



**UNIVERSIDAD
DA VINCI
DE GUATEMALA**

**“EFICACIA EN LA NOTA DE ENFERMERÍA DE LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS
DE PACIENTES EGRESADOS DE LA CIRUGÍA DE HOMBRES DEL HOSPITAL
DE RETALHULEU”**

LINDA YADIRA TANAHUVIA MALDONADO

Guatemala, abril 2025



**UNIVERSIDAD
DA VINCI
DE GUATEMALA**

**“EFICACIA EN LA NOTA DE ENFERMERÍA DE LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS DE
PACIENTES EGRESADOS DE LA CIRUGÍA DE HOMBRES DEL HOSPITAL DE
RETALHULEU”**

Tesis presentada para optar el grado académico de Licenciada en Enfermería

Por:

LINDA YADIRA TANAHUVIA MALDONADO

Guatemala, abril 2025

Nota de Responsabilidad:

“El contenido de esta investigación es responsabilidad únicamente de las autoras.
Capítulo III Normativo de Tesis, Facultad de Enfermería y Ciencias del cuidado de la salud, UDV”.

AUTORIDADES DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Msc. Vilma Lilian Velásquez Dionicio

Presidente de tribunal examinador

Msc. Angélica Guadalupe García Coyoy

Secretaria de tribunal examinador

Msc. Adely Marleny Guzmán Castro

Vocal de tribunal examinador



FACULTAD DE ENFERMERÍA Y
CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD
UNIVERSIDAD DA VINCI
DE GUATEMALA


ORDEN DE IMPRESIÓN DE TESIS

No. 54 – 2025

La Decanatura de la Facultad de Enfermería y Ciencias del Cuidado de la Salud, teniendo a la vista el Dictamen Favorable de la coordinación de Programa Académico de esta Facultad de Enfermería y Ciencias del Cuidado de la Salud, extiende la presente orden de impresión para la tesis de **LINDA YADIRA TANAHUVIA MALDONADO** quien se identifica con carné No. **202307609**, tesis denominada **“EFICACIA EN LA NOTA DE ENFERMERÍA DE LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS DE PACIENTES EGRESADOS DE LA CIRUGÍA DE HOMBRES DEL HOSPITAL DE RETALHULEU”**, previo a obtener el grado de Licenciada en Enfermería.

Guatemala, abril 2025




Dra. Rutilia Herrera Acababón
DECANA

Facultad de Enfermería y Ciencias del Cuidado de la Salud
Universidad Da Vinci de Guatemala



FACULTAD DE ENFERMERÍA Y
CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD
UNIVERSIDAD DA VINCI
DE GUATEMALA

DICTAMEN No. 54 - 2025

La Coordinación de programas académicos, extiende el presente **Dictamen Favorable** para el trabajo de investigación titulado “**EFICACIA EN LA NOTA DE ENFERMERÍA DE LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS DE PACIENTES EGRESADOS DE LA CIRUGÍA DE HOMBRES DEL HOSPITAL DE RETALHULEU**”, elaborado por **LINDA YADIRA TANAHUVIA MALDONADO**, quien se identifica con carné **No. 202307609**. Dictamen que se extiende después de ser revisado el documento por esta Coordinación y confirmar que cumple con todos los requerimientos del Normativo de Tesis y Trabajos de Graduación de esta Facultad.

Guatemala, abril 2025

Lic. Gilberto Adolfo Robelo Alvarez
Coordinación de Programas Académicos
Facultad de Enfermería y Ciencias del Cuidado de la Salud
Universidad Da Vinci de Guatemala



FACULTAD DE ENFERMERÍA Y
CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD

UNIVERSIDAD DA VINCI
DE GUATEMALA

Dictamen Informe Final
Tesis
Licenciatura en Enfermería


Quetzaltenango, 30 de marzo de 2025.

Licda. Antonia Catalina Girón Conde
Coordinadora de Programas Académicos
Facultad de Enfermería y Ciencias del Cuidado de la Salud
Universidad Da Vinci de Guatemala

Lic. Gilberto Adolfo Robelo Alvarez
Coordinación de Programas Académicos
Facultad de Enfermería y Ciencias del Cuidado de la Salud
Universidad Da Vinci de Guatemala

Por este medio hago de su conocimiento que la tesista **LINDA YADIRA TANAHUVIA MALDONADO, CIF No. 202307609**, de Licenciatura en Enfermería, ha completado a mi entera satisfacción el informe final de su tesis titulada, "**EFICACIA EN LA NOTA DE ENFERMERÍA DE LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS DE PACIENTES EGRESADOS DE LA CIRUGÍA DE HOMBRES DEL HOSPITAL DE RETALHULEU.**" Por lo que emito la presente opinión favorable, para que realice su examen privado de tesis.

Atentamente me suscribo:


MSc. Adely Marleny Guzmán Castro de Zárate
DPI 2751025131213
Cel: 50190159



Universidad Da Vinci de Guatemala
3 avenida 3-44 zona 13 Pamplona
Tls. 2314 0285 2314 0287
www.udv.edu.gt

DEDICATORIA

A Dios: Por ser mi Amado Padre, quien conoce los anhelos de mi corazón y me permite ver todo lo que Él es y representa en mi vida.

A mis padres: Por darme la vida, por su amor infinito, por los buenos principios y creer en mí.

A mis hijos: Dulce Rocío, por su apoyo emocional y espiritual.
José Daniel, por su paciencia, dedicación y apoyo hacia mí en éste proyecto de vida.

A mis nietos: Por ser el regalo más lindo y máspreciado en mi vida.

A mi yerno y nuera: Con especial cariño, agradeciendo sus palabras de motivación.

A mis hermanos: Como ejemplo de sacrificio y fe.

A la Universidad Da Vinci de Guatemala: Por ser la casa de estudios que me abrió sus puertas para alcanzar una meta más en mi vida profesional.

ÍNDICE

RESUMEN.....	x
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES.....	2
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
IV. JUSTIFICACIÓN	13
V. MARCO REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO.....	16
VI. METODOLOGÍA	37
VII. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	42
VIII. CONCLUSIONES.....	102
IX. RECOMENDACIONES.....	104
X. BIBLIOGRAFÍA.....	105
XI. ANEXOS	108

RESUMEN

La presente investigación es titulada "Eficacia en la nota de enfermería de los expedientes clínicos de pacientes egresados de la cirugía de hombres del Hospital de Retalhuleu" tuvo como objetivo analizar la eficacia de la nota de enfermería en los expedientes clínicos de estos pacientes. El estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, y de diseño retrospectivo, realizado en octubre del año 2024. Para ello se evaluaron 100 notas de enfermería mediante una boleta de recolección de información con escala de Likert. La unidad de análisis estuvo conformada por expedientes clínicos de pacientes varones egresados del servicio de cirugía de hombres del Hospital de Retalhuleu entre enero y junio de 2023. Para la recolección de los datos se utilizó como instrumento una lista de chequeo diseñada para evaluar la calidad y eficacia de las notas de enfermería en función de criterios como completitud, precisión, objetividad, actualización, legalidad y organización. Los principales resultados indicaron que: Únicamente el 6% de las notas siempre describió el estado físico del paciente. Sólo el 10% refirió el estado mental del paciente. El 3% anota los signos vitales. Un 2% fue precisa y basada en observación. Un 64% evitó opiniones, pero simplemente un 4% siempre reflejó cambios en el estado del paciente. 57% de las notas contenían firma y sólo un 7% estaban organizadas. El estudio concluyó que el 100% de las notas evaluadas no fueron eficaces, ya que no cumplieron con los criterios esenciales para garantizar su calidad y utilidad en la atención del paciente hospitalizado.

I. INTRODUCCIÓN

El trabajo de investigación denominado “Eficacia en la nota de enfermería de los expedientes clínicos de pacientes egresados de la cirugía de hombres del Hospital de Retalhuleu”, se llevó a cabo de forma colectiva por las tesis: Silvia Elizabeth Martínez Barrios y Linda Yadira Tanahuvia Maldonado, el cual tuvo como objetivo analizar la eficacia de la nota de enfermería en los expedientes clínicos de pacientes egresados de la cirugía de hombres del Hospital de Retalhuleu.

El estudio se integró por un resumen del trabajo, una introducción, antecedentes de trabajos anteriores con similitud a la investigación que se presenta; asimismo cuenta con el planteamiento del problema detectado; por otro lado, se redactó una justificación que describe las razones e importancia de la investigación; el marco referencial bibliográfico contenido en el Capítulo V permitió conocer aspectos teóricos del tema en cuestión. Seguidamente el Capítulo VI, desarrolla la metodología aplicada; el Capítulo VII, contiene la presentación y análisis de resultados, el cual se integra por una serie de cuadros y gráficas que describen el porcentaje de resultados, así como su análisis respectivo y citas bibliográficas que sustentan los resultados.

En otro apartado, aparecen descritas las conclusiones y recomendaciones que se derivaron de la investigación realizada, las cuales se redactaron de una manera clara, sencilla y concisa para una mejor comprensión del lector. De igual forma, el Capítulo X, contiene la bibliografía consultada a lo largo de la investigación; finalmente se presenta un capítulo que contiene los anexos respectivos, tales como el modelo de la boleta de recolección de información.

II. ANTECEDENTES

El municipio de Retalhuleu, se encuentra en la parte central y sur del departamento, la cabecera municipal es también la cabecera departamental que lleva el mismo nombre, está catalogada como ciudad, debido a que posee una infraestructura y una gran población, de igual forma, cuenta con servicios básicos que se proveen a la población en general, como energía eléctrica, agua potable, internet, carreteras, escuelas públicas y privadas, telefonía, mercado municipal, transporte colectivo, y otros servicios indispensables para toda persona. Asimismo, en el este municipio se desempeñan actividades gubernamentales, comerciales, agrícolas, industriales y de turismo del departamento. La ciudad de Retalhuleu es una localidad antigua, y como prueba de ello, se puede apreciar en las estructuras coloniales que lo representan. La iglesia parroquial y el palacio departamental de gobierno data del siglo XVIII.

Colinda con algunos municipios como Nuevo San Carlos y San Sebastián, de igual forma, con Santa Cruz Muluá y San Andrés Villa Seca, Retalhuleu; Champerico y el Océano Pacífico; también tiene colindancia con los municipios de Ocosingo, departamento de San Marcos. Su extensión territorial es de 796 kilómetros cuadrados y está ubicado a una distancia de 192 kilómetros de la ciudad capital. (Consejo Departamental de Desarrollo de Retalhuleu, 2023)

El departamento de Retalhuleu, cuenta con un Hospital Nacional ubicado en la cabecera departamental, el cual se denomina como “Hospital de Retalhuleu”, brinda distintos servicios a la población guatemalteca, de manera gratuita; cuenta con distintas unidades que atiende a hombres, mujeres y niños. El servicio de hospitalización a pacientes de sexo masculino, en una unidad específica dentro del Hospital; donde reciben atención médica y cuidados después de que son sometidos a una cirugía. (Hospital Nacional de Retalhuleu, 2013)

Entre los antecedentes relacionados con el estudio que se propone, está el que se llevó a cabo por Ruíz Gómez, Domínguez Orozco, Pérez Castro & Acevedo Peña, titulada, “eficacia de la nota de enfermería en el expediente clínico”, desde la perspectiva cualitativa; el estudio se realizó en la ciudad de México en el año 2017, cuyo objetivo fue: analizar la eficacia de la nota de enfermería. Estudio que consistió en analizar 73 notas de enfermería. La principal conclusión que se obtuvo es que la eficacia de las notas de enfermería es fundamental para mejorar la práctica clínica. Empero, el incumplimiento de las normativas limita su utilidad en los expedientes clínicos, especialmente en situaciones de queja médica, lo cual se refiere a la validez como documento legal. Las autoras señalan que estas notas no deben ser exclusivas de casos legales, sino que deben estar siempre presentes en cualquier registro clínico de enfermería. Afirman que los hallazgos detectados mostraron problemas como valoraciones inexactas del paciente, falta de identificación de necesidades afectadas e intervenciones del personal de enfermería deficientes. Asimismo, recomiendan que, para garantizar la eficacia y eficiencia de las notas de enfermería, es fundamental que las enfermeras cuenten con los conocimientos y las estrategias científicas necesarias. (Ruíz Gómez y otros, 2017)

