



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

**TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR**

**TEMA:**

“MANEJO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL  
GENERAL MARCO VINICIO IZA, SUCUMBÍOS 2024”

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de: Licenciatura en  
Enfermería

**Línea de investigación:** Salud y Bienestar Integral

**AUTOR:**

Katherine Estefania Ruiz Tanaí

**DIRECTOR:**

Msc. Katty Elizabeth Cabascango Cabascango

**Ibarra – Ecuador 2025**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE  
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA**

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

**1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA**

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
<b>CÉDULA DE IDENTIDAD:</b>	1050295185		
<b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b>	Ruiz Tanaí Katherine Estefania		
<b>DIRECCIÓN:</b>	Ecuador – Imbabura – Ibarra, Sector Priorato 4 Esquinas		
<b>EMAIL:</b>	<a href="mailto:keruizt@utn.edu.ec">keruizt@utn.edu.ec</a>		
<b>TELÉFONO FIJO:</b>	SN	<b>TELÉFONO MÓVIL:</b>	0991368783

DATOS DE LA OBRA	
<b>TÍTULO:</b>	“Manejo de los registros de enfermería en el Hospital General Marco Vinicio Iza, Sucumbíos 2024”
<b>AUTOR (ES):</b>	Ruiz Tanaí Katherine Estefania
<b>FECHA: DD/MM/AAAA</b>	13 de noviembre del 2025
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
<b>PROGRAMA:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>PREGRADO</b> <input type="checkbox"/> <b>POSGRADO</b>
<b>TÍTULO POR EL QUE OPTA:</b>	Licenciatura en Enfermería
<b>ASESOR /DIRECTOR:</b>	Msc. Katty Elizabeth Cabascango Cabascango

**2. 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 13 días del mes de Noviembre de 2025

**EL AUTOR:**

*Katherine Ruiz*

Nombre: Ruiz Tanaí Katherine Estefania


## CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

En la ciudad de Ibarra, a los 13 días del mes de noviembre de 2025

Msc. Katty Elizabeth Cabascango Cabascango  
DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CERTIFICA:

Haber revisado el presente informe final del trabajo de Integración Curricular, el mismo que se ajusta a las normas vigentes de la Universidad Técnica del Norte; en consecuencia, autorizo a su presentación para los fines legales pertinentes.

(f).....  
Msc. Katty Elizabeth Cabascango Cabascango

## APROBACIÓN DEL COMITÉ CALIFICADOR

El Comité Calificador del trabajo de Integración Curricular titulado: “**Manejo de los registros de enfermería en el Hospital General Marco Vinicio Iza, Sucumbíos 2024**” Elaborado por Katherine Estefania Ruiz Tanaf, previo a la obtención del título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA, aprueba el presente informe de investigación en nombre de la Universidad Técnica del Norte:

(f).....

Msc. Katty Elizabeth Cabascango Cabascango -DIRECTOR

(f).....

Msc. Eva Consuelo López Aguilar -ASESOR

## DEDICATORIA

A Dios y la Virgencita del Quinche, quienes han sido los que me han guiado por el camino del bien en toda esta trayectoria, por permitirme culminar con éxito lo un día soñé y hoy se hace realidad, por darme fuerza y valentía en todo momento.

A mi madre Doris, quien fue y sigue siendo mi más grande inspiración, por ser una guerrera, a quien fue luz en mi oscuridad. Gracias por su apoyo y amor incondicional, por creer en mí en todo momento, por animarme en mis caídas y aún más en mis logros, por su esmero para poder darme a sus posibilidades la educación que hoy en día florece. Por brindarme las herramientas a lo largo de mi vida para poder llegar a ser una profesional y enseñarme que en la vida nunca existirán obstáculos que puedan detenerme para poder cumplir mis sueños. Es la primera protagonista para poder concluir esta etapa, mi logro es también su logro. A mis tíos y abuelita, por su apoyo emocional, por sentirse orgullosos de mí, por todas las risas, consejos y por estar en los momentos que más necesitaba de sus palabras de aliento. A mi mejor amigo y pareja, Fernando, quien ha sido mi descanso y apoyo en los momentos más estresantes, por impulsarme todos los días y recordarme que yo siempre podré, por confiar en mis capacidades para lograr lo que me proponga, por sus palabras de amor y afirmación constantes.

*Katherine Estefania Ruiz Tanáí*

## AGRADECIMIENTO

A mi madre Doris por su amor incondicional, comprensión y apoyo inquebrantable en cada paso de este camino. Su ánimo y palabras de aliento fueron mi mayor motivación.

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a mi tutora del trabajo de investigación curricular, Msc. Katty Cabascango por su guía experta, paciencia y apoyo constante a lo largo de este proyecto. Sus consejos y compartirme sus conocimientos fueron fundamentales para el desarrollo de este trabajo.

A todos los que de una forma u otra contribuyeron en este proyecto, gracias por su cariño.

*Katherine Estefania Ruiz Tanai*

## RESUMEN EJECUTIVO

### MANEJO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL GENERAL MARCO VINICIO IZA, SUCUMBÍOS 2024

**Autor:** Katherine Estefania Ruiz Tanaí

**Director:** Msc. Katty Elizabeth Cabascango Cabascango

[keruizt@utn.edu.ec](mailto:keruizt@utn.edu.ec)

Los registros de enfermería son documentos legales, específicos de práctica de enfermería que define todos los procedimientos e intervenciones del paciente, visibilizando el papel autónomo y objetivando de forma permanente los cuidados realizados. Objetivo: Evaluar el manejo de los registros de enfermería en el hospital Marco Iza. Metodología: Enfoque cuantitativo, descriptivo, transversal y documental, se utilizó un instrumento dirigido a los profesionales de enfermería y una guía de observación para la historia clínica única validados por especialistas en enfermería, con muestreo no probabilístico a conveniencia (n=61) cumpliendo criterios de inclusión y exclusión. Resultados: La población estudiada es adulta joven con instrucción académica de tercer nivel, de nombramiento fijo con experiencia laboral superior a 5 años. El 67.29% asume que los informes de enfermería deben realizarse durante y después de la jornada laboral, el 83,60% se demora entre 5 y 10 minutos, el 45,91% no identifica claramente la clasificación taxonómica. La mayoría cumple en la confidencialidad del paciente, elaboración de los registros el 6,56% persiste errores y en el manejo de formularios de 005 y 022 casi el 20% incumple. En la Historia Clínica Única del paciente se observó en la transcripción de prescripción médica existe en casi todos los servicios el cumplimiento parcial, además persiste el uso de corrector en los registros, en cirugía el 100%, en menor porcentaje en Ginecología, Medicina Interna y Centro Quirúrgico. Conclusión: El conocimiento sobre los registros de enfermería son adecuados, sin embargo, se recomienda capacitaciones y seguimiento continua para alcanzar estándares de calidad.

**Palabras clave:** enfermería, registros de enfermería, hospital.

## ABSTRACT

### MANAGEMENT OF NURSING RECORDS AT THE MARCO VINICIO IZA GENERAL HOSPITAL, SUCUMBÍOS 2024.

Nursing records are legal documents, specific to nursing practice, that define all the patient's procedures and interventions, making visible the autonomous role and permanently objectifying the care provided. Objective: To evaluate the management of nursing records at the Marco Iza hospital. Methodology: Quantitative, descriptive, transversal and documentary approach, an instrument aimed at nursing professionals and an observation guide for the single clinical history validated by nursing specialists were used, with non-probabilistic convenience sampling (n=61) meeting criteria. of inclusion and exclusion. Results: The population studied is young adults with third-level academic education, with a permanent appointment with work experience of more than 5 years. 67.29% assume that nursing reports must be made during and after the work day, 83.60% take between 5 and 10 minutes, 45.91% do not clearly identify the taxonomic classification. The majority complies with patient confidentiality, preparation of records, 6.56% persist errors and in the management of forms 005 and 022, almost 20% do not comply. In the patient's Single Clinical History, it was observed in the transcription of the medical prescription that there is partial compliance in almost all services, in addition the use of concealer persists in the records, in surgery 100%, in a lower percentage in Gynecology, internal medicine and surgical center. Conclusion: Knowledge about nursing records is adequate, however, training and continuous monitoring are recommended to achieve quality standards.

**Keywords:** Nursing, nursing records, hospital.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>Identificación de la Obra</b> .....	2
<b>Autorización de uso a favor de la Universidad</b> .....	3
<b>Constancias</b> .....	4
<b>CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR</b> ...	5
<b>APROBACIÓN DEL COMITÉ CALIFICADOR</b> .....	6
<b>DEDICATORIA</b> .....	7
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	8
<b>RESUMEN EJECUTIVO</b> .....	9
<b>ABSTRACT</b> .....	10
<b>ÍNDICE DE CONTENIDOS</b> .....	11
<b>INDICE DE TABLAS</b> .....	13
<b>Introducción</b> .....	14
<b>El Problema de Investigación</b> .....	14
<b>Justificación</b> .....	16
<b>Objetivo General</b> .....	17
<b>Objetivos Específicos</b> .....	17
<b>CAPÍTULO I</b> .....	18
<b>1. Fundamentación teórica</b> .....	18
<b>1.1. Marco referencial</b> .....	18
<b>1.1.1 Evaluación del desempeño de las enfermeras con respecto a la documentación de enfermería en las salas de pediatría de los hospitales de Mosul 2024</b> .....	18
<b>1.1.2 Calidad de Registros Clínicos de Enfermería de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital Especializado 2024</b> .....	18
<b>1.1.2 Calidad de los registros clínicos de enfermería de una Unidad de Terapia Intensiva – Neonatal 2022</b> .....	19
<b>1.1.4 Calidad de los registros de enfermería en un sector del Hospital Público de la Ciudad de Oberá 2022</b> .....	20
<b>1.1.5 Calidad de los registros clínicos de enfermería en el área de alojamiento conjunto 2022</b> 20	20
<b>1.1.6 Manejo del Soapie en los reportes de enfermería en un hospital general del Ecuador 2022</b> 21	21
<b>1.1.7 Evaluación de registros de enfermería a través de Calidad de Diagnósticos, Intervenciones y resultados 2022</b> .....	21
<b>1.2. Marco Contextual</b> .....	22
<b>1.3. Marco Conceptual</b> .....	22

1.3.1.	Enfermería.....	22
1.3.2.	Funciones de enfermería.....	22
1.3.3.	Gestión de enfermería.....	23
1.3.4.	Historia Clínica Única del Paciente.....	23
1.3.5.	Registros de enfermería de la historia clínica.....	24
1.3.6.	Informes de enfermería.....	25
1.3.7.	SOAPIE.....	25
1.3.8.	Manejo adecuado de los formatos en enfermería.....	25
1.4.	Marco Ético.....	26
<b>CAPÍTULO II.....</b>		<b>27</b>
2.	Materiales y Métodos.....	27
2.1.	Tipo de Investigación.....	27
2.2	Diseño de la investigación.....	27
2.3.	Técnicas e instrumentos de Investigación.....	28
2.3.1.	Encuesta.....	28
2.3.2.	Instrumento.....	28
2.3.3.	Check List.....	28
2.4.	Matriz de Operacionalización de Variables.....	30
2.5	Preguntas de Investigación.....	37
2.6	Participantes.....	37
2.6.1	Población.....	37
2.6.2	Muestra.....	37
2.6.3	Criterios de Inclusión.....	37
2.6.4	Criterios de Exclusión.....	37
2.7	Procedimiento y Análisis de datos.....	38
2.8	Aspectos Éticos.....	38
<b>CAPÍTULO III.....</b>		<b>40</b>
3	Resultados y Discusión.....	40
<b>CAPÍTULO IV.....</b>		<b>53</b>
4.1	Conclusiones.....	53
4.2	Recomendaciones.....	54
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>		<b>55</b>
<b>Anexos.....</b>		<b>59</b>

**INDICE DE TABLAS**

<b>Tabla 1.</b> Datos sociodemográficos.....	40
<b>Tabla 2.</b> Conocimiento sobre el informe de enfermería .....	41
<b>Tabla 3.</b> Conocimientos sobre el SOAPIE.....	42
<b>Tabla 4.</b> Actitud del profesional en los informes de enfermería.....	43
<b>Tabla 5.</b> Prácticas en la elaboración de registros de enfermería .....	44
<b>Tabla 6.</b> Registros de enfermería de la Historia Clínica Única en la práctica.....	45
<b>Tabla 7.</b> Transcripción de prescripción médica en el formato 005 .....	46
<b>Tabla 8.</b> Calidad del reporte de enfermería.....	47
<b>Tabla 9.</b> Calidad en el formulario de signos vitales 020 .....	48
<b>Tabla 10.</b> Calidad en el formulario de administración de medicamentos 022 .....	49
<b>Tabla 11.</b> Calidad del formulario de ingesta y eliminación.....	50
<b>Tabla 12.</b> Respuesta Institucional frente a los registros de enfermería.....	51

## Introducción

### El Problema de Investigación

El registro clínico de enfermería es la evaluación y planificación de la atención en función de las necesidades del paciente como parte del sistema de atención médica, e integra la historia clínica del paciente para garantizar una atención de calidad. Debe ser escrito, detallado, completo, conciso y relevante para las observaciones actuales e inmediatas de la atención del paciente (1). Estos documentos tienen una relación significativa con la implementación de los derechos de seguridad en salud. Por lo tanto, deben ser claros, fáciles de leer, oportunos y confiables, como evidencia de que la profesión de enfermería está conectada con la profesión de enfermería las 24 horas del día, los 365 días del año. Soporte documental de toda la información relacionada con las actividades dependientes e independientes del personal (2). Realizar este proceso, facilita la atención del equipo multidisciplinario y el seguimiento del progreso del paciente. Los registros en papel deben desarrollarse mediante un proceso sistemático y transparente que tenga en cuenta las necesidades de los pacientes y los profesionales de la salud para facilitar un mejor uso de los registros para una mejor documentación (3).

