionar a todas las personas, tanto individuos como colectivos, las mismas condiciones y oportunidades para lograr sus objetivos a lo largo de su vida; logrando así logra servicios que permiten que las personas y organizaciones dejen de ser meros beneficiarios y se conviertan en sujetos que ejercen y exigen sus derechos(43).

El **Objetivo 2** busca fortalecer la diversidad cultural y plurinacional, reconociendo y valorando las múltiples identidades en la sociedad, estos derechos colectivos no se limitan solo a las demandas de pueblos y naciones, ya que diversos grupos sociales también han presentado sus propuestas en esta área(43).

El **Objetivo 3** asegura los derechos de la naturaleza para las generaciones presentes y futuras; a fin de conservar la preservación y el cuidado de áreas naturales protegidas y ecosistemas vulnerables; las cuales enfatiza la necesidad de abordar las consecuencias ambientales causadas por la intervención humana a través de un enfoque basado en la bioética, bioeconomía y bioconocimiento, que promueva la investigación y la generación de conocimiento sobre los recursos naturales de Ecuador(43).

## CAPÍTULO III

### 3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. Tipo de estudio

**Nivel:** Descriptivo, porque tuvo como objetivo recopilar datos y mencionar la efectividad de los diferentes registros clínicos de los profesionales en enfermería.

**Método:** Cuantitativo, ya que el presente estudio intentó verificar y analizar las estructuras de los registros clínicos que realiza el personal de enfermería.

**Diseño:**

Según el tiempo: Prospectivo. Permitió examinar y evaluar los registros de atención proporcionada por enfermeros y enfermeras hacia los pacientes.

Según la ocurrencia de los hechos: Transversal porque buscó analizar o comprender fenómenos, situaciones o datos en un momento específico en este caso de septiembre 2022 a agosto 2023.

#### 3.2. Población y muestra

Se tomaron 100 historias clínicas con registros clínicos de enfermería del Hospital General del Norte IESS Ceibos de Guayaquil. La muestra fue el 100% de la población por muestreo aleatorio simple.

##### 3.2.1. Criterios de inclusión

Registros de enfermería del área de medicina interna del Hospital General del Norte IESS Ceibos de Guayaquil.

##### 3.2.2. Criterios de exclusión

No se tomó en cuenta datos del personal de enfermería.

No se eligieron registros clínicos de otras áreas

#### 3.3. Procedimiento para la recolección de la información

Se realizó el permiso correspondiente a la institución hospitalaria para la obtención de los registros clínicos de enfermería del periodo de septiembre 2022 a agosto 2023. Una vez obtenido el permiso, se diseñó la hoja de chequeo, para posterior crear un formulario digital utilizando Google Forms, se configuraron los indicadores según los elementos de la



hoja de chequeo con sus casillas de verificación ausente y presente, para de esta manera obtener un enlace único para el formulario. Este enlace se utilizó para compartir el formulario con los encuestados. Una vez que se recopilaron suficientes respuestas, se exportaron los datos desde Google Forms a una hoja de cálculo de Excel.

### 3.4. Técnica de procesamiento y análisis de datos

Técnica Observación indirecta

Los datos recopilados deben cumplir con las especificaciones determinadas en dicha matriz del proceso de atención de enfermería según sea el requerimiento. Una vez exportada la plantilla de Excel se utilizarán herramientas de software estadístico SPSS versión 26 para realizar las figuras estadísticas

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

En el desarrollo de la presente investigación no se utilizará la participación de personas, solamente el análisis de los registros clínicos.

### 3.6. Variables generales y operacionalización

**Variable general:** Análisis de los registros clínicos de enfermería.

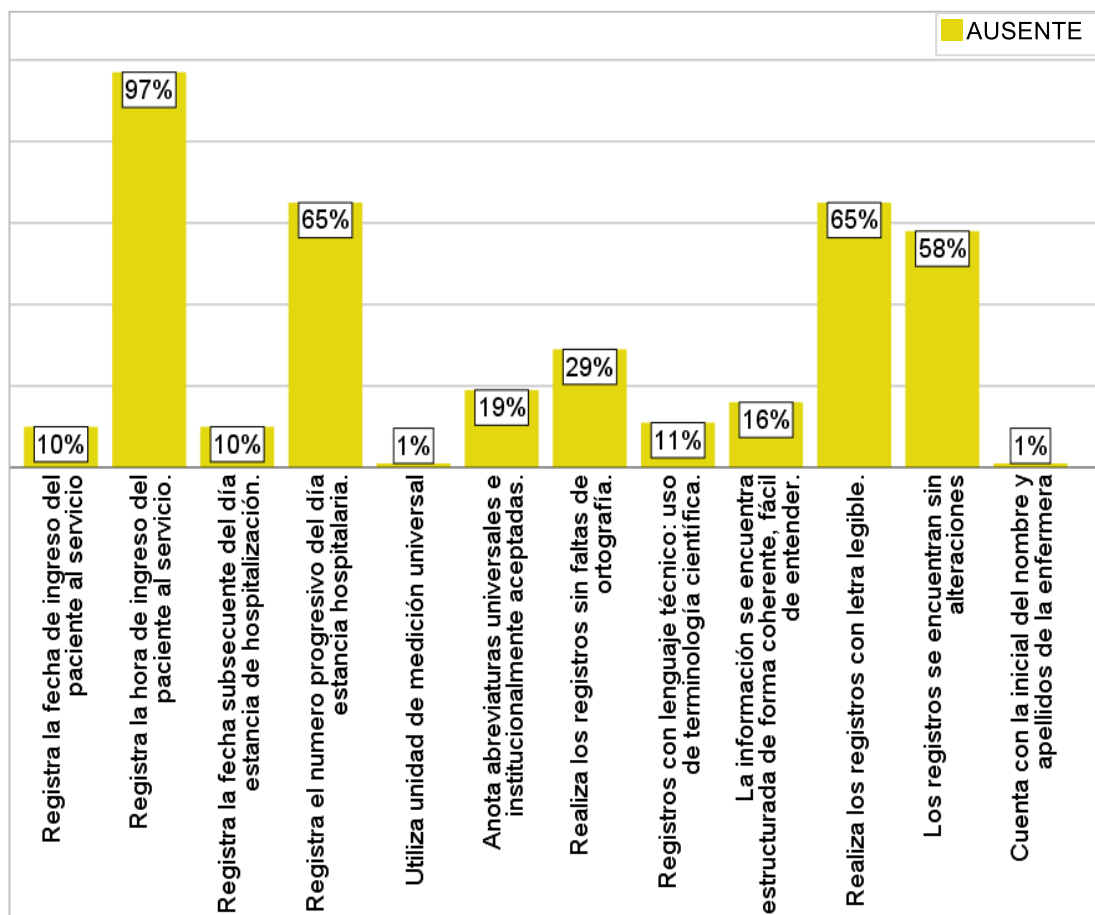
Dimensión	Indicador	Escala
Estructura	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Registrar fecha de ingreso hospitalario del paciente</li> <li>2. Registrar la hora de ingreso hospitalario del paciente</li> <li>3. Registrar la fecha posterior del día de estancia hospitalaria</li> <li>4. Registra el numero progresivo del día estancia hospitalaria</li> <li>5. Trabajar con unidad de medición universal e institucionalmente aceptadas</li> <li>6. Utiliza abreviaturas universales e institucionalmente aceptadas</li> </ol>	Ausente/Presente