Por su parte, Torres Santiago, Marisol; Zárate Grajales, Rosa Amarilis & Matus Miranda, Reyna, realizaron un estudio sobre la “calidad de los registros clínicos en el área de enfermería”, cuyo objetivo fue enfocado en construir y validar un instrumento que permitiera evaluar la calidad de los registros clínicos de enfermería; mediante un análisis de distintas bases de datos; el referido estudio se realizó en la ciudad de México. Éste permitió contar con una base de información congruente y sólida con la que se pudiera llevar a cabo un llenado en los registros clínicos de enfermería de manera más precisa y certera. La conclusión que arrojó el estudio, fue que el instrumento propuesto, reunía los sectores esenciales de confiabilidad y validez, de igual forma, permitía hacer una diferenciación entre las variables implicadas; con lo cual se pudo llevar a cabo una evaluación objetiva de los registros clínicos de enfermería en instituciones de salud pública y privada. Las autoras

explican que la documentación de enfermería se diseña con la intención de brindar y garantizar seguridad al paciente; con la finalidad de contar con una base de datos que lleve a cabo una evaluación continua y de esa forma, que haya una revisión de las intervenciones de enfermería, de manera más ordenada y adecuada. (Torres Santiago y otros, 2011)

Al igual que los anteriores autores, Díaz, María Teresa & Peluso, María Celeste, también se enfocaron en desarrollar una investigación en el que el objetivo permitiera determinar la calidad de registros de enfermería, a través del análisis de los conocimientos que el personal de enfermería posee, el cual se desarrolló en Mendoza, Argentina, en la Clínica Pelegrina, el estudio contó con la participación de 30 enfermeros de los distintos turnos durante el periodo de estudio que debían cumplir con normas de calidad en el llenado de registros de enfermería. Cabe agregar que el estudio, se realizó directamente con el personal enfermero y no se estudiaron las notas de enfermería, por lo que se confió en las respuestas directas de los enfermeros. El estudio concluyó que de los 30 enfermeros que participaron en el estudio, solo el 50% (n=15) de ellos indicó tener mucho conocimiento sobre cumplimentación o llenado de los registros de enfermería; asimismo, los resultados de las variables, reflejaron que en general, un porcentaje inferior al 50% de los participantes, está capacitado adecuadamente para redactar correctamente las notas de enfermería; por lo que se pudo observar una alta deficiencia en los conocimientos del personal de enfermería al momento de llenar las notas de enfermería. (Díaz & Peluso, 2013)

De igual forma Fernández Aragón, Shirley; Ruydiaz Gómez, Keydis & Del Toro Rubio, Moriana, realizaron un estudio, titulado. " Notas de Enfermería", con el objetivo de analizar los conceptos de las notas de enfermería; el cual se desarrolló con personal de enfermería que labora en el Hospital de Barranquilla, Colombia en el año 2016. El estudio se justificó en la importancia que conlleva la elaboración en la calidad de las notas de enfermería, dado que éstas favorecen la comunicación

entre el personal médico y enfermero, y con la información recabada poder brindar una información clara, precisa y detallada del acto de cuidado por parte del personal enfermero. La conclusión principal que se obtuvo fue que para comprender el origen de la relación enfermería y las notas que toma el personal enfermero, es necesario partir de una visión histórica que considera aspectos de organización, documentación y evidencias del cuidado del paciente; lo que quiere decir que las notas deben estar basadas en una documentación que indique los parámetros de elaboración para su validez; en este sentido, cada nota debe basarse en una metodología idónea. (Fernández Aragón & Ruydiaz Gómez, 2016)

En este orden, Chávez Escobal, llevó a cabo un estudio en el año 2013, titulado “características de la nota de enfermería” el cual realizó en los Hospitales del Distrito de Bagua de Chachapoyas, Perú: 1) Hospital de Apoyo Gustavo Lanatta Luján y 2) Hospital I Héroes del Cenepa, cuyo objetivo fue, la comparación de las características que el personal enfermero incluye en las notas que tienen que redactar en los hospitales en referencia. En este sentido, el primer hospital reflejó un 59.6% de notas mayormente incompletas, en tanto que el 40.4% estaban mínimamente incompletas; lo cual evidenció que ninguna de las notas analizadas estaba completa; si bien, es cierto que un 40.4% estaban mínimamente incompletas, aun así, se evidenció que hacían falta algunos datos fundamentales. El segundo Hospital reflejó que un 44% de las notas se encontraban mayormente incompletas; mientras que un 56% se encontraban en estado de mínimamente incompletas; lo cual muestra que no se encontró ninguna nota completa; aspecto que resulta preocupante. Las conclusiones que se obtuvieron después de analizar las muestras de las notas del personal enfermero de ambos hospitales fue que se encontraron deficiencias en ambos hospitales; e indican una preocupación que llama a fortalecer los conocimientos del personal de enfermería de los hospitales que participaron en el estudio, a manera de actualizar las normas existentes para la correcta elaboración de las notas, toda vez que son documentos con un valor legal

que deben estar elaborados de manera congruente y exacta. (Chávez Escobal, 2013)

Díaz Toledo y Polanco Amaya 2017 en el trabajo de graduación titulado, “conocimientos que posee el personal de enfermería sobre los registros en las notas de enfermería en los servicios de puerperio, infectología, cirugía obstétrica y perinatología de un Hospital nacional”, se realizó la investigación en el periodo de octubre a noviembre del 2017, con el objetivo de fortalecer en el personal de enfermería los conocimientos teóricos sobre los registros del cuidado de enfermería, así como su aplicación en el expediente clínico. En el estudio se aplicó un cuestionario al personal de enfermería, con la finalidad de obtener información relacionada con el objetivo ya descrito; mediante dicho instrumento, se pudo constatar que el conocimiento sobre el registro de enfermería en la hoja de indicaciones médicas no está relacionado con su aplicación en el expediente clínico, ya que se evidenció a través del cuestionario que el personal de enfermería posee conocimientos basados en el Manual de procedimientos del Hospital en referencia. Posteriormente al hacer la revisión de la lista de cotejo, se evidenció que no los aplican en el expediente clínico. (Díaz Toledo y otros, 2018)

Mateo Mateo, Eulalia en 2012, realizó un estudio titulado. “factores que influyen en el personal de enfermería de los servicios del Departamento de Medicina del Hospital Roosevelt en cuanto a la aplicación o falta de aplicación de los requisitos indispensables en la elaboración de las notas que debe realizar el personal enfermero.” Cuyo objetivo fue describir los factores que influyen para que el personal de enfermería de los servicios del departamento de Medicina del Hospital Roosevelt, aplique o no los requisitos indispensables en la elaboración de las notas de enfermería, donde se hizo uso de la aplicación de una encuesta dirigida al personal de enfermería del servicio C, D y E del Departamento de Medicina. El estudio reveló que únicamente un 57% del personal conoce los requisitos indispensables para elaborar dichas notas; también se constató que un 86% de las enfermeras revisa

con cierta frecuencia las notas de enfermería que se realizan en su servicio; lo que significa que un 14% no lo hace. En otro orden, el 100% de las enfermeras justificó el incumplimiento de sus actividades relacionadas con la elaboración inadecuada de las notas por la falta de dotación de personal en su servicio, lo cual produce una mayor carga laboral. Otro dato que destaca es que un 75% los enfermeros dijeron que desconocen que la nota (de enfermería) sea tomada como un documento legal. (Mateo Mateo, 2012)

Mateo Socop, Amabilia, 2014, realizó un estudio titulado, “Evaluación de la nota de Enfermería en los Registros Clínicos del Servicio de Cirugía de Mujeres, Hospital Nacional de Mazatenango Suchitepéquez en los meses de agosto a octubre de 2014”, con el objetivo de Evaluar la nota de enfermería de los registros clínicos del servicio de cirugía de mujeres en el Hospital Nacional de Mazatenango, Suchitepéquez, Guatemala, durante el trimestre agosto a octubre 2014, mediante el cual se analizaron 87 expedientes; donde se concluyó que un 62% de las notas de enfermería evidenciaron precisión en su redacción, ya que se determinó que estaban escritas con letra clara y legible; mientras que, se observó que solo el 51% de las notas estaban redactadas en orden cronológico. Por otro lado, se pudo observar que el 98% de las notas analizadas estaban escritas con el color de lapicero establecido según el turno correspondiente. Un dato que destacó del estudio, es que se verificó que la mayoría de las notas que se analizaron, estaban corregidas de manera inadecuada, ya que contenían tachones y borrones. En conclusión, los documentos analizados que integraron el estudio, reflejaron deficiencias; toda vez que muchas de ellas no quedaron cerradas con el nombre y apellido del responsable. Algo que merece la pena agregar, es que se evidenció que la mayoría de las notas estaban elaboradas con base en los criterios de rotulación de la hoja, pues contaban con los nombres y apellidos del paciente, servicio y número de expediente clínico; bajo la utilización de un lenguaje técnico admisible. (Mateo Socop, 2015)

Por su parte Castillo Siguencia, Rosa Mercedes, Costales Coronel, Blanca Georgina, Villa Plaza, Carmen Mercedez, Moreta Sanchez, Jaime Alberto, Quinga Pérez, & Geovanna Katherine, Quinga Pérez, realizaron un estudio titulado “Calidad de las notas de enfermería en el Hospital Vicente Corral Moscoso” en el Ecuador, en los meses de Julio a Diciembre del año 2020, el cual tuvo como objetivo determinar la calidad de las notas de enfermería registradas en las historias clínicas de los pacientes egresados del servicio de medicina en el hospital Vicente Corral Moscoso en donde revisaron 224 historias clínicas, de pacientes egresados y se concluyó que: De que las notas de enfermería de los egresados conformantes de la población de estudio evidencian un nivel de calidad no eficiente. En cuanto al análisis de la estructura de las notas de enfermería, los hallazgos revelan un predominio significativo de un nivel de calidad no eficiente, respecto al contenido, el total de las historias clínicas evidencian notas de enfermería en un nivel de calidad no eficiente. (Castillo y otros, 2021)

Álvarez Girón, Wildy Julissa en su trabajo de grado, “Conocimientos y Aplicación de los requisitos indispensables y características en la elaboración de la nota de enfermería por el personal auxiliar de enfermería del servicio de intensivo e intermedios de adultos del Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGGS-“, en los meses de octubre a noviembre del año 2016, cuyo objetivo fue describir los conocimientos y la aplicación de los requisitos indispensables y características en la elaboración de la nota de enfermería por el personal auxiliar de enfermería de los servicios de intensivo e intermedios del hospital general de enfermedades del Instituto Guatemalteco de durante los meses seguridad social, durante los meses de octubre a noviembre del año 2016. En este estudio se utilizó un cuestionario aplicado a 19 auxiliares de enfermería y una lista de cotejo en 48 notas de enfermería; el estudio concluyó que gravemente, el 100% del personal de enfermería encuestado no sabe cuál es el valor legal de la nota de enfermería, ya que responden los requisitos o que debe

ser verídica, en lugar de indicar que su valor legal radica en que sirve como fuente o medio de información a utilizar en los juzgados o cortes de constitucionalidad cuando se está dilucidando un problema o se pretende deducir responsabilidades. El 40% de personas encuestadas conoce parcialmente las características de una nota de enfermería ya que mencionan algunas. Es preocupante que el 60% (15 personas) de personal desconozcan cuales son las características de una nota de enfermería, tal deficiencia no permitirá a este personal elaborar correctamente este documento y como consecuencia al momento de necesitarse su consulta, no reflejara información adecuada. (Alvarez Girón, 2016)

