



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

**TEMA: Factores que afectan la Calidad de los Registros Clínicos de Enfermería
en el Hospital “Delfina Torres de Concha” 2016**

AUTORA:

Mayra Alejandra Lobato Narváez

DIRECTORA DE TESIS:

Msc. Ximena Tapia Paguay

Ibarra 2016

PÁGINA DE APROBACIÓN

INFORME DE APROBACIÓN DE LOS PERFILES DE TESIS, TESINAS O PROYECTOS

El Consejo Académico de la Carrera de Enfermería

Sobre la temática de la Tesis, Tesina o Proyecto intitulado/a:

“FACTORES QUE AFECTAN LA CALIDAD DE LOS REGISTROS CLÍNICOS
DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL “DELFINA TORRES DE CONCHA” 2016”

Presentada por: Lobato Narváez Mayra Alejandra

Luego del estudio y análisis de los contenidos del proyecto de titulación, de manera unánime consideramos emitir el INFORME FAVORABLE, para que la postulante continúe con el desarrollo correspondiente, previo a la obtención del Título de:

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



.....
Msc. Maritza Álvarez

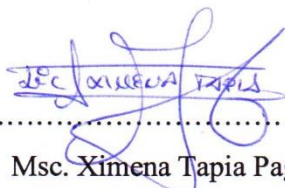
COORDINADOR/A DE LA CARRERA

Visto el informe que antecede, se aprueba el proyecto de Tesis, Tesina o Proyecto

.....

APROBACIÓN

Yo, Msc. Ximena Tapia Paguay, en calidad de Directora de Tesis, CERTIFICO que, la Srta. Lobato Narváez Mayra Alejandra realizo el trabajo investigativo para optar por el título de Licenciada en Enfermería cuyo título de la investigación es: **FACTORES QUE AFECTAN LA CALIDAD DE LOS REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL “DELFINA TORRES DE CONCHA”, 2016;** la misma que ha sido realizada, revisada, corregida y aprobada bajo mi dirección, ajustándose a lo establecido en el Reglamento General de la Facultad Ciencias de la Salud.



Msc. Ximena Tapia Paguay

CI: 1001817459



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN
A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad.

Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	DE	1003430095	
APELLIDOS Y NOMBRES:	Y	Lobato Narváez Mayra Alejandra	
DIRECCIÓN:		Santiago del Rey, Via Urcuqui	
EMAIL:		ale18691@hotmail.com	
TELÉFONO FIJO:	062 630740	TELÉFONO MÓVIL:	0939308522

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	Factores que afectan la Calidad de los Registros Clínicos de Enfermería en el Hospital “Delfina Torres de Concha” 2016
AUTOR (ES):	Lobato Narváez Mayra Alejandra
FECHA: AAAAMMDD	2016/09/30
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
TITULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura de Enfermería
ASESOR /DIRECTOR:	Msc. Ximena Tapia Paguay

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, Lobato Narváez Mayra Alejandra, con cédula de identidad Nro. 1003430095, en calidad de autor (es) y titular (es) de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

3. CONSTANCIAS

El autor (es) manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original

y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 30 días del mes de Septiembre de 2016

EL AUTOR:



.....
Lobato Narvárez Mayra Alejandra



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, Lobato Narvárez Mayra Alejandra, con cédula de identidad Nro. 1003430095, manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor (es) de la obra o trabajo de grado denominado: FACTORES QUE AFECTAN LA CALIDAD DE LOS REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL “DELFINA TORRES DE CONCHA”, 2016, que ha sido desarrollado para optar por el título de: Licenciatura en Enfermería en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, a los 30 días del mes de Septiembre de 2016

.....
Lobato Narvárez Mayra Alejandra

CI: 1003430095

DEDICATORIA

En primer lugar a Dios, un ser maravilloso, que me dio fuerza y fe para crear este trabajo que me parecía imposible terminar, a mis padres que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mi sueño, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba y no tenía otra salida, a mis hermanos, por las noches de desvelo junto a mí, por las palabras de apoyo que me hicieron seguir adelante y a mi enamorado que ha sido mi compañero durante este camino para alcanzar mi meta.

Mayra Alejandra Lobato Narvález

AGRADECIMIENTO

Mi más profundo y sincero agradecimiento a la Msc. Ximena Tapia, docente de mi querida Universidad por sus conocimientos y ayuda en el desarrollo de este trabajo de investigación, a la Honorable Universidad Técnica del Norte, quien me vio formarme en el transcurso de mi camino en la Carrera de Enfermería, la cual me abrió sus puertas para alcanzar mi meta.

Gracias a Dios, ser supremo por guiar mi camino, a mi madre y a mi padre por guiarme y apoyarme para alcanzar mi meta deseada, que con sacrificio y esfuerzo supieron sacarme adelante cada día.

Al Hospital Delfina Torres de Concha por abrirme las puertas y permitirme realizar mi trabajo de investigación.

A mis mejores amigas Jessy y Fernanda por compartir vivencias y experiencias maravillosas e inolvidables.

Mayra Alejandra Lobato Narváez

ÍNDICE

PÁGINA DE APROBACIÓN	III
DEDICATORIA	VIII
AGRADECIMIENTO	IX
ÍNDICE	X
ÍNDICE DE TABLAS	XIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XIV
RESUMEN.....	XV
SUMMARY	XVI
TEMA	XVII

CAPÍTULO I.....	1
1. Problema de la Investigación	1
1.1. Planteamiento del Problema	1
1.2. Formulación del problema	3
1.3. Justificación	4
1.4. Objetivos.....	6
1.4.1. Objetivo General	6
1.4.2. Objetivos Específicos	6
1.5. Preguntas de Investigación	7

CAPÍTULO II	9
2. Marco Teórico.....	9
2.1. Marco Referencial.....	9
2.2. Marco Contextual	12
2.2.1 Historia.....	12
2.2.2 Misión	13
2.2.3 Visión	13
2.3. Marco Conceptual.....	14

2.3.1.	Los Registros Clínicos de Enfermería en el Marco de la Calidad....	14
2.3.2.	Calidad en Salud.....	14
2.3.3.	La Evaluación de la Calidad: Proceso de Acreditación.....	15
2.3.4.	Calidad de los Registros de Enfermería	17
2.3.5.	Registros Clínicos de Enfermería.....	17
2.3.6.	Propósito de los Registros Clínicos de Enfermería	18
2.3.7.	Características de Elaboración y Mantenimiento de los Registros de Enfermería.....	19
2.3.8.	Tipos de Registros Clínicos de Enfermería	20
2.3.9.	Modelos de Registro de la Nota de enfermería:	26
2.3.10.	Proceso de Atención de Enfermería.....	27
2.3.11.	Diagnósticos de Enfermería NANDA INTERNATIONAL.....	28
2.4.	Marco Legal	33
2.4.1.	Ministerio de Salud Pública	33
2.4.2.	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud	34
2.4.3.	Plan Nacional para el Buen Vivir.....	35
2.4.4.	Ley del Ejercicio Profesional de las/os Enfermeros del Ecuador.....	36
2.5.	Marco Ético.....	38
2.5.1.	Análisis del Código de Ética de la F.E.D.E.....	38
CAPÍTULO III.....		43
3.	Metodología de la Investigación	43
3.1.	Diseño de Investigación.....	43
3.2.	Tipo de Investigación.....	43
3.3.	Localización y Ubicación del Estudio	44
3.4.	Población	44
3.4.1.	Universo	44
3.4.2.	Muestra	44
3.4.3.	Criterios de Inclusión	46
3.4.4.	Criterios de Exclusión	46
3.5.	Operacionalización de variables	47
3.6.	Métodos de Recolección de Información	49

3.7	Análisis de Datos	49
CAPÍTULO IV		51
4.	Resultados de la Investigación	51
4.1.	Resultados de la Tabulación de la Guía de Observación.....	51
4.1.1.	Porcentaje de Cumplimiento del Registro de los Datos de Identificación en los Formularios de la Historia Clínica	51
4.1.2.	Porcentaje de Cumplimiento de Indicadores de Calidad en la Hoja de Signos Vitales	53
4.1.3.	Porcentaje de Cumplimiento de las Normas Nacionales e Internacionales en la Hoja de Administración de Medicamentos	55
4.1.4.	Porcentaje de Cumplimiento de las Normas Nacionales e Internacionales en la Realización de la Nota de Enfermería.....	57
4.2.	Resultados de la Tabulación de la Encuesta	62
4.2.1.	Datos de Identificación del Personal de Enfermería que Labora en el Servicio de Ginecología	62
4.2.2.	Datos Obtenidos de las Encuestas Realizadas al Personal de Enfermería que Labora en el Servicio de Ginecología Sobre Factores Asociados a la Mala Calidad de los Registros.	65
4.2.3.	Datos Obtenidos de las Encuestas Realizadas al Personal de Enfermería que Labora en el Servicio de Ginecología Sobre Conocimientos Básico de los Registros Clínicos.....	69
CAPITULO V		75
5.	Conclusiones y Recomendaciones	75
5.1.	Conclusiones.....	75
5.2.	Recomendaciones	76
BIBLIOGRAFÍA		77
ANEXOS		82

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1. - Signos vitales (MSP/HCU-Form. 020/2008)	22
Tabla N° 2. - Administración de medicamentos (MSP/HCU-.Form.022/2008).....	23
Tabla N° 3. - Evolución y Prescripciones (MSP/HCU- Form. 005/2008).....	25
Tabla N° 4.- Cálculo del tamaño de la muestra	45

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1. - Datos de identificación en los formularios de la Historia Clínica	51
Gráfico N° 2. - Indicadores de calidad en la hoja de signos vitales.....	53
Gráfico N° 3.-Indicadores de calidad en la hoja de signos vitales.....	54
Gráfico N° 4.-Indicadores de calidad en la hoja de administración de medicamentos.....	55
Gráfico N° 5.-Características de la nota de enfermería.	57
Gráfico N° 6.-Indicadores de calidad en la nota de enfermería.	59
Gráfico N° 7.-Indicadores de calidad en la nota de enfermería.	60
Gráfico N° 8.-Método de enfermería utilizado en el servicio.....	61
Gráfico N° 9.-Edad del personal de enfermería que labora en el servicio.....	62
Gráfico N° 10.-Género del personal que labora en el servicio.	63
Gráfico N° 11.-Tiempo de labor del personal de enfermería en el servicio.	64
Gráfico N° 12.-Número de pacientes por cada profesional de enfermería.	65
Gráfico N° 13.-Tiempo dedicado al llenado de los registros clínicos de cada paciente.	66
Gráfico N° 14.-Factores que afectan el correcto llenado de los registros clínicos de enfermería.	68
Gráfico N° 15.-Conocimiento básicos sobre registros clínicos de enfermería.	69
Gráfico N° 16.-Conocimientos básicos sobre registros clínicos de enfermería.....	71
Gráfico N°17.-Conocimiento del personal de enfermería sobre problemas legales. .	73

RESUMEN

Hasta hoy en la actualidad es un reto encontrar un registro de enfermería de calidad, ya que varios estudios demuestran gran deficiencia en los mismos; la OMS indica que la mayoría de los eventos adversos referentes al cuidado del paciente se producen por la falta de comunicación entre los diferentes profesionales de enfermería en el momento del cambio de turno. El profesional de enfermería es el encargado de registrar cada procedimiento y técnica ejecutada al paciente, siendo los registros clínicos una herramienta para garantizar la calidad de cuidado al mismo. La presente investigación se realiza en el hospital Delfina Torres de Concha la cual toma el nombre de “Factores que afectan la calidad de los registros clínicos de enfermería”. El objetivo general de este estudio fue determinar los factores que afectan la calidad de los registros clínicos de enfermería, la metodología que se utilizó fue con un enfoque cuantitativo, observacional, descriptivo y de corte transversal, utilizando una encuesta mediante la cual se identificó datos sociodemográficos de los profesionales que laboran en el área de estudio y conocimientos básicos sobre los registros clínicos, además se utilizó una guía de observación mediante la cual se evidenció la calidad de los mismos. Como resultados de este estudio se obtiene que son 12 profesionales que laboran en el área de estudio, de estos todos son de género femenino, su edad media es de 38 años y la mayoría refieren tener máximo 5 años laborando en el servicio, sus conocimientos sobre los registros clínicos son mínimos lo que concuerda con lo observado en la guía que demuestra deficiencia en la calidad de los mismos. Se recomienda al Hospital Delfina Torres de Concha brinde capacitación continua y actualizada al personal sobre calidad de los registros de enfermería; a la vez mantener una comunicación adecuada con centros académicos de educación superior para el trabajo interinstitucional en beneficio de la comunidad.

Palabras Claves: Calidad, Registros clínicos de enfermería, nota de enfermería.

SUMMARY

Until today it is hard to find quality nursing records. Several studies show lots of deficiencies in this area. Healthy World Organization presents as the greatest problems in patient's care, it is caused by the lack of communication between nurses from different shifts changes. Each nurse is responsible for recording each procedure and technique performed in the patient's clinical records, these are important tool to improve quality care. "Factors Affecting the Quality of Clinical Nursing Records" is the name of this research, it was developed at the "Delfina Torres de Concha" hospital. The general objective of this study was to determine the factors, which are affecting the quality of clinical nursing records. The methods used for this research were quantitative, observational, descriptive and cross-sectional. I survey about professionals socio-demographic data, who are working in the hospital and their basic knowledge about clinical records were identified. An observation guideline to classify the quality of the records was used. The survey showed that 12 professionals work in the study area. These are all female. Their average age is 38 years. Most of the nurses have worked for at least 5 years. Their knowledge of clinical records was minimal. This correlates with the observation above, which said that there were deficiencies in clinical records. It was recommend to the authorities from "Delfina Torres de Concha" Hospital provide permanent and update training in writing quality nursing records, maintaining contact with higher education centers to benefit the community.

Keywords: Quality care, clinical nursing records, nursing note.

TEMA

Factores que afectan la Calidad de los Registros Clínicos de Enfermería en el Hospital
“Delfina Torres de Concha” 2016.

CAPÍTULO I

1. Problema de la Investigación

1.1. Planteamiento del Problema

En la actualidad, la evaluación de la calidad en salud, pone nuevas competencias para el personal de enfermería, que se viabiliza a través de los procesos de licenciamiento, autoevaluación, certificación y acreditación, principalmente para mejorar la calidez del cuidado. Un componente importante en la calidad del cuidado al usuario es la documentación clínica que realiza el profesional de salud con la finalidad de dar continuidad al cuidado y brindar seguridad al paciente (1 pág. 3).

Una herramienta capaz de evidenciar la calidad del cuidado de enfermería son los registros clínicos, considerándose como un instrumento de desempeño laboral del personal de enfermería a nivel mundial y que a su vez tiene un nivel de exigencia legal. Un indicador de calidad hace referencia a la atención oportuna, humanizada, continua, personalizada y eficiente que brinda el personal de enfermería para cumplir con estándares de calidad, con el propósito de lograr conformidad por parte del usuario y del prestador de servicios (2).

El registro de los cuidados de enfermería debe ser: adecuado y preciso; reflejar las necesidades, problemas, capacidades y limitaciones del usuario; ser ideal y mostrar el estado del paciente, asentando los hechos como se observan, sin hacer conjeturas; ya que los registros clínicos de enfermería, actualmente, son más importantes que nunca,

debido al aumento de las situaciones médico- legales, frente a las cuales es indispensable contar con un buen respaldo de trabajo realizado; respaldo que, idealmente, debe ser legible y oportuno, con la finalidad de garantizar la calidad de atención de enfermería brindada a los usuarios con el objetivo de mejorar su recuperación oportuna (3).

A través de una comunicación eficaz y elevados niveles de organización alrededor de una cultura centrada en el paciente, se alcanzas cifras de estancia y mortalidad inferiores; por otro lado, la comunicación entre unidades y equipos de atención en el momento del cambio de turno podría no incluir toda la información primordial, o bien podría darse una interpretación incorrecta de ésta; estas pautas en la comunicación puede provocar graves interrupciones en la continuidad de la atención, un tratamiento inadecuado e incluso daño potencial para el usuario (4).

La Organización Mundial de la Salud entre 1995 y 2006, refiere que:

“La falta de información sobre el cuidado al paciente fue la causa principal de los eventos adversos encontrados en los Estados Unidos. De los 25.000 a 30.000 eventos adversos todos ellos evitables, condujeron a una discapacidad de los pacientes, el 11% se debió a la falta de comunicación entre los profesionales de enfermería” (1).

Hallazgos de este tipo han puesto en evidencia la necesidad del intercambio de información y comunicación activa, en el momento del cambio de turno entre el personal de enfermería que atiende al paciente, con la finalidad de salvaguardar las prácticas profesionales por situaciones legales. Por lo antes mencionado, cabe recalcar que los registros clínicos de enfermería son la parte fundamental del cuidado en salud, ya que están integrados en la historia clínica del paciente, siendo ésta un documento legal, en la cual se registran de forma sistemática los datos obtenidos en las atenciones, diagnósticos, tratamientos, evoluciones y resultados de salud y enfermedades durante todo el ciclo vital del usuario.

1.2. Formulación del problema

¿Para qué determinar los factores que afectan la calidad de los registros clínicos de enfermería en el Hospital Delfina Torres de Concha en el periodo Enero – Junio 2016?

1.3. Justificación

El presente estudio permitirá conocer los factores que afectan la calidad de los registros clínicos de enfermería, siendo éstos parte fundamental de la asistencia en salud y estando integrados en la historia clínica del paciente. Los registros clínicos de enfermería resaltan la importancia de la evidencia escrita de los cuidados que realiza el personal de enfermería, mediante un registro con estándares de calidad que tiene como objetivo dar continuidad al cuidado y brindar comunicación entre los profesionales de enfermería de los diferentes turnos.

Como futura profesional en el campo de la salud es responsabilidad propia tener conocimientos claros sobre los registros clínicos de enfermería, es así, que durante la práctica pre profesional, se evidencia la poca calidad de los registros clínicos que realizan los profesionales de enfermería del servicio de ginecología del Hospital Delfina Torres de Concha, como consecuencia de esto se presentan un sinnúmero de complicaciones y eventos adversos, debido a la mala calidad de los mismos.

Para ello los beneficiarios directos de la investigación son las licenciadas de enfermería del servicio de Ginecología, ya que con los planteamientos que surjan a partir de esta investigación podrían conducir a generar legalidad, protocolos y técnicas que fortalezcan la correcta elaboración y aplicación de los registros clínicos de enfermería, en función de brindar un cuidado integral al paciente, potencializando el trabajo ordenado de los profesionales de la salud. Los beneficiarios indirectos son los pacientes que reciben el cuidado directo del profesional de enfermería, donde el paciente como usuario tiene derecho a conocer las actividades que se le realizan.

Además, hoy en día en el artículo 146 del Código Penal Integral, se establece que: “será sancionada con pena privativa de tres a cinco años si las muertes se producen por

acciones innecesarias peligrosas e ilegítimas, lo que se busca es dar a conocer todas las actividades que se ejecutan con el usuario sin omitir ninguna actividad”, ya que se han evidenciado errores en el llenado de los registros clínicos por el personal de enfermería.