	<ul style="list-style-type: none"> <li>7. Escribir los registros sin faltas ortográficas</li> <li>8. Utilizar lenguaje técnico/ científico</li> <li>9. Información estructurada con un lenguaje comprensivo</li> <li>10. Anotar registros con letra legible</li> <li>11. Registros sin alteraciones (borrones, tachones y uso de corrector)</li> <li>12. Cuenta con la inicial del nombre, seguido por los apellidos paternos y maternos de la enfermera que estaba a cargo del turno</li> </ul>	
Continuidad del cuidado	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Registrar las constantes vitales del paciente (temperatura, pulso, frecuencia respiratoria, tensión arterial)</li> <li>2. Documentar datos subjetivos / objetivos de acuerdo con la valoración focalizada o generalizada</li> <li>3. Datos socioculturales del paciente (religión, costumbres, idioma-dialecto)</li> <li>4. Anotar juicios clínicos sobre las respuestas del paciente a los problemas de salud reales.</li> <li>5. Anotar juicios clínicos sobre las respuestas del paciente a los problemas de salud potenciales</li> <li>6. Registrar los problemas de salud reales/potenciales percibidos, a otros profesionales de la salud.</li> <li>7. Documentar las intervenciones de enfermería que han sido realizadas para dar respuesta a las necesidades del paciente.</li> <li>8. Anotar la hora en que se realizan las intervenciones de enfermería.</li> <li>9. Documentar el plan de alta domiciliaria</li> <li>10. Registrar las respuestas del paciente (revaloración) a las intervenciones de enfermería de acuerdo con las necesidades detectadas.</li> <li>11. Anotar situaciones pendientes al siguiente turno.</li> </ul>	Ausente/Presente
Seguridad del paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Verificar que los datos de identificación registrados correspondan al paciente</li> </ul>	Si No

	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Valoración del dolor (ubicación, duración e intensidad)</li> <li>3. Indagar sobre posibles alergias a medicamentos</li> <li>4. Anotar las características del sitio de inserción de medios invasivos para reducir riesgo de infección.</li> <li>5. Registrar la fecha de instalación de medios invasivos.</li> <li>6. Documentar las características específicas de la herida quirúrgica (para evitar posibles complicaciones)</li> <li>7. Registrar las características específicas de los drenajes (estado de la piel que rodea la herida, cantidad, consistencia y color)</li> <li>8. registrar la administración correcta del medicamento, especificando el nombre, la hora, dosis, hora y vía correcta.</li> <li>9. Registra medidas de seguridad aplicadas en riesgo de caídas del paciente (utilización de la escala de Morse)</li> <li>10. Medidas de prevención en riesgo de úlceras por presión (utilizar escala de Norton)</li> <li>11. Educar o informar paciente/familia para contribuir a la seguridad del paciente.</li> <li>12. Revaloración del dolor</li> </ol>	
--	---	--

## 4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

**Figura 1.** Distribución porcentual de los registros clínicos ausentes de la estructura del área de medicina interna



**Fuente:** Registros clínicos de enfermería del área de medicina interna

**Elaborado por:** Conde Moyón, María Fernanda y Villafuerte Guamán, Lourdes Vanessa

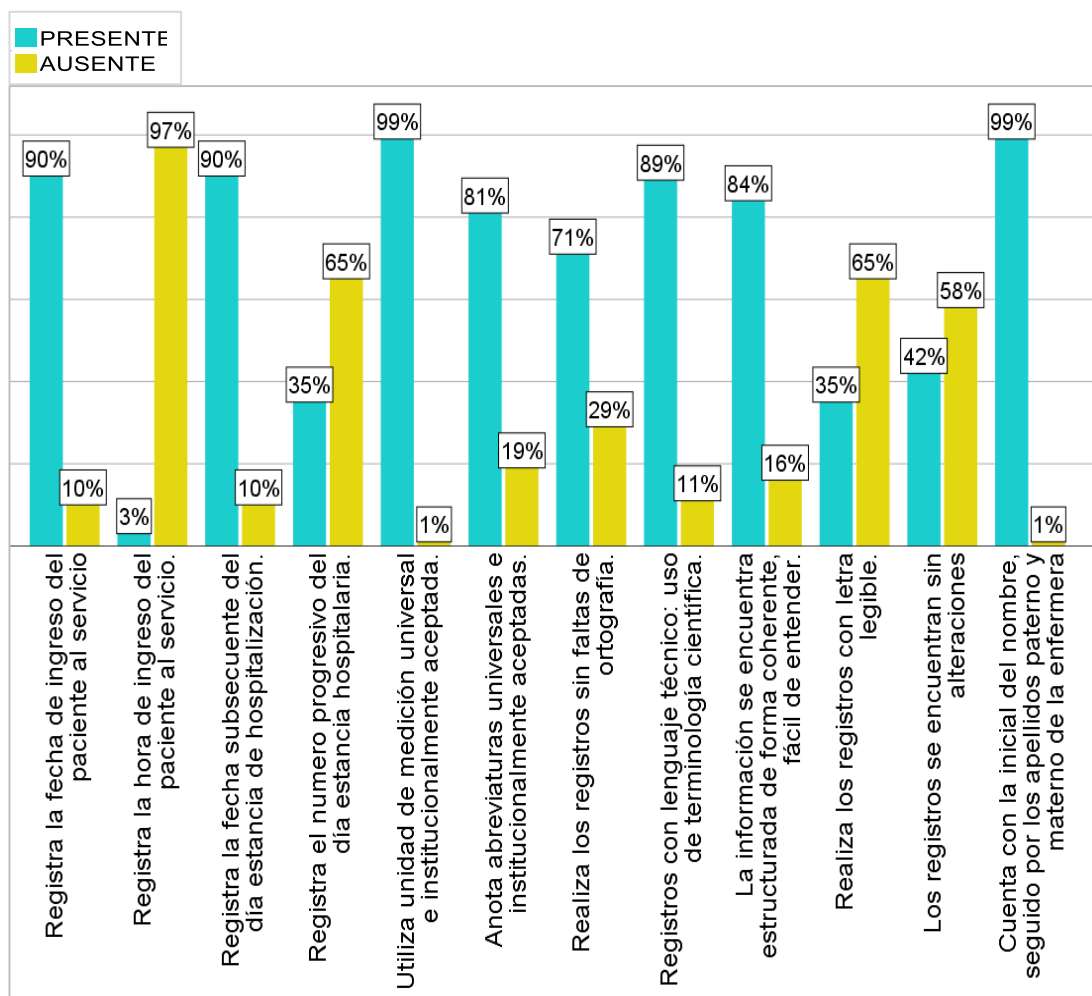
### ANÁLISIS

Al observar la distribución porcentual de la estructura de los registros clínicos del área de medicina interna, se observa que existe ausencia o déficit de registros en todos los indicadores, empezando por aquellos con mayor porcentaje como la hora de ingreso del paciente al servicio, el número progresivo del día estancia hospitalaria, los registros tienen poca letra legible, los registros se encuentran con alteraciones (tachaduras, enmendaduras), mientras que en menor porcentaje están los registros que tienen faltas de ortografía, no anota las abreviaturas universales e institucionalmente

aceptadas; a información no se encuentra estructurada de forma coherente; no hay uso de terminología científica, no anota la fecha de ingreso del paciente al servicio; no anota la fecha subsecuente del día estancia de hospitalización; no utiliza unidad de medición universal e institucionalmente aceptada; no cuenta con la inicial del nombre, seguido por los apellidos paterno y materno de la enfermera responsable del turno.

Así, en base a estos datos, se puede mencionar que el déficit o la ausencia de una estructura adecuada en las historias clínicas puede conducir a una falta de información completa y detallada sobre el estado de los pacientes, lo que dificulta a los profesionales de enfermería proporcionar una atención óptima y la coordinación con otros miembros del equipo de salud. También puede dificultar la transferencia efectiva de información entre los diferentes turnos de enfermería o cuando un paciente es trasladado a otra unidad, lo que puede conducir a la pérdida de datos cruciales y a la falta de continuidad de la atención, lo que dificulta la planificación y el seguimiento del plan de cuidados del paciente.