El estudio de Valdizón, César Geovany, titulado “Calidad de la nota de enfermería en sala de partos del Centro de atención integral materno infantil, San Cristóbal, Alta Verapaz”, Guatemala. Año 2017”. Tuvo como objetivo evaluar la calidad de las notas de enfermería del servicio de labor y partos, del centro de atención integral materno infantil san Cristóbal Verapaz, en el primer trimestre del año 2016, es decir que el estudio se realizó entre los meses de enero a marzo, en el cual se revisaron 44 expedientes y se concluyó que en los elementos fundamentales de la nota de enfermería: descripción, precisión, con creatividad, legibilidad y concisa, más de la mitad del personal está cumpliendo con los criterios, por otro lado al contenido, la descripción de fecha y hora, todos los registros cumplen, con el criterio, lo que es de beneficio para los pacientes, el recurso y la institución, pues es uno de los elementos fundamentales a la hora de hacer auditorias de los registros de enfermería, así mismo se evidencia que una de las debilidades del recurso humano es que no expresan claramente lo que queda pendiente con el paciente, (Poóu Valdizón, 2017)

López de Quiñonez, Sara Lorena, en el estudio realizado sobre, “Elaboración de nota de enfermería en el servicio de medicina de adultos del Hospital Nacional de San Benito Petén”, en el mes de enero del año 2024; tuvo como objetivo identificar

los conocimientos que el personal de enfermería tiene, sobre la como elaborar la nota en el servicio de medicina de adultos del hospital de san Benito Peten, en donde se revisaron 65 expedientes y se concluyó que el personal de enfermería que labora en el servicio de medicina de adultos no tienen el conocimiento completo sobre los pasos y aspectos que debe llevar la nota de enfermería, aunque conocen cuales son, en más del 50% de personas encuestadas, no lo aplican en el momento de realizar la nota de enfermería. Así mismo El personal de enfermería a pesar de que conoce que uno de los aspectos importantes al terminar una nota, es firmar con nombre y apellido no lo están realizando. (López Quiñónez, 2005)

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La nota de enfermería es un componente fundamental del expediente clínico, ya que documenta de manera precisa y oportuna la evolución del paciente, los cuidados brindados y las intervenciones realizadas durante su estancia hospitalaria. En el contexto de la cirugía de hombres en el Hospital de Retalhuleu, la calidad de estas notas no solo refleja el desempeño del personal de enfermería, sino que también incide directamente en la continuidad del cuidado, la toma de decisiones clínicas y la seguridad del paciente. Sin embargo, se ha observado que, en algunos casos, las notas de enfermería presentan deficiencias en cuanto a claridad, completitud y actualización, lo que podría comprometer la eficacia de la atención brindada y la calidad de los registros clínicos.

Este problema adquiere relevancia al considerar que los expedientes clínicos son herramientas esenciales para la evaluación de los resultados de salud, la investigación médica y la gestión hospitalaria. En el caso específico de los pacientes egresados de cirugía de hombres, una nota de enfermería ineficaz podría dificultar el seguimiento postoperatorio, aumentar el riesgo de complicaciones y afectar la satisfacción del paciente. Además, la falta de estandarización en la documentación podría generar inconsistencias que dificulten la comunicación entre el equipo multidisciplinario.

Por lo tanto, es necesario evaluar la eficacia de las notas de enfermería en los expedientes clínicos de los pacientes egresados de la cirugía de hombres en el Hospital de Retalhuleu, con el fin de identificar las áreas de mejora y proponer estrategias que fortalezcan la calidad de los registros.

Este estudio busca responder a la siguiente pregunta científica: ¿Cuál es la eficacia de la nota de enfermería en los expedientes clínicos de pacientes egresados de la cirugía de hombres del Hospital de Retalhuleu?

3.1. Ámbitos de la investigación

3.1.1. Ámbito Geográfico

Municipio de Retalhuleu, departamento de Retalhuleu

3.1.2. Ámbito Institucional

Hospital de Retalhuleu

3.1.3. Ámbito Personal

Pacientes varones que egresaron del servicio de Cirugía de Hombres del Hospital de Retalhuleu.

3.1.4. Ámbito Temporal

octubre 2024

3.2. Objetivos

3.2.1. Objetivo general

Analizar la eficacia de la nota de enfermería en los expedientes clínicos de pacientes egresados de la cirugía de hombres del Hospital de Retalhuleu.

3.2.2. Objetivos específicos

Identificar las características de la nota de enfermería en los expedientes clínicos del servicio de cirugía de hombres del Hospital de Retalhuleu.

Valorar la eficacia en la elaboración de la nota de enfermería en su contenido y forma.

IV. JUSTIFICACIÓN

La investigación titulada: “Eficacia en la nota de enfermería en los expedientes clínicos de pacientes egresados de la cirugía de hombres del Hospital de Retalhuleu”, tuvo como objetivo: Analizar la eficacia de la nota de enfermería en los expedientes clínicos de pacientes egresados de la cirugía de hombres del Hospital de Retalhuleu.

Es importante indicar que, el Hospital de Retalhuleu atendió a una población masculina importante que requirió servicios de enfermería; por lo que el análisis de la nota de enfermería en este grupo de pacientes tuvo un alcance significativo, y es ahí donde trasciende su importancia. Ya que la nota de enfermería es fundamental para garantizar la continuidad y calidad de la atención brindada a los pacientes del servicio de cirugía de hombres.

Su análisis permitió identificar oportunidades de mejora; debido al aumento de las situaciones medicolegales, frente a las cuales fue indispensable contar con un respaldo del trabajo realizado. La magnitud de este estudio se basó en el análisis de las notas que los enfermeros deben de redactar, quedando éste como un aporte para el Hospital de Retalhuleu, específicamente para la disciplina de enfermería, lo que conllevó una mejora en redacción y atención al usuario, sabiendo que en cualquier momento dicha nota pudo volverse un instrumento legal a favor del paciente.

La trascendencia de éste radicó en el valor y apoyo que el personal de enfermería le dio, y asimismo, contar con un estudio donde se reflejó la importancia de la eficacia de la nota de enfermería. De igual forma, en mejorar la elaboración de la nota de enfermería, brindando al personal por medio de los resultados de este estudio, las herramientas que permitieron mejorar la redacción de estas, ya que éstas fueron el reflejo de los cuidados proporcionados al paciente y, por ende, han podido contar con un respaldo legal y confiable.

Se consideró un estudio novedoso porque en el Hospital de Retalhuleu no se había realizado una investigación de este tipo, lo cual permitió un análisis detallado y contextualizado de la eficacia de la nota de enfermería en el servicio de cirugía de hombres. Gran parte de estudios de notas de enfermería se han centrado en áreas más generales como la medicina interna o la cirugía general; mientras que, éste estudio se enfocó en una especialidad específica, lo que ha podido revelar patrones y desafíos en el cuidado de los pacientes y sus implicaciones.

Otro aspecto que destacó, es que la tesis es viable, en el sentido de que se tuvo acceso a los expedientes y registros clínicos de los pacientes que fueron objeto de estudio, los cuales permitieron efectuar la revisión de la nota; siempre guardando la confidencialidad de los datos personales de cada paciente. De igual manera, la viabilidad del estudio, permitió en que se contara con los recursos económicos y materiales para poder trabajar este tema. La investigación fue de tipo cuantitativo, ya que se presentan datos estadísticos en tablas y gráficas utilizando porcentajes. Asimismo, fue de tipo transversal y retrospectivo, ya que se estudió una determinada cantidad de expedientes, para analizar datos de las variables en un periodo de tiempo establecido.

La factibilidad de contar con los expedientes y registros, otorgó que se evaluará con mayor certeza la eficacia de las notas, lo que fue crucial que los registros de enfermería fueran efectivos en la comunicación de la información clínica y en la mejora del cuidado del paciente, esto ayudó a implementar cambios que mejoraran la calidad del cuidado.

Se tuvo como beneficio y aporte social, que el área de enfermería pudiera desarrollar habilidades y una mejor redacción al momento de elaborar la nota del Hospital de Retalhuleu, con ello, se mejoraron los registros de enfermería, a través de la comunicación entre el equipo de salud; ello ha logrado una atención integral y efectiva para la sociedad.

Aporte científico, al evaluar la eficacia de la nota de enfermería se pudo generar nuevos conocimientos sobre las prácticas de documentación en enfermería, sirviendo como base para futuras investigaciones. El estudio pretendió identificar la eficacia en la elaboración de la nota en su contenido y forma. Asimismo, valorar las características de la nota; con lo que se pudo determinar si se aplican correctamente las etapas del proceso de enfermería en cuanto a la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Al identificar áreas de mejora en las notas, se pudo contribuir a elevar los estándares de calidad de los registros de enfermería, y fortalecer la identidad y autonomía de la profesión. Esto fue crucial para el desarrollo de la enfermería como disciplina científica.

Este estudio coadyuvó a motivar que se realicen otras investigaciones sobre registros de enfermería; un área que ha sido poco estudiada en algunos contextos. Esto contribuyó a cerrar brechas en el conocimiento y a generar evidencia para mejorar la práctica.

Con los hallazgos de este estudio se buscó que haya una aplicación directa en la práctica clínica, ayudando al personal de enfermería a mejorar sus registros y a proporcionar una atención más efectiva a los pacientes. Lo cual ha tenido un impacto positivo en los resultados de salud, la eficacia de la nota en pacientes egresados del servicio de cirugía de hombres del hospital de Retalhuleu tuvo un gran potencial para contribuir a la ciencia de enfermería y mejorar la calidad del cuidado, empoderando al personal de enfermería.

V. MARCO REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

5.1 Generalidades del Hospital de Retalhuleu

5.1.1 Del servicio de cirugía de hombres del Hospital de Retalhuleu

El servicio de cirugía de hombres cuenta con camas y equipo especializado para brindar atención post operatoria a los pacientes varones; quienes son monitoreados cuidadosamente, por el personal médico y de enfermería para asegurar una recuperación adecuada y prevenir complicaciones; para ello, se brindan cuidados específicos según el tipo de cirugía realizada. Además, dicho servicio de cirugía de hombres del Hospital de Retalhuleu, brinda hospitalización en una unidad específica dentro del Hospital; donde reciben atención médica y cuidados después de que son sometidos a una cirugía.

Al respecto, se ofrece el siguiente aporte: “El personal de enfermería es el encargado de llevar a cabo el proceso de atención de enfermería, que incluye actividades diversas como observar los signos vitales del paciente, tales como temperatura y presión arterial, de igual forma les corresponde controlar ruidos indeseables, mantener la comodidad y prevenir complicaciones a su salud. El objetivo del servicio de cirugía de hombres es garantizar una recuperación exitosa, pronta y mejorar la salud del paciente después de una cirugía, sin que haya efectos colaterales. Es importante destacar que, la atención y los cuidados proporcionados durante la estancia en el servicio de cirugía de hombres son individualizados y acondicionados a las necesidades de cada paciente”. (Hospital Nacional de Retalhuleu, 2013)

Lo anterior, es una referencia sobre cómo se encuentra la infraestructura del servicio de cirugía de hombres, con el fin de brindar una atención adecuada a las personas que son sometidas a alguna cirugía y a quienes se les brindan servicios postquirúrgicos, los pacientes quedan a cargo de personal de enfermería y médico, y son monitoreados para brindarles los cuidados necesarios para su recuperación.

Además, los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas, experimentan sentimientos de temor, siendo sus necesidades físicas y psicológicas importantes, lo que debe de tenerse en cuenta para su bienestar personal.