En pocas investigaciones se han utilizado los registros de enfermería como fuente de información, ya que es mínima su utilidad debido a que la mayoría demuestran deficiencia; este estudio contribuirá al mejoramiento, calidad y conocimiento en el llenado de los registros clínicos por parte de los profesionales de enfermería del servicio ya mencionado anteriormente.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar los factores que afectan la calidad de los registros clínicos de enfermería en el Hospital Delfina Torres de Concha 2016.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar socio demográficamente a la población en estudio.
- Explorar el método de registro clínico de enfermería utilizado en el área de Ginecología del Hospital Delfina Torres de Concha.
- Identificar factores asociados a la mala calidad de los registros clínicos de enfermería.
- Diseñar un plan para mejorar la calidad de los registros clínicos de enfermería.

1.5. Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población en estudio?
- ¿Cuál es método de registro clínico de enfermería utilizado en el Hospital Delfina Torres de Concha?
- ¿Cuáles son los factores asociados a la Calidad de los Registros Clínicos de Enfermería?
- ¿Para qué diseñar un plan para mejorar la Calidad de los Registros Clínicos de Enfermería?

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1.Marco Referencial

La investigación se sustenta con evidencia científica recopilada a través de investigaciones referentes al tema, que citamos a continuación:

2.1.1. Méndez Calixto et al, en el año 2001 realizaron una investigación sobre “la trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico y observaron entre los hallazgos más importantes que para el 96,6% de enfermeras es muy importante el registro de enfermería como parte del expediente clínico, el 90,3% de enfermeras sabe que es un expediente clínico, el 56,5% hace uso adecuado de abreviaturas, el 80,6% desconoce las normas nacionales para elaborar una nota de enfermería, el 62.3 % de las enfermeras no registran el nombre completo de quien realiza las anotaciones, así como también el 12,7% no registra el número de cama. Cabe recalcar que el 53% del personal tiene una edad comprendida entre 23 y 27 años de edad y en cuanto a la antigüedad del personal el 58,1% respondió tener como máximo 4 años en el servicio” (5).

2.1.2. Según el estudio realizado por Chaparro y Garcia en el año 2003, se observó que “los registros de enfermería de mayor uso son: hoja de medicamentos, prescripciones médicas y de enfermería, adicionalmente, se observó que no se

evidencia la continuidad del cuidado por la falta de la aplicación del proceso de enfermería, así como la falta de formatos de registro clínico que son propios del trabajo de enfermería para evidenciar el cuidado continuado. Se observó que el 28% tenían espacios en blanco, el 27% registros sin nombre, el 14% sin firma del responsable, el 14% sin fecha, el 14% letra ilegible y poco clara, el 6% usaba abreviaturas, en el 5% se evidencia tachaduras, y en el 2% enmendaduras. Cabe recalcar que el tipo de registro realizado en las hojas de evolución de enfermería se acerca al sistema narrativo” (6).

2.1.3. Entre 1995 y 2006 la Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que “la falta de comunicación del personal de enfermería durante el cambio de turno fue la causa principal de los eventos adversos denunciados antes la Joint Commission, siendo este el factor más común de reclamos presentados de transferencia ante las agencias de seguro por mala práctica médica en Estados Unidos. Incluso de los 25.000 a 30.000 eventos adversos que se presentaron todos ellos fueron evitables y causaron una discapacidad de los pacientes en Australia, el 11% se debió a problemas de comunicación, el 6% a niveles de competencia inadecuados de los facultativos” (4).

2.1.4. Según el estudio realizado por Cedeño Tapia y Guananga Iza en el año 2013 sobre “la calidad de los registros de enfermería en la historia clínica demostró que el 100% de enfermeras y enfermeros consideran que el exceso de trabajo interfieren en el correcto llenado de los registros de Enfermería , el 11% manifestó que los registros que tienen que llenar y revisar son muchos, el 89% de enfermeras también refirieron que no les alcanza el tiempo, el 22% manifestó que un factor para que se dé un mal registro es la falta de conocimientos en las auxiliares de enfermería, ya que son ellas quienes realizan el registro de los signos vitales por la falta del personal profesional, el 17% de profesionales refirieron también que la mala caligrafía de los médicos retrasa su trabajo. Otro resultado de la investigación fue que: el 89% de los

profesionales de enfermería tienen conocimientos sobre: NANDA, NIC y NOC, sin embargo, el 100% no elaboran diagnósticos de enfermería, por lo que este resultado es preocupante, siendo estos diagnósticos tan importantes para realizar el Proceso de Atención de Enfermería. Otro resultado alarmante fue que el 80% no registra con rojo los días postquirúrgicos y que nadie registra los días de hospitalización” (2).

2.1.5. Según el estudio realizado por Morales Loaysa en el año 2012 sobre “la calidad de las notas de enfermería demostró que la mayoría de los profesionales de enfermería cumplen con el registro de los datos de identificación del paciente en los formularios de la historia clínica el 100% registra el nombre y apellido y el 89% el número de cama, se observa deficiencia en el registro del número de historia clínica ya que solo el 39% cumple con este indicador. En cuanto al cumplimiento de estándares de calidad de las notas de enfermería se observó que el 98% cumple con el registro de la hora y la fecha de la nota de enfermería, el 98% evita el uso de abreviaturas peligrosas, el 78 % de las notas están escritas con letra legible, así como también se observa deficiencia en el uso de la terminología NANDA, NIC y NOC en un 100% y el 67% de las notas de enfermería no consideran el plan de cuidados y la evaluación del mismo” (7).

2.1.6. Según el estudio realizado por Mejía Delgado et al, en el año 2011 sobre “el apego de los registros de enfermería a la NOM 168 demostraron que el 98,8% de los formularios tenían el nombre completo, el 95,7% sin enmendaduras, el 21,4% tenía la firma del personal que realizó el registro, el 22,2% tenía ausencia de abreviaturas, el 28,4% tenía el nombre completo de quien realizó el registro, el 33,1% tenía la hora en que se realizaron las intervenciones de enfermería, y en el 40,9 % se identificaron tachaduras. El apego de los registros en sus dos dimensiones fue aceptable: dimensiones generales fue de 60,7% y en la dimensión hoja de enfermería fue de 55,64%” (8).

2.2.Marco Contextual

Esta investigación se realizó en el Hospital General “Delfina Torres de Concha” ubicado en la Provincia de Esmeraldas, el cual en la actualidad consta de 125 camas distribuidas en todas las especialidades básicas, mismas que están conformadas con personal de salud capacitado con la finalidad de brindar atención a la población Esmeraldeña.

2.2.1 Historia

El actual Hospital Provincial General “Delfina Torres de Concha” inició sus labores el 23 de marzo de 1936 con el nombre de ASISTENCIA SOCIAL en una casona de madera, en los terrenos donde se levanta actualmente su edificación. En ese sitio estaba un establo que fue acondicionado por la junta de asistencia pública encargada de los servicios de salud, 4 años más tarde se reestructuró para dar lugar a dos salas una de hombres y otra de mujeres y niños. En 1950 el local no contaba con agua potable ni luz eléctrica, el agua provenía de pozos y la luz se obtenía por medio de Petromax. En 1958 se instalaron dos salas para niños, dos para mujeres y dos salas para hombres, un centro quirúrgico, una sala de partos y una farmacia y su construcción era mixta (9).

Desde 1963 a 1966 el Hospital fue dirigido por la Junta Militar del Gobierno, contaba con 5 médicos, una enfermera, dos auxiliares de enfermería y una administradora, en 1970 este local fue reducido a escombros por un incendio provocado por un enfermo mental, por lo que se construyó otra edificación provisional que tomó el nombre de Hospital Franklin Tello Mercado, 12 años después, el 1 de Diciembre de 1982 el Dr. Francisco Huerta; Ministro de Salud de ese entonces reinauguró el hospital Delfina Torres de Concha y en los años 90 a través del proyecto MODERSA se interviene para su remodelación (9).

2.2.2 Misión

Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de la cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social (9).

2.2.3 Visión

Ser reconocido por la ciudadanía como hospital accesible, que presta una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente (9).

Actualmente es un hospital general de referencia provincial con una dotación normal de 125 camas. Brinda atención en las Cuatro Especialidades Básicas como son Gineco-Obstetricia, Pediatría, Cirugía y Medicina Interna; pero como consecuencia de la gran demanda de servicios ciudadanos se han debido implementar nuevas especialidades como: Cardiología, Oftalmología y Traumatología. Servicios Técnicos Complementarios de Odontología, Fisiatría, Terapia Respiratoria y Audiología, así como también servicios complementarios de Laboratorio Clínico, Centro de Transfusión, Imagenología, Programas como la Clínica del VIH/SIDA, Diálisis Peritoneal, Discapacidades y Enfermedades Catastróficas. Cuenta con recursos: Humanos, Materiales, Económicos y Tecnológicos, así como también presenta debilidades en cuanto al personal para poder brindar una atención de calidad y calidez, orientada a conquistar la satisfacción del cliente en cuanto a salud se refiere (9).

2.3.Marco Conceptual

2.3.1. Los Registros Clínicos de Enfermería en el Marco de la Calidad

Los orígenes de la calidad se remontan a tiempos muy antiguos. En la era preindustrial, es en donde se tiene un concepto muy profundo de calidad y se define como, contacto continuo con el cliente, preocupación por el proceso, conocimiento, capacitación y satisfacción del usuario. La definición más sencilla de calidad fue dada por E. Deming en el trabajo que realizó en el 2007 titulada con el nombre de calidad y gestión de la calidad en donde dice que considera la calidad como lo más básico para brindar buena excelencia y que significa “ Hacer lo correcto en la manera correcta de inmediato” (10).

En el marco de la calidad también interviene autores muy reconocidos como J. Juran quien define “calidad como aquella característica que responde a la necesidad del cliente y a la ausencia de deficiencias” y P. Crosby quien define “calidad como conformidad sinónimo de excelencia” (11) (12).

2.3.2. Calidad en Salud

En 1989 la International Organization for Standardization (ISO) definió que: “Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado” (13).

Años más tarde el Doctor Avedís Donabedian conocido como el máximo exponente en el estudio de la calidad en 1995 define que la atención que se brinde a los pacientes

pueda proporcionar el máximo y más completo bienestar en todo momento logrando los mayores beneficios posibles. Al mismo tiempo existen atributos de la atención que se convierten en determinantes más importantes de su calidad como son la utilización de información y la coordinación de los cuidados (1).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define a calidad como un procedimiento para evaluar y medir la eficiencia la efectividad y la seguridad de las intervenciones preventivas de apoyo y curativas (14).

2.3.3. La Evaluación de la Calidad: Proceso de Acreditación

En el proceso de evaluación de la calidad están involucrados varios organismos que cumplen diferentes funciones:

- **Ministerio de Salud Pública:** Formula y actualiza los Estándares de Acreditación con la finalidad de exigir a los Prestadores Institucionales de Salud el cumplimiento de la Garantía de Calidad.
- **Secretarías Ministeriales de Salud:** Otorgan la autorización sanitaria para las instalaciones y funcionamiento de los Establecimientos de Salud y fiscalizan su cumplimiento.
- **Superintendencia de Salud:** Autoriza a las Entidades Acreditadas, gestiona las solicitudes de Acreditación, fiscalizan a las Entidades y a los Prestadores de Salud en la mantención de estándares por los que fueron acreditados.

- Instituto de Salud Pública: Fiscaliza a los Laboratorios Clínicos Acreditados la mantención de los Estándares de Calidad por los que fueron acreditados.
- Entidades Acreditadoras: Evalúan y elaboran el informe de Acreditación (15).

La Secretaría de Salud creó diferentes mecanismos para evaluar la calidad en salud, el primer mecanismo es voluntario, lo creó en 1999 con la finalidad de asegurar la calidad en instituciones públicas y privadas, al cual lo denominó Certificación. El segundo mecanismo es obligatorio, al cual lo creó en 2003 con el objetivo de garantizar las condiciones básicas de los establecimientos de Salud y lo llamo Acreditación (16).

La Joint Commission en una entidad privadas, independiente, de referencia, encargada de evaluar la calidad y acreditación de los hospitales en el mundo, mediante el cumplimiento de estándares, con la finalidad de mejorar continuamente la atención sanitaria de la población; esta Entidad recomienda el uso de indicadores clínicos, con el objetivo de medir la actividad de los servicios, ya que, al utilizar los registros clínicos de Enfermería se está cumpliendo con una norma Internacional indicada en los manuales de esta Entidad en el 2011, en donde indica que al hacerlo estamos garantizando la calidad sanitaria y la seguridad del paciente por la continuidad del cuidado que se brinda al utilizar esta información entre los profesionales de la salud (1).

El Colegio de Enfermeros/as del Perú en la Norma de Gestión de Calidad en el 2008, indica que: Los registros de enfermería constituyen la evidencia de la intervención profesional de la evolución del paciente, el planeamiento del cuidado y la continuidad de la prestación. Además son fuente de datos para la evaluación del cuidado y el proceso de la mejora continua e investigación (17).

2.3.4. Calidad de los Registros de Enfermería

Desde el punto de vista histórico la enfermera ha tenido una difícil relación con los registros de enfermería y a pesar de que la cantidad de estos ha aumentado rápidamente con los años, no se puede decir lo mismo de la calidad registrada en los mismos. Un buen registro de enfermería es el encargado de recoger toda la información sobre la actividad enfermera referente a una persona concreta, valoración, tratamiento recibido y su evolución, para permitir que otro profesional continúe con su cuidado sin dificultad alguna (2) (18).

Por lo tanto la información contenida en los registros de enfermería debe ser completa, concisa, apropiada y total sobre el cuidado del paciente para garantizar la calidad de los mismos, es decir, lograr un máximo beneficio y un mínimo riesgo de salud, así como también debe tener anotaciones que cumplan con normas internacionales para la elaboración de los mismos, es decir, ser objetivos, concisos, exactos, completos, actualizados, organizados y confiables (2) (4).

2.3.5. Registros Clínicos de Enfermería

Los registros clínicos de enfermería conforman la evidencia escrita de los cuidados que se brindan al paciente, con la finalidad de dar continuidad al cuidado enfermero mediante la comunicación y coordinación entre los diferentes profesionales de los distintos turnos (4).

Los motivos de su utilización han evolucionado desde tiempos muy remotos en que la pionera en enfermería Florence Nightingale los estableció como el instrumento

principal de uso de la enfermera para atender y plasmar el trabajo otorgado a los pacientes (2).

Los Registros de Enfermería son un instrumento importante que permite supervisar y evaluar de forma indirecta la eficacia de la atención al usuario. Además estos registros cumplen con un papel importante en el ámbito legal como es, ser un respaldo legal a posibles demandas que pueden ser sometidos los profesionales de enfermería por negligencia médica (2).

2.3.6. Propósito de los Registros Clínicos de Enfermería

Los registros clínicos de enfermería, están orientados a documentar de forma permanente los cuidados en un marco ético- legal, además de ser considerados un indicador para la calidad del cuidado (4).

Los registros clínicos de enfermería tienen los siguientes propósitos:

- **Comunicación:** Notifica las medidas necesarias para mantener el cuidado continuo y la coherencia de los cuidados entre los diferentes profesionales de salud.
- **Educación e investigación:** Investiga datos estadísticos sobre la frecuencia de trastornos clínicos, complicaciones, uso de tratamientos específicos, recuperación y muertes, todo esto puede extraerse de los registros de la historia clínica.

- Auditoría: Evalúa la calidad y adecuación de la información encontrada en los registros de la historia clínica sobre los cuidados ofrecidos en una institución sanitaria.
- Valoración: El registro proporciona datos para identificar y apoyar diagnósticos enfermeros y planificar las intervenciones adecuadas.
- Documentación legal: Una historia clínica bien documentada es la mejor defensa del profesional de salud frente a cualquier demanda por mala práctica médica o negligencia (4).

El propósito de los registros clínicos de enfermería está relacionado a los actos asistenciales, a la educación, a la investigación y a las prácticas de índole ético- legales, ya que la historia clínica es un documento legal, la cual debe estar manejada con responsabilidad por los profesionales de la salud (1).

2.3.7. Características de Elaboración y Mantenimiento de los Registros de Enfermería

Los registros son documentos legales, posible fuente de pruebas ante acciones legales contra un profesional de salud y son muestra de la calidad del cuidado que brinda el personal enfermero a los pacientes, por lo que debe cumplir con estándares de calidad (19).

- **Precisión y exactitud:** deben ser precisos, completos y fidedignos. Los hechos deben anotarse de forma clara y concisa; debe constar fecha, hora y firma legible de la enfermera responsable.
- **Legibilidad y claridad,** deben ser claros y legibles, puesto que las anotaciones no tendrán importancia ni uso para los demás si no pueden decifrarlas. No utilizar correctores líquidos y corregir los errores colocando solamente una línea en la palabra incorrecta y anotar al lado error con la firma de la enfermera responsable.
- **Objetividad:** es decir los registros deben estar escritos de forma objetiva, sin perjuicios, juicios de valor u opiniones personales, no utilizar un lenguaje que muestre actitud negativa hacia el paciente.
- **Simultaneidad:** los registros deben realizarse de forma simultánea a la asistencia y no dejarlos para el final del turno. Nunca se debe registrar los procedimientos antes de realizarlos puesto que las anotaciones pueden ser inexactas o incompletas (19).

2.3.8. Tipos de Registros Clínicos de Enfermería

Se caracteriza a los registros clínicos de enfermería como un instrumento básico del ejercicio del profesional de enfermería, ya que estos permiten tener una visión completa y global de las prácticas realizadas al paciente. Las razones de su utilización

han evolucionado, desde el tiempo de Florence Nightingale, quien los introdujo como un instrumento para dar cumplimiento a las órdenes del médico (1).

En la actualidad, los registros clínicos de enfermería son documentos confidenciales y obligatorios de carácter ético y legal por estar integrados en la Historia Clínica Única, que el personal de salud utiliza para registrar en forma sistemática los datos obtenidos en las atenciones, diagnóstico, tratamiento, evolución y resultados de salud enfermedad durante todo el ciclo de vida del usuario (20).

Al realizar un registro del cuidado del paciente, debe recolectar toda la información del turno relativa a un paciente y resumir todos los procedimientos que se le ha realizado, tanto para constatar su trabajo como para facilitar la continuidad del cuidado por parte de los diferentes profesionales que ingresan al turno (21).

A continuación, se mencionan los principales registros clínicos que se utiliza en la documentación e información del cuidado y tratamiento que se brinda a los pacientes.

- Formulario 020 - Signos Vitales

Este formulario es netamente llenado por el personal de enfermería y tiene el objetivo de conservar un registro secuencial de las actividades de enfermería correspondientes a la medición de las variaciones de los signos vitales, ingesta y eliminación de líquidos, mediciones y actividades de enfermería en un paciente hospitalizado (20).