No obstante, en países como Portugal se presentan desafíos que dificulta un correcto llenado de los registros. Los profesionales perciben que deben destinar el tiempo de cuidado para la realización de los registros (4). El personal de enfermería suele estar sometido a una gran carga de trabajo debido a las actividades de documentación clínica y organizativa (5). En cuanto a España, Cuevas *et al.*, (6), señalan que la calidad de los registros clínicos puede cuestionarse por varias razones, como formatos y métodos de recopilación de información obsoletos, cambios constantes en el conocimiento y la práctica de la enfermería basada en evidencia, falta de comprensión del significado legal del uso lenguaje apropiado para el llenado de estos documentos.

Estudios como los realizados por Tadese *et al.*, (7), señalan que entre los problemas que se encuentran en el manejo del registro clínico en enfermería se tiene el llenado incompleto de los indicadores establecidos en los formatos y los cuidados no son documentados. Por su parte, Brima *et al.*, (8), evidenció que en los registros la información es insuficiente, poco clara y faltante en los archivos. Mientras que, Lundberg *et al.*, (9), también observaron la documentación interna faltante, fragmentada e inconsistencia en la información.

Latinoamérica no escapa de esta realidad, y se presentan problemas en los registros clínicos por omisiones, letras ilegibles y otros aspectos que no cumplen con los requisitos de calidad y pueden plantear problemas éticos y legales (10). En México los registros clínicos presentaron regular calidad, se evidencia que no se cumple de forma completa con las anotaciones del quehacer profesional sustentado en el proceso enfermero (11). De igual manera, en México, Santos *et al.*, (12), menciona que un bajo nivel de conocimiento científico y legal resultó ser uno de los mayores desafíos profesionales para completar correctamente los registros de enfermería y, a pesar de la responsabilidad profesional, la calidad de la escritura de los registros de enfermería fue incompleta con borrones, escritura poco clara y mala letra. y una situación incompleta, y existe la posibilidad de que los empleados copien los registros del turno anterior.

En algunos países se ha encontrado que el cumplimiento de las historias clínicas no garantiza que sean de alta calidad, ya que, a pesar de los altos niveles de cumplimiento, en ocasiones existen debilidades en la justificación de las acciones de enfermería (13). En Argentina el problema está relacionado con la falta de registro de los diagnósticos de enfermería, no se han diligenciado todos los indicadores por lo que la información es incompleta (14). En lo que respecta a Brasil y Lima destacan que, el principal problema del registro de enfermería fue la falta de categorías temáticas, siendo los mayores desacuerdos la falta de tiempo y la letra ilegible. Las enfermeras mantienen registros incompletos y, a menudo, no documentan la atención brindada (15).

La evaluación de la calidad de los registros de enfermería muestra que existen problemas y debilidades en el registro de enfermería en términos de contenido, proceso, estructura, etc. Los registros se relacionan únicamente con la gestión y están separados de la atención, lo que dificulta su uso como medio de comunicación interprofesional y como evidencia de la calidad de la atención (16,17).

La calidad de los registros es variable, aceptable en cuanto a codificación de diagnósticos, estadísticas y fechas de tratamiento, pero incompleta en cuanto a antecedentes personales, hábitos y, aunque la finalización de las consultas y los motivos de consulta y diagnóstico clínico fue alta, resulta evidente la importancia de completar la documentación con datos claros y comprensibles (18).

Por consiguiente, en la práctica persisten algunos errores en el manejo de los registros de enfermería que han sido descritos en la enfermería basada en la evidencia. Por lo tanto, esta investigación busca evaluar el manejo de los registros de enfermería de la Historia Clínica Única en el Hospital General Marco Vinicio Iza y con los resultados proponer estrategias de mejora para optimizar la atención al paciente y garantizar un historial clínico completo y confiable.

### **Justificación**

Los registros de enfermería resultan una pieza clave en la continuidad y calidad del cuidado estos documentos no solo aportan información sobre la condición de salud del paciente y las intervenciones realizadas, además sirven como medio de comunicación efectiva entre los diferentes profesionales de salud. Cuando el manejo de los registros es adecuado es vital para la toma de decisiones clínicas, en tal sentido, reduce el riesgo de errores y se aumenta la probabilidad de obtener resultados esperados en el paciente.

Este estudio proporciona importantes contribuciones al campo de la salud porque cuenta con amplio respaldo teórico y práctico, con diversas posibilidades de investigación que mejora el ejercicio profesional y calidad de atención al paciente. Los registros de enfermería completos es una documentación que sirve como evidencia en caso de trámites legales, protegiendo al profesional al demostrar que actuó de manera ética y profesional. Al analizar estos registros, se pueden identificar qué prácticas y protocolos resultan más efectivos, lo que permite actualización oportuno y mejora de los estándares de cuidado basados en evidencias científica recopiladas directamente del campo clínico contribuyendo así también a un impacto social al garantizar un cuidado más seguro, efectivo a la comunidad.

Los beneficiarios directos son los profesionales porque los registros de enfermería precisos, oportunos, legibles, continuos y actualizados aseguran la atención de calidad y disminuye eventos adversos en el cuidado; asimismo la documentación detallada y rigurosa permite evaluar las condiciones de salud, las intervenciones de enfermería, el cumplimiento del tratamiento prescrito y mejora la comunicación entre el equipo de salud. Además, beneficia de manera indirecta a la institución elevando el estándar de calidad reduciendo costos operativos y trámites legales.

Se debe señalar que, la teoría que sustenta la importancia de los registros en enfermería se basa en los principios de la teoría del cuidado de enfermería de Jean Watson. En este postulado se plantea que, el cuidado humano y la relación terapéutica con fundamentales para la práctica clínica en esta área profesional y para ello, se requiere de una documentación precisa que deje evidencia de la atención holística que se le da a cada paciente. Desde una perspectiva teórica, este estudio puede ayudar a facilitar la comprensión de la relación que existe entre la calidad de los registros y la seguridad del paciente, lo que puede servir de base para desarrollar nuevas teóricas, modelos de cuidado en enfermería, o proporcionar una base teórica sólida para la formulación de políticas en salud relacionada a la gestión de registros clínicos (19).

Ante lo expuesto, este estudio resulta factible considerando que existe un número significativo de publicaciones sobre la importancia de los registros en enfermería. También, se cuenta con el apoyo de la institución hospitalaria por lo que se tiene acceso a los registros clínicos. De igual manera, es viable, porque se cuenta con los recursos tecnológicos y humanos necesarios a cargo de la investigadora.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

- Evaluar el manejo de los registros de enfermería en el Hospital General Marco Vinicio Iza, Sucumbíos 2024.

### **Objetivos Específicos**

- Identificar las características demográficas y laborales de la población en estudio.
- Determinar el conocimiento de los profesionales de enfermería sobre los registros de enfermería de la Historia clínica Única del Hospital General Marco Vinicio Iza, Sucumbíos 2024.
- Analizar la calidad y manejo de los registros de enfermería en la historia clínica única del paciente a través de una guía de observación.
- Proponer un protocolo de manejo de los registros de enfermería para el Hospital General Marco Vinicio Iza, Sucumbíos 2024.

## CAPÍTULO I

### 1. Fundamentación teórica

#### 1.1. Marco referencial

##### 1.1.1 Evaluación del desempeño de las enfermeras con respecto a la documentación de enfermería en las salas de pediatría de los hospitales de Mosul 2024.

La documentación de enfermería debe ser ideal y completa para lograr objetivos de documentación como los objetivos de comunicación, educación, investigación, seguimiento y evaluación del sistema de salud y la obtención de la información necesaria del paciente. Idealmente, debería incluir información precisa sobre evaluaciones de enfermería, problemas de los pacientes, planes de atención, clases de progreso diario, programas educativos y planificación del alta para determinar la evaluación del desempeño de las enfermeras en el departamento de pediatría del Hospital de Mosul en relación con la documentación de enfermería. Se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple de 60 muestras para evaluar el desempeño de la documentación de enfermería del personal de enfermería en las salas de pediatría del Hospital de Mosul. La información utilizada en este estudio se obtuvo a través de un cuestionario que se dividió en tres partes: La primera parte describe la situación social de los empleados. Características económicas y demográficas como (edad, sexo, nivel educativo y si se ha asistido o no a un curso de capacitación). Parte 2: relacionada con el conocimiento de la enfermera practicante de la sala de pediatría del Hospital de Mosul sobre la documentación de atención, se incluye la Parte 3 sobre enfermería. en la práctica con: Documentación de enfermería en el departamento de pediatría del Hospital de Mosul. Los datos se analizaron utilizando el Software Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS) para Windows (versión 26). Este hallazgo muestra que aproximadamente el 35% de los cuidadores que participaron en el estudio tenían entre 30 y 34 años. Asimismo, la participación de las mujeres en el estudio fue mayor: 60%. Aunque el nivel más alto de educación se encontraba entre el 40% de los estudiantes de enfermería escolar, el 53% de la muestra no había recibido ningún curso de capacitación especializado en literatura de enfermería (20).

##### 1.1.2 Calidad de Registros Clínicos de Enfermería de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital Especializado 2024.

Las notas clínicas son registros de las intervenciones realizadas por el personal de enfermería y son una herramienta ética y legal que visibiliza la calidad de la atención profesional brindada a los pacientes. Para determinar la calidad de la documentación de atención clínica en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) de un hospital infantil de alta especialidad con base

en indicadores estatales y nacionales. Con un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal. Se contaron un total de 68 registros clínicos neonatales de la UCIN y una muestra de 192 registros de enfermería. Se utilizaron dos instrumentos: el Indicador Nacional de Historia Clínica de 10 ítems y la Evaluación del Estado de 6 dimensiones y 46 ítems. El análisis de los datos se realizó mediante el software estadístico SPSS versión 26. Resultados: Un índice de calidad de la historia clínica de 79,58 (nacional) y 71,61 (estatal) reflejó una calidad promedio. Los criterios con mayor cumplimiento fueron: evaluar la evolución del recién nacido en el plan de cuidados e intervención de enfermería (99%), documentar los diagnósticos de enfermería (95,8%) y las metas o resultados esperados del recién nacido (91,7%). Frente al 100% de incumplimiento, la identificación y valoración del recién nacido y la planificación del alta son medidas prioritarias en la adaptación a la normativa vigente. Conclusión: La calidad de las historias clínicas de enfermería es moderada, existe una clara necesidad de modificarlas en función del conocimiento profesional y la formación de los especialistas de la UCIN (21).

### **1.1.2 Calidad de los registros clínicos de enfermería de una Unidad de Terapia Intensiva – Neonatal 2022.**

Los registros médicos son registros que monitorean la atención brindada por los profesionales de la salud, tienen importancia legal y profesional y se consideran la piedra angular de los sistemas de información hospitalarios. Debe cumplir con varias características o requisitos de la práctica de enfermería, como contenido, secuenciación, estandarización de documentos y legibilidad, para que el conocimiento científico sea relevante para la práctica clínica. Debe medir la calidad de los registros de enfermería en unidades de cuidados intensivos neonatales de instituciones públicas de la ciudad de Buenos Aires, Argentina. Con estudios observacionales, analíticos y transversales, se analizaron un total de 396 enfermeros seleccionados mediante muestreo aleatorio. Utilizando la tabla de comparación para determinar el cumplimiento de los requisitos de calidad del registro con base en los requisitos legales e institucionales. El cumplimiento global de los estándares de calidad promedió el 71,95% (cumplimiento mínimo), siendo las áreas prioritarias de actividad el registro de los diagnósticos de enfermería y la respuesta a los cuidados de enfermería. Los niveles de turnos y capacitación muestran correlaciones con mejores puntuaciones generales en diferentes dimensiones. Se espera que los resultados de este estudio ayuden a identificar áreas de intervención para mejorar la atención y el mantenimiento de registros de enfermería mientras se busca aumentar los recursos para abordar este problema (22).

### **1.1.4 Calidad de los registros de enfermería en un sector del Hospital Público de la Ciudad de Oberá 2022.**

Los registros son la fuente principal de información sobre la condición de un paciente y deben ser completos y precisos ya que permiten una evaluación retrospectiva de la atención brindada. Análisis de indicadores de calidad del expediente de enfermería en un departamento de un hospital público de la ciudad de Oberá (provincia de Misiones), Argentina. Este estudio adoptó un diseño descriptivo retrospectivo. La encuesta se realizará desde octubre de 2021 hasta febrero de 2022. El proceso de muestreo implicó la selección de registros de pacientes, resultando en 195 registros de enfermería. En cuanto a la distribución de la adherencia a los registros asistenciales por dimensión, se identificaron problemas en los registros de familia, registros completos de Cádiz (Sistema de Historia Clínica Digital - RISMi) y registros completos de cuidados. Una evaluación de la calidad de los registros de enfermería muestra que los registros de enfermería tienen problemas y lagunas en el contenido, el proceso, la estructura, etc. Los resultados de este estudio confirmaron que las enfermeras eran incapaces de comprender y aplicar los conceptos básicos del diagnóstico, planificación, implementación y evaluación de enfermería. Esto es impactante para la calidad y eficacia de la educación en enfermería, así como para el desarrollo del personal y la educación en enfermería (23).

### **1.1.5 Calidad de los registros clínicos de enfermería en el área de alojamiento conjunto 2022.**

Los registros de enfermería son un área de creciente interés en la mejora de la atención sanitaria dado su impacto en la continuidad de la atención y la seguridad del paciente, sin embargo, pocos estudios han analizado las características de calidad de sus servicios combinados de hospitalización. Evaluación de la calidad de los registros de enfermería en una unidad de internación combinada (madre e hijo) de una institución de salud pública de la ciudad autónoma de Buenos Aires, Argentina. Estudios observacionales, descriptivos, transversales y cuantitativos. Se evaluaron 344 registros seleccionados mediante muestreo aleatorio simple. Se introdujo una cuadrícula de comparación compuesta por 57 ítems divididos en seis dimensiones. El alfa de Cronbach para este instrumento fue de 0,70. Los registros analizados fueron completados principalmente por mujeres, enfermeros y trabajadores del turno vespertino. La tasa de cumplimiento de las normas de calidad fue del 58,13% y el cumplimiento de los registros de atención de las puérperas (64,81%) fue superior al de los recién nacidos

(50,17%). Se encontró que el cumplimiento global de los estándares de calidad registrados era subóptimo y la calidad estaba relacionada con el nivel de educación del profesional y los turnos en los que se completó la educación. La documentación de los diagnósticos de enfermería y la respuesta de los pacientes a la atención brindada resultó ser la máxima prioridad (24).