5.1.2 Filosofía del servicio de cirugía de hombres

En la actualidad, la atención con calidad y calidez es parte de la humanización que la población demanda en los hospitales, como parte de un derecho que asegure el buen trato al usuario. Por lo consiguiente, el cuidado de enfermería es necesario en la atención hospitalaria y que se brinde de una forma más humanizada, lo cual permite mejorar el cuidado que se brinda al paciente, a manera de mejorar su calidad de vida. En tal sentido, el manual del Hospital de Retalhuleu, en el servicio de cirugía de hombres se fundamenta en los preceptos filosóficos siguientes:

- La dignidad del ser humano reconociendo el derecho que tienen de ser atendidos con esmero profesional, sin distinción y factores racionales, religiosas, culturales, políticos o socioeconómicos.
- Que cada individuo tiene derecho a la salud, por tanto, une todos los esfuerzos para proporcionársela.
- Que cada individuo debe asumir la responsabilidad de velar por su propia salud, por lo cual el personal de enfermería contribuye dando orientación y enseñanza sobre las formas de promover y conservar su propia salud.
- Que todos los individuos tienen potencialidad de desarrollar sus habilidades en mayor o menor grado y de adquirir mayor conocimiento, por tanto, brinda programas de educación en servicios y de educación continua al personal de enfermería.
- Que el personal de enfermería forma parte del equipo de salud, de tal cuenta que participa en la planificación y organización de los cuidados del paciente.
- Que el paciente tiene derecho a un cuidado integral y continuo y por lo tanto se coordina entre sí y con los otros servicios del hospital.
- Que todo paciente tiene sus propios derechos, por lo tanto, estos son conocidos y respetados por el personal. (Hospital Nacional de Retalhuleu, 2013)

Vale señalar que ese conjunto de saberes que encierra la filosofía del referido Hospital, busca guardar la dignidad humana, a través del respeto, cuidado, dignificación de derechos, y, ante todo, hacer valer el derecho a la salud que toda persona tiene y, eso es lo que predica la filosofía del referido Hospital.

5.1.3 Diagnósticos más frecuentes del servicio de cirugía de hombres Existe una serie de patologías por las que ingresan los hombres al servicio de cirugía de hombres, de acuerdo a la estadística del servicio de cirugía de hombres y el departamento de estadística, los diagnósticos más frecuentes de enero a junio del año 2023 son: trauma craneoencefálico I, II y III, politraumatismo, trauma cerrado de abdomen, trauma de tórax, apendicetomías, laparotomía exploradora, colecistectomías, pie diabético, celulitis, quemaduras, infección de herida operatoria, hernias, herida por arma de fuego, herida con arma blanca. En cuanto al tiempo de estadía en el hospital, oscila en un promedio de tres a cinco días; aunque durante los días posteriores a la operación pueden aparecer algunas complicaciones. (Hospital Nacional de Retalhuleu, 2013)

5.1.4 Servicio de cirugía de hombres

El servicio de cirugía de hombres se ubica en el ala izquierda del hospital, cuenta con 4 cubículos en los cuales hay distribuidas 23 camas de la siguiente manera: primer cubículo: se encuentran los pacientes de cuidados post operatorios, (cuidados críticos y ventilados), cuenta con 9 camas. Segundo cubículo: están los pacientes con heridas limpias y cuenta con cinco camas, tercer cubículo están los pacientes con celulitis, y cuenta con cinco camas, cuarto cubículo están los pacientes sépticos y existen cuatro camas. Cuenta con una estación de enfermería, cuenta con cuatro sanitarios y tres duchas, con un área específica para baño de pacientes en camilla y una clínica para realizar procedimientos de menor complejidad.

El personal de enfermería de este servicio está distribuido de la siguiente manera: 1 licenciada en enfermería jefe de servicio, 5 Técnicos en Enfermería fungiendo como enfermeros generales y 13 auxiliares de enfermería, el personal anteriormente descrito se distribuye de forma equitativa en los diferentes turnos de mañana, tarde y noche de modo que quede cubierto el servicio las 24 horas del día. (Jiménez de Gómez, 2022)

5.2 Expediente clínico

El expediente clínico es: “Denominado un documento técnico de tipo médico, pero también legal por la naturaleza de este, el cual está conformado por la información médica de las consultas atendidas por parte del personal médico”. (Ministerio de Desarrollo Social, 2019)

Es este orden de ideas, el expediente clínico es el conjunto de documentos en los que el personal médico y paramédico debe registrar anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención; es considerado como un instrumento que adquiere importancia debido a que en él se encuentra toda la información del paciente, desde sus datos personales, diagnóstico, medicamentos, tratamiento, estudios realizados, día de ingreso, día de egreso, y otros datos que se consideran necesarios para individualizar al paciente que permitan establecer su estado crítico o estable de salud.

Por otra parte, la calidad del expediente clínico destaca la relación entre médico y su paciente, de tal manera que, requiere que haya veracidad en los datos consignados, y, por consiguiente, exactitud de la nota que el enfermero redacta, quien, a partir de ese momento, se vuelve responsable de su contenido.

De acuerdo con lo antes señalado, el expediente clínico guarda gran importancia por toda la información que contiene, donde destaca la nota de enfermería que se realiza durante la estadía del paciente y su posible seguimiento. En este sentido,

cabe mencionar que, los expedientes clínicos pertenecen a las instituciones hospitalarias que los generan, aunque también son de acceso público, pero dan a conocer a través de un procedimiento a quien los requiera. En el caso de instituciones del sector público, éstas se encuentran sujetas a las disposiciones de la materia vigentes.

Ahora bien, en Guatemala, el expediente clínico o expediente médico, es definido como un documento técnico, medicolegal que contiene información médica de las consultas atendidas de un paciente, es considerado como una herramienta en la atención médica. (Instituto Guatemalteco de Seguridad Social., 1989)

Por lo que se puede afirmar que, el expediente clínico es concebido como un cúmulo de información médica, así como de datos personales de un paciente que se obtienen a través de un diagnóstico médico, en un establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado. En el cual, el personal de salud debe llevar a cabo registros, anotaciones sobre el estado médico del paciente y el tratamiento a aplicar correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

De acuerdo con lo anterior, el expediente clínico es una herramienta muy poderosa en la atención a los pacientes; que contiene un conjunto de información y datos personales de un paciente mediante el cual se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención hospitalaria. Al igual que en otros países, el expediente clínico en Guatemala es confidencial y es propiedad de la institución que lo genera, ya sea de una institución pública o privada; y dada su importancia, el mismo debe estar redactado de forma clara y legible; y conservarse en buen estado.

5.2.1 Características del expediente clínico

Sobre la importancia de las características del expediente clínico, que mínimamente debe tener el expediente, se cuenta con el siguiente aporte:

- Veracidad: La historia clínica, se debe regir por la veracidad, congruencia y exactitud de los datos.
- Exacta: Debe estar consignada exactamente la información relacionada por los profesionales de la salud.
- Completa: Debe contener suficientes datos que sean explícitos, pero sin caer en la redundancia.
- Identificación del profesional: Todo personal de salud que interviene en la asistencia del paciente, forzosamente debe identificarse en el registro clínico con nombre y apellido, y hacerlo de forma legible, debe incluir su rúbrica y número de registro profesional. (Hospital San José del Guaviare., 2019)

La anterior cita, denota la importancia que cada aspecto característico identifica al expediente clínico, pues cada paciente es tratado y evaluado de forma individual, y aunque presente aspectos similares, no se puede asignar el mismo tratamiento y diagnóstico al enfermo, toda vez que variará en diferentes aspectos como la edad, padecimientos y otros datos. Cabe agregar que, aunado a la legibilidad con que debe redactarse el expediente clínico, este también debe estar libre de tachones y borrones, y ante todo conservarse en buen estado. Y deben anotarse todos los actos médicos que se realicen en el paciente para que exista un estricto control.

5.3 Enfermería

La enfermería hace referencia al cuidado de los enfermos. Sobre el tema se tiene la siguiente definición: “Es la ciencia y el arte de cuidar de la salud del individuo, la familia y la comunidad. Su campo de acción es la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad y la participación en su tratamiento, incluyendo la rehabilitación de la persona, independientemente de la etapa de crecimiento y desarrollo en que se encuentra. El objetivo de la enfermería es mantener al máximo el bienestar físico, mental, social y espiritual del ser humano”. (Caja Costarricense del Seguro Social., 2014)

La profesión de enfermería es desempeñada por personal especializado que debe realizar estudios para realizar esa función; basa su intervención en un servicio de atención integral en el proceso de salud y enfermedad. Como parte integrativa del sistema de atención de salud, incluye el fomento de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados que se prestan a quienes sufren enfermedades físicas, padecimientos mentales, y a las personas discapacitadas de todas las edades, en todos los ambientes de atención de salud y en otros espacios de la comunidad.

En relación con el personal de enfermería, la Caja Costarricense del Seguro Social, expresa lo siguiente: "Se reconoce el rol independiente del profesional de enfermería basado en juicio crítico, el dominio de destrezas y conocimientos especializados en la categoría que corresponda. Mediante todas las acciones de enfermería, se observa, se garantiza y se aboga por el respeto a la dignidad del ser humano. Se reconoce el derecho de todo ciudadano a recibir servicios de enfermería de calidad, cantidad y con enfoque en la calidez". (Caja Costarricense del Seguro Social., 2014)

La práctica de la enfermería tiene el propósito de promover y mantener la salud y prevenir la enfermedad; formular diagnóstico de enfermería y atender los problemas de salud de la persona que requiera intervención de enfermería; cuidar y rehabilitar al enfermo; ejecutar medidas terapéuticas incluyendo la administración de medicamentos y tratamientos de conformidad con la prescripción médica. En tal sentido la enfermería es un término que hace referencia a distintas actividades relacionadas con la salud y el sistema de atención a la salud.

Otra definición es la siguiente: "La enfermería incluye los cuidados colaborativos brindados a los pacientes de todas las edades, incluidas las familias, en todos los contextos, e incluye la profilaxis de la enfermedad, así como los cuidados de los enfermos y personas en estado de coma o similar". (Pinargóte Chancay y otros, 2018)

Tal como señala el aporte anterior, la enfermería es considerada una profesión integral, que se enfoca en el cuidado de la salud y la enfermedad. Quienes desempeñan el papel de enfermero o enfermera, son considerados cuidadores, debido a que están pendientes de la toma de medicamentos del paciente; asimismo, les apoyan cuando requieren ayuda para caminar y para realizar sus necesidades fisiológicas. Además, la enfermería se puede conceptualizar como una práctica orientada a la calidad de servicios de salud que se le brinda a la persona, la familia y la sociedad.

El Decreto 07-2007 del Congreso de la República, estipula que la actividad de la enfermería consiste en ayudar al cuidado de la salud en todo el ciclo de la vida de la persona, su familia e inclusive su comunidad, en las funciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud; bajo la dirección y supervisión de las autoridades sanitarias, de acuerdo con la organización técnica y administrativa de la institución respectiva”. (Congreso de la República de Guatemala., 2007)

Lo anteriormente citado, se refiere al ámbito legal, sobre la labor de enfermería, que se sustenta en el artículo dos de la “Ley de Regulación del Ejercicio de Enfermería”, Decreto 07-2007 del Congreso de la República de Guatemala; puesto que, La enfermería es una rama de la salud muy importante en el cuidado del paciente, ya que los enfermeros son auxiliares de los médicos. Por esa razón, se cuenta con una base legal para una correcta función de labores de este personal de enfermería. Y, tal como se vio anteriormente, las mujeres ocupan un lugar preponderante en el mundo de la enfermería, desde tiempos antiguos.

5.4 Funciones del personal de enfermería

5.4.1. Enfermera jefa de servicio

La enfermera jefa, es quien depende de la supervisión de enfermería, a ella, le corresponde la coordinación, planificación, organización y supervisión del cuidado de enfermería las veinticuatro horas en una unidad específica.