Tabla N° 1. - Signos vitales (MSP/HCU-Form. 020/2008)

SIGNOS VITALES	Establecimiento	Registrar la institución del sistema nacional de salud.		
	Nombre y Apellido	Registra correctamente apellidos y nombres.		
	Sexo	Registrar el sexo utilizando F para femenino y M para masculino.		
	N° Historia Clínica	Registrar el número de historia clínica asignado al usuario por la unidad operativa.		
	Fecha	Registrar el día, mes y año del ingreso del paciente.		
	Días de hospitalización	Registrar con azul.		
	Días Postquirúrgicos	Registrar con rojo.		
	Signos Vitales	Pulso y Temperatura	Trazar una línea de unión de los puntos de pulso (en rojo) y de la Temperatura (en azul).	
		Frecuencia respiratoria y Presión arterial	Registrar en las celdas correspondientes AM y PM.	
	Balance Hídrico	Ingresos	Anotar el volumen (cc) de líquidos ingeridos por vía oral, suministrados por vía parenteral y la suma de ambos valores.	
Eliminaciones		Anotar el volumen (cc) eliminado por orina, drenajes,		

		otros y la suma de valores anteriores.
	Mediciones y actividades	Registrar los datos diarios baño/aseo, medición de peso y demás actividades señaladas. Escribir el nombre del responsable correspondiente.

Fuente: Historia clínica única. Manual de uso de los formularios básicos. Acuerdo Ministerial N° 000138 del 14 de marzo del 2008.

- Formulario 022- Administración de medicamentos

Este formulario tiene el objetivo de mantener un registro sistemático y verificado de la administración de fármacos al paciente hospitalizado por el personal de enfermería, de acuerdo a las prescripciones del médico (20).

Tabla N° 2. - Administración de medicamentos (MSP/HCU-.Form.022/2008)

	Establecimiento	Registra la institución del sistema nacional de salud.
	Nombre y apellido	Registrar correctamente nombre y apellido.
	Sexo	Registrar el sexo utilizando F para femenino y M para masculino.
	N° Historia clínica	Registrar el número de historia clínica asignado al usuario por la unidad operativa.
	Medicamento	Anotar las características señaladas en las prescripciones médicas.

Administración de Medicamentos	Administración	Fecha	Registra el día, mes y año que inicia el tratamiento.
		Hora	Desglosa el horario: De 7am a 18pm con bolígrafo azul De 19pm a 6am con bolígrafo rojo.
		Iniciales y función	Registra las Iniciales y función de quién administra el medicamento.

Fuente: Historia clínica única. Manual de uso de los formularios básicos. Acuerdo Ministerial N° 000138 del 14 de marzo del 2008.

- Formulario 005- Evolución y Prescripciones

Este formulario tiene el objetivo de conservar un registro secuencial del progreso clínico, variaciones del tratamiento y prescripciones realizadas por el personal responsable del paciente hospitalizado (20).

Tabla N° 3. - Evolución y Prescripciones (MSP/HCU- Form. 005/2008)

EVOLUCIÓN	Establecimiento	Registra la institución del sistema nacional de salud.
	Nombre y apellido	Registrar correctamente nombre y apellido.
	Sexo	Registrar el sexo utilizando F para femenino y M para masculino.
	N° Historia clínica	Registrar el número de historia clínica asignado al usuario por la unidad operativa
	Fecha	Registrar el día, mes y año de la evolución
	Hora	Registrar la hora de la evolución
	Notas	Registrar el progreso del tratamiento y lo nuevos datos de anamnesis, examen físico y diagnóstico. Registrar firma y función del personal responsable al pie de cada nota.

Fuente: Historia clínica única. Manual de uso de los formularios básicos. Acuerdo Ministerial N° 000138 del 14 de marzo del 2008.

Hoy en la actualidad, la historia clínica es el único documento válido desde el punto de vista clínico y legal, es por eso que realizar una nota de enfermería de calidad debe ser un desafío para los profesionales de enfermería. Las notas de enfermería deben estar escritas en forma pulcra, legible, comprensible y sin errores ortográficos. El beneficio de realizar una buena nota de enfermería es contribuir al cuidado del paciente con una atención de calidad, continúa, eficiente y segura (1).

Es muy útil e importante seguir un modelo de registro para realizar la nota de enfermería y que la información sea sistemática y ordenada, al mismo tiempo lo que

busca la enfermera al momento de redactar su informe es que sea rápido, claro y sencillo (2).

2.3.9. Modelos de Registro de la Nota de enfermería:

- **Modelo SOAPIE:** es un modelo que busca interpretar los problemas y las necesidades de los pacientes. Así como también las intervenciones, observaciones y evaluaciones que realiza la enfermera (22).

S: Datos subjetivos. Incluye los sentimientos, síntomas y preocupaciones del paciente, es decir un resumen de la conversación mantenida con el paciente.

O: Hallazgos encontrados en la exploración física.

A: Interpretación de datos objetivos y subjetivos por parte de la enfermera. Siempre va el “relacionado con” para determinar los factores determinantes y el código del diagnóstico de la NANDA.

P: Plan de enfermería para resolver el problema.

I: Intervenciones ejecutadas para resolver el problema.

E: Evalúa la eficacia de las intervenciones brindadas a la hora de alcanzar los resultados (22).

- **Modelo Narrativo:** Conocido también como método tradicional por ser el más conocido y utilizado por las enfermeras, este modelo trata de crear un formato similar a una historia clínica, para documentar la información específica que ocurre durante el turno. Éste modelo se realiza cefalocaudal y en orden las actividades, por lo tanto se registra el estado del paciente, intervenciones, tratamiento y las respuesta del paciente al tratamiento aplicado (22).

Este modelo ha sido utilizado por muchos años por parte de las enfermeras, tomando en cuenta que ha logrado ser un medio de información tanto para el paciente como para el personal de salud, sin desmerecer su importancia hoy en la actualidad se ha observado que por el proceso legal al cual están sometidos los profesionales de salud, un registro necesita ser más ordenado y que tenga respuesta a las actividades que se realiza (22).

- **Método DAR:** es un método que organiza la información según las notas de enfermería y están estructuradas en tres categorías (23).

D: Datos subjetivos y objetivos.

A: Intervención de enfermería que se ha ejecutado.

R: Reevaluación a la eficiencia de las intervenciones (23).

Este método es fácil y no demanda mucho tiempo y lo más importante este método nos permite elaborar un registro claro, estructurado y que durante el ámbito legal proporciona información clave sobre las intervenciones realizadas al paciente (22).

2.3.10. Proceso de Atención de Enfermería

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), consiste en la aplicación del método científico a la práctica asistencial de enfermería. Es un método sistemático y organizado que tiene la finalidad de administrar cuidados individualizados y necesita de un conjunto de pasos sucesivos que se relacionan entre sí para lograr su objetivo (24).

Los objetivos del Proceso de atención de enfermería consisten en permitir al usuario participar en su propio cuidado, garantizar una respuesta a los problemas de salud sean reales o potenciales, ofrece atención individualizada continua y de calidad y ayuda a identificar problemas únicos del usuario (25).

El proceso de atención de enfermería es importante porque permite valorar la información encontrada, identificar prioridades, planificar acciones, ejecutar lo planificado y evaluar el grado de la eficacia de nuestras acciones con la finalidad de restablecer la salud del usuario (24).

La importancia de la aplicación del proceso de enfermería beneficia directamente al usuario y a la profesión ya que principalmente mejora la calidad en la prestación de cuidados permitiendo la consideración al usuario desde su totalidad e individualidad y posibilita una comunicación efectiva entre los profesionales de enfermería (26).

2.3.11. Diagnósticos de Enfermería NANDA INTERNATIONAL

NAND-I o North American Nursing Diagnosis Association, es una sociedad científica de enfermería que busca estandarizar el diagnóstico de enfermería. Fue fundada en 1982 para desarrollar y refinar la nomenclatura, criterios y la taxonomía de diagnósticos de enfermería; Las ventajas de esta taxonomía es hablar un mismo lenguaje, la implantación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como método de trabajo y la participación dinámica dentro de los diferentes equipos de salud (27).

Los diagnóstico de enfermería se basan en las necesidades de Virginia Henderson, quien afirma que la enfermera es, y debe ser legalmente, una profesional

independiente. Considera a la enfermera como la mayor autoridad de los cuidados básicos de enfermería (28).

Las catorce necesidades de Virginia Henderson son:

- Respirar normalmente
- Comer y beber adecuadamente
- Eliminar los desechos corporales por todas las vías
- Moverse y mantener una buena postura
- Dormir y descansar, evitar el dolor y la ansiedad
- Poder seleccionar ropas apropiadas, vestirse y desvestirse
- Mantener la temperatura corporal, dentro de los límites normales
- Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel
- Evitar peligros ambientales, e impedir que perjudiquen a otros
- Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores u opiniones
- Vivir según valores y creencias
- Trabajar de manera que exista un sentido de logro
- Jugar y participar en actividades recreativas
- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal y a la salud, y hacer uso de las instalaciones sanitarias disponibles.
- Sexualidad y reproducción (Henderson no contempla pero se consideró necesario añadir este punto) (28).

A

continuación, se menciona los 13 diagnósticos de enfermería dados por NANDA-I para generalizar un mismo lenguaje entre todos los profesionales:

Dominio 1: Promoción de la salud

Conciencia de bienestar o normalidad en la función y en las estrategias usadas para mantener el control, así como la mejora de bienestar o la normalidad de la función.

Clase 1: Toma de la conciencia de la salud

Clase 2: Gestión de la salud

Dominio 2: Nutrición

Actividades de incorporación, asimilación y utilización de nutrientes con el propósito de mantener y reparar los tejidos y producir energía.

Clase 1: Ingestión

Clase 2: Digestión

Clase 3: Absorción

Clase 4: Metabolismo

Clase 5: Hidratación

Dominio 3: Eliminación e intercambio

Secreción y excreción de los productos de desecho del organismo.

Clase 1: Función urinaria

Clase 2: Función tegumentaria

Clase 3: Función respiratoria

Dominio 4: Actividad/ Reposo

Producción, conservación, gasto o equilibrio de las fuentes de energía.

Clase 1: Sueño/ reposo

Clase 2: Actividad/ ejercicio

Clase 3: Equilibrio de la energía

Clase 4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares

Clase 5: Autocuidado

Dominio 5: Percepción/ cognición

Sistema de procesamiento de la información humana que incluye la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.

Clase 1: Atención

Clase 2: Orientación

Clase 3: Sensación/ percepción

Clase 4: Cognición

Clase 5: Comunicación

Dominio 6: Autopercepción

Conciencia de sí mismo.

Clase 1: Autoconcepto

Clase 2: Autoestima

Dominio 7: Rol/ Relaciones

Conexiones o asociaciones positivas y negativas entre las personas o grupos de personas y la manera en que esas conexiones se demuestran.

Clase 1: Roles de cuidador

Clase 2: Relaciones familiares

Clase 3: Desempeño del rol

Dominio 8: Sexualidad

Identidad sexual, función sexual y reproducción.

Clase 1: Identidad sexual

Clase 2: Función sexual

Clase 3: Reproducción

Dominio 9: Afrontamiento/ Tolerancia al estrés

Convivir con los eventos/ procesos vitales.

Clase 1: Respuestas postraumáticas

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Clase 3: Estrés neurocomportamental

Dominio 10: Principios vitales

Principios subyacentes en la conducta, pensamientos y comportamientos sobre los actos, costumbres o instituciones considerados como ciertos o dotados de un valor intrínseco.

Clase 2: Valores

Clase 2: Creencias

Clase 3: Congruencia entre valores/creencias/ acciones

Dominio 11: Seguridad/ Protección

Ausencia de peligros, lesión física o alteración del sistema inmunitario; preservación de pérdidas y de la seguridad y la protección.

Clase 1: Infección

Clase 2: Lesión física

Clase 3: Violencia

Clase 4: Peligros del entorno

Clase 5: Procesos defensivos

Clase 6: Termorregulación

Dominio 12: Confort

Sensación de bienestar o alivio mental, físico o mental.

Clase 1: Confort físico

Clase 2: Confort del entorno

Dominio 13: Crecimiento/ Desarrollo

Aumentos apropiados según la edad de las dimensiones físicas, la maduración de los sistemas orgánicos y/o la progresión en las etapas del desarrollo.

Clase 1: Crecimiento

Clase 2: Desarrollo (29).

2.4.Marco Legal

Para este estudio se ha tomado en cuenta al Ministerio de Salud Pública, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, al Plan Nacional del Buen Vivir y a la Ley del Ejercicio Profesional de las/os Enfermeras del Ecuador.

2.4.1. Ministerio de Salud Pública

El Acuerdo Ministerial N° 000138 de 14 de Marzo del 2008 del Ministerio de Salud Pública (MSP), formula las normas para el manejo adecuado de la historia clínica por parte del profesional de salud dentro del que forma parte el profesional de enfermería, quien debe cumplir con estándares de diligenciamiento: La historia clínica debe diligenciarse de forma clara, precisa, legible, oportuna, sin tachones, sin dejar espacios en blanco y sin la utilización de siglas. Cada registro debe llevar la fecha y hora de atención y nombre y forma del profesional responsable (20).

Los registros clínicos de enfermería sirven como registro legal y pueden emplearse en beneficio institucional y personal o bien para defendernos ante un problema legal. Cuando el expediente no muestra indicio confiable del cuidado del paciente, es probable que el paciente hace una demanda la gane, por lo tanto las enfermeras deben

familiarizarse con las normas, requerimientos y protocolos de los registros de la Institución para las cuales trabaja (22).

En la actualidad, la historia clínica es el único documento válido desde el punto de vista clínico y legal, siendo el conjunto de documentos, testimonios y atención otorgada por la unidad de salud al paciente (22).

2.4.2. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud en el capítulo IV denominado Funcionamiento del Sistema, establece (30):

Art.11.- "El Sistema establecerá los mecanismos para que las instituciones garanticen su operación en redes y aseguren la calidad, continuidad y complementariedad de la atención, para el cumplimiento del Plan Integral de Salud de acuerdo a las demandas y necesidades de la comunidad"

Estos mecanismos incluyen:

d) "Un conjunto común de datos básicos para la historia clínica".

El Reglamento a la Ley Orgánica de Salud en el capítulo IV denominado Del Sistema Común de Información Sectorial, establece (31):

Art. 77. - De la historia clínica única.- El Ministerio de Salud Pública, en su calidad de autoridad sanitaria, revisará y actualizará los formularios básicos y de especialidades de la historia clínica única para la atención de los usuarios, los mismos que serán posteriormente concertados y difundidos por el Consejo Nacional de Salud en todas las instituciones prestadoras de salud del sector público, semipúblico y privado.

Art. 78. - Obligatoriedad de uso de la historia clínica única. - El uso y aplicación de la historia clínica única serán obligatorios en las instituciones de salud que integran el sistema.

Art. 79.- Responsabilidad y custodia de la historia clínica.- La historia clínica, en tanto prueba documental, estará bajo la responsabilidad y custodia de la unidad o establecimiento operativo del lugar de residencia del ciudadano; se propenderá que exista una sola historia clínica por persona que será la base para el sistema de referencia y contrareferencia.

2.4.3. Plan Nacional para el Buen Vivir

El Plan Nacional para el Buen vivir fue creado con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los ecuatorianos, el mismo que consta de políticas, lineamientos y objetivos. Está destinado a ser un referente en Latinoamérica. A continuación se menciona el objetivo que se acerca a esta investigación (32):

Objetivo 3. Mejorar la calidad de vida de la población. -Buscamos condiciones para la vida satisfactoria y saludable de todas las personas, familias y colectividades respetando su diversidad. Fortalecemos la

capacidad pública y social para lograr una atención equilibrada, sustentable y creativa de las necesidades de ciudadanas y ciudadanos

2.4.4. Ley del Ejercicio Profesional de las/os Enfermeros del Ecuador

Las enfermeras y enfermeros cumplen actividades importantes en el campo de la salud y en el ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, por lo tanto el Estado mediante la Ley de Ejercicio Profesional de las/os Enfermeros del Ecuador garantiza la formación y defensa de los profesionales de la salud, entre los cuales se encuentra las enfermeras y enfermeros; En el segundo capítulo se menciona las actividades que tiene que cumplir el personal de enfermería (33):

Art. 7. - Son competencias y deberes de las enfermeras y enfermeros:

a) Ejercer funciones asistenciales, administrativas, de investigación y docencia en las áreas de especialización y aquellas conexas a su campo profesional;

b) Participar en la formulación e implementación de las políticas de salud y enfermería;

c) Dirigir los departamentos y servicios de enfermería a nivel nacional, regional, provincial y local;

d) Dirigir las facultades y escuelas de enfermería y ejercer la docencia en las mismas, conforme a la ley y el respectivo reglamento, a fin de formar los recursos humanos necesarios;

e) Dar atención dentro de su competencia profesional a toda la población sin discrimen alguno;

f) Realizar o participar en investigaciones que propendan al desarrollo profesional o que coadyuven en la solución de problemas prioritarios de salud; y,

g) Dar educación para la salud al paciente, la familia y la comunidad

El tercer capítulo menciona todo referente a las obligaciones y derechos como trabajador privado o público (33):

Art. 13. - (Reformado por la Ley s/n, R.O. 294-2S, 6-X-2010). - Son obligaciones de las enfermeras y enfermeros amparados por la presente Ley, las siguientes:

a) Ejercer su profesión aplicando los principios éticos, morales y de respeto a los derechos humanos del paciente;

b) Brindar cuidado directo de enfermería a los pacientes y usuarios, garantizando una atención personalizada y de calidad;

c) (Derogado por la Ley s/n, R.O. 294-2S, 6-X-2010)

d) Dar estricto cumplimiento a las prescripciones y tratamientos indicados por el médico;

e) Las enfermeras y enfermeros están obligados a prestar sus servicios de manera extraordinaria en casos de catástrofes, emergencias, guerras y otras situaciones de gravedad que afecten al país; y,

f) Las demás que les asigne esta Ley y su Reglamento.

2.5.Marco Ético

2.5.1. Análisis del Código de Ética de la F.E.D.E

La Federación de Enfermeras del Ecuador tiene la finalidad de mejorar la calidad humana en la prestación de servicios, tomando en cuenta la falta de valores y el incremento de corrupción, por lo tanto es fundamental que el profesional de enfermería se nutra de normas y principios que se fundamenten en ética y moral (34).

Para ello se ha creado este código de ética para enfermeros y enfermeras del Ecuador. En el capítulo II denominado De los deberes de las enfermeras para con las personas se establece (34):

Artículo 2. - Ámbito de Aplicación. - Los valores y las directrices éticas descritas en este Código, serán asumidos y cumplidos de manera obligatoria por todos/as los/as servidores/as del Ministerio de Salud Pública a nivel nacional y de sus Entidades Adscritas, en todos los espacios de la Institución en que se desempeñen.

Artículo 3. - Valores. - Los valores orientadores sobre los que se sustentarán las interrelaciones, decisiones y prácticas de los/as servidores/as del Ministerio de Salud Pública son:

Respeto. - Todas las personas son iguales y merecen el mejor servicio, por lo que se respetará su dignidad y atenderá sus necesidades teniendo en cuenta, en todo momento, sus derechos;

Inclusión. - Se reconocerá que los grupos sociales son distintos, por lo tanto se valorará sus diferencias, trabajando con respeto y respondiendo a esas diferencias con equidad;

Vocación de servicio. - La labor diaria se cumplirá con entrega incondicional y satisfacción;

Compromiso. - Invertir al máximo las capacidades técnicas y personales en todo lo encomendado;

Integridad. - Demostrar una actitud proba e intachable en cada acción encargada;

Justicia. - Velar porque toda la población tenga las mismas oportunidades de acceso a una atención gratuita e integral con calidad y calidez.