**Figura 2.** Distribución porcentual de la estructura de los registros clínicos del área de medicina interna



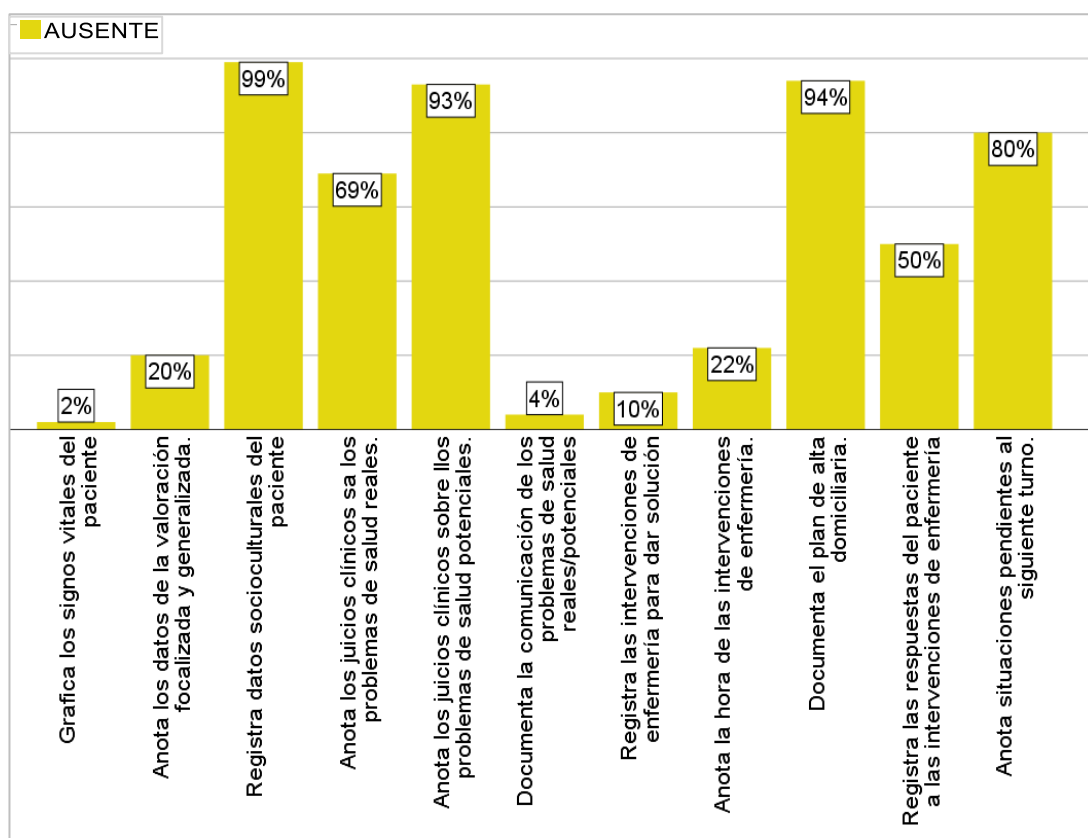
**Fuente:** Registros clínicos de enfermería del área de medicina interna

**Elaborado por:** Conde Moyón, María Fernanda y Villafuerte Guamán, Lourdes Vanessa

## ANÁLISIS

La figura muestra a todos los indicadores de la estructura, obteniendo un déficit del 32%. Esto refleja que solo se está registrando un tercio de los datos que son importantes en los registros clínicos de los pacientes de medicina interna. Lo cual puede con llevar la falta de coordinación en la atención e imposibilita la toma de decisiones por presentar información incompleta o incorrecta.

**Figura 3.** Distribución porcentual de la ausencia de indicadores de la continuidad del cuidado los pacientes del área de medicina interna



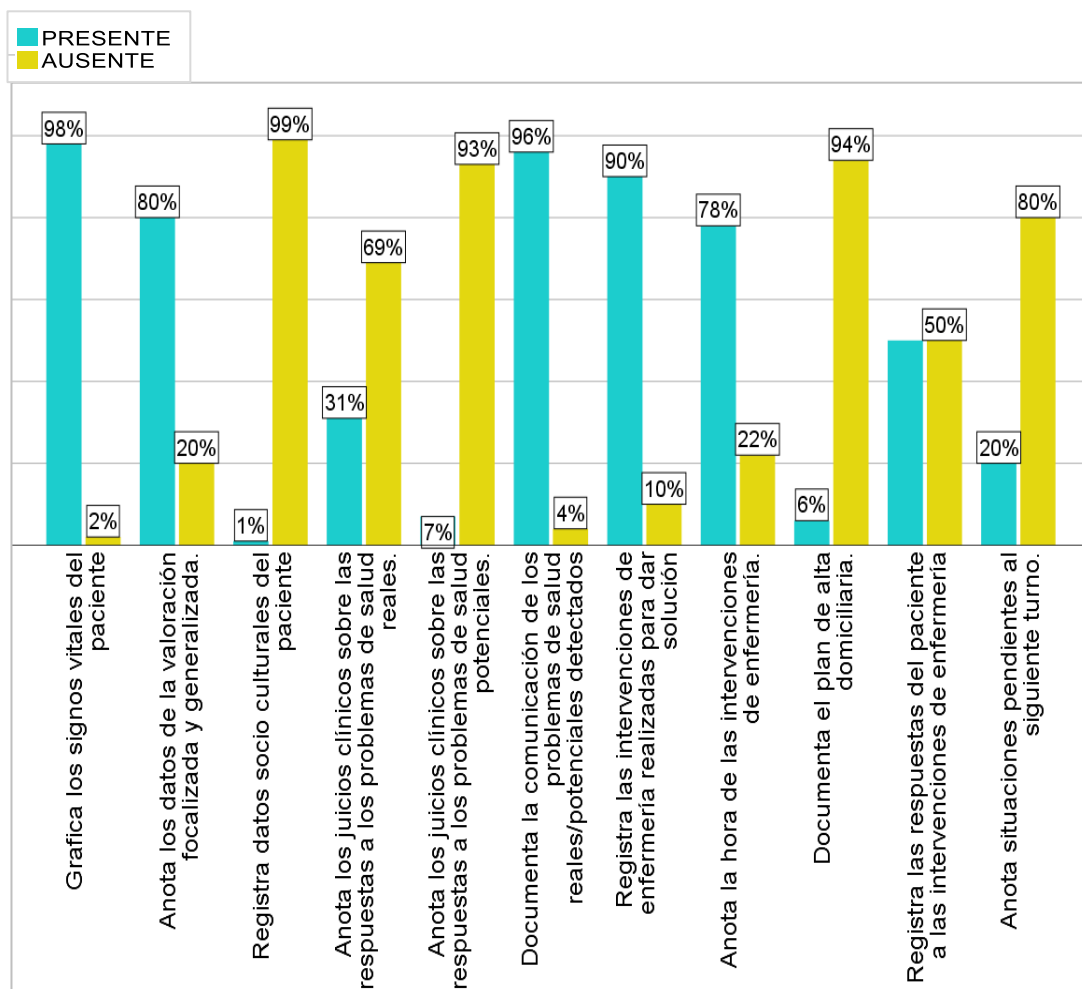
**Fuente:** Registros clínicos de enfermería del área de medicina interna

**Elaborado por:** Conde Moyón, María Fernanda y Villafuerte Guamán, Lourdes Vanessa

## ANÁLISIS

En el área de medicina interna, se ha observado con mayor porcentaje de ausencia la falta de los registros de los datos socio culturales, la documentación del alta domiciliaria, registro de los juicios clínicos sobre las respuestas a los problemas de salud potenciales, anotación de las situaciones pendientes; anotación los juicios clínicos sobre a los problemas de salud reales; registro de las respuestas del paciente a las intervenciones de enfermería con base en las necesidades detectadas; mientras que las restantes tienen un menor porcentaje de ausencia. Aunque parecieran ser detalles menos importantes, la ausencia de estos registros puede tener un impacto significativo en la calidad de la atención brindada, esto contribuirá a una atención menos holística, segura y efectiva en el área de medicina interna.