Funciones

Administración:

- Elaborar y socializar el diagnóstico del servicio a su cargo, sala situacional, indicadores de producción y de calidad para la toma de decisiones y el plan de trabajo del servicio a su cargo.
- Elaborar y ejecutar plan de atención de enfermería a usuarios graves y /o de alto riesgo del servicio.
- Es quien elabora y asigna los turnos para los enfermeros a su cargo.
- Supervisar el cumplimiento de normas y procedimientos de enfermería del personal a su cargo.
- Le corresponde convocar a reuniones mensuales al personal de enfermería.
- Tiene a su cargo, implementar un plan de contingencia ante siniestros.
- Se encarga de realizar una evaluación encaminada a establecer el desempeño de los enfermeros que tiene a su cargo. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social., 2019)

Cuidado directo:

- Tiene a su cargo la planificación de las actividades técnicas y asistenciales que se realizaron durante el servicio.
- Le corresponde velar por el buen funcionamiento y mantenimiento del equipo médico que utiliza el personal enfermero que tiene a su cargo.
- Debe velar por que los enfermeros cumplan con las indicaciones médicas impuestas para cada paciente.
- Gestionar medicamentos y suministros material médico-quirúrgico.

- Elaborar y actualizar el manual de procedimientos que contiene la atención de enfermería.

Docencia:

- Implementar, monitorear, supervisar y evaluar estrategias dirigidas a la integración, docencia servicio en el servicio a su cargo.
- Elaborar, coordinar y ejecutar los programas educativos en el servicio a su cargo dirigidos a personal de enfermería, paciente y familia.
- Coordinar, dirigir y realizar la evaluación del desempeño del personal de enfermería del servicio a su cargo.
- Participar en el proceso de inducción del personal de enfermería del servicio a su cargo.
- Planificar y desarrollar el programa educativo con el personal de enfermería del servicio a su cargo. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social., 2019)

Investigación:

- Promover, facilitar y coordinar el desarrollo de investigaciones de enfermería de la dependencia.
- Participar en la organización y ejecución de las jornadas científicas de enfermería del hospital.
- Ejecutar otras funciones que le asigne el jefe inmediato. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social., 2019)

5.4.2 Subjefatura de servicio de áreas críticas, exclusivo para áreas de cuidados críticos

Depende jerárquicamente de la Jefatura de Servicio, tiene a su cargo el apoyo y la asistencia en la planificación, organización, coordinación, supervisión y evaluación de la atención de enfermería en un servicio específico del hospital.

Funciones

Administración:

- Planificar, organizar, coordinar, supervisar y evaluar las actividades administrativas, realizadas en turnos asignados.
- Asumir la jefatura del servicio en ausencia de la enfermera jefe, analizando y tomando decisiones para solucionar las situaciones presentadas.
- Participar en la elaboración, ejecución del plan de trabajo y contribuir en realizar diagnóstico situacional del servicio asignado.
- Organizar el recurso humano de enfermería en turnos asignados, aplicando lineamientos gerenciales de dotación de personal de enfermería.
- Garantizar el cumplimiento de normas y reglamentos de la dependencia y de la subdirección de enfermería en turnos asignados.
- Asistir a reuniones del servicio y comités de gestión hospitalaria con el propósito de establecer criterios y formular estrategias dirigidas a la atención del paciente y familia.
- Participar en la evaluación del desempeño con personal de enfermería del servicio asignado.
- Participar en el proceso de inducción del personal de nuevo ingreso al servicio asignado.
- Participar en la vigilancia epidemiológica y realizar acciones oportunas en el servicio de acuerdo con resultados epidemiológicos.
- Participar en el proceso de dotación de personal de enfermería del servicio asignado y actualizarlo periódicamente. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social., 2019)

Cuidado directo:

- Dirigir, coordinar y evaluar las actividades técnicas y asistenciales realizadas durante los turnos asignados.
- Participar en la elaboración y ejecución del plan de desastres en el servicio asignado.

- Establecer relaciones interdisciplinarias para la promoción, prevención y atención de salud al paciente.
- Mantener equipado de suministros, material médico-quirúrgico el servicio asignado. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2019, pág. 17)

Docencia:

- Monitorear, supervisar y evaluar estrategias dirigidas a la integración, docencia servicio en el servicio asignado.
- Participar en la elaboración de los programas educativos dirigidos a personal de enfermería, paciente y familia que se realizan en el servicio asignado.
- Identificar e informar de las necesidades de capacitación del personal de enfermería del servicio asignado.
- Participar en la ejecución de programas de inducción al personal de nuevo ingreso del servicio asignado. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social., 2019)

Investigación:

- Facilitar el desarrollo de investigaciones científicas de enfermería en el servicio asignado-
- Participar en las jornadas científicas del hospital.
- Ejecutar otras funciones que le asigne el jefe inmediato superior. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social., 2019)

5.4.3 Auxiliar de enfermería

Depende jerárquicamente de la jefatura del servicio de enfermería, realiza trabajo operativo de enfermería en servicio y durante el turno asignado. Mañana, tarde y noche con la dirección y supervisión de la enfermera.

Funciones:

- Brindar asistencia de enfermería a usuarios en el servicio asignando.

- Brindar cuidado de enfermería con la supervisión de la enfermera.
- Brindar cuidados especiales a los pacientes que lo requieran con la supervisión de la enfermera.
- Auxiliar procedimientos indicados a pacientes del servicio asignado.
- Cumplir medidas de bioseguridad y normas de control de infección.
- Realizar controles especiales a pacientes según indicaciones escritas de enfermera y medico
- Cumplir con las necesidades básicas: higiene personal, comodidad, alimentación, y limpieza de unidad a pacientes asignados en su turno.
- Registrar anotaciones de enfermería en expedientes de pacientes de manera correcta, completa y en otros registros de enfermería.
- Optimizar el material y cuidar equipo que se utiliza en el servicio asignado.
- Preparar y esterilizar el equipo según corresponda.
- Participar en reuniones, capacitaciones programadas y extraordinarias convocadas por el jefe inmediato superior.
- Participar en programas de capacitación, dirigidos a personal de enfermería.
- Ejecutar otras funciones que le asigna el jefe inmediato superior, según necesidad del servicio. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social., 2019)

Tareas:

- Leer libro de asignaciones y reportes de pacientes.
- Recibir y entregar el equipo fijo de la central de equipos, anotarlos en libro asignado y vigilar que estén en buen estado. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social., 2019)

5.5 Nota de enfermería

La nota de enfermería representa un papel fundamental en el ámbito de la atención médica, debido a que es una herramienta clave que se utiliza para documentar el diagnóstico y la evolución del paciente, que sirve como medio de comunicación

efectiva dentro del equipo médico de salud. Dichas notas registran información clínica importante; en primer lugar, se anotan los signos vitales, como la presión arterial, oxigenación y temperatura; también se debe anotar la administración de medicamentos con sus respectivos horarios; de igual manera, se deben agregar todos aquellos datos que se consideran relevantes para la salud y recuperación del paciente.

Sobre la nota de enfermería, se presenta la siguiente definición: “Es un documento legal que forma parte fundamental del expediente clínico que registra los cuidados de enfermería, evolución, tratamiento, situaciones especiales y educación ofrecidos al usuario y/o familia. De igual manera, tiene como objetivo, demostrar la aplicación del proceso de vigilancia de enfermería; asimismo, su finalidad se centra en respaldar la información que se obtiene del paciente, la que a su vez sirve para orientar al personal médico para darle seguimiento a los cuidados de la persona, de tal forma que la nota registra la actuación de enfermería”. (Caja Costarricense del Seguro Social., 2014)

No está de más indicar que la nota de enfermería, es una redacción escrita que va inserta al expediente del paciente, que debe de llenar algunos requisitos establecidos. Es por ello, las notas de enfermería son parte esencial en el expediente clínico del paciente, porque aportan datos e información que permite dar continuidad a los cuidados del paciente. Por lo que, se requiere que estas sean redactadas de manera precisa pero completas; es decir, que no se omitan detalles que pongan en riesgo la vida o la salud del paciente.

Otra definición que se ofrece es la siguiente que explica que la nota de enfermería es considerada como una constancia escrita, debido a que en ella se plasman los hechos esenciales relacionados con la salud del paciente, a manera de poder contar con un con un historial continuo de los sucesos ocurridos durante un periodo determinado de enfermedad o acaecimiento de un hecho. Consecuentemente, el

personal de enfermería tiene la obligación de efectuar acertadamente los registros, debido a que es el único documento que garantiza la eficacia de la asistencia prestada al paciente o usuario; finalmente, la nota sirve como una guía que concede a todo el personal sanitario que participa en los cuidados del paciente, contar con la misma información del estado de salud, lo que garantiza la continuidad de los cuidados”. (Núñez Zarazú y otros, 2021)

De manera también bastante explícita, esta segunda definición acerca de las notas de enfermería, refieren que éstas contienen información relevante del paciente, y las mismas son utilizadas como medio de comunicación entre el personal médico. De tal forma que dichas notas, tienen que ser claras en cuanto a su contenido, y explícitas, ya que reflejan la atención personalizada e integral que brinda el personal de enfermería; y son tomadas como parte del historial médico del paciente que permitirá darle el seguimiento debido, y que a su vez se pueda llevar un correcto control sobre sus avances clínicos.

En consecuencia, la nota de enfermería es concebida como una herramienta práctica que enuncia de forma escrita el estado del paciente y los cuidados que requiere; por lo que concretamente se puede afirmar que la nota de enfermería es un documento escrito, el cual debe llevar claridad, precisión y orden en su contenido. Estas anotaciones son el reflejo fiel del resultado de las intervenciones realizadas por el personal de enfermería que se encuentra a cargo de los pacientes, donde deben de plasmar todos aquellos datos que consideren fundamentales para el cuidado del paciente, y brindar la atención requerida.

A pesar de la importancia que conllevan estos documentos dentro del expediente clínico; es común, encontrar estas notas, redactadas de forma ilegible, poco descriptivas, en algunos otros casos, con tachones o borrones, lo cual no permite que haya una claridad en la información. Esto puede deberse a la premura con que a veces se escribe, por la complejidad de los casos y carga de trabajo; no obstante,

esto puede afectar la atención al paciente y la documentación. Aun así, es importante encontrar un equilibrio que integre eficientemente la calidad del registro del paciente y los factores que pueden interferir en su mala redacción.

5.5.1 Características de la nota de enfermería

- **Completa:** Esta característica se refiere a que la nota de enfermería debe razonar toda la información precisa sobre el estado del paciente, las interposiciones de enfermería y los resultados clínicos del paciente. Esto incluye:
- **Hallazgos de evaluación:** Los hallazgos de la evaluación del paciente, giran en torno a la toma de signos vitales, estado físico y mental, y respuestas a las intervenciones realizadas.
- **Intervenciones de enfermería:** Se refiere a las gestiones realizadas por la enfermera para brindar cuidado al paciente, incluidos los tratamientos médicos administrados, así como la educación brindada.
- **Resultados del paciente:** Es la respuesta que se obtiene por parte de la paciente relacionada con las intervenciones de enfermería, incluyendo mejoras o deterioros en su estado.
- **Precisa:** La información que se documenta en la nota de enfermería se rige porque debe ser precisa y verídica. Esto significa que la enfermera debe basar su documentación en sus propias observaciones y evaluaciones, y debe verificar toda la información antes de registrarla.
- **Objetiva:** La nota de enfermería debe documentar la información de manera objetiva, lo que significa que lo hará con base en una evaluación, y evitará hacer juicios personales. La enfermera debe utilizar un lenguaje claro y conciso, y evitar términos técnicos que el paciente u otros miembros del equipo de atención médica no puedan entender; sin embargo, no se debe confundir con la utilización de lenguaje técnico universal.