#### **1.1.6 Manejo del Soapie en los reportes de enfermería en un hospital general del Ecuador 2022.**

Las enfermeras en sus diversos campos han evolucionado a la par de los avances científicos y tecnológicos, cuyo eje principal es el cuidado del paciente, la familia y la sociedad con pensamiento crítico y responsabilidad ética, por lo que es importante que basen sus informes en estos. Los insights crean evidencia que te permite reformular, avanzar o tomar nuevas notas sobre tu trabajo dentro de marcos legales y éticos. Se realizó un estudio cualitativo, descriptivo, exploratorio de análisis transversal, en el que se entrevistó aleatoriamente a 52 enfermeras de diferentes áreas del Hospital General Teófilo Dávila. El objetivo de este estudio es evaluar el nivel de conocimiento en la creación de informes de enfermería utilizando el modelo SOAPIE y sus hallazgos éticos y legales. Se utilizaron variables como edad, género, grado académico, área de trabajo y años de antigüedad. Al aplicar las encuestas se reveló que los egresados de enfermería no utilizan el modelo de plan de cuidados estandarizado y además utilizan revisores, lo que entre los factores que contribuyen a la falta de preparación de estos trámites se debe a la escasez de personal durante los turnos y el exceso de pacientes (25).

#### **1.1.7 Evaluación de registros de enfermería a través de Calidad de Diagnósticos, Intervenciones y resultados 2022.**

Se evaluaron la calidad de las notas del proceso de enfermería en la historia clínica de adultos en unidades de Terapia Intensiva. estudio transversal, con la aplicación de Calidad de Diagnóstico, Intervención y Resultados a 145 historias clínicas de pacientes que estuvieron hospitalizados desde noviembre de 2018 a junio de 2019. Respecto al dominio denominado Diagnóstico de Enfermería como proceso, solo el 27% de las historias clínicas estaban completas. En el diagnóstico de enfermería como dominio de producto, los resultados fueron satisfactorios con un 97% de documentación completa. La satisfacción se mantuvo con las intervenciones de enfermería, donde se logró la integridad en el 94% de los expedientes. Mientras tanto en Resultados, más de la mitad de los registros muestran inconsistencias. Conclusión: La trayectoria del Proceso de Enfermería se ha implementado en la unidad de

cuidados intensivos de manera parcialmente satisfactoria, y a partir de esta investigación es posible desarrollar estrategias para mejorar la calidad de los registros médicos (26).

## 1.2. Marco Contextual

### 1.3.

El Hospital General Marco Vinicio Iza es un Hospital de segundo nivel, está situado en la Provincia de Sucumbíos, Cantón Lago Agrio, Parroquia Nueva Loja, ubicado en la Av. Quito KM 4 ½ margen izquierdo, lotización Zoila Jaramillo.



Ubicación del Hospital General Marco Vinicio Iza

## 1.3. Marco Conceptual

### 1.3.1. Enfermería

La enfermería es la ciencia responsable del cuidado autónomo y colaborativo de individuos, familias, grupos y comunidades de todas las edades en la enfermedad y la salud, desde la promoción, la prevención y la atención de calidad a los enfermos y discapacitados. Son esenciales en cualquier cultura porque se trata principalmente de mejorar la salud y prevenir enfermedades (27).

### 1.3.2. Funciones de enfermería

- **Educación**

La importancia del rol de educador en enfermería depende de hasta qué punto influye el profesional en los pacientes y sus familias, orientándolos a adquirir habilidades que les permitan tomar el control de su propia salud y la de sus seres queridos, lo que conducirá a una mejor salud a través de cambios ambientales y de comportamiento, y así lograr una mejor

calidad de vida. Las enfermeras tienen la responsabilidad de educar a los pacientes y sus familias para que puedan alcanzar una salud óptima (28).

- **Cuidado**

El cuidado es una cuestión importante de la existencia humana y de las relaciones de apoyo. Es una actividad indispensable, porque no es sólo la supervivencia, sino también la promoción y desarrollo de todas las actividades que aseguran el bien común de las personas y grupos. Según Nkoane (29), toda mujer trabaja como enfermera de una forma u otra en algún momento de su vida, porque enfermería implica acompañar o cuidar a otra persona. Por lo tanto, se define desde una visión holística de la persona, donde la persona es un todo compuesto por diferentes dimensiones de existencia.

- **Investigación**

Incluye proyectos relacionados con la investigación, el tratamiento y la atención al paciente en diferentes áreas del conocimiento, y como parte de un equipo multiprofesional e interdisciplinario, el principal objetivo de la investigación en enfermería es generar evidencia y nuevos conocimientos esenciales para la ciencia de la enfermería (30).

### **1.3.3. Gestión de enfermería**

La gestión en enfermería debe verse como un marco en el que un equipo de profesionales está interconectado con el objetivo de crear confianza y seguridad en el paciente en un momento dado, sigue un enfoque que consta principalmente de los siguientes componentes: se centra en la responsabilidad ética e integral que asume la enfermera asociada a la calidez humana. El segundo objetivo es la parte administrativa, que se basa en actividades como la planificación del tiempo, la coordinación con otros profesionales, la documentación clínica, liderazgo, entre otras (31).

### **1.3.4. Historia Clínica Única del Paciente**

Según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, es un documento médico legal que contiene una presentación detallada y organizada de todos los datos relacionados con un paciente o usuario, incluyendo información sobre la persona y su familia, origen, condición actual y evolución, así como procedimientos y tratamientos recibidos (32).

### **1.3.5. Registros de enfermería de la historia clínica**

Son documentos específicos que forman la base de la historia clínica. Recopilan datos sobre actividades, actividades observadas e información obtenida de pacientes y familiares para optimizar la comunicación entre los miembros del equipo sanitario y garantizar la continuidad de la atención, y sirven como apoyo legal frente a posibles demandas, al tiempo que permiten una evaluación retrospectiva de la calidad de la atención, pero no se puede pasar por alto que también incluyen el nivel de práctica ética en los cuidados (33).

El Reglamento e instructivo de manejo de la historia clínica única plantea los siguientes formularios: (34)

- **Kardex 022**

El formulario tiene como objetivo mantener un registro sistemático de la administración de medicamentos a pacientes. Instruye al personal de enfermería a anotar detalles de las prescripciones médicas como medicamentos, dosis, fecha y hora de administración e iniciales del personal responsable. El formulario debe usarse en servicios de observación, emergencia e internación para llevar un registro verificado de la administración de fármacos.

- **Signos vitales 020**

Este documento contiene un formato para registrar los signos vitales, balance hídrico, mediciones y actividades de un paciente durante su estadía hospitalaria. La información se registra diariamente en tres secciones principales: 1) signos vitales como pulso, temperatura y presión, 2) balance de líquidos a través de vías parenterales y orales, y 3) mediciones como peso, dieta y actividades como aseo personal.

- **Ingesta y Eliminación**

Este documento es un formato para registrar el control de ingesta y eliminación de pacientes. Contiene tablas para registrar la cantidad de ingesta oral y parenteral de pacientes por la mañana, tarde y noche, así como las cantidades y tipos de eliminación. También incluye secciones para registrar los datos personales del paciente, como peso y balance total de ingesta frente a eliminación.

- **Evolución 005**

El documento presenta un formato para registrar la evolución y prescripciones médicas de pacientes que incluye secciones para anotar el nombre del establecimiento, el nombre y apellido del paciente, su sexo, número de hoja y número de historia clínica. Asimismo, contiene espacios para registrar la fecha, hora y notas de evolución del paciente, las prescripciones médicas e indicaciones, y la administración de fármacos e insumos por parte del personal de enfermería.

#### **1.3.6. Informes de enfermería**

Los informes de enfermería surgen de la necesidad de garantizar una comunicación continua entre el personal y los niveles de atención primaria y especialidad. Uno de los propósitos de este informe es garantizar la seguridad y la calidad del desarrollo de los cuidados de enfermería y servir como documentación para respaldar el trabajo de los profesionales de enfermería. Resume y estructura información para pacientes, familiares y allegados (35).

#### **1.3.7. SOAPIE**

El SOAPIE es un método de los cuidados de enfermería que refleja las interpretaciones, problemas y necesidades del paciente, así como los esfuerzos y valoraciones del profesional de enfermería. Se utiliza como nota de enfermería para contar de manera concreta y sistemática lo que se hizo durante un turno. Los registros de enfermería son documentos documentados elaborados por enfermeras, en los que se registran las observaciones de los pacientes, teniendo en cuenta su estado físico, mental o emocional, así como el desarrollo de la enfermedad y los cuidados brindados al paciente, tiene carácter jurídico y asegura que los cuidados y procedimientos se realizaron durante el turno de enfermería, investigación, auditoría y con fines de apoyo legal (36).

#### **1.3.8. Manejo adecuado de los formatos en enfermería**

Al elaborar los registros de enfermería se debe plasmar toda la información sobre el turno del paciente, así como también se debe registrar un resumen de todos los procedimientos realizados en él con el fin de confirmar su desempeño y facilitar la posible supervisión de otros profesionales de enfermería. Es un instrumento para evaluar el carácter técnico-científico, humano, ético y el nivel de responsabilidad del enfermero, reflejando no sólo su práctica sino también la responsabilidad del equipo hacia los pacientes/usuarios. Deben responder a las actualizaciones legislativas vigentes. Su misión es demostrar la productividad de los empleados

y reflejar objetivamente la aplicación del proceso de enfermería como herramienta de trabajo científico (37).

#### **1.4.Marco Ético**

Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería

El Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería tiene cuatro elementos principales que ponen de relieve las normas de conducta ética: (39)

- La enfermera y los pacientes

La principal responsabilidad profesional de una enfermera es hacia quienes necesitan atención y servicios profesionales ahora y en el futuro, ya sean individuos, familias, comunidades o residentes.

Las enfermeras garantizan que los pacientes y sus familias reciban información comprensible, precisa, adecuada y oportuna y un consentimiento informado de manera adecuada a las necesidades culturales, lingüísticas, cognitivas y físicas y al estado psicológico del paciente.

- La enfermera y la práctica

El personal de enfermería es personalmente responsable de mantener la práctica ética y la competencia de la enfermería a través del desarrollo profesional continuo y el aprendizaje permanente. Las enfermeras mantienen sus licencias para ejercer para no comprometer su capacidad de brindar atención segura y de calidad. Las enfermeras comparten sus conocimientos y experiencia y brindan observación, orientación y apoyo en el desarrollo profesional de estudiantes de enfermería, enfermeras noveles, colegas y otros proveedores de atención médica.

- La enfermera y la profesión

Las enfermeras proporcionan liderazgo primario en el establecimiento e implementación de estándares aceptables basados en evidencia en la práctica clínica, la administración, la investigación y la educación en enfermería. Los profesionales de enfermería y los estudiantes de enfermería trabajan activamente para desarrollar conocimientos profesionales actuales basados en la evidencia para respaldar la práctica basada en la evidencia. Las enfermeras participan activamente en el desarrollo y apoyo de un conjunto básico de valores profesionales.

## CAPÍTULO II

### 2. Materiales y Métodos

#### 2.1. Tipo de Investigación

**Cuantitativo:** En esta investigación se utilizó un enfoque cuantitativo, para la recolección para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías (40). Con el fin de obtener datos se estableció con exactitud patrones de comportamiento del profesional de enfermería en relación al manejo de los registros de enfermería.

**No experimental:** En este estudio no se manipulan variables independientes, ni controlan condiciones experimentales, recopilan los datos en su estado natural para analizarlos y obtener conclusiones (40). En el estudio no hubo manipulación de variables.

#### 2.2 Diseño de la investigación

**Descriptivo:** Se refiere al diseño de la investigación y el análisis de datos realizado sobre el tema. Se conoce como un método de investigación que no afecta las variables, que son parte de este estudio (40). Se describió las características sociodemográficas, el conocimiento sobre los registros de enfermería y el manejo de los mismos en la historia clínica única del paciente.

**Transversal:** El tipo de estudios de observación que analizan los datos de las variables elaborados durante un cierto período de tiempo en la muestra o la población predeterminada de subconjunto (40). La recolección de datos se realizó en una sola vez y en un único momento.

**Documental:** Técnica de la investigación cualitativa que se encarga de recolectar, recopilar, y seleccionar información de documentos (40). A través de un check list se recolectaron datos de la historia clínica única.

## **2.3. Técnicas e instrumentos de Investigación**

### **2.3.1. Encuesta**

Según Casas *et al.*, (41), esta investigación se puede definir como "una técnica que utiliza un conjunto de procedimientos de investigación estandarizados para recopilar y analizar una serie de datos de una muestra de casos que sea representativa de una población o universo mayor que se pretende investigar, describir, predecir y/o explicar un conjunto de características".