Lealtad. - Confianza y defensa de los valores, principios y objetivos de la entidad, garantizando los derechos individuales y colectivos.

Responsabilidad Civil: el profesional de enfermería puede comprometer su responsabilidad al realizar actos propios de su profesión y que surjan daños en la integridad física o moral de los pacientes que han estado bajo su cuidado (2).

El Código Civil en su Artículo 1.185 establece: El que con intención, o por negligencia o por imprudencia, ha causado un daño a otro, está obligado a repararlo. Debe igualmente reparación quien haya causado un daño a otro, excediendo, en el ejercicio de su derecho, los límites fijados por la buena fe o por el objeto en vista del cual le ha sido conferido ese derecho

Responsabilidad penal: Es la responsabilidad que se origina cuando una persona comete una conducta indebida que está tipificada en la ley como delito y trae como consecuencia la aplicación de una pena que también está establecida en la ley (2).

Concepto de culpa: Es la reprobable actitud consciente de la voluntad que determina la verificación de un hecho antijurídico por omisión del deber de cuidado que le era exigible al profesional de acuerdo con sus condiciones personales y las circunstancias en que actúa y se genera por cuatro factores (2):

- La Imprudencia, Se presenta cuando se hace algo que no se debe realizar, lo cual genera consecuencias nocivas.
- La Negligencia: Es una omisión y se presenta cuando se deja de hacer algo que se tenía la obligación de realizar y que conlleva la producción de consecuencia nociva.
- La Impericia: Es la falta de conocimiento de una determinada ciencia o arte.
- Inobservancia De Reglamentos: No observar las normas jurídicas de la actividad (legislación vigente del ejercicio profesional, etc.), así como también las normas éticas aceptadas por los Colegios y Organizaciones profesionales (código de ética, código deontológico, etc.) (35).

CAPÍTULO III

3. Metodología de la Investigación

3.1. Diseño de Investigación

La investigación tiene un enfoque cuantitativo ya que busca integrar las percepciones del equipo de Enfermería con los datos cuantitativos de las historias clínicas, ambos enfoques generados por el instrumento de investigación. Es de diseño no experimental ya que busca observar y analizar la calidad de los registros clínicos de enfermería encontrados en la Historia clínica, en el periodo Enero- Junio 2016.

3.2. Tipo de Investigación

Esta investigación es de tipo observacional, descriptivo y de corte transversal. Observacional debido a que busca determinar y analizar la calidad de los registros clínicos de enfermería en la historia clínica del paciente. Tiene un nivel descriptivo porque se centra en describir las preguntas directrices que plantea la calidad de los registros clínicos por el equipo de enfermería. Es de corte transversal porque busca determinar los factores que afectan la calidad de los registros clínicos de enfermería en el Hospital Delfina Torres de Concha en un servicio y en un periodo determinado.

3.3.Localización y Ubicación del Estudio

Hospital Delfina Torres de Concha, ubicado en la ciudad de Esmeraldas, en la provincia de Esmeraldas.

3.4.Población

3.4.1. Universo

El universo de este estudio corresponde a 2139 Historias clínicas de usuarias que fueron hospitalizadas y atendidas en el área de ginecología del Hospital Delfina Torres de Concha en el periodo Enero – Junio del 2016.

3.4.2. Muestra

La muestra fue calculada con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N\sigma^2Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2Z^2}$$

Donde:

n = el tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población.

σ = Desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0,5.

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene su valor, se lo toma en relación al 95% de confianza equivale a 1,96 (como más usual) o en relación al 99% de confianza equivale 2,58, valor que queda a criterio del investigador.

e = Límite aceptable de error muestral que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor que varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,09), valor que queda a criterio del encuestador. (36)

Tabla N° 4.- Cálculo del tamaño de la muestra

CALCULADORA PARA OBTENER EL TAMAÑO DE UNA MUESTRA		
¿Qué porcentaje de error quiere aceptar? 5% es lo más común	5 %	Es el monto de error que usted puede tolerar. Una manera de verlo es pensar en las encuestas de opinión, este porcentaje se refiere al margen de error que el resultado que obtenga debería tener, mientras más bajo por cierto es mejor y más exacto.
¿Qué nivel de confianza desea? Las elecciones comunes son 90%, 95%, o 99%	95 %	El nivel de confianza es el monto de incertidumbre que usted está dispuesto a tolerar. Por lo tanto mientras mayor sea el nivel de certeza más alto deberá ser este número, por ejemplo 99%, y por tanto más alta será la muestra requerida
¿Cual es el tamaño de la población? Si no lo sabe use 20.000	2139	¿Cual es la población a la que desea testear? El tamaño de la muestra no se altera significativamente para poblaciones mayores de 20.000.
¿Cual es la distribución de las respuestas ? La elección más conservadora es 50%	50 %	Este es un término estadístico un poco más sofisticado, si no lo conoce use siempre 50% que es el que provee una muestra más exacta.
La muestra recomendada es de	326	Este es el monto mínimo de personas a testear para obtener una muestra con el nivel de confianza deseada y el nivel de error deseado. Abajo se entregan escenarios alternativos para su comparación

Fuente: <http://med.unne.edu.ar/biblioteca/calculos/calculadora.htm>

Después de aplicar la fórmula la muestra recomendada para el trabajo de investigación es de 326 Historias Clínicas de usuarias que fueron hospitalizadas y atendidas en el área de ginecología en el periodo de Enero – Junio del 2016.

3.4.3. Criterios de Inclusión

- Se incluyó a todos los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de ginecología y que estuvieron presentes en la realización de las encuestas.
- Se incluyó a los internos rotativos de enfermería que estuvieron realizando sus prácticas en el momento de aplicar el instrumento.
- Se escogió de forma aleatoria 326 historias clínicas de pacientes que fueron hospitalizadas en el servicio en el periodo ya mencionado.

3.4.4. Criterios de Exclusión

- Se excluyó a todo el personal de enfermería que no esté laborando en el servicio de ginecología.
- Todas las auxiliares de enfermería que laboran en el servicio ya mencionado.
- Enfermeras que laboren en el servicio y que durante el periodo de evaluación estén de vacaciones.

3.5.Operacionalización de variables

Objetivo 1. - Caracterizar socio- demográficamente a la población en estudio.				
Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Características sociodemográficas	Ciencia que estudia estadísticamente la composición, estado y distribución de las poblaciones humanas, en un momento determinado de su evolución histórica (37).	Años cumplidos	Edad	<ul style="list-style-type: none"> • Menores de 20 años • De 20 a 30 años • De 30 a 40 años • De 40 y más años
		Características sexuales	Género	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino
		Años de labor	Número de años en el servicio	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de 5 años • De 5 a 10 años • De 10 y más años
Objetivo 2. - Explorar el método de registro clínico de enfermería utilizado en el área de Ginecología del Hospital Delfina Torres de Concha.				
Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala

Método de registro de enfermería	Herramienta de registro que permite evidenciar el cuidado al paciente entre los enfermeros o enfermeras y todo el equipo de salud (38).	Tipo de Método	Método Narrativo	<ul style="list-style-type: none"> • Menos del 50% • Más del 50%
			Método DAR	<ul style="list-style-type: none"> • Menos del 50% • Más del 50%
			Método SOAPIE	<ul style="list-style-type: none"> • Menos del 50% • Más del 50%

Objetivo 3. - Identificar factores asociados a la calidad de los registros clínicos de enfermería.

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Factores asociados	Elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos (39).	Tipo de factores asociados	Personales	Afecta su desempeño laboral <ul style="list-style-type: none"> • Si • No
			Institucionales	Afecta su desempeño laboral <ul style="list-style-type: none"> • Si • No

3.6. Métodos de Recolección de Información

- En el presente trabajo se utilizó técnicas de investigación cuantitativa como son las guías de Observación en formularios determinados como son: hoja de signos vitales, hoja de administración de medicamentos y hoja de evolución con la finalidad de determinar la calidad de los mismos.
- Se realizó una encuesta al personal de enfermería para obtener información sobre conocimientos básicos de los registros clínicos y los factores que afectan la calidad de los mismos en el área de Ginecología del Hospital Delfina Torres de Concha.

3.7 Análisis de Datos

Como se realizó un trabajo cuantitativo se ejecutó un análisis mediante cuadros de interpretación de guías de observación, en el cual se elaboró la categorización del cumplimiento de estándares de calidad exigidos en cada registro clínico.

También se ejecutó un análisis en las encuestas realizadas al personal de enfermería del servicio sobre conocimientos básicos sobre los registros clínicos de enfermería y los factores que afectan la calidad de los mismos, elaborando una categorización de los factores más prevalentes mencionados por cada profesional.

Los datos recolectados de las encuestas y las guías de observación serán integrados en una base de datos en Excel para su procesamiento y tabulación.

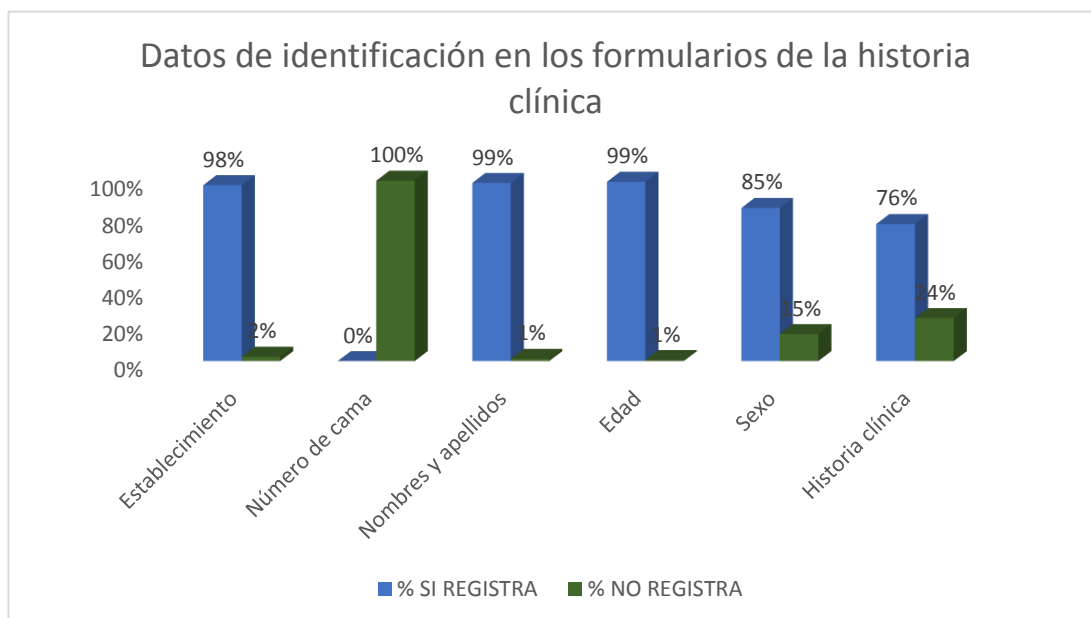
CAPÍTULO IV

4. Resultados de la Investigación

4.1. Resultados de la Tabulación de la Guía de Observación

4.1.1. Porcentaje de Cumplimiento del Registro de los Datos de Identificación en los Formularios de la Historia Clínica

Gráfico N° 1. - Datos de identificación en los formularios de la Historia Clínica



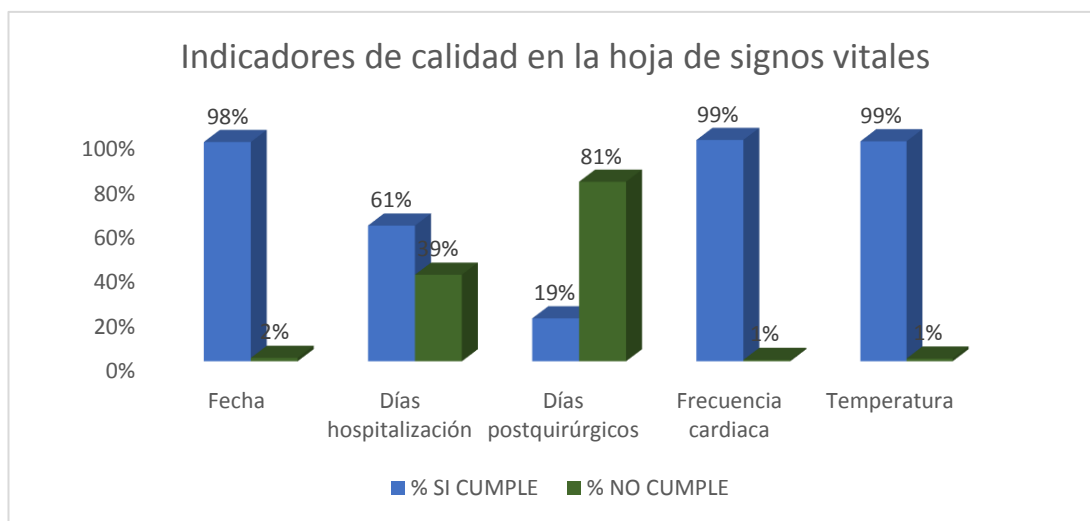
Fuente. - Formularios de la historia clínica- guía de observación- Julio 2016- "Hospital Delfina Torres de Concha". Elaborado por: Alejandra Lobato.

En el cuadro que antecede se observa un porcentaje mayoritario en el registro de los datos de identificación en los diferentes formularios en estudio, así como también se observa total deficiencia en uno de estos indicadores como es en el llenado del número de cama ya que nadie cumple con este registro. Al comparar con datos de la investigación realizada por Morales Loaysa en el año 2012, se observa gran similitud en algunos indicadores como es en el registro de nombres y apellidos del paciente ya que cumple en un 100% con este indicador, así como también se observa una gran diferencia en el registro del número de cama en un 89% (7).

En esta investigación se observa total deficiencia en el registro del número de cama siendo este un indicador indispensable en los formularios de la historia clínica lo que puede evitar en un gran porcentaje la confusión de pacientes al momento de realizar algún procedimiento, por lo tanto, es muy preocupante que el personal de enfermería del servicio no cumpla con el registro de este indicador. Cabe recalcar que al realizar la encuesta al personal refieren algunos factores que impiden que cumplan con algunos indicadores de calidad, el factor que más se acerca a este problema es el exceso de número de pacientes que atiende cada profesional en su turno, ya que el 92% de profesionales refieren que este es el principal factor que afecta su desempeño laboral; Según la normativa del Ministerio de Salud Pública del Ecuador los formularios de la historia clínica deben estar correctamente identificados, por lo tanto se debe registrar correctamente el establecimiento del sistema nacional de salud, escribir correctamente nombres y apellidos del usuario, escribir el sexo utilizando F para femenino y M masculino, edad y número de historia clínica otorgada por la unidad operativa.

4.1.2. Porcentaje de Cumplimiento de Indicadores de Calidad en la Hoja de Signos Vitales

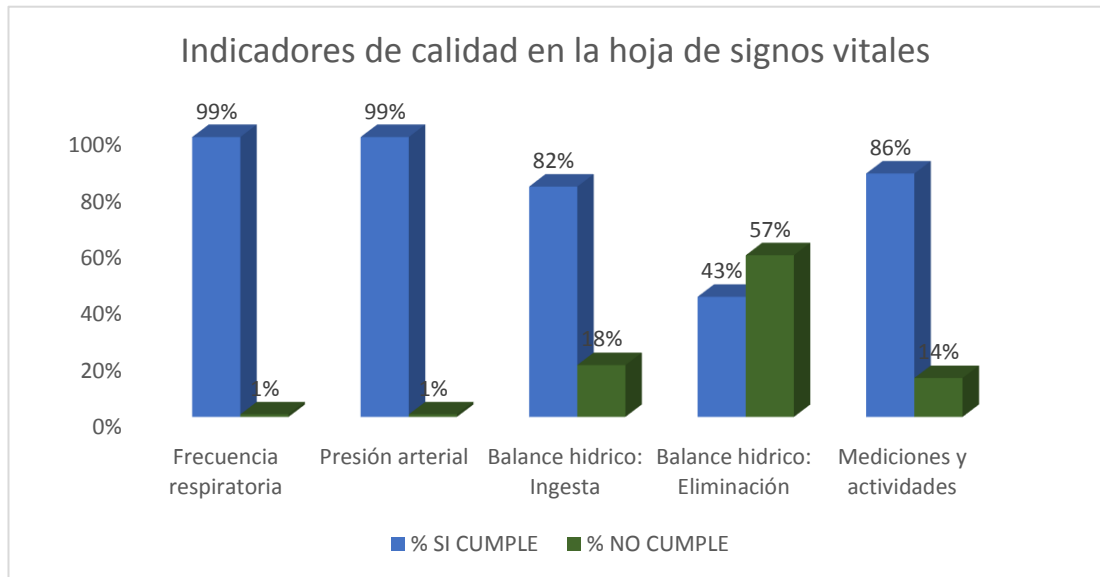
Gráfico N° 2. - Indicadores de calidad en la hoja de signos vitales



Fuente. - Formularios de la historia clínica- guía de observación- Julio 2016- "Hospital Delfina Torres de Concha". Elaborado por: Alejandra Lobato.

En el cuadro que antecede se observa datos muy alentadores en el cumplimiento de estos indicadores, así como también se observa datos muy alarmantes y preocupantes como en el registro de los días postquirúrgicos con bolígrafo rojo ya que solo el 19% cumple con este indicador y el 81% no cumple. Al comparar con datos de la investigación realizada por Cedeño Tapia y Guananga Iza en el año 2013, se observa gran diferencia en los resultados ya que el 34% tenían la fecha, el 0% no tenía registrado los días de hospitalización, el 58% tenía registrado la frecuencia cardiaca y la temperatura, así como también se observa que no hay mayor variación en el registro de los días postquirúrgicos con bolígrafo rojo ya que el 80% de los formularios también no cumplen con este indicador (2). El registro de todos los datos ayuda a interpretar de manera clara el estado hemodinámico de cada paciente para brindar un tratamiento adecuado y lograr una recuperación temprana, así como también permitir la continuidad del cuidado y la seguridad del paciente.