- **Actualizada:** La nota de enfermería debe actualizarse con regularidad para reflejar el estado actual del paciente. La enfermera debe documentar cualquier cambio en el estado del paciente o en las intervenciones de enfermería tan pronto como sea posible.
- **Legal:** La nota de enfermería es un documento legal y debe documentarse de acuerdo con las leyes y regulaciones aplicables. La enfermera debe asegurarse de firmar y fechar cada nota de enfermería, y de documentar su nombre y número de licencia.
- **Confidencial:** La nota de enfermería contiene información confidencial sobre el paciente y debe protegerse de acuerdo con las leyes de privacidad. La enfermera debe tener cuidado al compartir la información de la nota de enfermería con otros, y solo debe compartirla con aquellos que tengan una necesidad legítima de saber.
- **Organizada:** La nota de enfermería debe estar organizada de manera que sea fácil de leer y comprender. La enfermera debe utilizar un formato consistente y encabezados claros para separar la información.
- **Legible:** La nota de enfermería debe estar escrita de manera legible y con tinta negra o azul indeleble. La enfermera debe evitar usar cualquier tipo de abreviaturas o siglas que no sean ampliamente conocidas dentro de la medicina,
- **Comunicable:** La nota de enfermería debe comunicarse de manera efectiva con otros miembros del equipo de atención médica, para seguir el hilo conductor de la nota. El enfermero o enfermera, debe utilizar un lenguaje claro, conciso y preciso.
- **Basada en evidencia:** La nota de enfermería debe basarse en la mejor evidencia disponible para el cuidado del paciente. La enfermera debe consultar recursos confiables, como guías de práctica y protocolos institucionales, al documentar la información. (Turley & Smith)

En este orden de ideas, la nota de enfermería se rige por un sistema legal, implementado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y las leyes del país.

- Basado en el marco legal y regulatorio guatemalteco: La nota de enfermería en Guatemala debe cumplir con las leyes y regulaciones aplicables en el país, establecidas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y el Colegio de Enfermeras de Guatemala (CEG).
- Uso del formato estandarizado: El MSPAS y el CEG recomiendan el uso de un formato estandarizado para la nota de enfermería, que incluye las siguientes secciones:
- Identificación del paciente: Se debe anotar el nombre completo, edad, sexo, número de expediente, fecha de nacimiento y número de cama.
- Fecha y hora de la nota: Fecha y hora en que se realiza la documentación.
- Nombre de la enfermera: Nombre completo y número de licencia de la enfermera que realiza la documentación.
- Evaluación: Hallazgos objetivos y subjetivos de la evaluación del paciente.
- Diagnósticos de enfermería: Se llevan a cabo, conforme los lineamientos establecidos en cada centro médico.
- Plan de cuidados: Son las intervenciones que tiene el personal de enfermería, planificadas con la finalidad de abordar y darle seguimiento a los diagnósticos.
- Ejecución: Se deben de llevar a cabo los registros de cada intervención de enfermería realizada, y anotar la respuesta del paciente, ya sea que haya una mejora o empeoramiento en su salud.
- Firma de la enfermera: Firma de la enfermera que realiza la documentación.
- Uso de terminología de enfermería en español: La nota de enfermería debe utilizar la terminología de enfermería en español estandarizada, de acuerdo con las recomendaciones del CEG y la Real Academia Nacional de Medicina de España.

- Consideraciones culturales: La nota de enfermería debe considerar las características culturales del paciente y su familia, utilizando un lenguaje respetuoso y evitando términos o expresiones que puedan resultar ofensivas.
- Documentación de aspectos relevantes para la salud en Guatemala: La nota de enfermería debe documentar aspectos relevantes para la salud en Guatemala, como factores de riesgo, enfermedades prevalentes y determinantes sociales de la salud.
- Uso del sistema de registro electrónico de salud (SIREH): En Guatemala, se está implementando el SIREH para la documentación de la historia clínica, incluyendo la nota de enfermería. Las enfermeras deben familiarizarse con el sistema y utilizarlo de manera adecuada para registrar la información de manera completa, precisa y oportuna. (Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala., 2022)

En Guatemala, existe una convención no oficial para utilizar diferentes colores de tinta para la nota de enfermería según el turno de atención:

- Turno: color de tinta:

Mañana: Azul oscuro o negro

Tarde: Verde

Noche: Rojo (Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala., 2022)

Esta práctica tiene como objetivo facilitar la identificación del turno en que se realizó la documentación, mejorando la legibilidad y la organización de la historia clínica.

Sin embargo, es importante destacar que:

No existe una normativa oficial que establezca el uso obligatorio de colores específicos para la nota de enfermería. La legibilidad y la claridad de la información son aspectos prioritarios, independientemente del color de la tinta utilizada. Algunas instituciones de salud pueden tener sus propias políticas internas sobre el uso de colores para la documentación. (Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala., 2022)

5.5.2 Aspectos legales de la nota de enfermería

Cuando se hace referencia a los aspectos legales de la nota de enfermería, se hace alusión a aquellos hechos en que se puede incurrir en algún hecho legal, concretamente, se puede estar frente a un delito principalmente. Esto significa que, se puede incurrir en algún delito, pero sin intención de causarlo; al respecto, es importante hacer mención del delito culposo, el cual, de acuerdo con el Código Penal, en el artículo 12, se refiere a: “El delito es culposo cuando con ocasión de acciones u omisiones lícitas, se causa un mal por imprudencia, negligencia o impericia” (Congreso de la República., 1973)

Sobre el delito es importante conocer a que hace referencia el mencionado término, puesto que es una acción u omisión sancionada por la ley, que resulta contraria a los valores fundamentales establecidos en el ordenamiento legal de una sociedad; que se encuentra regulado en Guatemala, en el Código Penal, decreto número 1773 del Congreso de la República. Los delitos se clasifican de acuerdo con el tipo de acción realizada, y la gravedad de la pena y, se puede definir así: “Acción u omisión voluntaria, típica, antijurídica y culpable” (Girón Palles, 2008)

Una vez hecha la explicación sobre el delito, se debe indicar que las implicaciones o aspectos legales que conllevan las notas de enfermería, pueden encuadrar en un delito por haber omitido o realizado una acción sin intención de atentar contra la vida de un paciente, ya sea por impericia, imprudencia o negligencia. En este orden, se puede mencionar la responsabilidad penal de los profesionales de salud. Es por ello que, la obligación del personal de enfermería es llevar un estricto orden por escrito en los registros de los pacientes, para no pasar inadvertido ningún dato que sea relevante para el correcto control y manejo de toda la información pertinente de los pacientes.

Los problemas legales que puede enfrentar el personal de enfermería son graves, y debido a eso, se tiene que poner todo el cuidado debido en la atención al paciente.

Ya que al evidenciar que, durante el tratamiento o estadía de un paciente, no se brindaron los cuidados necesarios, porque no se cuenta con los conocimientos suficientes en la materia, o porque no se prestó la atención debida al paciente, a pesar de tener conocimientos, o en su defecto, se aplican tratamientos inadecuados, se podría evidenciar que hubo imprudencia, negligencia o impericia, según corresponda. Además, es importante que no se debe tachar, enmendar ni borrar la información.

De tal manera que, las notas tienen que ser una fuente constante de información entre enfermeros, médicos y cuando se requiera, también para los familiares y abogados del paciente afectado. Deben estar bien diseñadas y redactadas con precisión pues son de gran valor, al punto que funcionan como medios de prueba ante los tribunales de justicia, cuando existe una denuncia en contra de alguien del personal de salud. Pues las notas de enfermería representan el historial acerca de las reacciones y evolución del paciente, en cuanto a la atención recibida, por lo tanto, la nota de enfermería se puede convertir en un documento legal.

VI. METODOLOGÍA

6.1. Tipo de estudio

El presente estudio fue de tipo descriptivo, retrospectivo, ya que permitió analizar la eficacia en la nota de enfermería de los expedientes clínicos de pacientes egresados de la cirugía de hombres del hospital de Retalhuleu, con enfoque cuantitativo ya que se fue necesario utilizar datos estadísticos para el análisis, de carácter retrospectivo, ya que se analizaron los expedientes de pacientes egresados entre enero y junio de 2024 del servicio de cirugía de hombres del Hospital de Retalhuleu, transversal porque se realizó en un tiempo y espacio determinado durante el mes de octubre 2024.

Diseño de la investigación

La decisión de investigar la eficacia de las notas de enfermería surge de la observación de que, en los expedientes clínicos, no se cumplen adecuadamente las características que deben tener las anotaciones realizadas por el personal de enfermería. Para ello, se estableció como unidad de investigación el servicio de cirugía de hombres del Hospital de Retalhuleu. En este contexto, se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes varones que egresaron de dicho servicio entre enero y diciembre del año 2023. Los datos se registraron en una boleta utilizando una escala de Likert, con el fin de evaluar aspectos como la completitud, precisión, base en la evidencia, objetividad, comunicabilidad, actualización, legalidad, organización, legibilidad y eficacia de las notas de enfermería. Posteriormente, se presentaron los datos estadísticos obtenidos, junto con las conclusiones y recomendaciones derivadas del análisis.

6.2. Unidad de análisis

Expedientes clínicos de pacientes varones egresados del servicio de cirugía de hombres del Hospital de Retalhuleu, correspondientes al período comprendido entre enero y junio de 2024.

6.3. Población

100 expedientes clínicos de pacientes varones que egresaron del servicio de cirugía de hombres del Hospital de Retalhuleu y que representan el 100% de la población

6.4. Objetivos

6.4.1. Objetivo general

Analizar la eficacia de la nota de enfermería en los expedientes clínicos de pacientes egresados de la cirugía de hombres del Hospital de Retalhuleu.

6.4.2. Objetivos específicos

- Identificar las características de las notas de enfermería en los pacientes varones.
- Valorar la eficacia en la elaboración de la nota de enfermería en su contenido y forma.

6.4.3. Operacionalización de la Variable

Objetivo	Variable	Definición Operacional	Indicador	Item
Analizar la eficacia de la nota de enfermería en los expedientes clínicos de la cirugía de hombres del Hospital de Retalhuleu.	Eficacia	La eficacia de la nota de enfermería es la capacidad de las notas de enfermería para cumplir con su propósito de documentar de manera precisa y completa la atención brindada al paciente.	Características de la nota de enfermería: Completa, Precisa, Objetiva, Actualizada, Legal, Confidencial, Organizada, Legible, Comunicable.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
			Calidad de las anotaciones de enfermería.	11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 y 19.

6.5. Criterios de inclusión

Se tomaron en cuenta los expedientes clínicos de pacientes egresados del servicio de cirugía de hombres del Hospital de Retalhuleu de enero a junio de 2023.

6.6. Criterios de exclusión

- No se tomaron en cuenta los expedientes de los pacientes que no estuvieron ingresados en el servicio de la Cirugía de Hombres del Hospital de Retalhuleu.
- No se tomaron los expedientes de los pacientes que estuvieron fuera de los meses de enero a junio de 2023.
- No se tomaron expedientes de menores de edad.
- No se tomaron en cuenta expedientes incompletos.

6.7. Instrumento

Para la recolección de datos, se diseñó una boleta que incluye una lista de verificación con 20 ítems. Este instrumento utiliza una escala de Likert con las siguientes opciones de respuesta: siempre, mayoría de veces, algunas veces y nunca. A través de esta herramienta, se evalúan las características de las notas de enfermería, considerando aspectos como: completitud, precisión y basada en la evidencia, objetividad y claridad comunicativa, actualización, legalidad, organización, legibilidad y eficacia.

Este instrumento se aplicó durante la revisión de las notas de enfermería contenidas en los expedientes clínicos de los pacientes varones egresados del servicio de cirugía de hombres del Hospital de Retalhuleu. La aplicación se llevó a cabo en octubre de 2024, verificando cada ítem según lo observado en las notas de enfermería revisadas y registrando cada aspecto de acuerdo con los criterios establecidos en el instrumento.

6.8. Principios éticos de la investigación

Los principios éticos fueron fundamentales para garantizar en la investigación, el respeto por los derechos y la privacidad de los pacientes y profesionales de la salud siendo los siguientes.

6.8.1. Principio de confidencialidad

Se garantizó la confidencialidad de la información: los datos de los pacientes, incluyendo nombres, fechas de nacimiento, números de identificación y cualquier otra información personal, fueron protegidos y no se divulgaron en la tesis ni en ninguna otra publicación.

6.8.2. Principio de respeto por la privacidad

Se respetó la privacidad de los pacientes y el personal de enfermería. No se divulgaron detalles que no fueron relevantes para la investigación.

6.8.3. Principio de utilidad y beneficio

Se consideró que la investigación fue ética y útil para la mejora de la atención médica y de enfermería.