**Figura 4.** Distribución porcentual de la continuidad del cuidado los pacientes del área de medicina interna



**Fuente:** Registros clínicos de enfermería del área de medicina interna

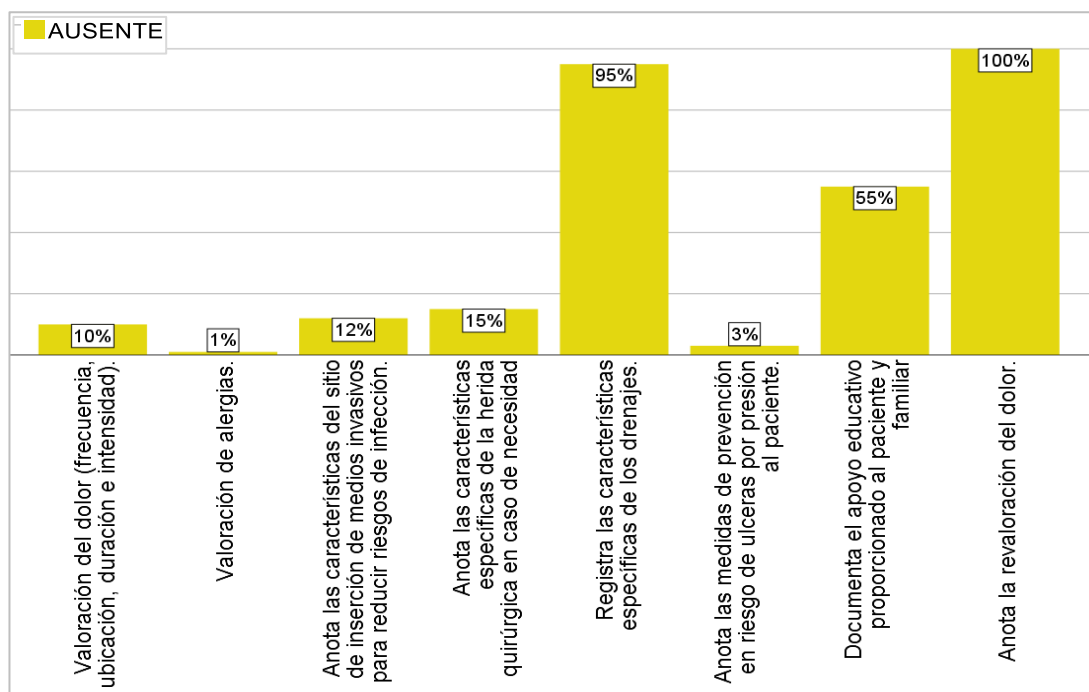
**Elaborado por:** Conde Moyón, María Fernanda y Villafuerte Guamán, Lourdes Vanessa

## ANÁLISIS

Dentro de los registros de la continuidad del cuidado del paciente, se obtiene un déficit del 49%. Esto refleja que la mitad de estos registros no están siendo considerados, lo que impide una comunicación eficaz entre los distintos miembros del equipo sanitario, incluidos médicos, enfermeras, terapeutas y otros profesionales de la salud, teniendo como consecuencia tomar decisiones erróneas y no personalizadas sobre el paciente.



**Figura 5.** Distribución porcentual de los registros clínicos ausentes en la seguridad de los pacientes del área de medicina interna



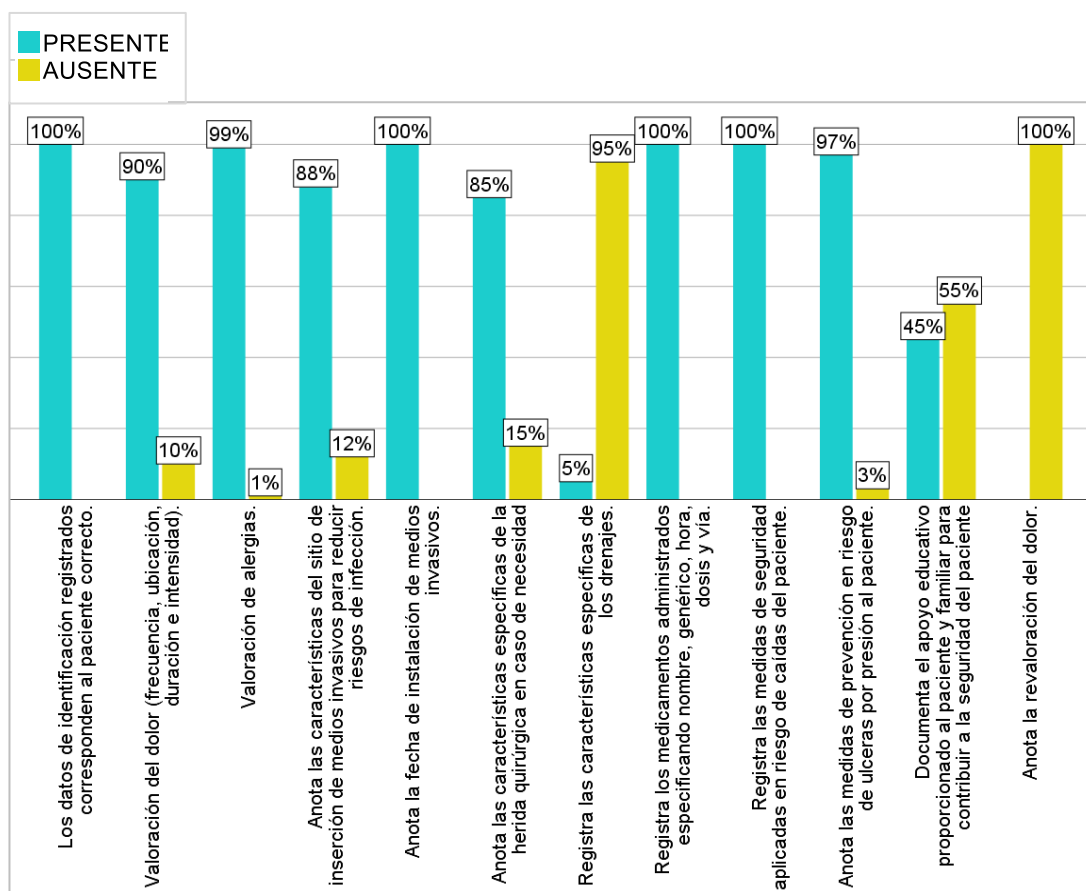
**Fuente:** Registros clínicos de enfermería del área de medicina interna

**Elaborado por:** Conde Moyón, María Fernanda y Villafuerte Guamán, Lourdes Vanessa

## ANÁLISIS

En el análisis de los indicadores relacionados a la seguridad de los pacientes muestran la ausencia de: la anotación de la revaloración del dolor; del registro las características específicas de los drenajes; documentación del apoyo educativo para contribuir a la seguridad del paciente; anota las características específicas de la herida quirúrgica; anotación de las características del sitio de inserción de medios invasivos; valoración del dolor; anotación de las medidas de prevención en riesgo de úlceras por presión al paciente y valoración de alergias. La ausencia de indicadores puede tener una influencia significativa en el tratamiento médico. Estos descuidos debilitan la continuidad asistencial al impedir un seguimiento eficaz, ponen en peligro la seguridad del paciente al no prevenir adecuadamente los riesgos potenciales. También aumentan el riesgo de complicaciones y reacciones adversas.