Gráfico N° 3.-Indicadores de calidad en la hoja de signos vitales

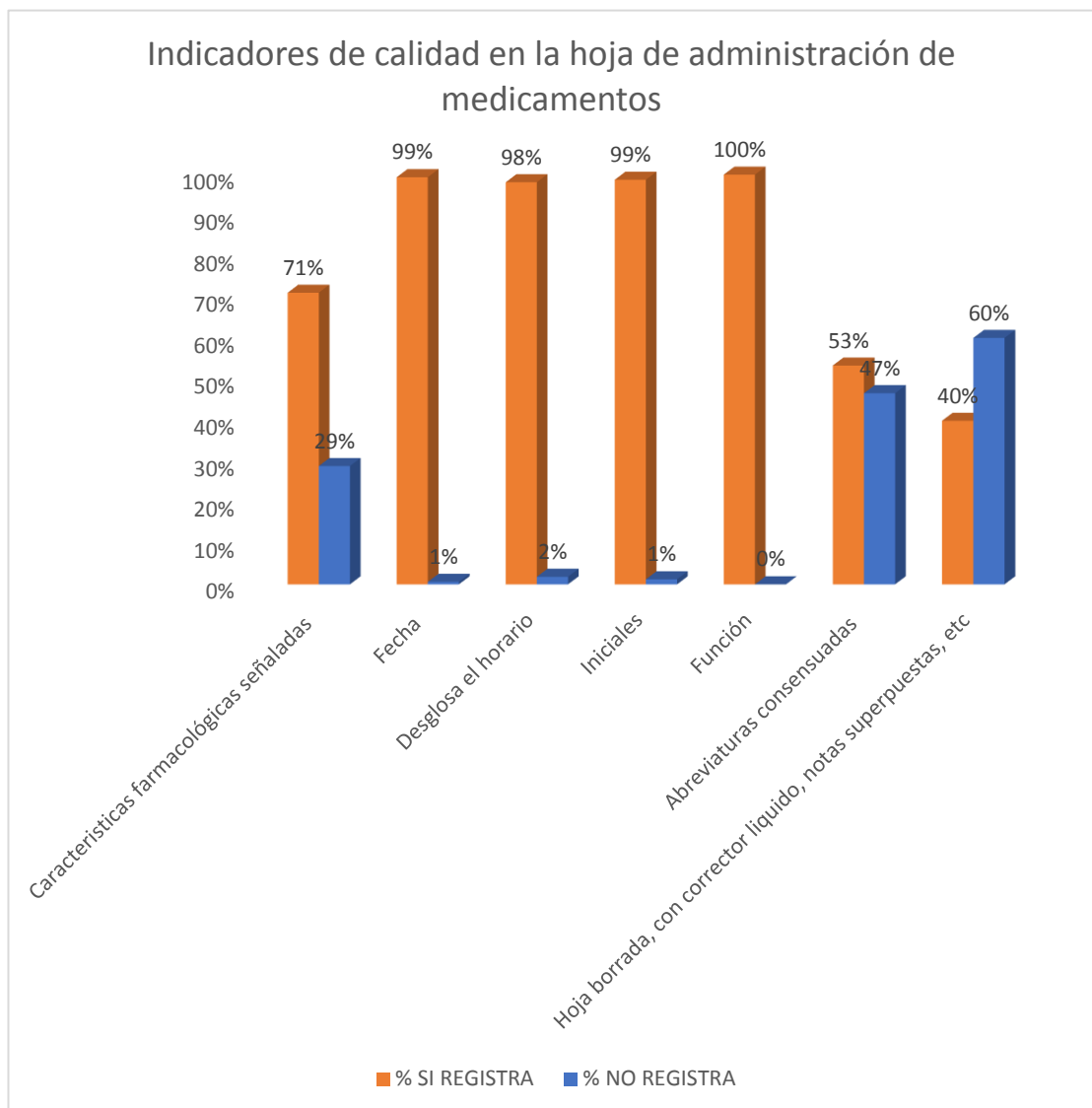


Fuente. - Formularios de la historia clínica- guía de observación- Julio 2016- "Hospital Delfina Torres de Concha". Elaborado por: Alejandra Lobato.

Como se puede observar en el cuadro hay diferencia en un indicador muy importante en la hoja de signos vitales como es en el registro del balance hídrico ya que el 57% no registra el total de eliminaciones por diferentes vías: urinaria, heces, vómitos, sudor, etc a diferencia del total de ingresos diarios ya que solo el 18% no registra, ambos indicadores van de la mano para cumplir con un objetivo terapéutico, por lo tanto deben mantenerse en el mismo porcentaje de cumplimiento. Al comparar con datos de la investigación realizada por Cedeño Tapia y Guananga Iza en el año 2013, se observa que el 60% no registra el total de ingresos por vía oral, parenteral, sondas nasogástricas u otros y el 64% no registra las eliminaciones por diferentes vías: urinaria, heces, vómitos, sudor, etc, siendo estos datos alarmantes que perjudican en la recuperación del paciente (2). Un registro de enfermería de calidad debe recoger toda la información necesaria para que otro profesional de igual formación asuma sin ninguna dificultad la continuidad del cuidado del paciente, evitando eventos adversos y favoreciendo la recuperación del mismo, así como también indique todas las actividades que el personal de enfermería brindó al paciente.

4.1.3. Porcentaje de Cumplimiento de las Normas Nacionales e Internacionales en la Hoja de Administración de Medicamentos

Gráfico N° 4.-Indicadores de calidad en la hoja de administración de medicamentos.



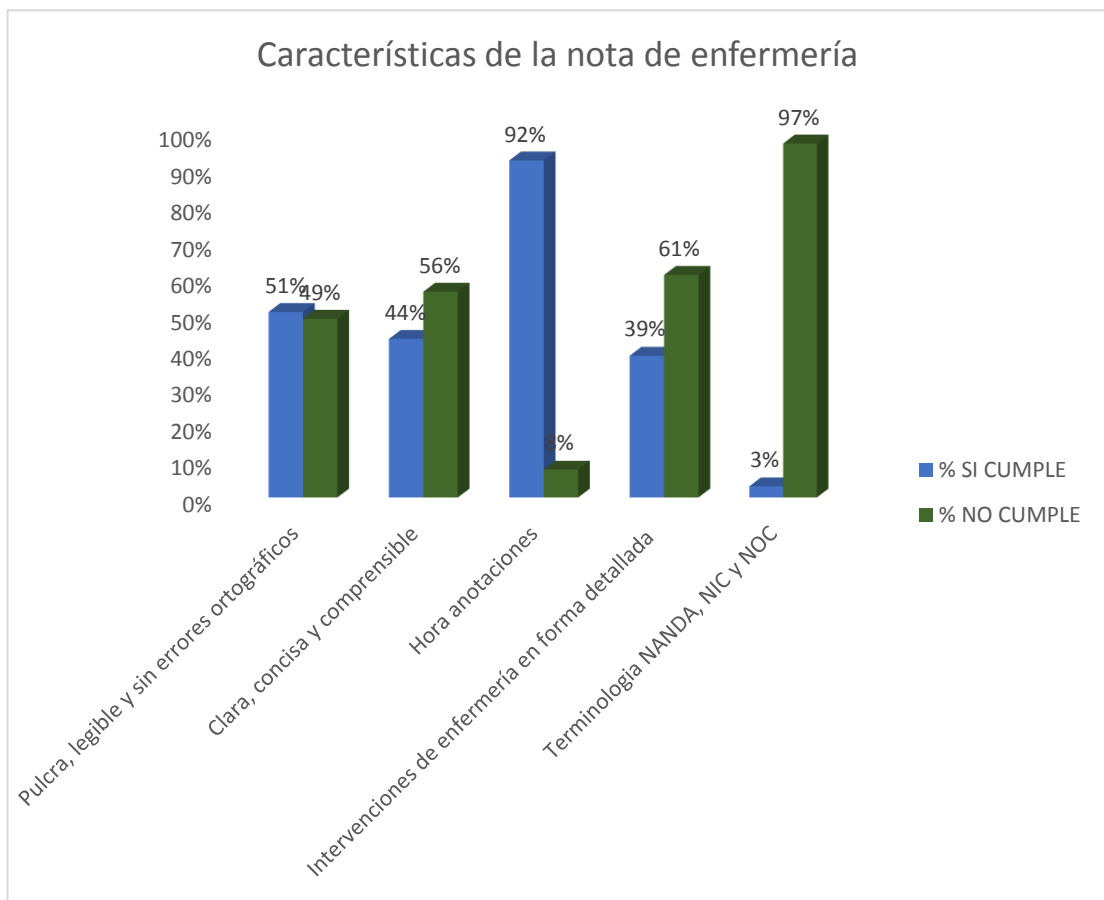
Fuente. - Formularios de la historia clínica- guía de observación- Julio 2016- "Hospital Delfina Torres de Concha". Elaborado por: Alejandra Lobato.

En este cuadro se observa datos mayoritarios en el cumplimiento de 5 indicadores de calidad en la hoja de administración de medicamentos, así como también se observa datos alarmantes en 2 de ellos como es en el uso de abreviaturas peligrosas ya que se observó su uso en un 47% y el uso de corrector líquido, notas superpuestas o adulteradas en un 60% que pueden perjudicar al personal de enfermería ocasionando una confusión en el momento de administrar el medicamento. Al comparar con datos de la investigación realizada por Cedeño Tapia y Guananga Iza en el año 2013, se observa similitud en algunos resultados ya que el 72% tenía anotado las características farmacológicas de cada medicamento, así como también se observa diferencia en ciertos indicadores ya que el 62% registra la fecha el mes y el año que inicia el tratamiento, el 70% tenía desglosado el horario de 7:00 a 18:59 con azul y de 19:00 a 06:59 con rojo, el 78% tenía chequeada la administración de medicamentos con iniciales de nombre y apellido de la enfermera responsable, y el 80% tenía anotado el cargo de la persona que administró el medicamento (2).

El llenado de la hoja de administración de medicamentos es actividad y responsabilidad específica del personal de enfermería, donde registra y organiza datos sobre el tratamiento farmacológico brindado a cada paciente con la finalidad de facilitar la información inmediata sobre las principales acciones de atención de enfermería en el mismo a todos los profesionales de salud intervinientes en su tratamiento.

4.1.4. Porcentaje de Cumplimiento de las Normas Nacionales e Internacionales en la Realización de la Nota de Enfermería

Gráfico N° 5.-Características de la nota de enfermería.



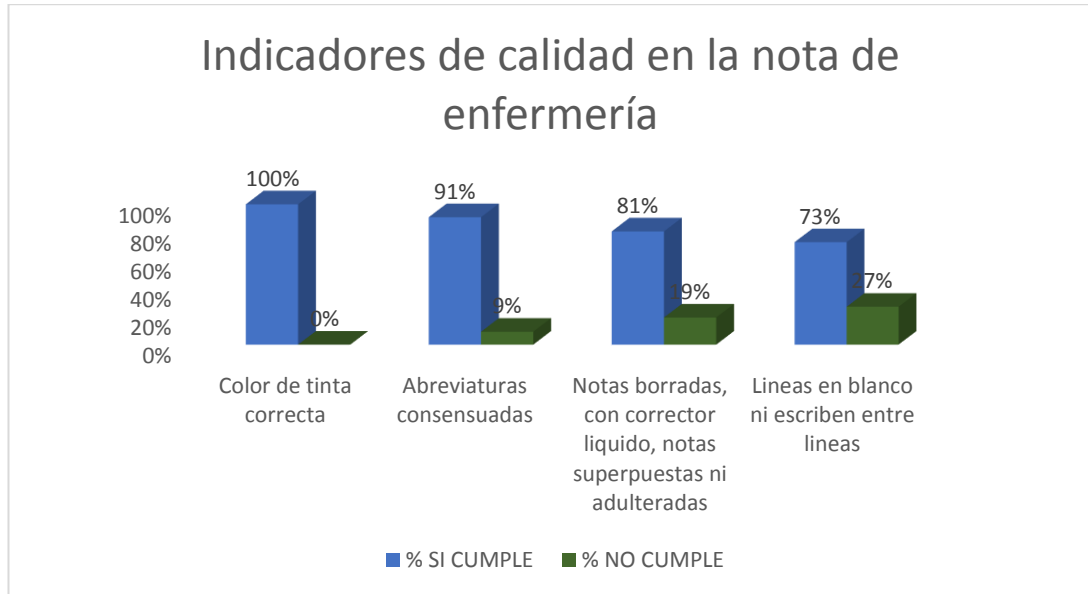
Fuente. - Formularios de la historia clínica- guía de observación- Julio 2016- "Hospital Delfina Torres de Concha". Elaborado por: Alejandra Lobato.

En el cuadro que antecede se observa que la nota de enfermería es la que más deficiencia tiene en este estudio ya que el 97% de profesionales no utiliza la terminología NANDA, NIC y NOC en sus evoluciones, el 61% no registra sus intervenciones en forma detallada, así como también se observa deficiencia en su estructura observando que el 56% de las notas no están escritas en forma clara concisa

y comprensible y el 49% no son pulcras, legibles y sin errores ortográficos. Al comparar con datos de la investigación realizada por Morales Loaysa en el año 2012, se observa gran similitud en los resultados, el 100% tiene deficiencia en el uso de la terminología NANDA, NIC y NOC, el 67% de las notas de enfermería no consideran el plan de cuidados y la evaluación del mismo y el 22 % de las notas no están escritas con letra legible (7).

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) creó un sinnúmero de diagnósticos enfermeros con la finalidad de unificar un solo lenguaje para el personal de enfermería sobre los problemas reales y potenciales del paciente y que la enfermera puede resolver brindando intervenciones inmediatas y logrando resultados satisfactorios. Un buen proceso de atención de enfermería mejora la redacción de las notas de enfermería, las cuales permiten tener un buen respaldo legal en los problemas que se podrían presentar en el ejercicio profesional. Siendo las notas de enfermería la prueba principal de la calidad de atención brindada al paciente debe ser claras, legibles, concisas y comprensibles para evitar una incorrecta interpretación por parte de los demás profesionales de la salud que observan el registro lo que puede perjudicar a la enfermera y hacer que aparezca como negligente. Las notas incomprensibles o ilegibles pueden ser utilizadas en contra del personal de enfermería en un proceso legal ya que el tribunal puede interpretar las notas como un cuidado negligente.

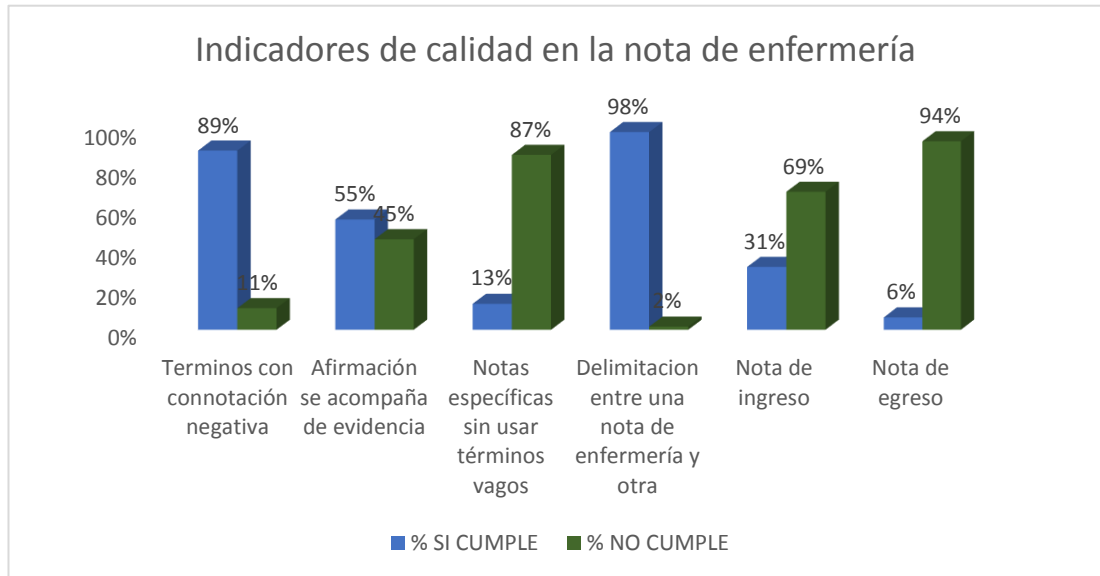
Gráfico N° 6.-Indicadores de calidad en la nota de enfermería.



Fuente. - Formularios de la historia clínica- guía de observación- Julio 2016- "Hospital Delfina Torres de Concha". Elaborado por: Alejandra Lobato.

En el cuadro se observa datos favorables en la redacción de la nota de enfermería ya que el 100% de reportes, cumple con el color de la tinta adecuada por turno, el 27% deja espacios en blanco y escribe entre líneas, el 19% de notas están borradas con corrector líquido, notas superpuestas y adulteradas y solo el 9% usa abreviaturas. Al comparar con datos de la investigación realizada por Chaparro y Garcia en el año 2003, se observa semejanza en los resultados ya que el 28% tenían espacios en blanco, el 6% usaba abreviaturas, en el 5% se evidencia tachaduras, y en el 2% enmendaduras (6). Las notas de enfermería al ser utilizadas como un registro legal pueden utilizarse en beneficio institucional y personal o también para defendernos ante una acción legal. Hoy en la actualidad la historia clínica es el único documento clínico legal por lo tanto las enfermeras deben familiarizarse con las normas nacionales e internacionales para la elaboración de una nota de enfermería de calidad. Las notas de enfermería son inútiles para los demás si no las pueden descifrar y también serán inútiles para el mismo profesional de enfermería que escribió la nota si en un juicio después de algunos años no las puede utilizar para su defensa.

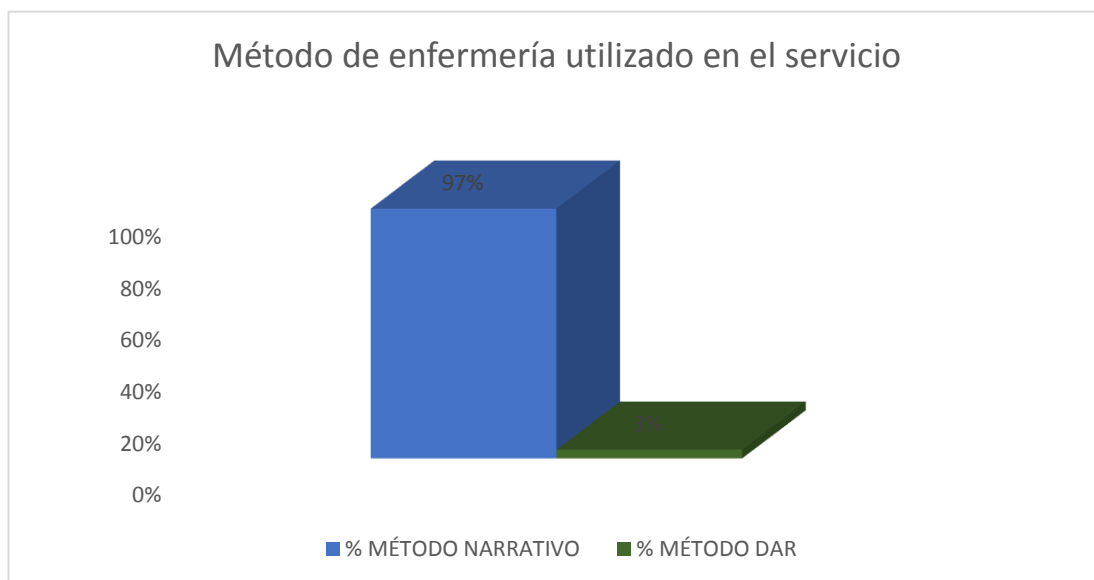
Gráfico N° 7.-Indicadores de calidad en la nota de enfermería.



Fuente. - Formularios de la historia clínica- guía de observación- Julio 2016- "Hospital Delfina Torres de Concha". Elaborado por: Alejandra Lobato.