VII. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Características de la nota de enfermería

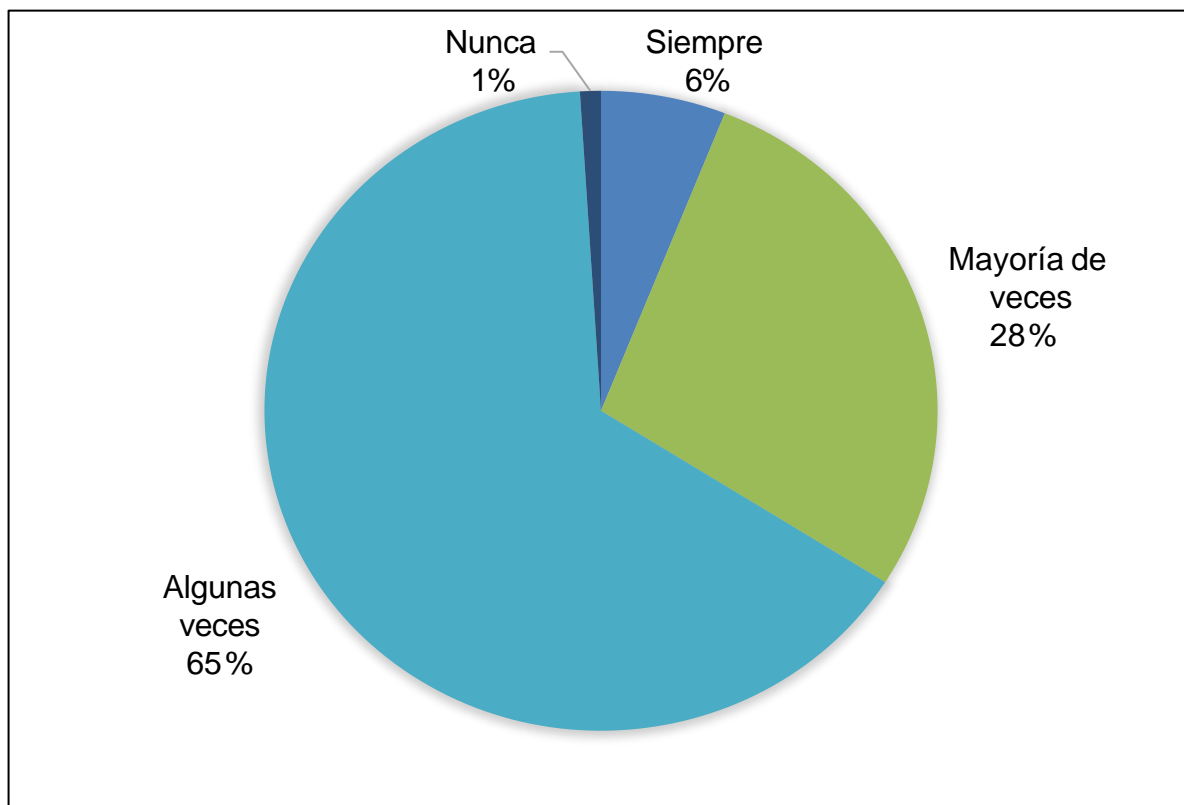
COMPLETA

Cuadro y Gráfica No. 1

Describe el estado físico del paciente (estable, grave)

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	6	6%
Mayoría de veces	28	28%
Algunas veces	65	65%
Nunca	1	1%
Total	100	100%

Fuente: Eficacia en la nota de enfermería de los expedientes clínicos de pacientes egresados de la cirugía de hombres del hospital de Retalhuleu, octubre de 2024.



Los datos obtenidos revelan que, en relación con la descripción del estado físico del paciente en la nota de enfermería, el 65% de los casos lo hizo algunas veces, el 28% la mayoría de las veces, un 6% siempre lo describió y el 1% nunca lo incluyó.

Los resultados evidencian una tendencia predominante hacia una documentación irregular del estado físico del paciente en las notas de enfermería. La categoría "algunas veces" concentra la mayor proporción de casos (65%), lo que sugiere que, aunque existe un esfuerzo por registrar esta información, no se realiza de manera sistemática. Esto podría estar relacionado con factores como la carga de trabajo, la falta de tiempo o la priorización de otras actividades clínicas.

Por otro lado, el 28% de los casos en los que se describe el estado físico "la mayoría de las veces" refleja una práctica más consistente, aunque aún no universal. Este dato indica que un segmento significativo de profesionales de enfermería considera relevante la documentación del estado físico, lo que contribuye a una atención más integral y personalizada.

El bajo porcentaje de casos en los que se describe el estado físico "siempre" (6%) sugiere que la documentación completa y sistemática es una práctica poco común. Este hallazgo podría señalar la necesidad de implementar estrategias que fomenten la consistencia en la redacción de las notas, como capacitaciones, protocolos estandarizados o herramientas de apoyo.

Finalmente, el 1% de los casos en los que nunca se incluyó la descripción del estado físico representa una minoría, pero es un dato preocupante, ya que la omisión de esta información puede comprometer la continuidad y calidad de la atención al paciente.

Estos hallazgos indican que, si bien la mayoría de los profesionales de enfermería documentan el estado físico del paciente en algún momento, existe una falta de consistencia en esta práctica. La predominancia de la categoría "algunas veces" (65%) sugiere que la documentación no es sistemática, lo que podría afectar la calidad de la atención y la comunicación entre el equipo de salud.

Según la literatura el expediente clínico o expediente médico, es definido como un documento técnico, médico legal que contiene información médica de las consultas atendidas de un paciente, es considerado como una herramienta en la atención médica. (Instituto Guatemalteco de Seguridad Social., 1989)

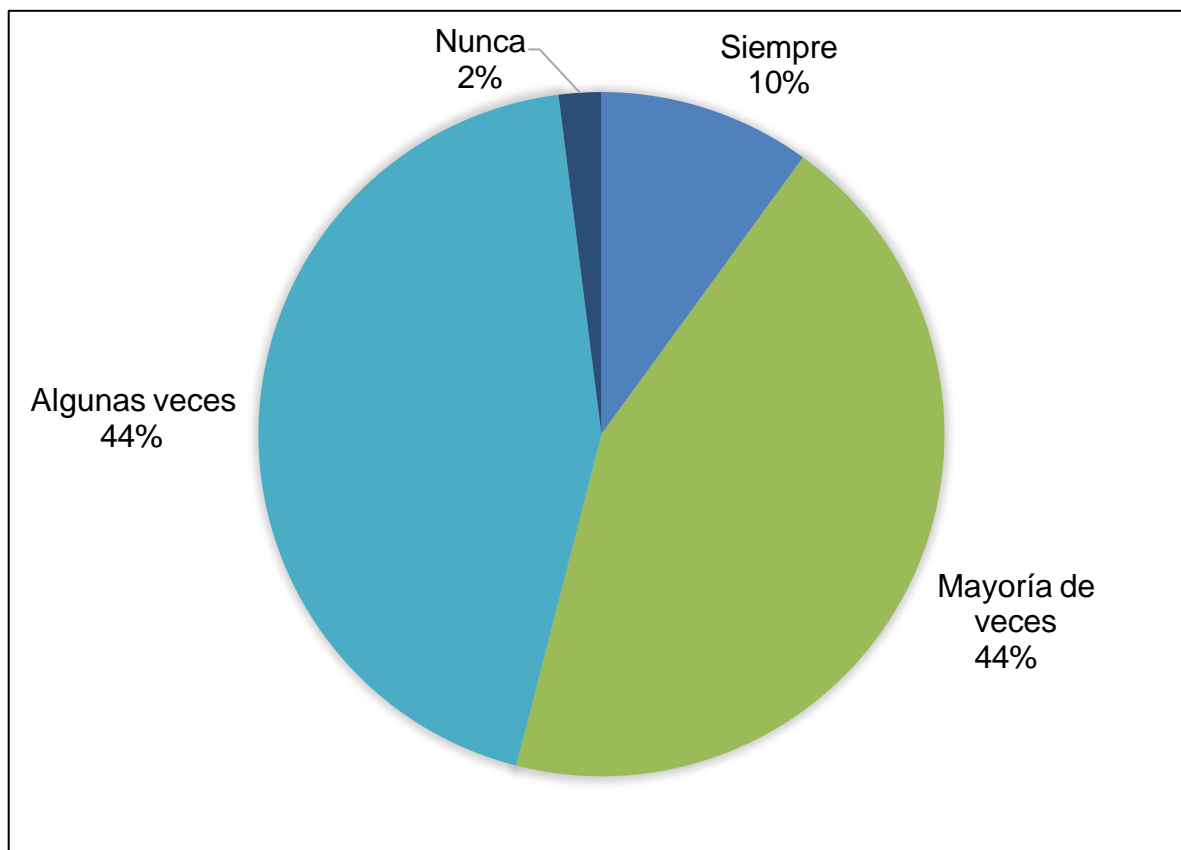
Por lo que se puede afirmar que, el expediente clínico es concebido como un cúmulo de información médica, así como de datos personales de un paciente que se obtienen a través de un diagnóstico médico, en un establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado. En el cual, el personal de salud debe llevar a cabo registros, anotaciones sobre el estado médico del paciente y el tratamiento a aplicar correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

Cuadro y Gráfica No. 2

Estado mental

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	10	10%
Mayoría de veces	44	44%
Algunas veces	44	44%
Nunca	2	2%
Total	100	100%

Fuente: Eficacia en la nota de enfermería de los expedientes clínicos de pacientes egresados de la cirugía de hombres del hospital de Retalhuleu, octubre de 2024.



Al examinar las notas de enfermería objeto de estudio, se constató que el estado mental de los pacientes se describe la mayoría de las veces en el 44 % de los casos, mientras que otro 44 % lo hace solo algunas veces. Además, el 10 % de las notas de enfermería lo incluye siempre, y el 2 % nunca.

Los resultados evidencian una distribución equitativa entre las categorías "la mayoría de las veces" y "algunas veces", ambas con un 44%. Esto sugiere que, aunque existe una tendencia a documentar el estado mental del paciente con cierta regularidad, no se trata de una práctica universal ni sistemática. La falta de consistencia podría estar asociada a factores como la carga de trabajo, la priorización de otras tareas clínicas o la percepción de la relevancia de esta información en contextos específicos.

El 10% de los casos en los que se describe el estado mental "siempre" refleja una minoría de profesionales que priorizan la documentación completa y sistemática. Este dato es relevante, ya que indica que, aunque es una práctica menos común, existe un segmento de enfermería que reconoce la importancia de registrar el estado mental en todas las interacciones con el paciente.

Por último, el 2% de los casos en los que nunca se incluyó la descripción del estado mental representa una proporción reducida, pero no por ello menos significativa. La omisión de esta información puede tener implicaciones negativas en la atención al paciente, especialmente en casos donde el estado mental es un factor crítico para el diagnóstico o tratamiento.

Los hallazgos indican que, si bien la mayoría de los profesionales de enfermería documentan el estado mental del paciente con cierta frecuencia, existe una falta de consistencia en esta práctica.