**Figura 6.** Distribución porcentual de los registros clínicos para la seguridad de los pacientes del área de medicina interna



**Fuente:** Registros clínicos de enfermería del área de medicina interna

**Elaborado por:** Conde Moyón, María Fernanda y Villafuerte Guamán, Lourdes Vanessa

## ANÁLISIS

El déficit en la seguridad del paciente, como se ha visto reflejado en los registros clínicos del área de medicina interna, con lleva preocupaciones sustanciales en cuanto a la calidad de la atención médica. Un déficit del 24% en los registros relacionados con la seguridad indica que existe un cuarto de la información faltante o no documentada.

## 5. DISCUSIÓN

En el proceso de esta investigación, se ha logrado analizar a fondo los resultados, que en conjunto representan una valiosa colección de ideas que hacen avanzar significativamente el tema, suma al discurso académico con otros autores con sus contribuciones presentando así, un análisis detallado de los resultados en esta sección del estudio.

Para la estructura de los registros clínicos, en el estudio de la autora Quevedo G.,(8) se examinaron los registros de enfermería obtenidos de 52 historias clínicas, en relación a la calidad de los registros, en lo que respecta a la estructura, se observó un nivel aceptable con un 50%. Esto implica que el personal de enfermería incluyó en los registros información general relevantes, como el nombre del paciente y la hora de ingreso, además de mantener una redacción adecuada y una escritura legible en las anotaciones. También se destacó la correcta colocación de sellos y el llenado adecuado de hojas de balance hídrico y kárdex. Sin embargo, en lo que respecta al contenido, se evidenció una calidad deficiente con un 94.2%.

En este estudio en base a la estructura de los registros clínicos se determinó se observa que existe ausencia o déficit de registros en los siguientes indicadores, empezando por la hora de ingreso del paciente al servicio (97,00%), el numero progresivo del día estancia hospitalaria (65,00%), los registros tienen poca letra legible (65,00%), los registros se encuentran con alteraciones (tachaduras, enmendaduras) (58,00%), los registros tienen faltas de ortografía (29,00%); no anota las abreviaturas universales e institucionalmente aceptadas (19,00%); a información no se encuentra estructurada de forma coherente (16,00%); no hay uso de terminología científica (11,00%), no anota la fecha de ingreso del paciente al servicio (10,00%); no anota la fecha subsecuente del día estancia de hospitalización (10,00%); no utiliza unidad de medición universal e institucionalmente aceptada (1,00%); no cuenta con la inicial del nombre, seguido por los apellidos paterno y materno de la enfermera responsable del turno (1,00%).

Ambos estudios evidencian un registro en la documentación poco adecuada, debido a que no ofrecen una visión detallada para garantizar calidad y precisión. En términos de estructura, en el estudio de Quevedo se encontró que el personal de enfermería demostró un nivel aceptable, además se logró una escritura legible en las anotaciones, sin embargo, la calidad del contenido fue calificada como deficiente en un 94.2%. Esto indica que, aunque los registros tenían una estructura adecuada, faltaba información clínica crucial o terminología precisa en muchos casos.

En cuanto a la continuidad del cuidado del paciente las autoras Cedeño y Guananga (21) evaluaron la calidad de los registros de enfermería, observando un nivel de cumplimiento muy insatisfactorio en todos los formatos de la historia clínica única. La hoja de administración de medicación alcanzó un nivel de cumplimiento del 20%, mientras que la hoja de constantes vitales alcanzó un bajo 12%. La autora Chávez(10) tomó en cuenta las características como: contenido, ortografía, gramática, objetividad y precisión de datos y hechos, claridad, legibilidad y oportunidad (42%).

En este estudio se observa ausencia de los registros de los datos socio culturales del paciente (religión, idioma-dialecto, cultura) (99,00%), documentación del plan de alta domiciliaria (94,00%), registro de los juicios clínicos sobre las respuestas del paciente a los problemas de salud potenciales (93,00%), anotación de las situaciones pendientes al siguiente turno (80,00%); anotación los juicios clínicos sobre las respuestas del paciente a los problemas de salud reales (69,00%); registro de las respuestas del paciente a las intervenciones de enfermería con base en las necesidades detectadas (50,00%); anotación de la hora de las intervenciones de enfermería (22,00%), anotación de los datos de la valoración focalizada y generalizada (20,00%), registro de las intervenciones de enfermería realizadas para dar solución a las necesidades del paciente (10,00%), documentación de la comunicación de los problemas de salud reales/potenciales detectados, a otros profesionales de la salud (4,00%) y falta

de graficar los signos vitales del paciente (temperatura, tensión arterial, pulso, respiración) (2,00%).

Estos estudios muestran una preocupante falta de registro en la atención al paciente, que podría tener efectos negativos en los cuidados que recibe. Esto se debe a que demuestran un nivel de cumplimiento extremadamente insatisfactorio. La ausencia de registros sugiere que no se está registrando de forma adecuada y completa la información necesaria, que es crucial para orientar el tratamiento y la atención continuada del paciente. Estos aspectos cruciales de la documentación incluyen el plan de alta domiciliaria del paciente, datos socioculturales y juicios clínicos sobre soluciones a problemas de salud potenciales y reales.

Para la seguridad del paciente en el estudio del autor Hernández(20) sobre el 30% de incumplimiento destacó la omisión del registro en la administración de antibióticos durante varios días seguidos. Aunque la mayoría (87%) registró la evaluación del riesgo de úlceras por presión, sólo el 41% registró intervenciones específicas para su prevención o tratamiento. Según el diagnóstico del paciente y el tratamiento médico, la puntuación de la escala de Newman para el riesgo de caídas no coincidía en el 30% de los casos y los parámetros funcionales que se marcaban como alterados en el 74% de los registros de enfermería. La autora Cajaleón(22) muestra que el 79,5% de los pacientes tienen niveles altos de calidad de la enfermera registradora en cuanto a la seguridad del paciente, mientras que también muestra que el 2,9% de los pacientes tienen niveles medios de calidad de la enfermera registradora y el 17,6% de los pacientes tienen niveles bajos de calidad de la enfermera registradora. Por el contrario, la investigación muestra que el 90% de los pacientes no tiene ninguna medida de seguridad del paciente.

En este estudio se evidencia que existió ausencia de los resultados muestran la ausencia de: la anotación de la revaloración del dolor (100,00%); del registro las características específicas de los drenajes (95,00%); documentación del apoyo educativo proporcionado al paciente y familiar para contribuir a la seguridad del paciente (55,00%); anota las características específicas de la

herida quirúrgica en caso de necesidad (15,00%); anotación de las características del sitio de inserción de medios invasivos para reducir riesgos de infección (12,00%); valoración del dolor (frecuencia, ubicación, duración e intensidad) (10,00%); anotación de las medidas de prevención en riesgo de úlceras por presión al paciente (3,00%) y valoración de alergias (1,00%).

Estos estudios señalan que existe un alto porcentaje de incumplimiento de una serie de parámetros, entre ellos la inadecuada valoración del riesgo de infarto bajo presión y el menor número de intervenciones. Además, en un número considerable de casos, existe una discrepancia entre el diagnóstico de enfermería y los parámetros funcionales alterados en los registros de enfermería. Asimismo, existe una falta de reconocimiento de la documentación de las medidas preventivas para las personas con riesgo de infarto de miocardio e ictus que tienen niveles bajos de registro, lo que puede dar lugar a omisiones en la atención y cuidados del paciente para garantizar una atención más segura y eficaz.