En el cuadro que antecede se observa gran deficiencia en las normas nacionales para realizar una nota de enfermería, solo el 13% realiza notas específicas sin utilizar términos vagos en su redacción y el 45% no registra afirmaciones con evidencia. Así como también se observa gran deficiencia en el registro de estándares de calidad y seguridad del paciente ya que solo el 33% de profesionales realizan informe de ingreso del paciente a la unidad operativa y solo el 6% informe de egreso. Al comparar con datos de la investigación realizada por Mendez Calixto et al, en el año 2001 se observa similitud en los resultados ya que el 80,6% desconoce las normas nacionales para elaborar una nota de enfermería (5). Cabe recalcar que el profesional de enfermería debe tener en cuenta que si escribe una afirmación debe ir acompañada de la evidencia con el fin de mostrar que si el paciente presentó una anomalía el personal actuó con una intervención inmediata. La nota debe ser específica no muy larga porque pierde importancia ante el profesional que la está leyendo.

Gráfico N° 8.-Método de enfermería utilizado en el servicio.



Fuente. - Formularios de la historia clínica- guía de observación- Julio 2016- "Hospital Delfina Torres de Concha". Elaborado por: Alejandra Lobato.

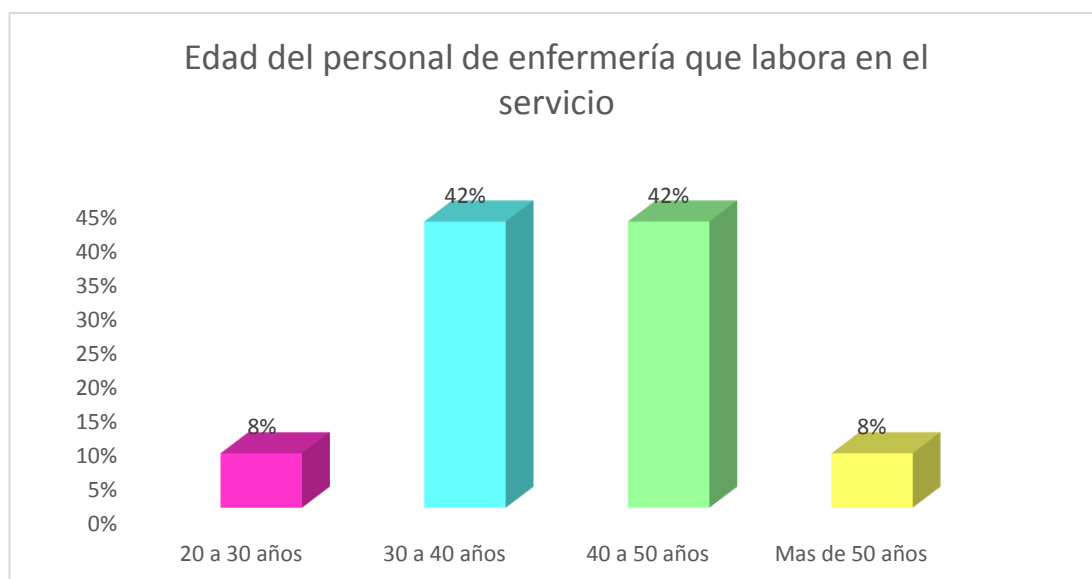
En el cuadro se observa que el 97% del personal de enfermería del servicio de ginecología utiliza el registro narrativo para describir la evolución del paciente y que solo el 3% utiliza el método DAR. Al comparar con la investigación realizada por Chaparro y García en el año 2003, se observa similitud en los resultados ya que también el tipo de registro realizado en las hojas de evolución de enfermería se acerca al sistema narrativo (6).

La creación de un sistema de registro de enfermería eficaz en las normas nacionales puede ayudar a eliminar las notas repetitivas y narrativas en la redacción de la evolución del paciente, lo cual puede ayudar a reducir el tiempo total empleado en el registro de la nota de enfermería por cada paciente y lograr una nota más exacta y útil en la práctica profesional.

4.2.Resultados de la Tabulación de la Encuesta

4.2.1. Datos de Identificación del Personal de Enfermería que Labora en el Servicio de Ginecología

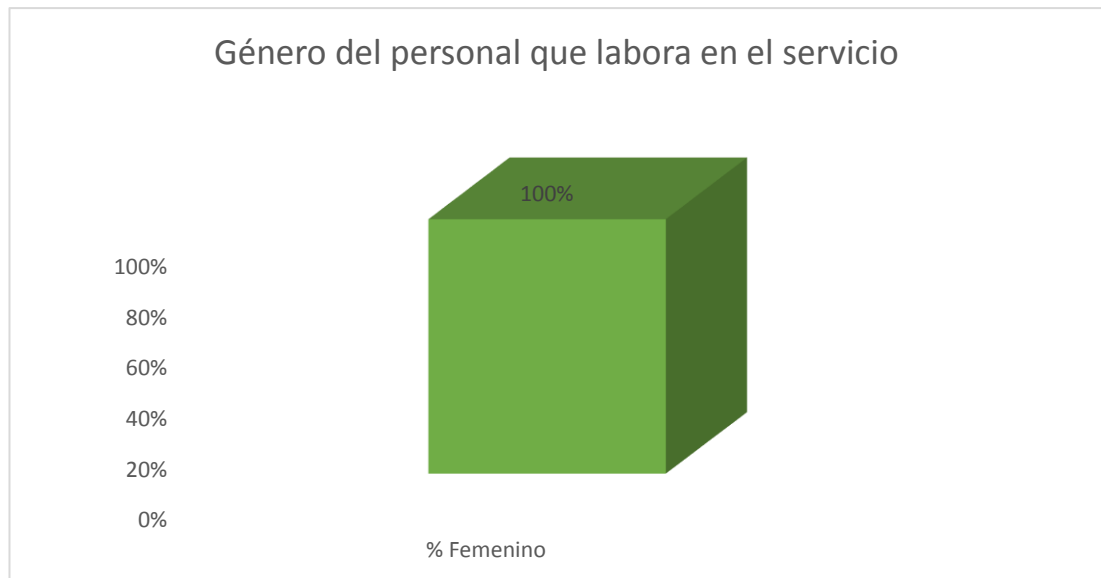
Gráfico N° 9.-Edad del personal de enfermería que labora en el servicio.



Fuente. - Encuesta realizada al personal de enfermería- servicio de ginecología- Julio 2016- "Hospital Delfina Torres de Concha". Elaborado por: Alejandra Lobato

En el cuadro que antecede se observa que la edad promedio de las enfermeras es de 38 años de edad y que en su mayoría corresponden a edades comprendidas entre los 30 a 50 años de edad. Al comparar con datos de la investigación realizada por Jiménez Brito en el año 2011, se observa que la edad media del personal de enfermería era de 47 años, dato que se asemeja a este estudio (40). Este grupo poblacional se encuentra dentro la población económicamente activa como lo estipula el INEC en el año 2015, quien dice que el 66% de esta población se encuentra en las zonas urbanas (41).

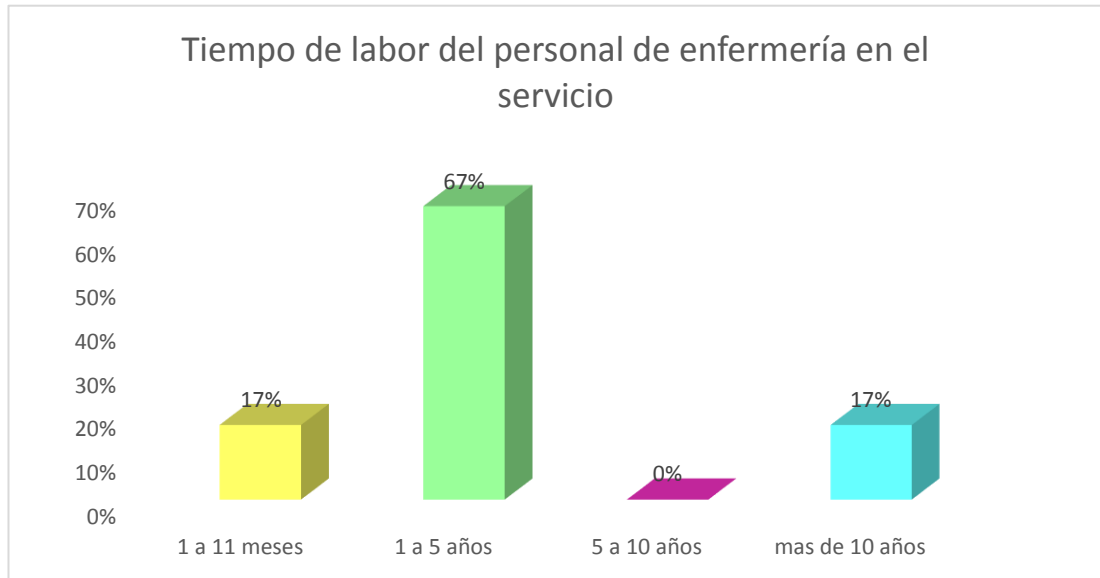
Gráfico N° 10.-Género del personal que labora en el servicio.



Fuente. - Encuesta realizada al personal de enfermería- servicio de ginecología- Julio 2016- "Hospital Delfina Torres de Concha". Elaborado por: Alejandra Lobato

En el cuadro se observa que todo el personal de enfermería que labora en el servicio de ginecología son mujeres. Al comparar con el estudio realizado por Pasquel Rivera y Valverde Guevara en el año 2015, se observa gran similitud en los resultados ya que el 96,04% del personal son de género femenino (42). La profesión de enfermería se caracteriza por estar formada en su mayoría por el género femenino como lo estipula el CIE, que dice que la profesión de enfermería es netamente femenina por su principal actividad como es el cuidado directo al paciente (43).

Gráfico N° 11.-Tiempo de labor del personal de enfermería en el servicio.

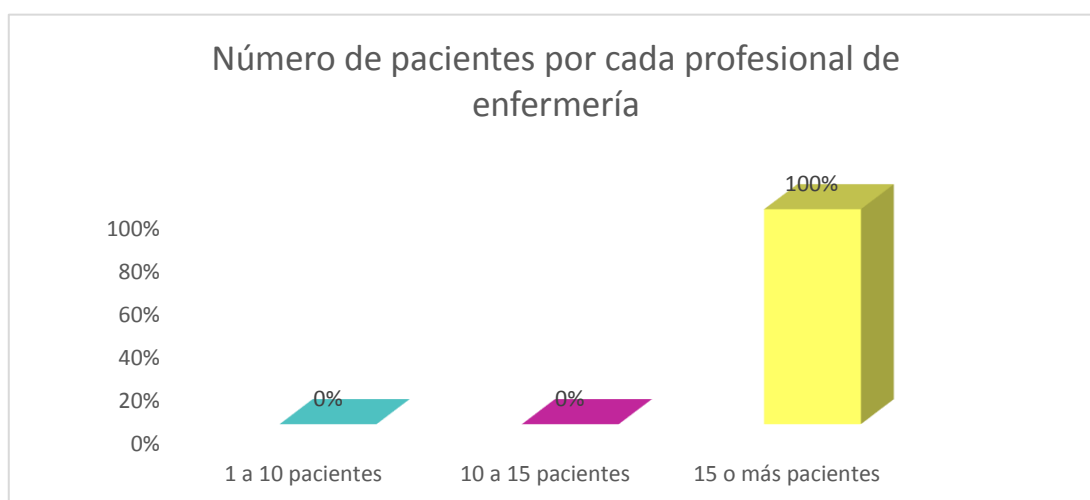


Fuente. - Encuesta realizada al personal de enfermería- servicio de ginecología- Julio 2016- "Hospital Delfina Torres de Concha". Elaborado por: Alejandra Lobato

En el cuadro que antecede se observa que el 67% de enfermeras que labora en el servicio de ginecología tienen máximo 5 años de antigüedad, al comparar con datos de la investigación realizada por Méndez Calixto et al, en el año 2001 se observa similitud en los resultados ya que el 58,1% del personal respondió tener como máximo 4 años en el servicio (5). El tiempo de labor en un servicio puede afectar el desempeño laboral del profesional más aun cuando se trata de un servicio activo donde hay gran demanda de pacientes y poco personal en los turnos.

4.2.2. Datos Obtenidos de las Encuestas Realizadas al Personal de Enfermería que Labora en el Servicio de Ginecología Sobre Factores Asociados a la Mala Calidad de los Registros.

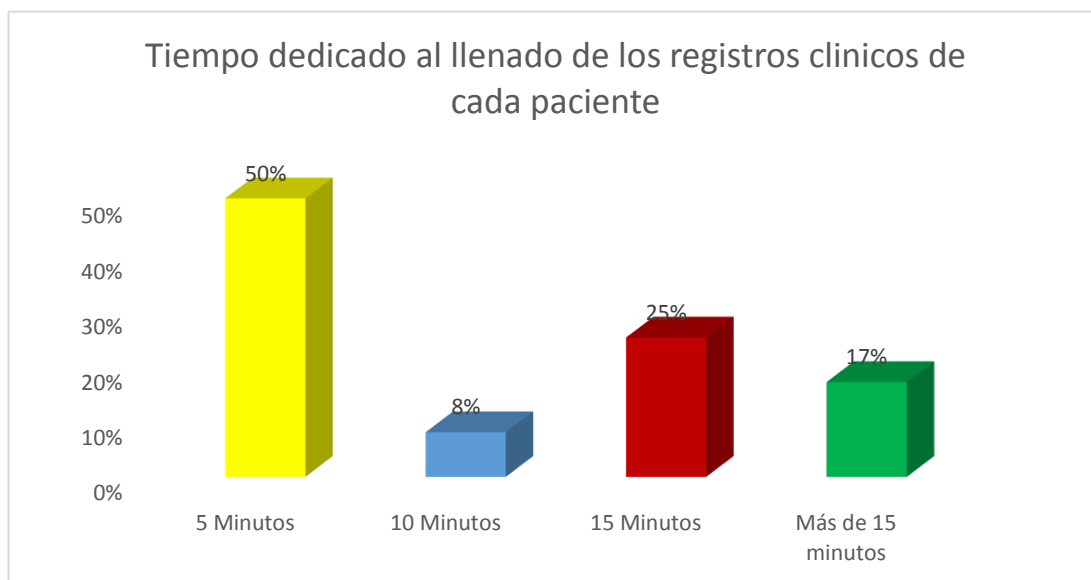
Gráfico N° 12.-Número de pacientes por cada profesional de enfermería.



Fuente. - Encuesta realizada al personal de enfermería- servicio de ginecología- Julio 2016- "Hospital Delfina Torres de Concha". Elaborado por: Alejandra Lobato

En el cuadro se observa que el 100% de enfermeras refieren que tiene más de 15 pacientes a su cargo en su turno, al comparar con datos de la investigación realizada por Cedeño Tapia y Guananga Iza en el año 2013, donde el 33% manifestó que tiene menos de 10 pacientes a su cargo y el 67% refirió que tiene más de 10 pacientes a su cargo de los cuales el 28% refiere tener de 10 a 15 pacientes a su cargo y el 39 refiere tener más de 15 pacientes (2). El número de pacientes puede ser un factor que conlleve a la mala calidad de los registros como lo confirman los profesionales del servicio en la encuesta que se les realizó donde el 83% menciona que este es el principal factor que afecta su desempeño laboral, por lo tanto hay que considerar que el número de personal en un servicio se debe cuantificar de acuerdo al número de camas existente y pacientes ingresados diariamente al mismo.

Gráfico N° 13.-Tiempo dedicado al llenado de los registros clínicos de cada paciente.



Fuente. - Encuesta realizada al personal de enfermería- servicio de ginecología- Julio 2016- "Hospital Delfina Torres de Concha". Elaborado por: Alejandra Lobato

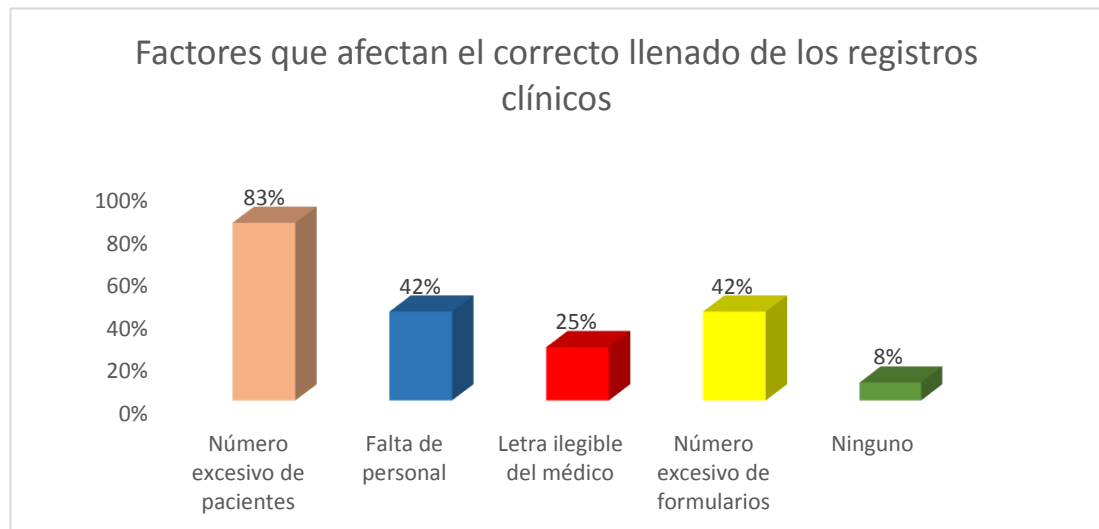
En el cuadro que antecede se observa que el 50% de enfermeras refieren que dedican 5 minutos al llenado de los registros clínicos de cada paciente, el 25% refiere que dedican 15 minutos, el 17% refieren que dedican más de 15 minutos y el 8% de enfermeras 10 minutos. Al comparar con datos de la investigación realizada por Cedeño Tapia y Guananga Iza en el año 2013, donde el 5% manifesto que dedica 5 minutos al llenado de los registros por paciente, el 17% alrededor de 10 minutos y el 78% manifesto tomarse entre 15 munitos o mas en el llenado de los registros clínicos, de los cuales el 39% manifesto tomarse 15 minutos y el otro 39% mas de 15 minutos (2).

Se observa que si cada enfermera refiere que tiene más de 15 pacientes a su cargo y el 50% refiere demorarse 5 minutos en el llenado de los registros de cada paciente, el personal de enfermería invierte 1 hora con 15 minutos en realizar labor administrativa, también cabe recalcar que el 42% refiere demorarse entre 15 minutos o más minutos

en el llenado de los registros, es decir invierte 3 horas con 45 minutos en realizar labor administrativa, tiempo que la enfermera deja de brindar cuidado directo al paciente.

La demanda de pacientes en el servicio y la cantidad de formulario que debe llenar y los cuidados que brinda hace que la enfermera pase demasiado tiempo escribiendo durante sus turnos lo que perjudica en el cuidado directo del paciente y al mismo tiempo en la calidad de los registros que realizan.

Gráfico N° 14.-Factores que afectan el correcto llenado de los registros clínicos de enfermería.