### **2.3.2. Instrumento**

Los instrumentos de investigación son herramientas indispensables en el proceso de investigación, recopilación de datos y adquisición de información. Estas herramientas son ampliamente extendidas en ciencia, medicina, psicología, sociología, etc. Su función principal es ayudar a los investigadores obtienen una comprensión más profunda y precisa de su tema (42). Para la recolección de la información se utilizó la encuesta para valorar el grado de conocimiento sobre los registros de enfermería del personal de enfermería del Hospital General Marco Vinicio Iza, se aplicó el instrumento en base al Cuestionario validado por los Especialistas en Enfermería Cáceres Julio, Cusihuaman Jennifer, Paucar Napanga, Oscar Milven en su trabajo realizado sobre la Calidad en la Redacción de notas de enfermería y factores influyentes en su elaboración en el Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2018 y al cuestionario validado por la especialista Guerra Carol, en su trabajo realizado sobre la calidad de los registros de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital II ESSALUD Cañete, 2022. Con modificación parcial por la autora, las cuales consta de 30 preguntas que trataron sobre la Historia Clínica, las herramientas taxonómicas NANDA, NOC, NIC y los informes de enfermería. El check list nos permitió analizar el manejo de los registros de enfermería de la Historia Clínica Única del paciente, validado por la Magíster Elsa Carranco, en su trabajo realizado sobre los factores que influyen en la calidad de los registros de enfermería en la historia clínica única en el Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra 2017. Este instrumento, está compuesto por cuatro dimensiones: transcripción de prescripción médica, reporte de enfermería, formulario de signos vitales, formulario de administración de medicación, formulario de ingesta y eliminación, las cuales consta de 38 puntos.

### **2.3.3. Check List**

Las listas de verificación o check list son ayudas cognitivas para realizar acciones específicas. Se ha demostrado su eficacia para asegurar la correcta ejecución de determinadas acciones y prevenir errores sistematizando acciones y creando recordatorios (43).

## 2.4. Matriz de Operacionalización de Variables.

**Objetivo 1.** Identificar las características demográficas y laborales de la población en estudio.

Variables	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala	Ítems	Tipo de variable	Técnicas
Características, sociodemográficas y laborales	Son aquellas que describen características básicas de una población	Años cumplidos	Edad	Escala numérica	Edad: 25 a 39 años Mayor de 40 años	Cuantitativa Discreta	Cuestionario
		Nivel académico	Grado de conocimiento y formación académica alcanzada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Licenciada</li> <li>• Doctorado</li> <li>• Especialista</li> <li>• Maestría</li> </ul>	¿Cuál es su grado de formación académica?	Cualitativa Nominal	Cuestionario
		Condición laboral	Tipo de contrato	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombramiento</li> <li>• Contratado</li> </ul>	¿Cuál es su condición laboral?	Cualitativa nominal	Cuestionario

**Objetivo 2.** Determinar el conocimiento de los profesionales de enfermería sobre los registros de enfermería de la Historia clínica Única del Hospital General Marco Vinicio Iza, Sucumbíos 2024.

Variables	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala	Ítems	Tipo de variable	Técnicas
Manejo de registros en enfermería	Actividades realizadas para documentar el cuidado de los pacientes	Conocimiento	Nivel de comprensión y familiaridad con los procedimientos para el llenado de registros	Nivel de conocimiento	2.1 ¿Para usted, ¿qué es la Historia Clínica? 2.2 Para Ud. Las anotaciones de enfermería son registros de: 2.3 ¿Qué aspectos se toma en cuenta para la elaboración de las anotaciones de enfermería? 2.4 ¿Cuál es la política establecida en la Institución respecto a los registros de enfermería? 2.5 ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la razón por la cual es importante registrar los signos vitales con precisión? 2.6 ¿Cuál de las opciones describe mejor la importancia de registrar correctamente los medicamentos en el Kárdex? 2.7 ¿Qué tipo de información debe incluirse en el registro de excreta de un paciente?	Cualitativa Nominal	Cuestionario

					<p>2.8 ¿Cómo se registra adecuadamente la ingesta oral, enteral y parenteral?</p> <p>2.9 ¿Qué entiende por SOAPIE?</p> <p>2.10 ¿Qué significa SOAPIE en el contexto de la enfermería?</p> <p>2.11 ¿Qué tipos de informes realiza en la Institución?</p> <p>2.12 Los datos subjetivos se refieren a</p> <p>2.13 Los datos objetivos se refieren a:</p> <p>2.14 En el Análisis Los diagnósticos focalizados en el problema y de Síndrome en la taxonomía NANDA, constan de</p> <p>2.15 En el Análisis los diagnósticos de riesgo en la taxonomía NANDA, constan de:</p> <p>2.16 En el Análisis los diagnósticos de promoción de salud en la taxonomía NANDA constan de:</p> <p>2.17 En la planificación ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor la estructura de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)?</p> <p>2.18 Nursing Interventions Classification (NIC) define a una intervención como</p> <p>2.19 ¿En qué aspectos se basa la Evaluación en el reporte de enfermería?</p>		
--	--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

		Actitud	Disposición y valoración del personal de enfermería hacia los registros clínicos	Percepción	<p>2.20 ¿Cuál es el momento más apropiado, según su experiencia personal, para realizar los registros de enfermería?</p> <p>2.21 ¿Cuál es la principal razón para mantener registros de enfermería precisos y actualizados?</p> <p>2.22 ¿Por qué es importante mantener la confidencialidad al manejar los registros de enfermería?</p> <p>2.23 ¿Cuál es la mejor manera de manejar las enmiendas o correcciones en los registros de enfermería?</p> <p>2.24 ¿Por qué es importante registrar la ingesta y la excreta de un paciente?</p> <p>2.25 ¿Cuál es el propósito principal de la reevaluación en un reporte de enfermería?</p>	Cualitativa Nominal	Cuestionario
		Prácticas	Comportamiento del personal de enfermería en relación con el manejo de registros clínicos.	Acciones	<p>2.26 ¿Cuál es el tiempo que demora en realizar los registros de enfermería?</p> <p>2.27 ¿La institución realiza procesos de capacitación referente a los registros de enfermería?</p> <p>2.28 ¿Cuál de las siguientes acciones es fundamental para garantizar la integridad de los registros de enfermería?</p> <p>2.29 ¿Qué acción debe tomar un enfermero si encuentra lecturas de signos vitales anormales al registrar los signos vitales de un paciente?</p>	Cualitativa Nominal	Cuestionario

					2.30 ¿Qué acción tomaría si descubre un error en la documentación de la administración de un medicamento en el kárdex?		
--	--	--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

**Objetivo 3.** Analizar la calidad y manejo de los registros de enfermería en la historia clínica única del paciente a través de una guía de observación.

Variables	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala	Ítems	Tipo de variable	Técnicas
Calidad de registros en enfermería	Medida en que los registros de enfermería son precisos, completos y claros, permitiendo garantizar la continuidad del cuidado.	Transcripción de prescripción medica	Registro de tratamiento administrado	Si No	Chequeo de prescripción a la derecha. Hora al finalizar la transcripción de la prescripción Uso de color esferos según horario de Re chequeo Firma legible Sello de la enfermera	Cualitativa Nominal	Cuestionario
			Cumplimiento de protocolos	Si No	Datos de filiación completos Utiliza esfero color negro para el reporte Coloca fecha, hora Letra clara, legible Tachones, borrones, usa corrector	Cualitativa Nominal	Cuestionario

		Reporte de enfermería			Reporte céfalo caudal, Datos subjetivos y objetivos Valoración de datos subjetivos Valoración de datos objetivos Actividades Pendientes Firma legible de la enfermera Sello de la enfermera		
		Formulario de signos vitales	Frecuencia Puntualidad	Si No	Datos de filiación completos Grafica los Signos vitales completos Grafica los Signos Vitales con los signos correspondientes Grafica los Signos Vitales con el color de esfero correspondiente Transcripción de balance hídrico Registro de todas las mediciones y actividades	Cualitativa Nominal	Cuestionario
			Compleitud	Si No	Datos de filiación completos Uso de esfero negro para la Transcripción Datos completos en cada Horario	Cualitativa Nominal	Cuestionario

		Formulario de administración de medicación			Transcripción de ingesta y eliminación en formulario 020 Reporte y evaluación de balance hídrico en formulario 005 Firma del profesional de enfermería por turno Sello del profesional de enfermería por turno		
--	--	--------------------------------------------	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

## 2.5 Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles son las características demográficas y laborales de la población en estudio?
- ¿Cómo es el conocimiento de los profesionales de enfermería sobre los registros de enfermería de la Historia clínica Única del Hospital General Marco Vinicio Iza, Sucumbíos 2024?
- ¿Por qué es relevante analizar la calidad y manejo de los registros de enfermería en la historia clínica única del paciente a través de una guía de observación?
- ¿Un protocolo de manejo de los registros de enfermería para el Hospital General Marco Vinicio Iza, Sucumbíos 2024 aportaría al desempeño profesional de calidad?

## 2.6 Participantes

### 2.6.1 Población

La población de estudio estuvo constituida por todos los profesionales de enfermería que laboran en el Hospital General Marco Vinicio Iza (n=178).

### 2.6.2 Muestra

Con un muestreo de tipo no probabilístico a conveniencia dando un total de (n=61).

### 2.6.3 Criterios de Inclusión

- Profesional de Enfermería que se encontró en el momento de la recolección de datos del Hospital General Marco Vinicio Iza.
- Profesional de enfermería que laboran en los servicios de Pediatría, Gineco-obstetricia, Centro obstétrico, Medicina Interna, Cirugía y Centro Quirúrgico.
- Profesional de Enfermería que aceptó participar en el estudio con consentimiento informado.

### 2.6.4 Criterios de Exclusión

- Profesional de Enfermería que no se encontró en el momento de la recolección de datos del Hospital General Marco Vinicio Iza.
- Profesional de enfermería que laboran en los servicios de áreas críticas y consulta externa.
- Profesional de Enfermería que no aceptó participar en el estudio con consentimiento informado.

## **2.7 Procedimiento y Análisis de datos**

Se realizó una encuesta con un instrumento validado por especialistas en enfermería, Cáceres Julio y Guerra Carol (44), cada uno con su grupo de investigadores realizaron sus estudios respectivamente en hospitales para evaluar la calidad de los registros de enfermería; a todos los profesionales de enfermería que cumplieron con los requisitos de inclusión para participar en la investigación enfocándose en los aspectos sociodemográficos y los conocimientos, actitudes y prácticas sobre los registros de enfermería en el hospital Marco Vinicio Iza. Además, se empleó una guía de observación validada por la Mgtr. Elsa Carranco para analizar la calidad de los registros de enfermería de la Historia Clínica Única del Paciente.

Posteriormente, se realizó un análisis descriptivo inicial de todas las variables de interés, abordándolas de manera integral. Se examinaron las frecuencias de las variables categóricas y se exploró la distribución de las variables cuantitativas mediante medidas de tendencia central. Estos análisis se llevaron a cabo utilizando Jotform y Microsoft Excel, lo que facilitó la organización, interpretación y presentación de los resultados de manera precisa y fiable.

## **2.8 Aspectos Éticos**

Con la autorización expresa del responsable del lugar de la investigación para poder realizar la fase de recolección de datos y el consentimiento informado de los profesionales de enfermería, los cuales aceptaron participar en el estudio,

fueron informados sobre el protocolo de investigación, indicando en todo momento que esa información sería anónima y con fines académicos.

En todo momento se garantizó la confidencialidad, el anonimato y la protección de los datos recogidos en cualquier fase del estudio.

## CAPÍTULO III

### 3 Resultados y Discusión

**Tabla 1.** Datos sociodemográficos

Variable	Dimensiones	Frecuencia	Porcentaje
<b>Edad</b>	25 a 39	51	<b>83,61%</b>
	Más de 40	10	16,39%
<b>Grado académico</b>	Licenciado	40	<b>65,57%</b>
	Maestría	19	31,15%
	Especialistas	2	3,28%
<b>Condición laboral</b>	Nombramiento	34	<b>55,74%</b>
	Contrato	27	44,26%
<b>Tiempo de servicio</b>	Más de 5 años	34	<b>55,74%</b>
	Menos de 5 años	27	44,26%
<b>Área de trabajo</b>	Centro quirúrgico	9	14,75%
	Cirugía	10	16,39%
	Medicina interna	12	<b>19,67%</b>
	Pediatría	9	14,75%
	Centro obstétrico	10	16,39%
	Gineco-Obstetricia	11	18,03%
<b>Jornada laboral</b>	Turno 6 horas	9	14,75%
	Turno 8 horas	27	<b>44,26%</b>
	Turno 12 horas	25	40,98%

Los profesionales de enfermería encuestados se encuentran en el rango de edad de 25 a 39 años, lo que sugiere una fuerza laboral predominantemente joven y en una etapa de vida activa. En términos de grado académico, la mayoría son licenciadas, seguidas por un número significativo que ha alcanzado una maestría, indicando un alto nivel de formación y especialización dentro del personal. En cuanto a la condición laboral, más de la mitad de los encuestados cuenta con un nombramiento fijo y tiene más de 5 años de experiencia, lo que refleja estabilidad laboral y una considerable experiencia en el campo. La distribución del área de trabajo es relativamente equitativa entre los diferentes servicios, lo que sugiere una cobertura balanceada en distintas áreas médicas. Además, las jornadas laborales se sitúan entre 8 y 12 horas, evidenciando una considerable dedicación y

compromiso con la atención a los pacientes. Estos resultados proporcionan una visión integral de las características sociodemográficas de los profesionales de enfermería, subrayando tanto su calificación académica como su experiencia y estabilidad en el ámbito laboral. Conocer las condiciones y características de la población de la investigación es importante, ya que se reconoce el trabajo que realizan, y como ayudan al desarrollo del contexto de salud, y demuestran valores y compromiso que tienen con su trabajo, como mencionan Castillo *et al.*, (45), la responsabilidad ética e integral que asume la enfermera asociada a la calidez humana.