## 6. CONCLUSIONES

Se concluye que luego de analizar los registros clínicos de enfermería del área de medicina interna, se evidenció que solo el 65% son registrados, lo que muestra un registro general deficiente. Por ende, el 35% restante, están ausentes, esto implica una pérdida significativa de información que es esencial para brindar atención de calidad y tomar decisiones médicas adecuadas.

Según la estructura de las historias clínicas, reveló un registro del 68% (déficit), lo que supone un porcentaje significativo en la documentación y mantenimiento de la información, es notoria la ausencia en determinados indicadores como la falta de registro de la hora de ingreso del paciente, la legibilidad de los historiales y el mantenimiento adecuado de los registros. La inclusión de la inicial del nombre y el apellido de la enfermera responsable, la ortografía correcta, la coherencia en la estructura de la información y el uso de terminología técnica adecuada. La adopción de abreviaturas universalmente aceptadas y la correcta anotación de fechas y números progresivos son también elementos cruciales para una documentación precisa y eficaz.

En cuanto a la continuidad asistencial del paciente, existió un registro del 51% (déficit), lo que pone de realce la importancia crítica de una documentación adecuada. Los resultados revelan una preocupante falta de registro en múltiples aspectos clave de la atención, como el plan de alta domiciliaria, los datos socioculturales relevantes, los juicios clínicos y las respuestas de los pacientes a los problemas de salud, las intervenciones de enfermería, la evaluación general del paciente y la comunicación interprofesional. Estas deficiencias en la documentación pueden tener consecuencias importantes para la calidad y la seguridad de la atención prestada a los pacientes. La falta de información detallada sobre las necesidades y características de los pacientes puede dificultar la toma de decisiones informadas y la planificación personalizada del tratamiento. Además, la ausencia de registros precisos de

las intervenciones y respuestas de los pacientes puede dificultar la evaluación de la eficacia de la atención prestada.

Por último, en cuanto a la seguridad del paciente, determinó un registro del 76% (regular). Esto revela deficiencias significativas en la documentación de aspectos críticos de la atención. Es evidente que la falta de documentación de las características específicas de los drenajes, la reevaluación del dolor, el apoyo educativo proporcionado al paciente y a la familia, así como las características de las heridas quirúrgicas, la evaluación insuficiente del dolor, la documentación de los lugares de inserción de medios invasivos y la falta de registro de alergias y medicamentos administrados son los indicadores que tuvieron valores porcentuales significativos deficientes en los registros clínicos.



## 7. RECOMENDACIONES

Es crucial que el MSP tome medidas proactivas para abordar el déficit de los registros de pacientes. Esto podría implicar la publicación de directrices claras y actualizadas para la documentación clínica, con especial atención a los indicadores de seguridad. Los profesionales sanitarios de todos los niveles deben recibir formación y ser más conscientes de sus responsabilidades, haciendo hincapié en el valor de una documentación exhaustiva para garantizar la seguridad del paciente.

En el ámbito hospitalario, se necesita una revisión exhaustiva de los sistemas de registro y documentación, para establecer políticas internas que enfatizan la importancia de una documentación detallada de los registros clínicos. Así mismo que pueden introducir sistemas electrónicos que faciliten la captura precisa de datos y la generación de recordatorios para los indicadores críticos.

Los profesionales de enfermería deben comprender plenamente la importancia de la documentación completa, además de realizar programas de formación continua que destaquen los indicadores críticos y las mejores prácticas en la documentación, para que adopten un enfoque sistemático y riguroso para registrar cada detalle relevante en los registros clínicos.

Los internos y estudiantes deben recibir una orientación sólida sobre la importancia de la documentación de los registros clínicos y que estos sean supervisados por profesionales experimentados, de manera que pueden ayudar a fomentar buenas prácticas de documentación desde el inicio de su formación.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguirre D. Retos y desafíos de la Enfermería en el mundo moderno. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2020 [citado 17 de agosto de 2023];19(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1729-519X2020000300001&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1729-519X2020000300001&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
2. Joya K, Casiani P. Diseño de un Ambiente Virtual de Aprendizaje para Promover Habilidades de Humanización en los Estudiantes de Enfermería de una Universidad Privada de la Ciudad de Bogotá. [Internet] [Especialización en Docencia Universitaria]. [Colombia]: Universidad Piloto de Colombia; 2022 [citado 27 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://repository.unipiloto.edu.co/handle/20.500.12277/11852>
3. Reina N. El Proceso De Enfermería: Instrumento Para El Cuidado. Umbral Científico [Internet]. 2010 [citado 28 de mayo de 2023];(17):18-23. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>
4. Moreno Y, Fajardo M, Ibarra A, Restrepo S. Cronología de la profesionalización de la Enfermería. Revista Logos, Ciencia & Tecnología [Internet]. 2017 [citado 17 de agosto de 2023];9:64-84. Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/5177/517753268005/html/index.html>
5. Constitución de la República del Ecuador. Ley Orgánica de Salud [Internet]. 2013. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
6. Vasquez V, Barbarán H, Montoya E, Arévalo A. Revisión sistemática sobre implementación de indicadores de calidad de la atención. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar [Internet]. 2021 [citado 17 de agosto de 2023];5(6):14469-94. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/1411>
7. Organización Panamericana de la Salud. Regulación de la Enfermería en América Latina. Recursos Humanos para la Salud [Internet]. 2011 [citado 28 de mayo de 2023];1(1):335. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31332>
8. Quevedo G. Evaluación de la calidad de los registros de enfermería en el área de trauma shock del servicio de emergencia. Hospital Regional Lambayeque 2015 [Internet] [Maestría]. [Perú]: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2017 [citado 27 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/1359>
9. Lucena G, López R. Lineamientos para la elaboración de los registros clínicos en las prácticas clínicas del Programa de Enfermería del Decanato de Medicina de la Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado" [Internet]. Biblioteca Lascasas; 2018. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0349.pdf>

10. Torres M, Zárate R, Matus R. Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación. *Enfermería universitaria* [Internet]. 2011 [citado 14 de agosto de 2023];8(1):17-25. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1665-70632011000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1665-70632011000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
11. Bunting J, de Klerk M. Strategies to Improve Compliance with Clinical Nursing Documentation Guidelines in the Acute Hospital Setting: A Systematic Review and Analysis. *SAGE Open Nurs* [Internet]. 2022 [citado 28 de mayo de 2023];8:23779608221075165. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9127672/>
12. Kroeger A, Luna R, Organización Panamericana de la Salud. Atención primaria de salud: principios y métodos. Serie Paltex para ejecutores de programas de salud;10 [Internet]. 1987 [citado 28 de mayo de 2023];4(3):32. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3101>
13. Carranco E. Factores que influyen en la calidad de los registros de enfermería en la historia Clínica Única. Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra-2017 [Internet] [masterThesis]. [Ecuador]: Universidad Tecnica del Norte; 2018 [citado 24 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/8066>
14. Suclupe S. Calidad del registro de Enfermería y la aplicabilidad del proceso de atención enfermero. Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, 2021 [Internet] [Especialización en Enfermería en cuidados intensivos]. [Perú]: Universidad María Auxiliadora; 2022 [citado 28 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.uma.edu.pe/handle/20.500.12970/859>
15. Cardoso R, Rocha M, de Meneses B, Vilar B. Enseñanza de la seguridad del paciente en enfermería: revisión integrativa. *Enfermería Global* [Internet]. 2021 [citado 28 de mayo de 2023];20(64):700-43. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1695-61412021000400700&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412021000400700&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
16. Cometto M, Gómez P, Marcon G, Zárate R, De Bortoli S, Falconí C, et al. *Enfermería y seguridad de los pacientes* [Internet]. 1.<sup>a</sup> ed. Vol. 1. Washington, D.C: OMS-OPS; 2011. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51547>
17. Gualacata E, Barzallo J. Utilidad del reporte de enfermería como evidencia del cuidado a pacientes. [Internet] [Maestria]. [Ecuador]: Riobamba, Universidad Nacional de Chimborazo; 2022 [citado 28 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/9404>
18. del Valle P. Evaluación de calidad de los registros de enfermería en el sector de terapia intensiva en el Hospital San Vicente de Paul de Villa del Rosario [Internet]. Universidad de Cordova; 2016. Disponible en: <http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/Giraudopatricia-delvalle.pdf>