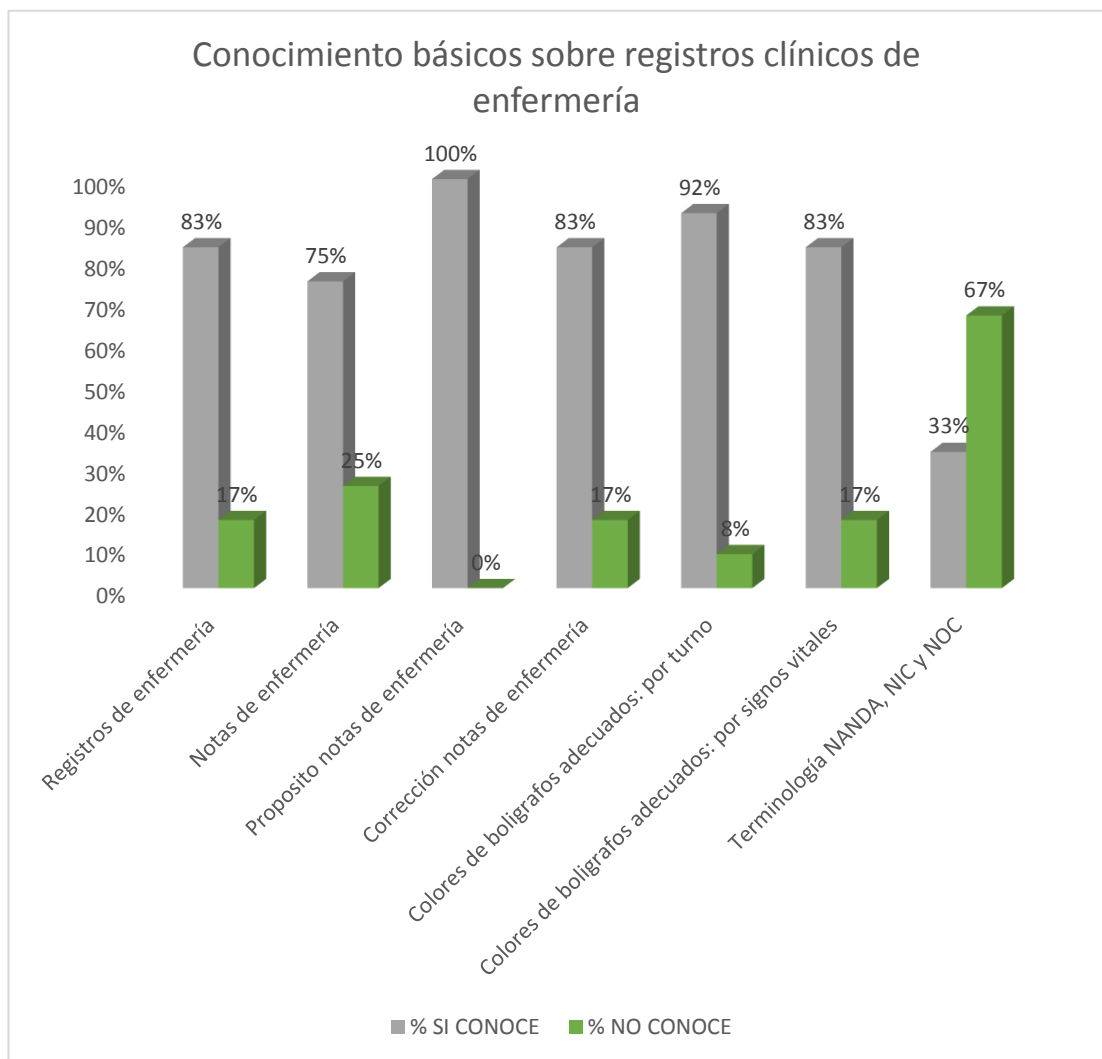


Fuente. - Encuesta realizada al personal de enfermería- servicio de ginecología- Julio 2016- "Hospital Delfina Torres de Concha". Elaborado por: Alejandra Lobato

Como podemos observar en el cuadro el 83% de enfermeras refiere que el número excesivo de pacientes afecta el correcto llenado de los formularios del paciente, el 42% refiere que el número excesivo de formularios y la falta de personal también afecta su desempeño, así como también el 25% refiere que la letra ilegible del médico retrasa su trabajo al momento de llenar los registros y el 8% refiere que no existe ningún factor que afecte su desempeño. Al comparar con datos de la investigación realizada por Contreras Espíritu en el año 2012, se observa similitud en algunos resultados, ya que el 93% de enfermeras refieren que la elevada demanda de atención interfiere en la correcta elaboración de las nota de enfermería, el 97% considera que es importante el reconocimiento del mérito personal y el 87% considera que la dotación del personal profesional es un factor influyente (44). El tiempo de labor que tienen las enfermeras es mínimo para la realización de los registros clínicos debido a la recarga de trabajo asistencial. Por lo tanto, ningún factor influye trágicamente en la atención de enfermería como la falta del propio personal de enfermería, lo cual genera recarga de pacientes, saturación de actividades de cuidado directo y un menor tiempo para el llenado de los registros.

4.2.3. Datos Obtenidos de las Encuestas Realizadas al Personal de Enfermería que Labora en el Servicio de Ginecología Sobre Conocimientos Básico de los Registros Clínicos.

Gráfico N° 15.-Conocimiento básicos sobre registros clínicos de enfermería.



Fuente. - Encuesta realizada al personal de enfermería- servicio de ginecología- Julio 2016- "Hospital Delfina Torres de Concha". Elaborado por: Alejandra Lobato

En el cuadro se observa que el 67% de enfermeras no tienen conocimientos sobre la terminología NANDA, NIC y NOC lo que se correlaciona con lo observado en el formulario 005 Evolución y prescripciones en las notas de enfermería en donde el 97% de enfermeras no utilizan esta terminología para redactar las notas de evolución del paciente, datos que perjudican para elaborar y llevar a cabo el proceso de atención de enfermería. Al comparar con datos de la investigación realizada por Cedeño Tapia y Guananga Iza en el año 2013, donde el 89% de los profesionales de enfermería tienen conocimientos sobre: NANDA, NIC y NOC, sin embargo el 100% no elaboran diagnósticos de enfermería en sus notas de evolución (2)

La carrera de enfermería es la ciencia que más actualización necesita por estar comprometida en el cuidado directo con los usuarios su tratamiento y su recuperación, por lo que la institución de salud debe mantener a todo su personal en actualización continua con la finalidad de mejorar la calidad de atención al usuario.

Gráfico N° 16.-Conocimientos básicos sobre registros clínicos de enfermería.



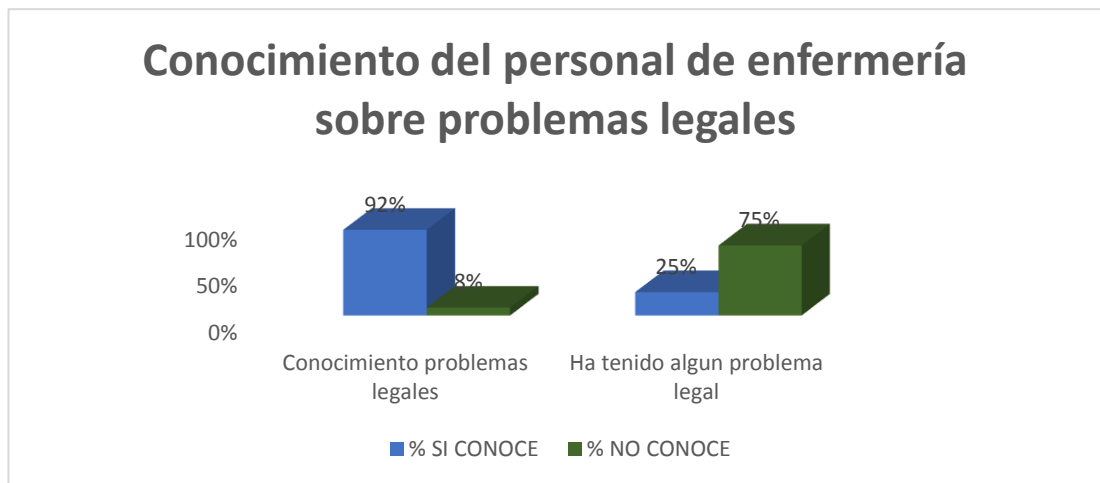
Fuente. - Encuesta realizada al personal de enfermería- servicio de ginecología- Julio 2016- "Hospital Delfina Torres de Concha". Elaborado por: Alejandra Lobato

En el cuadro que antecede se observa deficiencia en el orden cronológico de la estructura de la nota de enfermería, ya que el 42% de enfermeras registran los procedimientos antes de realizarlos, dato muy alarmante ya que casi la mitad del personal tiene deficiencia en este indicador, también se observa que el 92% refieren que la cantidad de pacientes afecta su desempeño laboral, dato que se puede evidenciar en la mala calidad de los registros que se observan en el servicio, al comparar con datos de la investigación realizada por Morales Loaysa en el año 2012, se observa diferencia en los resultados ya que solo el 16% de las notas de enfermería no mantienen un orden

cronológico en su estructura (7). Es importante mencionar que no se debe registrar los procedimientos antes de realizarlos, puesto que estas anotaciones pueden ser inexactas o incompletas que pueden perjudicar al personal de enfermería que elaboró la nota, en algún problema legal.

A la vez también se observa porcentajes altos en algunos indicadores ya que el 100% del personal considera importante el método de enfermería y el 83% lo aplica, datos que se correlacionan con lo observado en la guía en el formulario 005 prescripciones y evolución en el cual concluimos que el 97% del personal de enfermería aplica el método narrativo en sus evoluciones y al comparar con datos de la investigación realizada por Cedeño Tapia y Guananga Iza en el año 2013 se observa gran diferencia en los resultados ya que el 0% del personal no aplica ningún método de enfermería (2), dato muy alarmante y preocupante ya que el uso de un método de registro ayuda en el Proceso de Atención de Enfermería y mejora la calidad de atención y por ende la realización correcta de los registros clínicos de enfermería puede ser nuestro mejor instrumento de defensa ante un problema legal.

Gráfico N°17.-Conocimiento del personal de enfermería sobre problemas legales.



Fuente. - Encuesta realizada al personal de enfermería- servicio de ginecología- Julio 2016- "Hospital Delfina Torres de Concha". Elaborado por: Alejandra Lobato

En el cuadro que antecede se observa que solo el 8% de enfermeras no tienen conocimiento sobre los problemas legales que ocasiona la mala calidad de los registros clínicos y el 25% de enfermeras refieren que nunca han tenido ningún problema legal en el ejercicio de su profesión. Al comparar con datos de la investigación realizada por Bautista en el año 2011, se observa gran diferencia en los resultados ya que el 53,3% del personal de enfermería no conocen el código de ética de la Federación de enfermeras del Ecuador, solo el 26,7% conocen aspectos éticos, el 13% señala que aborda el secreto profesional y el 6,7% aspectos relacionados con la FEDE, así como también el 67% refieren que si sabe que existe y cual es la sanción por negligencia en su labor profesional y solo el 33% de personal no conocen (45). También al comparar con datos de la investigación realizada por Travieso en el año 2009, se observa que el 86% del personal de enfermería no ha recibido sanción alguna relacionada con omisión, negligencia, imprudencia, impericia, inobservancia de los reglamentos, dolo, sin embargo el 14% restante de profesionales manifiestan que si (46). El Código Penal de nuestro país considera las siguientes actividades como delito: la impericia, la negligencia, la imprudencia o la violación de normas, mismas que pueden ocasionar daño irreparable tanto para el paciente como para el personal de enfermería.

CAPITULO V

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

- El grupo de profesionales de enfermería que laboran en el servicio de ginecología del Hospital Delfina Torres de Concha está comprendido en una edad media de 38 años de edad, el 67% de profesionales mencionan que tiene máximo 5 años laborando en el servicio y el 100% de profesionales del servicio son de género femenino.
- El 97% del personal de enfermería del servicio de ginecología utiliza el registro narrativo para describir la evolución del paciente.
- Los factores que afectan la calidad de los registros clínicos de enfermería en el servicio de ginecología son el número excesivo de pacientes, el número excesivo de formularios y la falta de personal y la letra ilegible del médico.
- La guía de capacitación fue una fuente muy importante para concienciar en los profesionales el cambio en la calidad de los registros, cuyos beneficiarios son los pacientes. El 100% de los profesionales se comprometieron en hacer cambios en la calidad de los registros.

5.2.Recomendaciones

- A las autoridades de la institución para que brinden capacitación continua y actualizada al personal de enfermería del servicio sobre la calidad de los registros.
- Al personal profesional de enfermería que concientice sobre la importancia de la calidad de la atención en los registros; se auto eduquen y no solo se mantengan con el conocimiento obtenido en las aulas universitarias.
- A las instituciones educativas para que realicen un trabajo coordinado en busca de objetivos claros para lograr el mejoramiento de la calidad de los registros y por ende la calidad de atención.
- A los futuros profesionales de enfermería para que en el futuro realicen investigaciones como éstas con la finalidad de mantener actualizada la información y el conocimiento de la calidad de los registros.
- A las Instituciones de salud para que implementen los registros electrónicos para mejorar la legibilidad de los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Registros clínicos de enfermería*. **Chávez Arcos, Daniela del Rocío**. 1, Quito : s.n., Noviembre 2013, Utilización de los Registros Clínicos de Enfermería utilizados por el equipo de salud en los procesos asistenciales de los pacientes del servicio de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suarez, Vol. I.
2. *Calidad de los Registros de Enfermería* . **Cedeño Tapia, Stefanía Johanna and Guananga Iza, Diana Carolina**. 1, Guayaquil : s.n., Junio 11, 2013, Calidad de los Registros de Enfermería en la Historia Clínica en el Hospital Abel Gilbert Pontón, Vol. I.
3. *Exactitud, precisión y curva de aprendizaje del instrumento para los registros clínicos de enfermería*. **Avedaño Garnica , María Nieves y Ramírez Vásquez, Tereza**. 2, abril- junio de 2011, Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2011, Vol. 16.
4. *Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación*. **Torres Santiago, Marisol, Zárate Grajales, Rosa Amarilis y Reyna Matus, Miranda**. 8, Enero - Marzo de 2011, Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM, Vol. 8.
5. *La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico*. **Mendez Calixto, Gabriela, et al.** 4, Septiembre 2001, Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2001;9 (1-4): 11-17, Vol. I.
6. **Chaparro, Lorena and Garcia, Diana Carolina**. LILACS. LLACS. [Online] Enero 20, 2003. [Cited: Julio 28, 2016.] <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=363469&indexSearch=ID>.
7. *Calidad de las nota de enfermería* . **Morales Loaysa, Sandra Carmela**. 1, Tacna : s.n., Febrero 2012, Calidad de las nota de enfermería en la unidad de cuidados intensivos Hospital regional Moquegua, Vol. I.

8. *Nivel de apego de los registros clínicos de enfermería a la norma oficial mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.* **Mejía Delgado, Adriana Nayeli, et al.** 1, Septiembre 2011, CONAMED, Vol. I, pp. 4-10.
9. **Ministerio de Salud Pública;** *Ministerio de Salud Pública.* [Online] Diciembre 2014. [Cited: Septiembre 5, 2016.] http://www.htdc.gob.ec/htdc1/images/PDF/plan_estrategico_2015.pdf.
10. *Percepción de la calidad de atención .* **Bravo Tapia, Mélida Rosario.** 1, Quito : s.n., Octubre 2011, Percepción de la calidad de atención que tienen los usuarios de la consulta externa, Vol. I.
11. *Evaluación de la Calidad de atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema.* **Llinás Delgano, Adalberto E.** 1, Noviembre 2010, Salud Uninorte, Vol. I.
12. **Méndez Rosey, César Julio.** Calidad, concepto y filosofías: Deming, Juran, Ishikawa y Crosby. *Biblioteca médica.* [Online] Abril 01, 2014. [Cited: Septiembre 6, 2016.] <http://www.gestiopolis.com/calidad-concepto-y-filosofias-deming-juran-ishikawa-y-crosby/>.
13. *Quality: terms and definitions.* **International Organization for Standardization.** 1, Octubre 1989, Quality: terms and definitions, Vol. I.
14. **Organización Panamericana de la Salud,.** Calidad de atención y seguridad del paciente. *Organización Panamericana de la Salud,.* [Online] 2013. [Cited: Septiembre 6, 2016.] http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=1530&Itemid=1557&lang=es.
15. **Salud, Gestion de Calidad en.** Guía Práctica para el proceso de Acreditación de Prestadores Institucionales de salud. *Subdepartamento de Gestion de Calidad en Salud.* [Online] 2016. [Cited: Enero 5, 2016.] http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articles-8981_guia_practica_acreditacion.pdf.
16. **Santacruz Varela, Javier.** *Acreditación de Establecimientos de Salud.* [Acreditación de establecimientos de salud] 2015.

17. *Normas de Gestión de la Calidad del cuidado enfermero*. **Colegio de Enfermeras/os del Perú**. 1, Perú : s.n., Octubre 2008, Normas de Gestión de la Calidad , Vol. I.
18. *Calidad de los Registros de Enfermería*. **Ruiz Hontangas, Antonio**. 1, Diciembre 2005, Index, Vol. I.
19. *Características de los registros de enfermería* . **Farfan Nitola, Gina Marcela**. 1, Marzo de 2013, Características de los registros de enfermería que hacen parte de expedientes de un tribunal de enfermería, Vol. I.
20. *Historia Clínica Unica*. **Ministerio de Salud Pública**,. 1, Marzo 14, 2008, Ministerio de Salud Pública, Vol. I.
21. *El registro de enfermería* . **Ortiz Carrillo, Ofelia and Socorro, Chávez María de**. 1, Junio 2006, El registro de enfermería como parte del cuidado, Vol. I.
22. *Calidad de los reportes de enfermería*. **Mejía Benavides, Álvaro Luis and Venegas Chauzá, Nataly Elizabeth**. 1, Ibarra : s.n., diciembre 2014, Calidad de los reportes de enfermería con la utilización del método DAR en emergencia en el hospital "San Vicente de Paúl" , Ibarra, Vol. I.
23. **Pozo, Magaly**. Online. *Modelo de anotaciones de enfermería III*. [Online] Octubre 12, 2009. [Cited: Septiembre 14, 2016.] <https://celessoapie.blogspot.com/>.
24. *Diagnósticos de enfermería*. **Rodríguez, Fatima**. 1, Julio 20, 2015, Hablemos de enfermería, Vol. I.
25. **Salazar Hernández, Imelda Yadira**. Online. *Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia*. [Online] 2014. [Cited: Septiembre 15, 2016.] <http://www.eneo.unam.mx/publicaciones/publicacionesoct2013/Proceso%20atencion%20en%20Enfermeria.pdf>.
26. *Registros de enfermería*. **García Ortíz, Lidia**. 1, Septiembre 9, 2012, Calidad de los registros de enfermería, Vol. I.
27. **Hablemos de enfermería**. [Diagnósticos de enfermería: definición y formulación] 2015.
28. **García Gonzáles, María de Jesús**. *El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson*. Don Bosco. Quito : Progreso S.A. de C.V., 2005. p. 13.
29. **Prescripción Enfermería**. Online. *Prescripción Enfermería*. [Online] Noviembre 27, 2015. [Cited: Septiembre 15, 2016.] www.prescripcionenfermera.com.