**Tabla 2.** Conocimiento sobre el informe de enfermería.

	Variables	Correcto		Incorrecto	
		F	%	F	%
<b>Historia clínica única</b>	Documenta historia de salud del paciente, incluyendo diagnóstico, tratamiento, procedimientos y exámenes	61	<b>100%</b>	-	-
<b>¿Qué es el informe de enfermería?</b>	Actividades administrativas que realiza la enfermera durante el turno de trabajo	38	<b>62,29%</b>	23	37,71%
<b>Aspectos para elaborar informe de enfermería</b>	Estado del paciente y lista de problemas	60	<b>98,36%</b>	1	1,64%
<b>Momento para realizar informe de enfermería</b>	Durante y después del turno	20	32,78%	41	<b>67,22%</b>
<b>Tiempo en realizar el registro de enfermería</b>	5-10 minutos	51	<b>83,60%</b>	10	16,40%

La totalidad de la población estudiada tiene claro el concepto de Historia clínica única del paciente. Casi todos responden correctamente los aspectos principales en la elaboración de los informes de enfermería, mencionan que generalmente el tiempo utilizado en cada reporte es entre 5 a 10 minutos y solo la mitad de los profesionales identifica que es un informe de enfermería; sin embargo, un porcentaje significativo refiere que los informes deben ser realizados al inicio de la jornada laboral. Los informes de enfermería son registros que evidencia las intervenciones de enfermería aplicados al paciente, es un documento legal que refleja la evolución positiva o negativa en el proceso de la enfermedad. Los resultados de este estudio son consistentes con los hallazgos de la investigación desarrollada por Tadese *et al.*, (7), los cuales muestran que el 95% de las

enfermeras tienen una buena comprensión y actitud hacia los registros de enfermería y disponibilidad de estándares de desempeño para la documentación. No obstante, esto no garantizó un correcto registro ya que no todos los cuidados habían sido documentados.

**Tabla 3.** Conocimientos sobre el SOAPIE.

	Variables	Correcto		Incorrecto	
		F	%	F	%
<b>SOAPIE</b>	Método sistemático de valoración, diagnóstico, planificación, ejecución, evaluación	59	<b>96,72%</b>	2	3,28%
<b>SOAPIE en el contexto de enfermería</b>	Subjetivo, objetivo, análisis, planeación, intervención, evaluación.	49	<b>80,32%</b>	12	19,68%
<b>Datos subjetivos</b>	Sentimiento, emoción con palabras del paciente	51	<b>83,60%</b>	10	16,40%
<b>Datos objetivos</b>	Descrita por enfermeros con uso de instrumentos y exámenes.	52	<b>85,24%</b>	9	14,76%
<b>Diagnóstico NANDA focalizado en el problema</b>	Etiqueta, Factores relacionados, características definitorias.	49	<b>80,32%</b>	12	19,68%
<b>Diagnóstico de riesgo NANDA</b>	Etiqueta y factores relacionados.	33	54,09%	28	<b>45,91%</b>
<b>Diagnóstico promoción de salud NANDA</b>	Etiqueta y Características definitorias	42	<b>68,85%</b>	19	31,15%
<b>Clasificación de Resultados de Enfermería</b>	Miden la efectividad de intervenciones de enfermería.	34	55,73%	27	<b>44,27%</b>
<b>Intervención NIC</b>	Tratamiento basado en criterio, conocimiento clínico, realiza un profesional de enfermería	48	<b>78,68%</b>	13	21,32%
<b>Evaluación del reporte de enfermería</b>	Resultados de intervenciones de enfermería.	49	<b>80,32%</b>	12	19,68%
<b>Reevaluación del reporte de enfermería</b>	Identificar cambios en la condición del paciente y ajustar plan de cuidados	57	<b>93,44%</b>	4	6,56%

Hay un buen entendimiento de la mayoría de enfermeros sobre la definición de SOAPIE, además de conocer acerca de que son los datos subjetivos un 83,60%, objetivos un 85,24%, y de cómo aporta la reevaluación del reporte de enfermería. Más de la mitad respondió correctamente en cuanto a lo que significa las siglas SOAPIE, y de lo que

contiene en el diagnóstico NANDA focalizado en el problema, promoción de salud, intervención NIC y evaluación del reporte de enfermería. No obstante, menos de la mitad no comprende sobre el diagnóstico NANDA de riesgo y de lo que mide la clasificación de resultados de enfermería. El SOAPIE nos ayuda asegurar una documentación precisa y una atención de alta calidad en enfermería, por lo cual es importante promover una comprensión más profunda de SOAPIE y fomentar el buen uso y acertado de este método ya que estos son ampliamente aceptados y utilizados en la práctica diaria. Los resultados de este estudio son diferentes con los hallazgos de la investigación desarrollada de Vera *et al.*, (46), que observó en su muestra de enfermeros ecuatorianos que no utilizan formatos estandarizados para el registro clínico. Siendo esta una de las causas de la baja calidad en los registros de enfermería de los hospitales en el país, tal como se evidenció en el estudio realizado por Castillo *et al.*, (45), en donde el 100% de los registros obtuvo un nivel bajo asociado a información incompleta. A diferencia de este estudio, Rea y Arteaga (47), encontraron que más del 50% respondió incorrectamente la taxonomía NANDA, NIC y NOC, sin asociación entre cursos realizados y respuestas correctas sobre esta metodología. La calificación deficiente fue del 57,14%. En general, la calidad en los registros de enfermería se ve afectada por la falta de cumplimiento de los métodos y formatos estandarizados, lo que trae como resultado registros incompletos (48), (26).

**Tabla 4.** Actitud del profesional en los informes de enfermería.

	Variables	Cumple		No cumple	
		F	%	F	%
<b>Registros de enfermería precisos y actualizados</b>	Mejora la continuidad y calidad de la atención, respalda la toma de decisiones clínicas	59	<b>96,72%</b>	2	3,28%
<b>Confidencialidad en los registros de enfermería</b>	Protección, privacidad e información confidencial del paciente	57	<b>93,44%</b>	4	6,56%

La mayoría de profesionales de enfermería reconoce la importancia de los registros de enfermería precisos y actualizados en el cuidado al paciente mejorando la comunicación entre el equipo multidisciplinario, también un 93,44% respeta la información confidencial del paciente. En cuanto a las actitudes del profesional en los informes nos permiten una

documentación precisa, clara y oportuna esencial para garantizar la integridad y la calidad del cuidado al paciente, así como para respaldar la toma de decisiones clínicas, la correcta actualización de registros mejora la continuidad, destacando la centralidad del paciente en la práctica enfermera. Los resultados de este estudio son similares con los hallazgos de la investigación desarrollada por Soza *et al.*, (33), que mencionan la importancia de que todo sea debidamente registrado y esto implica el cumplimiento y conocimiento sobre los registros para todo el personal, es importante que los registros de enfermería faciliten el intercambio de información y sirvan de guía para el equipo de atención de salud, ya que ayudan en la toma de decisiones y tienen como objetivo proporcionar datos sobre los cuidados brindados y con ello garantizar la comunicación escrita y la continuidad de los cuidados.

**Tabla 5.** Prácticas en la elaboración de registros de enfermería.

	Variables	Correcto		Incorrecto	
		F	%	F	%
<b>Integridad de los registros de enfermería</b>	Documentar preciso, claro y oportuno, incluyendo correcciones de errores	58	95,08%	3	4,92%
<b>Manejo de enmiendas</b>	Encerrar entre paréntesis, colocar la palabra ERROR o Anotación incorrecta	57	93,44%	4	6,56%

	Variables	Correcto		Incorrecto	
		F	%	F	%
<b>Integridad de los registros de enfermería</b>	Documentar preciso, claro y oportuno, incluyendo correcciones de errores	58	95,08%	3	4,92%
<b>Manejo de enmiendas</b>	Encerrar entre paréntesis, colocar la palabra ERROR o Anotación incorrecta	57	93,44%	4	6,56%

Casi la totalidad de enfermeros interpreta lo que es la integridad de los registros de enfermería y un 93,44% sabe sobre cómo actuar ante el manejo de enmiendas. Sin embargo, un porcentaje de profesionales en su práctica persisten errores en la elaboración. La práctica en los registros de enfermería nos ayuda al uso correcto de los registros y el manejo transparente de enmiendas, cabe recalcar que son esenciales no solo para cumplir con las normativas legales y éticas, sino también para mantener la confianza en el sistema de salud. Los resultados de esta investigación son diferentes de lo que menciona Santos *et al.*, (12), que, el problema de los registros de enfermería radica en la falta de calidad y

el incumplimiento de los parámetros establecidos a pesar de poseer el conocimiento no hay registro ordenado lo que resta validez científica y legal a este documento de vital importancia. Esto es respaldado por Almeida *et al.*, (32), al mencionar que el cumplimiento del registro no garantiza su calidad, entre sus resultados se destaca que los enfermeros cumplen de manera parcial los parámetros recomendados.

**Tabla 6.** Registros de enfermería de la Historia Clínica Única en la práctica.

Variables	Correcto		Incorrecto		
	F	%	F	%	
<b>Importancia de registro de signos vitales</b>	Proporciona información fisiológica del paciente y detecta cambios	59	<b>96,72%</b>	2	3,28%
<b>Si encuentra lectura de signos vitales anormales</b>	Informar al médico responsable y seguir políticas del hospital para evaluar el manejo de la situación	57	<b>93,44%</b>	4	6,56%
<b>Importancia del registro de medicamentos del Kárdex</b>	Garantizar que el paciente reciba la medicación correcta y dosis adecuada	51	<b>83,60%</b>	10	16,40%
<b>Error en documentar la administración de un medicamento</b>	Nueva transcripción en otro casillero	49	<b>80,32%</b>	12	19,68%
<b>Importancia de registrar ingesta y excreta</b>	Evaluar el balance de líquidos y prevenir complicaciones	59	<b>96,72%</b>	2	3,28%
<b>Información que incluye en la excreta</b>	Todas las anteriores	56	<b>91,80%</b>	5	8,20%
<b>Registro de la ingesta oral, enteral y parenteral</b>	Utiliza unidades de medida estándar, documenta la hora y cantidad	58	<b>95,08%</b>	3	4,92%

Gran parte de los profesionales de enfermería, un 96,72% reconoce la importancia de registrar los signos vitales e ingesta y excreta. La mayoría domina en cuanto al registro de ingesta oral, enteral y parenteral, además de qué información incluye en la excreta, y de qué hacer si encuentra lectura de signos vitales anormales. Más de la mitad respondió acertadamente sobre la importancia del registro de medicamentos del Kárdex y los errores en documentar la administración de un medicamento. La práctica en los registros refleja un alto nivel de responsabilidad entre los profesionales de enfermería en cuanto a la documentación precisa y oportuna de los signos vitales y la administración de medicamentos. La comprensión generalizada de la importancia de estas prácticas es indicativa de un compromiso con la calidad y la seguridad del cuidado al paciente. La rapidez en informar lecturas anormales de signos vitales y el seguimiento de los

procedimientos establecidos subrayan la prioridad de las enfermeras en minimizar riesgos y garantizar intervenciones adecuadas. Los resultados de esta investigación son sólidos con los hallazgos de Suárez *et al.*, (49), ya que argumentó que los registros en enfermería no solo deben limitarse a documentar datos y los signos vitales, se requiere de un espacio en donde el profesional pueda indicar su perspectiva como profesional del paciente de manera individual, como sujeto único y que requiere de una atención personalizada. Figuera *et al.*, (50), agrega que la calidad de los registros en enfermería se ve afectada porque los profesionales dan prioridad al registro de los diagnósticos y los cuidados en enfermería.

**Tabla 7.** Transcripción de prescripción médica en el formato 005.

Variables		Chequeo de prescripción médica a la derecha		Hora al finalizar la transcripción de la prescripción		Uso de color de esferos según horario		Firma legible		Sello del enfermero/a	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Pediatria	SI	10	100%	2	20%	10	100%	10	100%	10	100%
	NO	-	-	8	80%	-	-	-	-	-	-
Gineco-obstetricia	SI	10	100%	1	10%	10	100%	10	100%	10	100%
	NO	-	-	9	90%	-	-	-	-	-	-
Centro obstétrico	SI	10	100%	5	50%	10	100%	10	100%	10	100%
	NO	-	-	5	50%	-	-	-	-	-	-
Medicina Interna	SI	10	100%	3	30%	10	100%	10	100%	10	100%
	NO	-	-	7	70%	-	-	-	-	-	-
Cirugía	SI	10	100%	-	-	10	100%	10	100%	10	100%
	NO	-	-	10	100%	-	-	-	-	-	-
Centro-Quirúrgico	SI	10	100%	2	20%	10	100%	10	100%	10	100%
	NO	-	-	8	80%	-	-	-	-	-	-

Mediante la guía de observación, en las historias clínicas únicas seleccionadas en cada uno de los servicios del hospital, se verifica que el chequeo de prescripción médica lo hacen a la derecha, usan color de esferos según horario, se comprobó que su firma y sello son legibles y siempre está presentes. Pero, en más de la mitad de historias clínicas no se evidencia la hora al finalizar la transcripción de la prescripción en todos los servicios, pero sobresale el servicio de cirugía que nunca lo realiza. La transcripción de la prescripción médica es una práctica consistente y responsable en el registro clínico, lo

cual es fundamental para garantizar la precisión y seguridad en el paciente. La discrepancia observada en el área de Cirugía, donde un gran porcentaje de enfermeras no realiza la transcripción, podría indicar la necesidad de atención adicional en la implementación de políticas de registro clínico específicas para este entorno, con el objetivo de mejorar la adherencia y la calidad del registro de información médica. Los resultados de esta investigación son similares con el entendimiento de Soza et al., (33), que, menciona que las anotaciones en la hoja 005 son documentos de consulta entre las mismas enfermeras al cambiar de turno y para el resto del personal de salud, principalmente en la visita médica, donde los datos sirven de sustento para completar su evaluación y prescribir lo mejor para el paciente.