19. Diaz A, Castro J. Evaluación de la hoja de enfermería de una Unidad de Cuidados Intensivos. Revista Ciencia y Cuidado [Internet]. 2022 [citado 28 de mayo de 2023];19(1):19-30. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/3114>
20. Hernández E, Reyes A, Garcia M. Cumplimiento de los registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería en un hospital de segundo nivel de atención. Rev Enferm IMSS [Internet]. 2018 [citado 29 de mayo de 2023];26(2):65-72. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=80646>
21. Cedeño S, Guananga D. Calidad de los registros de enfermería en la historia clínica en el Hospital Abel Gilbert Pontón 2013 [Internet] [Thesis]. [Ecuador]: Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Enfermería; 2014 [citado 29 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/8750>
22. Cajaleón L. Calidad del registro de enfermería en el servicio hospitalización de Medicina II del Hospital Alberto Sabogal Callao, 2017 [Internet] [Maestria]. [Perú]: Universidad César Vallejo; 2017 [citado 29 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/22474>
23. León J, Manzanera J, López P, González L. Dudas de enfermería en el manejo de la historia clínica. Aspectos jurídicos. Enfermería Global [Internet]. 2010 [citado 28 de mayo de 2023];9(2):4. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/107331>
24. Farfán G. Características de los registros de enfermería que hacen parte de expedientes de un tribunal de enfermería [Internet] [Maestria]. [Colombia]: Pontificia Universidad Javeriana; 2013 [citado 28 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/13783>
25. Figueira J, Canova C, Garrido M, Tallarita A, Boyardi V, Cisneros M. Calidad de los registros clínicos de enfermería de una Unidad de Terapia Intensiva – Neonatal. Enfermería Global [Internet]. 2022 [citado 14 de agosto de 2023];21(3):464-87. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/508071>
26. López J, Moreno M, Saavedra C, Espinosa A, Camacho J. La importancia del registro clínico de enfermería: un acercamiento cualitativo. NURE Investigación [Internet]. 2018;15(93):4. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Jose-Lopez-Cocotle/publication/324261212\\_La\\_importancia\\_del\\_registro\\_clinico\\_de\\_enfermeria\\_un\\_acercamiento\\_cualitativo/links/5ac7a4eba6fdcc8bfc7fb302/La-importancia-del-registro-clinico-de-enfermeria-un-acercamiento-cualitativo.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Jose-Lopez-Cocotle/publication/324261212_La_importancia_del_registro_clinico_de_enfermeria_un_acercamiento_cualitativo/links/5ac7a4eba6fdcc8bfc7fb302/La-importancia-del-registro-clinico-de-enfermeria-un-acercamiento-cualitativo.pdf)

27. Cuevas M, Blanca Ruth González Martínez, Elsa Bolaños, María Barrera, Alina de Almeida, González M, et al. Diseño y validación de un nuevo registro clínico de enfermería, para la continuidad de los cuidados y seguridad del paciente en hemodiálisis. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2019;22(2):168-75. Disponible en: <https://enfermerianefrologica.com/revista/article/view/3854>
28. Vázquez R, Alvarado J, López G, Sánchez R, Ibarra M, De la Rosa G, et al. Calidad de los registros clínicos de enfermería en una institución de salud del puerto de Veracruz: Quality of nursing clinical records in a health institution in the port of Veracruz. *South Florida Journal of Development* [Internet]. 2022 [citado 14 de agosto de 2023];3(1):940-50. Disponible en: <https://ojs.southfloridapublishing.com/ojs/index.php/jdev/article/view/1142>
29. Schmidt S. Calidad de los registros de enfermería en un sector del Hospital Público de la Ciudad de Oberá. *Salud, Ciencia y Tecnología* [Internet]. 2022 [citado 29 de mayo de 2023];2:62-62. Disponible en: <https://revista.saludcyt.ar/ojs/index.php/sct/article/view/62>
30. Soza C, Bazán A, Diaz R. Percepción de las enfermeras sobre el uso de sus registros para garantizar la continuidad del cuidado. *Ene* [Internet]. 2020 [citado 4 de junio de 2023];14(1). Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1988-348X2020000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1988-348X2020000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
31. Barreto E. Factores asociados al registro del proceso de atención de enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Alberto Sabogal Sologuren - 2015. *Cuidados de Enfermagem* [Internet]. 2016 [citado 29 de mayo de 2023];5(1):72-72. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1114474>
32. Castro M, Simian D. La enfermería y la investigación. *Revista Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2018 [citado 29 de mayo de 2023];29(3):301-10. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864018300531>
33. Vargas Z. Guía de Cuidados de enfermería para la administración de la sangre y sus componentes. (Revisión Integrativa). *Revenf* [Internet]. 2019 [citado 29 de mayo de 2023];(37). Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/36531>
34. Alvarez L. Calidad y tiempo de llenado de las anotaciones de enfermería en un Servicio de Emergencia de Lima – 2018. *Revista Enfermería Herediana* [Internet]. 2019 [citado 29 de mayo de 2023];12(1):20-5. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/3961>
35. López J, Moreno M, Saavedra CH. Construcción y validación de un registro clínico para la atención asistencial de enfermería. *Enfermería Universitaria* [Internet]. 1 de octubre de 2017 [citado 31 de agosto de 2023];14(4):293-300. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria->

universitaria-400-articulo-construccion-validacion-un-registro-clinico-S1665706317300611

36. Ramos E. El valor que el profesional de enfermería le da a los registros y los factores que intervienen en su llenado en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez [Internet] [Tesis]. Universidad Nacional Autónoma de México; 2010 [citado 31 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://ru.dgb.unam.mx/handle/20.500.14330/TES01000663380>
37. Martínez J, Sanjuán Á. ¿Por qué hablamos de continuidad de cuidados cuando realmente queremos decir satisfacción profesional? Rev Adm Sanit [Internet]. 2019 [citado 24 de agosto de 2023];7(4):661-82. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-por-que-hablamos-continuidad-cuidados-X1137296609489119>
38. Villalon G. Continuidad del cuidado. Evidencia, actualizacion en la práctica ambulatoria [Internet]. 2021 [citado 24 de agosto de 2023];24(1):e002112-e002112. Disponible en: <https://www.evidencia.org/index.php/Evidencia/article/view/6922>
39. Portela M, Bugarín R, Rodríguez M, Fachado A. Seguridad del paciente, calidad asistencial y ética profesional. Rev Bioét [Internet]. diciembre de 2018 [citado 24 de agosto de 2023];26:333-42. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/4hRnkzkJFL8MxdRByNv7LPj/abstract/?format=html&lang=es>
40. Jiménez J, Cerrillo D. Registros de Enfermería: un espejo del trabajo asistencial. Metas de Enfermería [Internet]. 2010 [citado 24 de agosto de 2023];13(6):8-11. Disponible en: <https://medes.com/publication/60700>
41. Ley Orgánica de la Salud. Reglamento para el manejo de información confidencial en el sistema nacional de salud [Internet]. Salud; 2016. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/AM-5216-A-Confidencialidad.pdf>
42. Constitución de la República del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador [Internet]. 2021. Disponible en: [https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador\\_act\\_ene-2021.pdf](https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf)
43. Gobierno Nacional del Ecuador. Gobierno Nacional del Ecuador. 2017. Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 Toda una Vida" de Ecuador. Disponible en: <https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2018-10/Plan%20Nacional%20de%20Desarrollo%20Toda%20Una%20Vida%202017%20-%202021.pdf>