30. **Ministerio de Salud Pública.** *Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.* (Ley No. 2002-80). [Online] 2008. [Cited: Septiembre 16, 2016.] <http://www.desarrollosocial.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/10/ley-sis-nac-salud.pdf>.
31. **Salud, Reglamento de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de.** *Decreto Ejecutivo No. 3611. RO/9 de 28 de Enero del 2003.* [Online] 2003. [Cited: Septiembre 16, 2016.] <http://www.desarrollosocial.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/10/reglamento-sis-nac-salud.pdf>.
32. **Plan Nacional Para el Buen Vivir.** *Plan Nacional Para el Buen Vivir.* [Online] 2013-2017. [Cited: Septiembre 16, 2016.] <http://www.buenvivir.gob.ec/objetivo-3.-mejorar-la-calidad-de-vida-de-la-poblacion>.
33. *Ley del Ejercicio Profesional de las Enfermeras y Enfermeros del Ecuador.* **Ecuador, Ley del Ejercicio Profesional de las Enfermeras y Enfermeros del.** 1, Septiembre 1998, Ley del Ejercicio Profesional de las Enfermeras y Enfermeros del Ecuador, Vol. I.
34. **Ministerio de Salud Pública.** [Código de Ética] 2013.
35. **Meza, Angélica and Leguiza, Sandra.** [Aspectos legales] 2012.
36. **Mario Orlando, Suárez Ibujes.** *Cálculo del tamaño de la muestra.* [Online] 2015. [Cited: Septiembre 17, 2016.] <http://www.monografias.com/trabajos87/calculo-del-tamano-muestra/calculo-del-tamano-muestra.shtml#ixzz4JA1bSDCO>.
37. **Rabines Juárez, Angel Orlando.** *Factores de riesgo para el consumo de tabaco en una población de adolescentes escolarizados.* [Online] 2013. [Cited: Septiembre 17, 2016.] http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/Rabines_J_A/CAP%C3%8DTULO1-introduccion.pdf.
38. **Díaz, Angélica.** *Registros de enfermería.* [Online] 2012. [Cited: Septiembre 17, 2016.] http://es.slideshare.net/moira_IQ/registros-de-enfermera-13622697.
39. **ABC, definición.** *Definición Factores.* [Online] 2015. [Cited: Septiembre 17, 2016.] <http://www.definicionabc.com/general/factores.php>.
40. *Programa de intervención para disminuir el estrés laboral en el personal de enfermería.* **Jiménez Brito, Doris.** 1, cuenca : s.n., Septiembre 2011, Programa de

intervención para disminuir el estrés laboral en el personal de enfermería del Hospital Vicente Corral Moscoso, Vol. I.

41. **INEC.** Online. *Cifras población urbana*. [Online] Marzo 2015. [Cited: Septiembre 17, 2016.] http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/EMPLEO/2015/Marzo-2015/Informe_Ejecutivo_Mar15.pdf.

42. *Análisis de la situación laboral de las/os profesioanles de enfermería* . **Pasquel Rivera, Evelin Estefany and Valverde Guevara, Adriana Esthefania**. 1, Quito : s.n., Octubre 2015, Análisis de la situación laboral de las/os profesioanles de enfermería en los Hospitales privados del distrito Metropolitano de Quito, Vol. I.

43. **CIE.** Online. *Consejo Internacional de Enfermera*. [Online] Septiembre 15, 2015. [Cited: Septiembre 17, 2016.] <http://www.icn.ch/es/who-we-are/sobre-el-cie/>.

44. *Factores personales e institucionales que influyen en el llenado de las notas de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión*. **Contreras Espiritu, Patricia Glicería**. 8, Septiembre 2012, Perú Obstetricia. Enfermería 8 (2), Vol. II, pp. 93-98.

45. **Bautista, Nelly**. *Conocimientos problemas legales en enfermería*. [Online] 2011. [Cited: Septiembre 17, 2016.] <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/1192/1/06%20ENF%20483%20TESIS%20ETICA.pdf>.

46. *La responsabilidad del profesional de enfermería en el cumplimiento de la indicacione médica verbal*. **Travieso, Esmirna**. 1, Barcelona : s.n., Noviembre 2009, La responsabilidad del profesional de enfermería en el cumplimiento de la indicacione médica verbal, Vol. I.

ANEXOS

Anexo N° 1.- Certificados

SUMMARY

Until today, it is hard to find quality nursing records, several studies show lots of deficiencies in this area. Healthy World Organization presents as the greatest problems in patient's care, it is caused by the lack of communication between nurses from different shifts changes. Each nurse is responsible for recording each procedure and technique performed in the patients' clinical records, these are important tools to improve quality care. "Factors Affecting the Quality of Clinical Nursing Records" is the name of this research, it was developed at the "Delfina Torres de Concha" hospital. The general objective of this study was to determine the factors, which are affecting the quality of clinical nursing records. The used methods for this research were quantitative, observational, descriptive and cross-sectional. A survey about professionals' socio-demographic data, who are working in the hospital and their basic knowledge about clinical records were identified. An observation guideline to classify the quality of the records was used. The survey showed that 12 professionals work in the study area. They are all female, their average age is 38 years old. Most of the nurses have worked at least for 5 years, their knowledge of clinical records was minimal. This correlates with the observation above, which said that there were deficiencies in clinical records. It was recommend to the authorities from "Delfina Torres de Concha" Hospital provide permanent and updated training in writing quality nursing records, maintaining contact with higher education centers to benefit the community.

Keywords: Quality care, clinical nursing records, nursing note.



HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA ESMERALDAS
Unidad: Docencia-Investigación.

Esmeraldas, 22 de septiembre 2016

Msc.
Ximena Tapia Paguay
Directora de Tesis UTN

Le saludo cordialmente

Certifico que la señorita egresada de la carrera de enfermería, Mayra Alejandra Lobato Narvárez con CI: 1003430095, ha socializado el tema de investigación: Factores que afectan la calidad de los registros clínicos de enfermería en el Hospital Delfina Torres de Concha 2016.

Autorizo a la señorita Alejandra Lobato hacer uso del documento para lo que estime necesario.

Situación que comunico para fines pertinentes.

Con sentimiento de distinguida consideración.

Atentamente

Mgt. Mayra Lobato Narvárez
Coordinadora Docencia HDTC



Anexo N° 2.- Firmas socialización

Socialización del trabajo de investigación con el tema
 "FACTORES QUE AFECTAN LA CALIDAD DE LOS
 REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA EN EL
 HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA, 2016"



NOMBRE Y APELLIDO	NÚMERO DE IDENTIDAD	CARGO	FIRMA
Alexandria Santillo	0400937819	Lider Enfermería	[Firma]
Patricia Quispe	0801025972	Enfermera	P. Qui
Cervando Sanchez	0700784415	Enfermera	[Firma]
A. Dávalos	0803281525	Enfermera	[Firma]
Antonio Coronel	0801891534	Enfermera	[Firma]
Elizabeth Pich	0801219833	Enfermera	[Firma]
Andy Coronel P	0803231232	Enfermera	[Firma]
Marcelo Coronel Luna	0802625720	Lider Enfermería	[Firma]
Suzana Ruchi	0801431800	Enfermera	[Firma]
Alcides Coronel	0800691685	Lider E-Enf	[Firma]
Trinidad Coronel	0801504791	Lider Enf	[Firma]
Rosa Candy	0802412411	Enfermera	[Firma]
Elsa Durán	0802371583	Enfermera	[Firma]
Yorani Ortiz	080292511	Enfermera	[Firma]

Anexo N° 3.- Encuesta



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

ENCUESTA Y CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE REGISTROS
CLÍNICOS APLICADOS A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

F

EDAD:

SEXO:

TIEMPO DE LABOR EN EL SERVICIO:

INSTRUCCIONES: LEER CUIDADOSAMENTE Y CONTESTAR LO MAS HONESTAMENTE POSIBLE, LAS SIGUIENTES PREGUNTAS (los datos de aquí recolectados se manejarán de forma confidencial, pues serán tomadas exclusivamente para la elaboración de una investigación)

I. INFORMACION CIENTIFICA (Encerrar en un círculo según su criterio)

1. LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA SON:

- a. Registros que realizan la enfermera sobre el ingreso
- b. Registros de tratamientos médicos recibidos por el paciente
- c. Registros donde queda recogida toda la información sobre la actividad de enfermería referente al paciente, observaciones, cuidados, procedimientos, medicamentos administrados, tratamiento recibido y su evolución
- d. Solo A y b son correctas

2. ¿CUÁNTO TIEMPO DEDICA AL LLENADO DE LOS REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA POR PACIENTE?

- a. 5 minutos
- b. 10 minutos
- c. 15 minutos
- d. Más de 15 minutos

3. NÚMERO DE PACIENTES A SU CARGO

- a. 1 a 10
- b. 10 a 15
- c. 15 o más

4. ¿CONSIDERA QUE LA CANTIDAD DE PACIENTES A SU CARGO AFECTA SU DESEMPEÑO LABORAL, CON RESPECTO AL LLENADO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA

- a. Si
- b. No

Por que?

5. EL PROPÓSITO DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA ES DE:

- a. Son las que permiten disponer de información sobre la administración de medicamentos del paciente
- b. Garantizar seguridad y continuidad en el cuidado del paciente las 24 horas del día
- c. A y b son correctas
- d. Ninguna es correcta

6. LAS NOTAS DE ENFERMERÍA

- a. Deben de tener espacios en blanco en los reportes de enfermería
- b. No deben de tener borrones o enmendaduras
- c. Deben de comenzar cada nota con la fecha y terminar con la firma
- d. b y c son correctas
- e. Todas

7. ¿COMO CORRIGÉ USTED LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA CUANDO SE DA CUENTA DE UN ERROR?

- a. Tacha
- b. Subraya la palabra y escribe error
- c. Sobrescribe con correcciones
- d. Utiliza corrector liquido
- e. Otros

8. ¿TIENE USTED DIFICULTAD EN LEER LAS NOTAS DE ENFERMERÍA ANTERIORES A LAS REGISTRADAS POR USTED?

- a. Si
- b. No

Por qué?

9. REGISTRA LOS PROCEDIMIENTOS ANTES DE REALIZARLOS AL PACIENTE

- a. Si
- b. No

10. QUE SIGNIFICA PARA USTED

NANDA.....

NIC.....

NOC.....

11. CONSIDERA IMPORTANTE EL CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DEL MÉTODO DE ENFERMERÍA

- a. Si
- b. No

Por qué?

Lo aplica?

12. ¿CONOCE UD CUALES SON LOS COLORES DE BOLIGRAFOS ADECUADOS PARA EL LLENADO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA?

Por turno:

Por signos vitales:

13. ¿EN CUAL DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA HA TENIDO PROBLEMAS AL LLENAR?

- a. Kardex
- b. Signos Vitales
- c. Nota de enfermería
- d. Ninguno

14. ¿QUÉ TAN IMPORTANTE CONSIDERA UD HACER CONSTAR SU TRABAJO POR MEDIO DE NOTAS DE ENFERMERÍA?

- a. Mucho
- b. Poco
- c. Nada

15. ¿CUAL CREE QUE SEAN LOS FACTORES QUE INTERFIEREN CON EL LLENADO ADECUADO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA? Y POR QUÉ?

.....
.....
.....
.....

16. REvisa usted las actividades de enfermería que deben realizar el personal a su cargo respecto al llenado de la hoja de signos vitales

- a. Si
- b. No

Si encuentra algún error que intervenciones realiza.....
.....

II. INFORMACION LEGAL

17. ¿TIENE CONOCIMIENTO DE LOS PROBLEMAS LEGALES QUE INVOLUCRA UN MAL LLENADO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA?

- a. Si
- b. No

Que opina al respecto?

.....
.....

18. EN EL EJERCICIO PROFESIONAL HA TENIDO ALGÚN PROBLEMA CON PACIENTES, FAMILIARES O INSTITUCIONAL

- a. Si
- b. No

Cual?

19. ¿CONOCE DE ALGUN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA O DE OTROS QUE SE ENCUENTRAN EN PROBLEMAS LEGALES EN EL EJERCICIO DE LA PROFESION?

- a. Si
- b. No

Qué tipo de problema?.....
.....

20. LA INSTITUCION REALIZA PROCESOS DE CAPACITACION REFERENTE A LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA

- a. Si
- b. No

Cuando fue que recibió esta actualización:

Fuente. - Trabajo de investigación "Calidad de los registros clínicos de enfermería en la historia clínica en el "Hospital Abel Gilbert Pontón" 2013"- Autora: Cedeño Tapia y Guananga Iza- Modificado por: Alejandra lobato 2016

Anexo N° 4. - Guía de observación

SERVICIO:

FECHA DE MEDICIÓN:

RESPONSABLE DE MEDICIÓN:

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

“Guía de Observación De Auditoria De La Calidad De Los Registros De Enfermería En La Historia Clínica”.

- a) Porcentaje de historias clínicas en las que los datos de identificación y si en la hoja de signos vitales se controló y registró adecuadamente los datos valorados

INDICADORES			N° HISTORIA CLINICA																	
DATOS DE IDENTIFICACIÓN	Área o servicio	Registra correctamente en la historia clínica: el establecimiento de salud, número de cama y datos de identificación del paciente: nombres y apellidos, edad, sexo, número de historia clínica.																		
	Fecha	Registra el día, mes y año con azul																		
HOJA DE SIGNOS VITALES	Días de hospitalización	Registra con azul los días de hospitalización del paciente																		
	Días postquirúrgicos	Registra con rojo los días postquirúrgicos																		
	Frecuencia cardíaca	Registra el pulso con líneas de unión entre los puntos(con rojo) en cada turno																		
	Temperatura	Registra la temperatura con líneas de unión entre los puntos(con azul)																		
	Frecuencia respiratoria	Registra con números en las celdas correspondientes AM y PM																		
	Presión arterial	Registra la presión arterial en las celdas correspondientes AM y PM																		
	balance hídrico	Registra el total de ingresos vía oral, parenteral, sondas nasogástricas y otros.																		
		Registra el total de eliminaciones por diferentes vías: urinaria, heces, vómitos, sudor, etc.																		
	Actividades y mediciones	Registra los datos diarios de aseo/ baño, medición de peso y demas actividades señaladas.																		
Si cumple con el estándar marque (+) y si no cumple marque (-).																				

Fuente. - Trabajo de investigación “Calidad de los registros clínicos de enfermería en la historia clínica en el “Hospital Abel Gilbert Pontón” 2013”- Autora: Cedeño Tapia y Guananga Iza- Modificado por: Alejandra lobato 2016.

SERVICIO:

FECHA DE MEDICIÓN:

RESPONSABLE DE MEDICIÓN:

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

“Guía de Observación De Auditoria De La Calidad De Los Registros De Enfermería En La Historia Clínica”.

b) Porcentaje de historias clínicas en las que las notas de enfermería han sido registradas adecuadamente

INDICADORES		N° HISTORIA CLINICA									
NOTA DE ENFERMERÍA	Las notas de enfermería están escritas en forma pulcra, con letra legible y sin errores ortográficos.										
	La redacción de la nota de enfermería es clara, concisa y comprensible.										
	Registra la hora de la realización de las notas.										
	Registran las intervenciones de enfermería en forma detallada y acorde con la valoración, diagnóstico y plan de enfermería.										
	En los reportes de enfermería aplica el método de enfermería y el uso de la terminología NANDA, NIC y NOC.										
	El color de la tinta en las notas de enfermería es el correcto según el turno en que se trabaje.										
	Usan solo abreviaturas consensuadas que están en las normas nacionales e internacionales y que no pueden inducir a error.										
	Las notas de enfermería no se encuentran borradas con corrector líquido, notas superpuestas o adulteradas.										
	No dejan líneas en blanco ni escriben entre líneas.										
	Se evitan los términos con una connotación negativa o juicios de valor.										
	Si es una afirmación se acompaña de la evidencia.										
	Las notas de enfermería son específicas sin usar términos vagos.										
	Realiza informe de ingreso										
	Realiza informe de egreso										
	Existe delimitación entre una nota y otra. Nombre y cargo de profesional responsable.										
Qué tipo de método de registro utiliza: coloca N para narrativo y D para método DAR.											
Si cumple con el estándar marque (+) y si no cumple marque (-).											

Fuente. - Trabajo de investigación "Calidad de los registros clínicos de enfermería en la historia clínica en el "Hospital Abel Gilbert Pontón" 2013"- Autora: Cedeño Tapia y Guananga Iza- Modificado por: Alejandra Iobato 2016.

SERVICIO:

FECHA DE MEDICIÓN:

RESPONSABLE DE MEDICIÓN:

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

“Guía de Observación De Auditoria De La Calidad De Los Registros De Enfermería En La Historia Clínica”.

c) Porcentaje de historias clínicas en las que la hoja de administración de medicamentos ha sido registrada adecuadamente según las prescripciones médicas

INDICADORES		Nº HISTORIA CLÍNICA																			
HOJA DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	Medicamento	Anotan las características señaladas de las prescripciones farmacológicas: nombre del medicamento, dosis unitaria, vía, frecuencia. Cada reglón sirve para un solo medicamento.																			
	fecha	Registra el día, mes y año que inicia el tratamiento.																			
	Hora	Desglosa el horario: de 7:00 am a 18:00 pm con azul y de 19:00pm a 06:00 am con rojo.																			
	Iniciales	Chequea la administración del medicamento según el horario con iniciales de nombre y apellido de responsable correspondiente.																			
	Función	Anota el cargo del responsable que administra el medicamento.																			
	Usan solo abreviaturas consensuadas que están en las normas nacionales e internacionales y que no pueden inducir a error.																				
	Las hoja de administración de medicamentos no se encuentran borradas con corrector líquido, notas superpuestas o adulteradas.																				
	Si cumple con el estándar marque (+) y si no cumple marque (-).																				

Fuente. - Trabajo de investigación “Calidad de los registros clínicos de enfermería en la historia clínica en el “Hospital Abel Gilbert Pontón” 2013”- Autora: Cedeño Tapia y Guananga Iza- Modificado por: Alejandra lobato 2016.

Anexo N° 5.- Fotografias





SUMMARY

Until today, it is hard to find quality nursing records, several studies show lots of deficiencies in this area. Healthy World Organization presents as the greatest problems in patient's care, it is caused by the lack of communication between nurses from different shifts changes. Each nurse is responsible for recording each procedure and technique performed in the patients' clinical records, these are important tools to improve quality care. "Factors Affecting the Quality of Clinical Nursing Records" is the name of this research, it was developed at the "Delfina Torres de Concha" hospital. The general objective of this study was to determine the factors, which are affecting the quality of clinical nursing records. The used methods for this research were quantitative, observational, descriptive and cross-sectional. A survey about professionals' socio-demographic data, who are working in the hospital and their basic knowledge about clinical records were identified. An observation guideline to classify the quality of the records was used. The survey showed that 12 professionals work in the study area. They are all female, their average age is 38 years old. Most of the nurses have worked at least for 5 years, their knowledge of clinical records was minimal. This correlates with the observation above, which said that there were deficiencies in clinical records. It was recommend to the authorities from "Delfina Torres de Concha" Hospital provide permanent and updated training in writing quality nursing records, maintaining contact with higher education centers to benefit the community.

Keywords: Quality care, clinical nursing records, nursing note.