**Tabla 8.** Calidad del reporte de enfermería.

Variables	Datos de filiación completos		Uso de esfero según horario		Coloca fecha, hora		Letra clara, legible		Tachones, usa corrector		Reporte céfalo caudal, datos subjetivos y objetivos		Pendientes		Firma legible y sello		
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	
Pediatria	SI	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%	-	-	10	100%	10	100%	10	100%
	NO	-	-	-	-	-	-	-	-	10	100%	-	-	-	-	-	-
Gineco-obstetricia	SI	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%	1	10%	10	100%	10	100%	10	100%
	NO	-	-	-	-	-	-	-	-	9	90%	-	-	-	-	-	-
Centro obstétrico	SI	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%	-	-	10	100%	10	100%	10	100%
	NO	-	-	-	-	-	-	-	-	10	100%	-	-	-	-	-	-
Medicina Interna	SI	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%	-	-	10	100%	10	100%	10	100%
	NO	-	-	-	-	-	-	-	-	10	100%	-	-	-	-	-	-
Cirugía	SI	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%	-	-	10	100%	10	100%	10	100%
	NO	-	-	-	-	-	-	-	-	10	100%	-	-	-	-	-	-
Centro-Quirúrgico	SI	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%	-	-	10	100%	10	100%	10	100%
	NO	-	-	-	-	-	-	-	-	10	100%	-	-	-	-	-	-

Todos los enfermeros en los reportes de enfermería se comprobaron que completan todos los datos de filiación, colocan la fecha y hora con una letra clara y legible, de igual manera realizan el reporte céfalo caudal con los respectivos datos subjetivos y objetivos, además mencionan los pendientes que existan y siempre al final consta de su firma y sello legible. Los registros lo hacen con el color de esfero de acuerdo al horario, una minoría en el servicio de gineco-obstetricia se evidenció el uso de corrector. En cuanto al reporte de enfermería refleja un compromiso significativo por parte de la mayoría de los enfermeros

en documentar la atención brindada a los pacientes, con el fin de asegurar que todos los registros sean precisos, completos y reflejados adecuadamente el cuidado proporcionado. Los resultados de esta investigación son diferentes con los de Ferreira *et al.*, (51), ya que en su investigación fue clara la necesidad de un mayor apoyo de la gerencia de las instituciones de salud en la implementación del registro de enfermería concomitante al proceso de enfermería y educación continua, destaca la importancia de un reporte completo, legible y que cumpla con todos los parámetros establecidos.

**Tabla 9.** Calidad en el formulario de signos vitales 020.

Variables		Datos de filiación completos		Signos Vitales completos		Signos vitales correspondientes		Signos vitales con el esfero correspondiente		Balance Hídrico		Registro de actividades	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Pediatria	SI	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%
	NO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gineco-obstetricia	SI	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%
	NO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Centro obstétrico	SI	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%
	NO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Medicina Interna	SI	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%
	NO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cirugia	SI	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%
	NO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Centro-Quirúrgico	SI	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%
	NO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

La totalidad de los profesionales de enfermería cumple al 100% en todas las variables, completan los datos de filiación, registran los signos vitales completos, correspondientes y con el color de esfero adecuado al horario, realizan la transcripción del balance hídrico y registran sus actividades. El formulario de signos vitales se debe registrar de manera precisa y regular, facilitando un monitoreo continuo del estado de salud de los pacientes y apoyando la toma de decisiones clínicas informadas. La consistencia en la documentación de signos vitales en todas las áreas sugiere una alta calidad en los estándares de atención y una buena coordinación entre los profesionales de salud en cada contexto evaluado. Los resultados de la investigación coinciden con lo señalado por Groot *et al.*, (19), en el estudio que llevaron a cabo, que recalcan que la adecuación de la documentación al proceso de enfermería, el uso de terminologías estandarizadas y el uso

de formatos de signos vitales y sistemas fáciles de usar parecen ser importantes para lograr una documentación de enfermería de alta calidad. La falta de indicadores de calidad basados en evidencias representa un desafío en la búsqueda de una documentación de enfermería de alta calidad.

**Tabla 10.** Calidad en el formulario de administración de medicamentos 022.

Variables		Datos de filiación completos		Uso de esfero según horario		Letra legible		Tachones, usa corrector		Vía y hora correcta		Iniciales y función de quién administra	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Pediatria	SI	10	100%	10	100%	10	100%	-	-	10	100%	10	100%
	NO	-	-	-	-	-	-	10	100%	-	-	-	-
Gineco-obstetricia	SI	10	100%	10	100%	10	100%	-	-	10	100%	10	100%
	NO	-	-	-	-	-	-	10	100%	-	-	-	-
Centro obstétrico	SI	10	100%	10	100%	10	100%	1	10%	10	100%	10	100%
	NO	-	-	-	-	-	-	9	90%	-	-	-	-
Medicina Interna	SI	10	100%	10	100%	10	100%	1	10%	10	100%	10	100%
	NO	-	-	-	-	-	-	9	90%	-	-	-	-
Cirugía	SI	10	100%	10	100%	10	100%	-	-	10	100%	10	100%
	NO	-	-	-	-	-	-	10	100%	-	-	-	-
Centro-Quirúrgico	SI	10	100%	10	100%	10	100%	2	20%	10	100%	10	100%
	NO	-	-	-	-	-	-	8	80%	-	-	-	-

El total de enfermeros se evidenció que comprenden al 100% cómo llenar el formulario del Kárdex, completan los datos de filiación, su letra es legible, llenan de forma clara y precisa la vía y hora correcta, anotan las iniciales y función de quien administra, todos usan el color de esfero dependiendo del horario. Una pequeña parte del servicio de centro obstétrico, medicina interna y centro quirúrgico se pudo ver que usan corrector en cuanto al llenado del formulario. El formulario de la administración de medicamentos indica una sólida adhesión a los protocolos establecidos para la gestión y documentación de la misma, lo cual es fundamental para garantizar la seguridad del paciente y la precisión en el tratamiento. Como los resultados son mayormente positivos no son similares con los apuntes realizados por Schmidt (23), que menciona que, las debilidades del proceso de registrar en los formatos de administración de medicación a través del reporte médico deberían estar enfocadas a una mayor cualificación de los registros de enfermería y, por tanto, del cuidado del paciente y de lo que se va administrar, ya que como enfermeros es lo principal que se realiza al paciente para su mejora.

**Tabla 11.** Calidad del formulario de ingesta y eliminación.

Variables		Datos de filiación completos		Uso de esfero según horario		Datos completos		Transcripción de ingesta y eliminación en formulario 020		Evaluación de balance hídrico en formulario 005		Firma y sello del profesional de enfermería	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Pediatria	<b>SI</b>	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%
	<b>NO</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gineco-obstetricia	<b>SI</b>	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%
	<b>NO</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Centro obstétrico	<b>SI</b>	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%
	<b>NO</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Medicina Interna	<b>SI</b>	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%
	<b>NO</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cirugía	<b>SI</b>	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%
	<b>NO</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Centro-Quirúrgico	<b>SI</b>	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%
	<b>NO</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Todos los enfermeros llenan correctamente el formulario al 100%, en cuanto a poner completos los datos de filiación, transcripción al formulario 020 y evaluación en formulario 005 según corresponda, se evidenció la firma y sello, además usan el esfero de color según el horario. El formulario de ingesta y eliminación es un método que recoge información sobre los alimentos y bebidas consumidos en un periodo de tiempo previamente especificado, además de medicamentos e hidratación. Es fundamental para monitorear y gestionar de manera efectiva el estado nutricional y la función excretora de los pacientes. Los resultados de esta investigación son diferentes con Díaz y Castro (52), en su estudio destacan que existen formatos de registro clínico de enfermería, que no cumplen con lo que establece la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

**Tabla 12.** Respuesta Institucional frente a los registros de enfermería.

	<b>Variables</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Política Institucional de elaboración de registros de enfermería</b>	Pacientes dependientes	4	6,56%
	Pacientes medianamente independientes	9	14,75%
	Todos los pacientes	48	<b>78,69%</b>
<b>Informes realizados en la Institución</b>	Narrativo	30	49,19%
	SOAPIE	31	<b>50,81%</b>
<b>Capacitación de registros de enfermería</b>	Si	14	22,95%
	No	47	<b>77,05%</b>

Gran parte de los profesionales de enfermería según su política institucional de la elaboración de los registros de enfermería realiza a todos los pacientes, sin embargo, un pequeño porcentaje realiza solo a pacientes dependientes o medianamente independientes, además, más de la mitad respondió que no reciben capacitaciones sobre el manejo de los registros de enfermería. En cuanto a los informes realizados en la institución hay una equidad ya que la mitad realiza SOAPIE y la otra mitad lo hace narrativo, este último retrasa la aplicación completa del Proceso de Atención de Enfermería.

La decisión institucional y la ejecución precisa de lo asignado es fundamental para garantizar la calidad del cuidado de los pacientes. En un entorno hospitalario cada acción de enfermería tiene un impacto directo en la salud y el bienestar de quienes reciben tratamiento. Capacitar a los enfermeros en la correcta documentación y registros es crucial para asegurar la precisión, continuidad y legalidad de la atención. Asimismo, asegura que los profesionales de enfermería puedan documentar de manera completa y precisa, con un cuidado coordinado y de alta calidad para todos los pacientes atendidos. En la actualidad, los enfermeros deberían estar adoptando cada vez más el uso del formato SOAPIE, en lugar del reporte narrativo tradicional. Este cambio que se debería realizar es por la necesidad de estandarizar la documentación clínica, mejorar la comunicación interdisciplinaria y aumentar la eficiencia en la atención al paciente. Los resultados de la investigación son diferentes en cuanto a Cuevas *et al.*, (6), que señala que, el 70% de los expertos consideró el instrumento como bueno en cuanto a la calidad del registro en cada

institución y su manera de trabajar. Hubo una discrepancia en el diseño encontrándose como parcialmente eficiente (70%) ya que cada experto evaluó de acuerdo al área que dominaba.

## CAPÍTULO IV

### 4.1 Conclusiones

Con base en los resultados obtenidos queda demostrado que la mayoría de profesionales en estudio, su rango de edad entre los 25 a 39 años, han alcanzado el grado académico de tercer nivel, un mínimo posee cuarto nivel, se evidenció que más de la mitad tiene un nombramiento fijo con más de 5 años de experiencia y sobre el área de trabajo existe una distribución relativamente equitativa entre los diferentes servicios, realizando jornadas laborales entre 8 a 12 horas.

Los conocimientos de los profesionales de enfermería son adecuados ya que casi todos respondieron correctamente en cuanto a los informes de enfermería, SOAPIE, actitudes del enfermero en informes de enfermería, práctica de la elaboración del mismo, de igual manera, en los registros de la historia clínica única con un resultado favorable. Cabe recalcar que, según la política institucional de registros de enfermería lo realiza a todos los pacientes, los informes realizados son narrativos y también SOAPIE. No obstante, gran parte no conoce en qué momento se debe realizar el informe de enfermería que es después del turno, no relacionan el diagnóstico NANDA de riesgo con la definición correcta, tienen deficiencia en el conocimiento acerca de la clasificación de resultados de enfermería y más de la mitad no recibe capacitaciones sobre registros de enfermería.

La calidad de los registros de enfermería en los formularios de signos vitales e ingesta y eliminación es de buena calidad. Sin embargo, en la transcripción de prescripción médica existe en casi todos los servicios cumplimiento parcial y en cirugía en su totalidad no cumple en relación a colocar la hora al final del registro de enfermería, en relación al uso de corrector en los informes de enfermería, la mayoría cumple a excepción del servicio de gineco-obstetricia, que no cumple. En la administración de medicamentos los servicios que persisten en el uso de corrector son centro obstétrico, medicina interna y centro quirúrgico, en un menor porcentaje.

## 4.2 Recomendaciones

Se recomienda a los profesionales de enfermería participar en auditorías de forma periódica, con el propósito de revisar la calidad y precisión de los registros de enfermería realizados en el proceso de investigación, monitoreo y supervisión, para obtener una perspectiva interna sobre su manejo, puesto a que son los principales involucrados que pueden aportar información valiosa sobre las prácticas y procedimientos utilizados en la elaboración de los registros.

A las autoridades de la Institución, se recomienda que capaciten regularmente y mantengan actualizado al personal de enfermería en el proceso de llevar a cabo los registros de enfermería de manera adecuada, debido a que estos son documentos vitales que reflejan la atención y cuidado proporcionados a los pacientes, por lo que su gestión contribuye a garantizar la calidad de la información, seguridad y eficacia de los tratamientos a los pacientes, además esto ayudará a mejorar las capacidades de cada profesional de enfermería.

Se recomienda el protocolo para el manejo de los registros de enfermería de la historia clínica única, como guía inicial para actualizar conocimientos, seguir los pasos específicos y estandarizados para un correcto llenado de formatos lo que lograría minimizar errores y reducir riesgos para los pacientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández H, Vázquez B, González N. Cumplimiento del registro clínico electrónico. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2021; 29(3): p. 166-173.
2. Torres D, Zurita M, Vicente M, Hernández I. Indicadores de evaluación de los registros clínicos de enfermería: Implementación de una herramienta tecnológica. *Horizonte sanitario.* 2023; 20(3): p. 315-328.
3. Muinga N, Omolade I, Paton C, Zweckhorst M. Designing paper-based records to improve the quality of nursing documentation in hospitals: A scoping review. *J Clin Nurs.* 2021; 30(2): p. 56-71.
- 4 Nascimento T, Frade I, Miguel S, Presado M, Cardoso M. Los desafíos de los sistemas de información de enfermería: una revisión narrativa de la literatura. *Cien Saude Colet.* 2021; 26(2): p. 505-510.
5. De Groot K, De Veer A, Munster A, Francke A, Paans W. Nursing documentation and its relationship with perceived nursing workload: a mixed-methods study among community nurses. *BMC Nursing.* 2022; 21(34): p. 1-12.
6. Cuevas M, González B, Alvarez E, Barrera M, Almeida A, González M. Diseño y validación de un nuevo registro clínico de enfermería, para la continuidad de los cuidados y seguridad del paciente en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica.* ; 22(2): p. 168-175.
7. Tadese M, Endale A, Asegidew W, Desta S, Shibabaw W. Nursing patient record practice and associated factors among nurses working in North Shewa Zone public hospitals, Ethiopia. *Front. Health Serv.* 2024; 4(24): p. 1-8.
8. Brima N, Sevdalis N, Daoh K, Deen B, Kamara T, Wurie H. Improving nursing documentation for surgical patients in a referral hospital in Freetown, Sierra Leone: protocol for assessing feasibility of a pilot multifaceted quality improvement hybrid type project. *Pilot Feasibility Stud.* 2021; 7(1): p. 1-13.
9. Lundberg A, Gyllencreutz L, Inger B, Boman E. Characteristics of nursing encounters in primary healthcare in remote areas: A survey of nurses' patient record documentation and self-report. *Nordic Journal of Nursing Research.* 2021; 41(2): p. 84-91.
10. Soza C, Bazán A, Díaz R. Percepción de las enfermeras sobre el uso de sus registros para garantizar la continuidad del cuidado. *Ene.* 2020; 14(1): p. 1-13.
11. Torres D. Indicadores de evaluación de los registros clínicos de enfermería: Implementación de una herramienta tecnológica. *Horizonte sanitario.* 2023; 20(3): p. 315-328.
12. Santos I, Santos J, Mendoza E, Vega M. Conocimiento científico y de implicación legal en el cumplimiento de los registros de enfermería. *Rev CONAMED.* 2022; 27(2): p. 57-62.
13. Almeida S, Mota R, Oliveira L, Nilcea J, Carvalho C, Marques C. Quality audit of Nursing registers on patients' records in a university hospital. *Enferm. foco (Brasília).* 2019; 10(3): p. 28-33.