## 9. ANEXOS

### APROBACIÓN DE TEMA



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**Guayaquil, 19 de Junio del 2023**

FACULTAD



CIENCIAS MÉDICAS

**Srta. Conde Moyón María Fernanda**  
**Srta. Villafuerte Guamán Lourdes Vanessa**  
Estudiantes de la Carrera de Enfermería  
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

**De mis consideraciones:**

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

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

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



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

**Atentamente,**



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

**Cc: Archivo**

# PERMISO INSTITUCIONAL

**De:** docencialosceibos IESS <docencialosceibos@iess.gob.ec>

**Enviado:** miércoles, 28 de junio de 2023 20:17

**Para:** IVAN ASDRUAL COBOS ESPINOZA <ivan.cobos@iess.gob.ec>

**Cc:** MARIA FERNANDA CONDE MAYON <maria.conde@cu.ucsg.edu.ec>

**Asunto:** RV: Solicitud de revisión de Registros de enfermería(Trabajo de titulación ) en el área de Medicina interna

Estimado Ldo. Cobos  
Coordinador de Enfermería

Saludos cordiales -

Por medio del presente se solicita autorizar la realización del Proyecto de titulación mencionado en el adjunto respectivo, de los estudiantes **CONDE MOYON MARIA FERNANDA Y VILLAFUERTE GUAMAN LOURDES VANESSA**, Internos Rotativos de **ENFERMERÍA** de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

- TEMA: ANALISIS DE LOS REGISTROS CLINICOS DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL.
- SOLICITUD: REVISIÓN DE REGISTROS DE ENFERMERÍA EN ÁREA DE MEDICINA INTERNA.

Particular que se informa para los fines pertinentes.

Saludos cordiales.



DOCENCIA  
ASISTENTE  
SUBDIRECCIÓN DE DOCENCIA E  
INVESTIGACIÓN  
IESS - Guayaquil  
✉ docencialosceibos@iess.gob.ec

**De:** IVAN ASDRUAL COBOS ESPINOZA <ivan.cobos@iess.gob.ec>

**Enviado:** jueves, 29 de junio de 2023 07:48 a. m.

**Para:** docencialosceibos IESS <docencialosceibos@iess.gob.ec>

**Asunto:** RE: Solicitud de revisión de Registros de enfermería(Trabajo de titulación ) en el área de Medicina interna

LA COORDINACIÓN DE ENFERMERIA **AUTORIZA EL INGRESO PARA LA REALIZACION DEL PROYECTO DE TITULACION DE LOS INTERNOS MENCIONADOS EN EL DOCUMENTO ADJUNTO, DURANTE LA FECHA Y TIEMPO ESTABLECIDOS RESPETANDO LOS PROTOCOLOS Y DIRECTRICES EN LOS SERVICIOS ASI COMO SUS FLUJOS RESPECTIVOS.**



Lic. Ivan A. Cobos Espinoza  
COORDINACIÓN GENERAL DE ENFERMERÍA  
HOSPITAL GENERAL DEL NORTE DE GUAYAQUIL  
LOS CEIBOS  
IESS - Guayaquil  
✉ ivan.cobos@iess.gob.ec  
☎ 04 238 0513 ext 437604 ☎ 093 982 2361





UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**  
**HOJA DE CHEQUEO**

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

**Objetivo:** Registrar la presencia o ausencia de la estructura, continuidad y seguridad del paciente 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.		



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Conde Moyón, María Fernanda**, con C.C: # **0604946657** autora del trabajo de titulación: **Análisis de los registros clínicos de enfermería del área de medicina interna en un hospital de la ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciada en enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, **01 de septiembre de 2023**

f. \_\_\_\_\_

Nombre: **Conde Moyón, María Fernanda**

C.C: **0604946657**



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Villafuerte Guamán, Lourdes Vanessa**, con C.C: # **0952958635** autora del trabajo de titulación: **Análisis de los registros clínicos de enfermería del área de medicina interna en un hospital de la ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciada en enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, **01 de septiembre de 2023**

f. Vanessa Vg.

Nombre: **Villafuerte Guamán, Lourdes Vanessa**

C.C: **0952958635**



## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Análisis de los registros clínicos de enfermería del área de medicina interna en un hospital de la ciudad de Guayaquil.		
<b>AUTOR(ES)</b>	María Fernanda, Conde Moyón Lourdes Vanessa, Villafuerte Guamán		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Lcda. Kristy Glenda, Franco Poveda. Mgs.		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Facultad de Ciencias Médicas		
<b>CARRERA:</b>	Carrera de Enfermería		
<b>TITULO OBTENIDO:</b>	Licenciada en enfermería		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	01 de septiembre de 2023	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	51
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Salud Publica Gestión del cuidado		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Registros Clínicos; Personal de Enfermería; Medicina Interna		
<b>RESUMEN/ABSTRACT</b> (150-250 palabras):	Los registros clínicos son documentos que se utilizan para registrar de forma sistemática y precisa la información relacionada con los cuidados durante la atención al paciente. <b>Objetivo:</b> Analizar los registros clínicos de enfermería del área de medicina interna en un hospital de la ciudad de Guayaquil. <b>Metodología:</b> estudio descriptivo, cuantitativo, prospectivo, transversal. <b>Técnica:</b> Observación indirecta. <b>Instrumento:</b> Hoja de chequeo CARCE. <b>Población y muestra:</b> 100 registros clínicos de enfermería del área de medicina interna. <b>Resultados:</b> <i>Estructura de los registros.</i> Hubo ausencia de la hora de ingreso del paciente al servicio (97,00%) y del número progresivo del día de la estancia hospitalaria (65,00%). <i>Para continuidad del cuidado del paciente:</i> Existió ausencia de los registros de los datos socio culturales del paciente (religión, idioma-dialecto, cultura) (99,00%), documentación del plan de alta domiciliaria (94,00%) y déficit de registro de los juicios clínicos sobre las respuestas a los problemas de salud potenciales (93,00%). Y para la <i>seguridad del paciente:</i> No hubo la anotación de la revaloración del dolor (100,00%); ni del registro las características específicas de los drenajes (95,00%); y una escasa documentación del apoyo educativo proporcionado al paciente y familiar (55,00%); <b>Conclusión:</b> el porcentaje de cumplimiento de los registros clínicos para la estructura fue del 68%, en continuidad del cuidado 51% y para la seguridad del paciente 76%. Se evidenció un registró del 65% siendo este deficiente. Estos podrían tener un impacto significativo en la calidad y precisión de la atención de los pacientes, lo que podría afectar negativamente en la toma de decisiones.		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593-980159332, +593-996424676	E-mail: maferconde3@gmail.com villafuerteguamanvanessa@gmail.com	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre:</b> Lcda. Holguín Jiménez Martha Lorena, Msc		
	<b>Teléfono:</b> +593-993142597		
	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec">martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec</a>		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			