14. Ledesma D, Vergara V, Villalba G, Medina O. Calidad de los registros electrónicos de enfermería de un hospital de alta complejidad de la ciudad de Corrientes. Año 2021. *Notas De Enfermería*. 2023; 24(42): p. 26-33.
15. Lima L, Barreto F, Dos Santos M, Andrade K, Oliveira P, Pererira V. Análisis de registros de técnicos de enfermería y enfermeros en registros médicos. *Rev Bras Enferm*. 2020; 73(2): p. 1-6.
16. Pacheco R, Silva H, Correa S, Novais P, Costa F, Fontoura N. Nursing records as a tool for hospital clinical care management. *Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro*. 2021; 29: p. 1-9.
17. Figueira J, Canova C, Garrido M, Boyardi V, Oviedo A, Corvalán P. Calidad de los registros clínicos de enfermería del área de Internación Conjunta. *Data and Metadata*. 2022; 1(20): p. 1-8.
18. Alcocer A, Besantes M, Naranjo L. Evaluación de la Calidad de la Historia Clínica en el. *Ciencia digital*. 2019; 3(2): p. 1-9.
19. Groot K, Triemstra M, Paans W, Francke A. Quality criteria, instruments, and requirements for nursing documentation: A systematic review of systematic reviews. *Journal og Advanced Nursing*. 2019; 75(7).
20. Mohammed W, Muwfaq N. Assessment of Nurses' Performance Regarding Nursing Documentation in Pediatric Wards at Mosul Hospitals. *Journal of Current Medical Research and Opinion*. 2024; 1(4): p. 2289-2295.
21. Vicente M, Robles J, García D, Magaña M, García N. Calidad de Registros Clínicos de Enfermería de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital Especializado. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2024; 8(1): p. 10249-10268.
22. Figueira J, Canova C, Garrido M, Boyardi V, Oviedo A, Corvalán P. Calidad de los registros clínicos de enfermería en el área de alojamiento conjunto. *Datos y metadatos*. 2022; 1(2): p. 1-8.
23. Schmidt S. Calidad de los registros de enfermería en un sector del Hospital Público de la Ciudad de Oberá. *Salud, Ciencia y Tecnología*. 2022; 2(62): p. 1-9.
24. Figueira J, Canova J, Garrido M, Tallarita A, Boyardi V, Cisneros M. Calidad de los registros clínicos de enfermería de una Unidad de Terapia Intensiva - Neonatal. *Enfermería Global*. 2022; 21(67): p. 464-487.
25. Vera F, Olaya Y, Suconota A. Manejo del Soapie en los reportes de enfermería en un hospital general del Ecuador. *Polo del Conocimiento: Revista científico - profesional*. 2022; 7(8): p. 1292-1308.
26. Sulzbach S, Argenta C, Kátia E, Campo W, Argenta E, Abido S. Evaluation of nursing records through Quality of Diagnoses. *Rev. Enferm. UFSM*. 2022; 12(26): p. 1-19.
27. Gavilanes V, Tamayo F, Serrano E, Cevallos C. Enfermería de la ocupación a la profesión, de la profesión a la ciencia. *Polo del conocimiento*. 2022; 7(5): p. 1536-1550.
28. García P, Gallegos R. El papel del personal de enfermería en la educación para la salud. *Horizonte de Enfermería*. 2020; 30(3): p. 271-285.

29. Nkoane N. Experiences of operational managers regarding record keeping by new professional nurses in public hospitals in the North West province, South Africa. *Health SA*. 2023; 28: p. 1-11.
30. Moro M, García A. Rol de la enfermera en la investigación. *Rev Esp Salud Publica*. 2023; 97.
31. Castillo L, Delgado G, Briones B, Santana M. La gestión de la calidad de cuidados en enfermería y la seguridad del paciente. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*. 2023; 7(13): p. 40-49.
32. Almeida O, Lopes D. Quality indicators of the nursing process documentation in clinical practice. *Rev Bras Enferm*. 2021; 74(3): p. 1-8.
33. Soza C, Bazán A, Díaz R. Percepción de las enfermeras sobre el uso de sus registros para garantizar la continuidad del cuidado. *Ene*. 2020; 14(1).
34. Ministerio de Salud Pública. Reglamento e instructivo de manejo de la historia clínica únic. ; 2021.
35. Yáñez A, Zárate R. Diseño de un instrumento para evaluar el proceso de enlace de turno de enfermería. *Enfermería Universitaria*. 2016; 13(2).
36. Núñez A, Rodríguez L, Díaz R, Cervera M. Incorporando las anotaciones de enfermería tipo SOAPIE en el servicio de pediatría. *Revista ACC CIETNA de la Escuela de Enfermería*. 2018; 5(2): p. 66-73.
37. López J, Moreno M, Saavedra C, Aguilar A, Camacho J. La importancia del registro clínico de enfermería: un acercamiento cualitativo. *NURE Investigación*. 2018;(93): p. 1-9.
38. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual de uso de los formularios básicos de la historia clínica única. ; 2009.
39. Enfermeras CIDE. Código Deontológico del CIE para profesión de enfermería. [Online].; 2012 [cited 2021 Octubre 21. Available from: [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012\\_ICN\\_Codeofethicsfornurses\\_%20sp.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20sp.pdf).
40. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C. V.; 2018.
41. Casas Anguita J, Labrador Jr R, Donado Campos J. Elsevier. [Online]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-encuesta-como-tecnica-investigacion-elaboracion-cuestionarios-13047738>.
42. Romero Miguel RRBW. Instituto Universitario de Innovación. [Online].; 2023 [cited 2023 02. Available from: <https://editorial.inudi.edu.pe/index.php/editorialinudi/catalog/download/90/133/157?inline=1#:~:text=Un%20instrumento%20de%20investigaci%C3%B3n%20es,%2C%20pruebas%20estandarizadas%2C%20entre%20otros>.
43. Solor Muñoz A, Pérez Bolaños L. Scielo. [Online].; 2015 [cited 2015. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-)

67182015000100006#:~:text=Los%20listados%20de%20verificaci%C3%B3n%20(checklist,un%20recordatorio%20de%20las%20mismas.

44. Cáceres Julio CJPO. Universidad Peruana Cayetano Heredia. [Online].; 2015 [cited 2015. Available from:  
<https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/582/Factores%20relacionados%20a%20la%20calidad%20de%20los%20registros%20de%20enfermer%C3%ADa%20%28SOAPIE%29%20en%20el%20Servicio%20de%20Emergencia%20del%20Hospital%20Militar%20Central.pdf?seque>.
45. Castillo R, Villa C, Costales B, Moreta J, Quinga G. Calidad de las notas de enfermería en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Polo del Conocimiento: Revista científico - profesional. 2021; 6(8): p. 672-688.
46. Vera F, Olaya Y, Suconota A. Manejo del Soapie en los reportes de enfermería en un hospital general del Ecuador. Pol. Con. 2022; 7(8): p. 1292-1308.
47. Rea M, Arteaga M. Conocimiento sobre la metodología NANDA, NIC y NOC en el personal de enfermería del Hospital básico Guaranda-Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social-Ecuador. REDIELUZ. 2021; 11(2): p. 46-54.
48. Barros J, Dos Santos H, Cabral D, Oliveira A, Fredemir P, Figueiredo M. Unsatisfactory completeness of nurses' records in the medical records of users with tuberculosis. Rev Bras Enferm. 2021; 75(5): p. 1-7.
49. Suarez N, Caputo A, Cruz F. Calidad de los registros de enfermería Sanatorio Allende cerro en el año 2019. Notas de Enfermería. 2019; 20(31): p. 21-29.
50. Figueira J, Canova C, Garrido M, Tallarita A, Cisneros M. Calidad de los registros clínicos de enfermería de una Unidad de Terapia Intensiva - Neonatal. Enfermería Global. 2022; 21(67): p. 464-475.
51. Ferreira E, Da Silva H, Araújo M. Calidad de los registros de enfermería en el posoperatorio. Revista Cubana de Enfermería. 2022; 38(4): p. 1-22.
52. Díaz A, Castro J. Evaluación de la hoja de enfermería de una Unidad de Cuidados Intensivos. Ciencia y Cuidado. 2022; 19(1): p. 19-30.

## Anexos

### Anexo 1.



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

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título del Proyecto:** “Manejo de los registros de enfermería en el Hospital General Marco Vinicio Iza, Sucumbíos 2024”.

**Organización del investigador:** Universidad Técnica del Norte

**Investigador/a:** Katherine Estefanía Ruiz Tanaí

**Tutor/a Proyecto:** Msc. Katty Elizabeth Cabascango Cabascango

**EN LOS SERVICIOS:** Pediatría, Gineco-obstetricia, Centro obstétrico, Medicina interna, Cirugía y Centro Quirúrgico.

Sucumbíos

Lago Agrio

Hospital General Marco Vinicio Iza

### DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

#### Introducción:

- Los registros de enfermería son documentos donde se registra toda la información relevante sobre la atención y cuidado de un paciente por parte de un profesional de enfermería. Estos registros incluyen datos como la información básica del paciente, signos vitales, medicamentos administrados, procedimientos realizados, observaciones clínicas, instrucciones para el paciente, entre otros. Estos registros son importantes para mantener un seguimiento adecuado de la evolución del paciente, garantizar la continuidad de la atención, y cumplir con los estándares de documentación clínica.

#### Propósito del estudio

- Identificar las características demográficas y laborales de la población en estudio.
- Determinar el conocimiento de los profesionales de enfermería sobre los registros de enfermería de la Historia clínica Única del Hospital General Marco Vinicio Iza, Sucumbíos 2024
- Analizar la calidad y manejo de los registros de enfermería en la historia clínica única del paciente a través de una guía de observación.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proponer un protocolo de manejo de los registros de enfermería para el Hospital General Marco Vinicio Iza, Sucumbíos 2024.</li> </ul>
<p><b>Descripción de los procedimientos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La técnica que se utilizará en este estudio es la encuesta, al Personal de Enfermería del Hospital General Marco Vinicio Iza, utilizando el cuestionario previamente elaborado y validado, además de un check list para conocer el manejo de los registros de enfermería.</li> </ul>
<p><b>Riesgos y beneficios</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay ningún riesgo, ya que la investigación aborda temas generales del ámbito socioculturales, biológicas y administrativo por lo que la investigación no implica ningún riesgo para el participante de la investigación. Este estudio seguirá los principios de bioética estrictos con el fin de preservar la integridad de los participantes y prevenir perjuicios a las poblaciones involucradas. Se garantizará la justicia en la investigación, fomentando un acceso igualitario se respetará la autonomía de los participantes mediante el consentimiento informado.</li> </ul>
<p><b>Confidencialidad de los datos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consentimiento informado de los Profesionales de Enfermería del Hospital Marco Vinicio Iza, de los servicios de Pediatría, Gineco-obstetricia, Centro obstétrico, Medicina interna, Cirugía y Centro Quirúrgico; aceptarán participar en el estudio, serán informados sobre el protocolo de investigación, indicando en todo momento que esa información será anónima y con fines académicos, se garantizará la confidencialidad, el anonimato y la protección de los datos recogidos en cualquier fase del estudio. La información que nos proporcione será registrada sin su nombre y su información será confidencial, donde sólo el investigador tendrá acceso.</li> </ul>
<p><b>Derechos y opciones del participante</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La participación en este estudio es voluntaria y si usted decide no participar solo debe decirselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además, aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee. Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.</li> </ul>
<p><b>Información de contacto</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al teléfono: 0991368783 que pertenece a la directora de la investigación o envíe un correo electrónico <a href="mailto:keruizt@utn.edu.ec">keruizt@utn.edu.ec</a>, que pertenece al correo institucional de la Universidad Técnica del Norte.</li> </ul>

Acepto los términos y condiciones de la encuesta

## Anexo 2.



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

### CUESTIONARIO

**Instrucciones:** Por favor califique algunos de los aspectos sobre el tema del manejo de los registros de enfermería durante su tiempo en el servicio, marcar con una X en el casillero de su elección. El cuestionario es anónimo y las respuestas son confidenciales. Por este motivo, ejerciendo su libre poder de elección y su voluntariedad expresa, por este medio, dar el consentimiento para participar en esta investigación.

#### I: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES

##### Edad:

25 a 39 años

Mayor de 40 años

##### 1.2 ¿Cuál es su grado académico?

Licenciada	Especialista	Maestría	Doctorado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

##### 1.3 ¿Cuál es su condición laboral?

Nombramiento	Contrato
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

##### 1.4 ¿Cuál es el tiempo de servicio que labora en la Institución?

Menor a 5 años	Más de 5 años
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

##### 1.5 Servicio o área de trabajo laboral

Pediatría	<input type="checkbox"/>
Gineco-obstetricia	<input type="checkbox"/>

Centro obstétrico	
Medicina interna	
Cirugía	
Centro Quirúrgico	

### 1.6 Jornada laboral habitual

Turno de 6 horas	
Turno de 8 horas	
Turno de 12 horas	

## II. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE EL REGISTRO DE ENFERMERÍA DE LA HISTORIA CLÍNICA ÚNICA DEL PACIENTE.

### 2.1 ¿Para usted, ¿qué es la Historia Clínica? Marque con una X

Un documento legal utilizado solo por los médicos para registrar la información del paciente	
Un registro médico que documenta la historia de salud del paciente, incluyendo diagnósticos, tratamientos, procedimientos y resultados de exámenes	
Un formulario que se completa al final del turno de trabajo	
Una lista de verificación de tareas que deben completarse durante el turno	

### 2.2 Para Ud. Las anotaciones de enfermería son registros de: Marque con una X 1 sola respuesta.

Observaciones que realiza la enfermera durante el turno de trabajo	
Actividades administrativas que realiza la enfermera durante el turno de Trabajo	
Evolución del paciente durante el turno de trabajo	

### 2.3 ¿Qué aspectos se toma en cuenta para la elaboración de las anotaciones de enfermería? Marque con una X 1 sola respuesta.

Lista de problemas y grado de dependencia	
Estado del paciente y lista de problemas	
Lista de problemas y notas anteriores	

**2.4 ¿Cuál es el momento más apropiado, según su experiencia personal, para realizar los registros de enfermería? Marque con una X.**

Al comenzar el turno	
Después del turno de trabajo	
Durante el desarrollo del turno	

**2.5 ¿Cuál es el tiempo que demora en la elaboración de registros de enfermería?**

**Marque con una x.**

5-10 minutos	10-20 minutos	30-60 minutos

**2.6 ¿Cuál es la política establecida en la Institución respecto a los registros de enfermería? Marque con una X.**

Pacientes dependientes	
Pacientes medianamente independientes	
Todos los pacientes	

**2.7 ¿La institución realiza procesos de capacitación referente a los registros de enfermería? Marque con una X.**

Si	No

**2.8 ¿Cuál de las siguientes acciones es fundamental para garantizar la integridad de los registros de enfermería? Marque con una X**

Utilizar códigos de acceso compartidos entre el personal para facilitar el acceso a los registros	
Borrar cualquier error o entrada incorrecta para evitar confusiones	
Registrar solo la información crítica y omitir detalles irrelevantes	
Documentar de manera precisa, clara y oportuna, incluyendo correcciones adecuadas de errores	

**2.9 ¿Cuál es la principal razón para mantener registros de enfermería precisos y actualizados? Marque con una X**

Cumplir con los requisitos del hospital y las normativas gubernamentales	
Facilitar el seguimiento del horario de trabajo del personal de enfermería	
Registrar solo las intervenciones exitosas para resaltar los logros del personal	

Mejorar la continuidad y calidad de la atención al paciente, así como respaldar la toma de decisiones clínicas	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

**2.10 ¿Por qué es importante mantener la confidencialidad al manejar los registros de enfermería? Marque con una X**

Para permitir que otros miembros del personal tengan acceso a la información del paciente	
Para proteger la privacidad y la información confidencial del paciente	
Para compartir la información del paciente en otros servicios	
Para facilitar la discusión de casos clínicos en redes profesionales	

**2.11 ¿Cuál es la mejor manera de manejar las enmiendas o correcciones en los registros de enfermería? Marque con una X**

Ignorar los errores ya que no son relevantes para la atención del paciente	
Utilizar corrector líquido para enmendar los errores	
Encerrar entre paréntesis y colocar la palabra ERROR o Anotación incorrecta	
Borrar los errores y volver a escribir la información correctamente.	

**2.12 ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la razón por la cual es importante registrar los signos vitales con precisión? Marque con una X**

Para evitar el papeleo adicional y el trabajo administrativo	
Para proporcionar información valiosa sobre la condición fisiológica del paciente y detectar cambios que puedan indicar deterioro clínico	
Para cumplir con los estándares de la institución médica	
Para permitir una comparación con otros pacientes en la misma unidad	

**2.13 ¿Qué acción debe tomar un enfermero si encuentra lecturas de signos vitales anormales al registrar los signos vitales de un paciente? Marque con una X**

Ignorar las lecturas anormales si el paciente no muestra signos de malestar	
Registrar las lecturas anormales pero no tomar ninguna acción adicional	

Informar de inmediato al médico responsable y seguir las políticas y procedimientos del hospital para la evaluación y el manejo de la situación	
Esperar y volver a tomar las lecturas de los signos vitales en una hora para verificar si han vuelto a la normalidad	

**2.14 ¿Cuál de las opciones describe mejor la importancia de registrar correctamente los medicamentos en el Kárdex? Marque con una X**

Para cumplir con los requisitos del hospital en cuanto a la documentación	
Para garantizar que el paciente reciba la medicación correcta y en la dosis adecuada	
Para mantener un registro detallado de los medicamentos que han sido administrados, independientemente de su precisión	
Para evitar sanciones disciplinarias para el personal de enfermería	

**2.15 ¿Qué acción tomaría si descubre un error en la documentación de la administración de un medicamento en el kárdex? Marque con una X**

Borrar el error y volver a escribir	
Dejar el error tal como está y notificar al supervisor al final del turno	
Realizar una nueva transcripción en otro casillero.	
Ignorar el error ya que no afecta directamente al paciente	

**2.16 ¿Por qué es importante registrar la ingesta y la excreta de un paciente? Marque con una X**

Para cumplir con los requisitos del hospital	
Para evaluar el balance de líquidos y prevenir complicaciones	
Para tener un registro de las comidas favoritas del paciente	
No es importante registrar la ingesta y la excreta	

**2.17 ¿Qué tipo de información debe incluirse en el registro de excreta de un paciente? Marque con una X**

Solo la cantidad de diuresis	
Solo la cantidad de drenajes	
Solo la cantidad de vómito y diarrea	

Solo la cantidad de pérdidas insensibles	
Todas las anteriores	

**2.18; Cómo se registra adecuadamente la ingesta oral, enteral y parenteral?**

**Marque con una X**

Solo se registra la ingesta oral, enteral	
Solo se registra la ingesta parenteral	
Se registra utilizando unidades de medida estándar y documentando la hora y la cantidad	

**2.19; Qué entiende por SOAPIE? Marque con una X 1 sola respuesta**

Método sistemático que permite el registro de la planificación de cuidados.	
Método nemotécnico donde interviene el equipo multidisciplinario.	
Método sistemático para el registro de la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación del cuidado enfermero.	
Método sistemático donde se registra el diagnóstico, la valoración y las intervenciones del cuidado enfermero.	

**2.20; Qué significa SOAPIE en el contexto de la enfermería? Marque con una X**

Síntoma, Orden, Análisis, Proceso, Identificación, Evaluación	
Síntoma, Objetivo, Análisis, Procedimiento, Información, Evaluación	
Sujeto, Objeto, Análisis, Proceso, Intervención, Evaluación	
Subjetivo, objetivo, análisis, planeación, intervención, evaluación.	

**2.21; Qué tipos de informes realiza en la Institución?**

Narrativo	
SOAPIE	
SOE	
Otro	

**2.22 Los datos subjetivos se refieren a: Marque con una X 1**

Los hallazgos obtenidos, por el profesional de enfermería a través de la observación y el examen físico céfalo – caudal, por dominios.	
Los hallazgos que la enfermera describe en el paciente, haciendo uso de sus instrumentos y la entrevista.	
Los hallazgos como sentimientos, emociones o percepciones registrados con las propias palabras del paciente o familia.	
Los hallazgos obtenidos de la historia clínica del paciente entre comillas.	

**2.23 Los datos objetivos se refieren a: Marque con una X**

Información de síntomas que el paciente describe	
Información descrita por las enfermeras haciendo uso de sus sentidos, de instrumentos y exámenes.	
Información obtenida de la historia clínica del paciente.	
Información de los clientes sobre lo que siente registrada entre comillas.	

**2.24 En el Análisis Los diagnósticos focalizados en el problema y de Síndrome en la taxonomía NANDA, constan de: Marque con una X 1 sola respuesta**

Etiqueta, factor relacionado y situación deseada.	
Etiqueta, Factores relacionados y características definitorias.	
Etiqueta, Problema y Respuestas definitorias.	
Etiqueta, Síntomas y características definitorias.	

**2.25 En el Análisis los diagnósticos de riesgo en la taxonomía NANDA, constan de: Marque con una X**

Etiqueta y factores relacionados.	
Etiqueta y Respuesta negativa.	
Problema y Respuesta.	
Problema y características definitorias.	

**2.26 En el Análisis los diagnósticos de promoción de salud en la taxonomía NANDA constan de: Marque con una X**

Etiqueta y Características definatorias	
Etiqueta y Factores relacionados	
Características definatorias y factores relacionados	
Ninguna de las anteriores	

**2.27 En la planificación ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor la estructura de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)? Marque con una X**

Incluye principalmente diagnósticos médicos y tratamientos farmacológicos.	
Se compone de indicadores que miden la efectividad de las intervenciones de enfermería.	
Solo utiliza una escala de Likert para evaluar los resultados de enfermería.	
Diseñado exclusivamente para el seguimiento de pacientes en cuidados intensivos.	

**2.28 Nursing Interventions Classification (NIC) define a una intervención como:**

**Marque con una X 1 sola respuesta**

Cualquier tratamiento, basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza un profesional de enfermería sin presentar comparaciones.	
Cualquier tratamiento, basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza un profesional de enfermería para mejorar los resultados del paciente.	
Cualquier tratamiento, basado en el criterio médico y el conocimiento clínico, que realiza un profesional de enfermería para mejorar los resultados del paciente.	
Cualquier tratamiento, basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza un profesional de salud para mejorar los objetivos del paciente.	

**2.29 ¿En qué aspectos se basa la Evaluación en el reporte de enfermería?**

**Marque con una X**

La efectividad de los tratamientos médicos.	
El progreso del paciente desde la admisión hasta el alta.	

Los resultados de las intervenciones de enfermería.	
La frecuencia de visitas de los familiares al paciente.	

**2.30 ¿Cuál es el propósito principal de la reevaluación en un reporte de enfermería?**

**Marque con una X**

Confirmar el diagnóstico médico del paciente.	
Evaluar el desempeño del personal de enfermería.	
Identificar cambios en la condición del paciente y ajustar el plan de cuidados en consecuencia.	
Registrar la frecuencia de las visitas de los familiares al paciente.	

Cuestionario validado por los Especialistas en Enfermería Caceres Castro Julio Cesar, Cusihuaman Ninan Jennifer, Paucar Napanga, Oscar Milven en su trabajo realizado sobre la Calidad en la Redacción de notas de enfermería y factores influyentes en su elaboración en el Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2018. Además validado por la Especialista Guerra Chávez Carol Nashely, en su trabajo realizado sobre la calidad de los registros de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital II ESSALUD Cañete, 2022. Con modificación parcial por la autora.

### Anexo 3.

## III. ANALIZAR LA CALIDAD Y MANEJO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA HISTORIA CLÍNICA ÚNICA DEL PACIENTE A TRAVÉS DE UNA GUÍA DE OBSERVACIÓN.

Check list de registros de enfermería, validado por la Magíster en Gerencia de Servicios de Salud Elsa Cecilia Carranco González, en su trabajo realizado sobre los factores que influyen en la calidad de los registros de enfermería en la historia clínica única en el Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra 2017.

REGISTRO DE ENFERMERÍA	LISTA DE VERIFICACIÓN	Escala	
		SI	NO
TRANSCRIPCIÓN DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA	Chequeo de prescripción a la derecha.		
	Hora al finalizar la transcripción de la prescripción		
	Uso de color esferos según horario de Re chequeo		
	Firma legible		
	Sello de la enfermera		
REPORTE DE ENFERMERÍA	Datos de filiación completos		
	Utiliza esfero color negro para el reporte		
	Coloca fecha, hora		
	Letra clara, legible		
	Tachones, borrones, usa corrector		
	Reporte céfalo caudal, Datos subjetivos y objetivos		
	Valoración de datos subjetivos		
	Valoración de datos objetivos		
	Actividades Pendientes		
	Firma legible de la enfermera		
Sello de la enfermera			
FORMULARIO DE SIGNOS VITALES	Datos de filiación completos		
	Grafica los Signos vitales completos		
	Grafica los Signos Vitales con los signos correspondientes		
	Grafica los Signos Vitales con el color de esfero correspondiente		
	Transcripción de balance hídrico		
	Registro de todas las mediciones y actividades		
FORMULARIO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN	Datos de filiación completos		
	Uso de esfero negro para la transcripción		
	Letra legible		
	Tachones, usa corrector		
	Medicamento y dosis		
	Vía correcta		
	Hora correcta		
Colocación de iniciales de			

	quien administra		
	Colocación de su función quien administra		
<b>FORMULARIO DE INGESTA Y ELIMINACIÓN</b>	Datos de filiación completos		
	Uso de esfero color negro		
	Datos completos en cada horario		
	Transcripción de ingesta y eliminación en formulario 020		
	Reporte y evaluación de balance hídrico en formulario 005		
	Firma del profesional de enfermería por turno		
	Sello del profesional de enfermería por turno		

## Anexo 4.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE



### **PROTOCOLO DE MANEJO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA DE LA HISTORIA CLÍNICA ÚNICA**

Hospital General Marco Vinicio Iza,  
Sucumbíos, 2024.

Realizado por: Katharine Ruiz



## Anexo 5.