La distribución equitativa entre "la mayoría de las veces" y "algunas veces" (44% en ambos casos) sugiere que la documentación no es sistemática, lo que podría afectar la calidad de la atención y la comunicación entre el equipo de salud

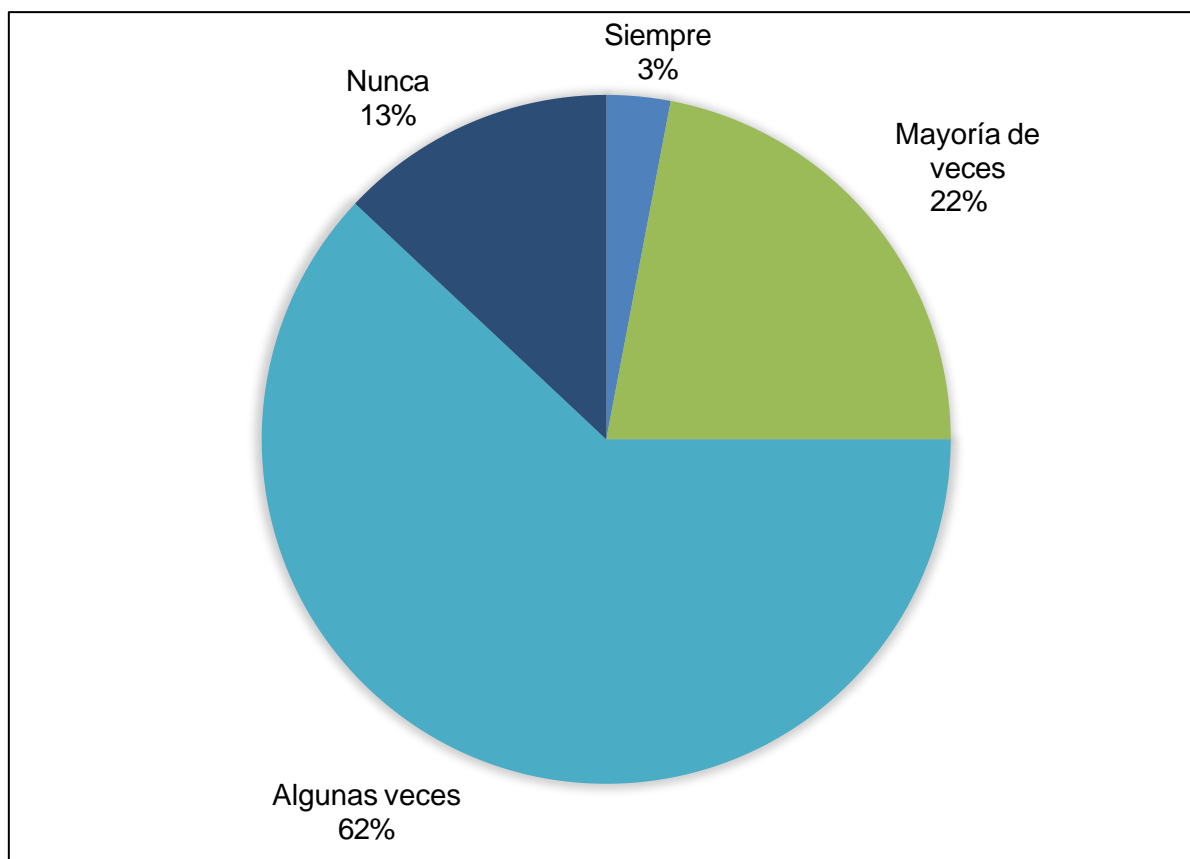
“El objetivo de la enfermería es mantener al máximo el bienestar físico, mental, social y espiritual del ser humano”. (Caja Costarricense del Seguro Social, 2014, pág. 46) por esta razón en las notas de enfermería se deben registrar los hallazgos de la evaluación del paciente, que giran en torno a la toma de signos vitales, estado físico y mental, y respuestas a las intervenciones realizadas. (Turley & Smith)

Cuadro y Gráfica No. 3

Signos vitales

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	3	3%
Mayoría de veces	22	22%
Algunas veces	62	62%
Nunca	13	13%
Total	100	100%

Fuente: Fuente: Eficacia en la nota de enfermería de los expedientes clínicos de pacientes egresados de la cirugía de hombres del hospital de Retalhuleu, octubre de 2024.



De acuerdo con los datos reflejados en la gráfica y el cuadro estadístico, el 62 % de las notas de enfermería evaluadas incluyen el registro de signos vitales, el 22 % lo hace la mayoría de las veces, el 13 % nunca lo registra y solo el 3 % siempre lo contiene, a pesar de ser una característica fundamental.

Los resultados evidencian que, aunque el registro de signos vitales está presente en la mayoría de las notas de enfermería (62% en la categoría "algunas veces"), no se trata de una práctica sistemática ni constante. Este hallazgo sugiere que, si bien los profesionales de enfermería reconocen la importancia de documentar los signos vitales, existen factores que limitan su registro de manera regular, como la carga de trabajo, la falta de tiempo o la priorización de otras actividades clínicas.

La categoría "la mayoría de las veces" (22%) indica que un segmento significativo de profesionales realiza este registro con cierta frecuencia, lo que refleja un esfuerzo por mantener una documentación más completa. Sin embargo, la baja proporción de notas que incluyen el registro de signos vitales "siempre" (3%) es preocupante, ya que sugiere que la documentación sistemática de esta información es una práctica poco común. Esto podría tener implicaciones negativas en la calidad de la atención, especialmente en situaciones donde los signos vitales son críticos para el monitoreo y tratamiento del paciente.

Por último, el 13% de las notas que nunca incluyen el registro de signos vitales representa un dato alarmante, ya que la omisión de esta información puede comprometer la continuidad y seguridad de la atención al paciente. Este hallazgo resalta la necesidad de implementar medidas que garanticen la documentación completa y sistemática de los signos vitales.

En general los resultados obtenidos indican que, aunque el registro de signos vitales está presente en la mayoría de las notas de enfermería (62%), su documentación no es sistemática ni constante. La baja proporción de notas que incluyen este

registro "siempre" (3%) y el 13% que nunca lo hacen reflejan una práctica insuficiente en un aspecto fundamental de la atención clínica.

Al respecto, “El personal de enfermería es el encargado de llevar a cabo el proceso de atención de enfermería, que incluye actividades diversas como observar los signos vitales del paciente, tales como temperatura y presión arterial, de igual forma les corresponde controlar ruidos indeseables, mantener la comodidad y prevenir complicaciones a su salud.” (Hospital Nacional de Retalhuleu, 2013, pág. 2)

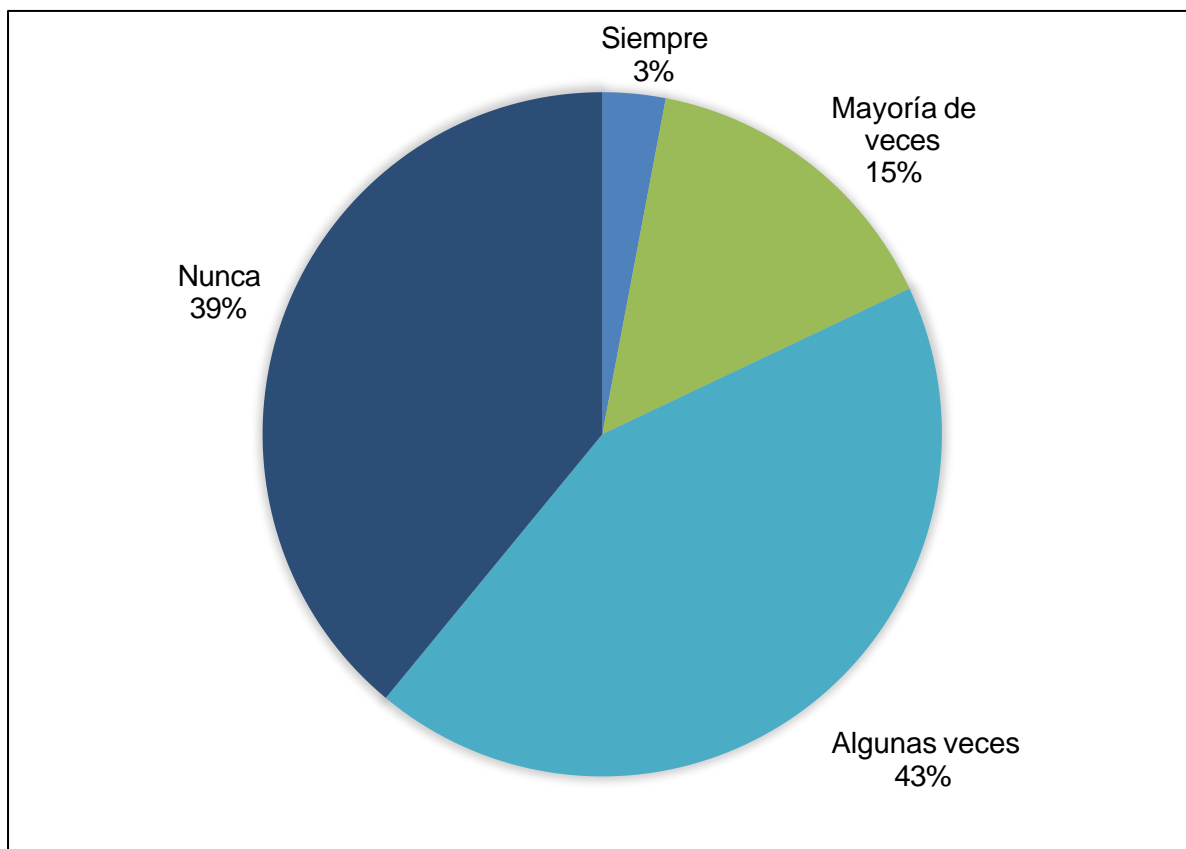
La nota de enfermería representa un papel fundamental en el ámbito de la atención médica, debido a que es una herramienta clave que se utiliza para documentar el diagnóstico y la evolución del paciente, que sirve como medio de comunicación efectiva dentro del equipo médico de salud. Dichas notas registran información clínica importante; en primer lugar, se anotan los signos vitales, como la presión arterial, oxigenación y temperatura; también se debe anotar la administración de medicamentos con sus respectivos horarios; de igual manera, se deben agregar todos aquellos datos que se consideran relevantes para la salud y recuperación del paciente. (Caja Costarricense del Seguro Social., 2014)

Cuadro y Gráfica No. 4

Descripción del cuidado al paciente y dieta

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	3	3%
Mayoría de veces	15	15%
Algunas veces	43	43%
Nunca	39	39%
Total	100	100%

Fuente: Fuente: Eficacia en la nota de enfermería de los expedientes clínicos de pacientes egresados de la cirugía de hombres del hospital de Retalhuleu, octubre de 2024.



En cuanto a la descripción del cuidado al paciente y la dieta en la nota de enfermería, el 43 % lo realiza algunas veces, el 39 % nunca, el 15 % la mayoría de las veces y solo el 3 % siempre.

Los resultados evidencian una falta de consistencia en la documentación del cuidado al paciente y la dieta en las notas de enfermería. La categoría "algunas veces" concentra la mayor proporción de casos (43%), lo que sugiere que, aunque existe un esfuerzo por registrar esta información, no se realiza de manera sistemática. Este hallazgo podría estar relacionado con factores como la carga de trabajo, la falta de tiempo o la percepción de que estos aspectos no son prioritarios en comparación con otras tareas clínicas.

El 39% de los casos en los que nunca se incluyó la descripción del cuidado al paciente y la dieta es un dato preocupante, ya que la omisión de esta información puede comprometer la continuidad y calidad de la atención. La dieta, en particular, es un componente esencial en el manejo de muchas condiciones de salud, y su documentación es crucial para garantizar que el paciente reciba una alimentación adecuada a sus necesidades.

Por otro lado, el 15% de los casos en los que se describe el cuidado al paciente y la dieta "la mayoría de las veces" refleja una práctica más consistente, aunque aún no universal. Este dato indica que un segmento de profesionales de enfermería reconoce la importancia de documentar estos aspectos, lo que contribuye a una atención más integral.

Finalmente, el bajo porcentaje de casos en los que se describe el cuidado al paciente y la dieta "siempre" (3%) sugiere que la documentación completa y sistemática es una práctica poco común. Este hallazgo resalta la necesidad de

implementar estrategias que fomenten la consistencia en la redacción de las notas, como capacitaciones, protocolos estandarizados o herramientas de apoyo.

En general, los resultados indican que, si bien la mayoría de los profesionales de enfermería documentan el cuidado al paciente y la dieta en algún momento (43% en la categoría "algunas veces"), existe una falta de consistencia en esta práctica. La alta proporción de casos en los que nunca se incluye esta información (39%) es particularmente preocupante, ya que puede afectar la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

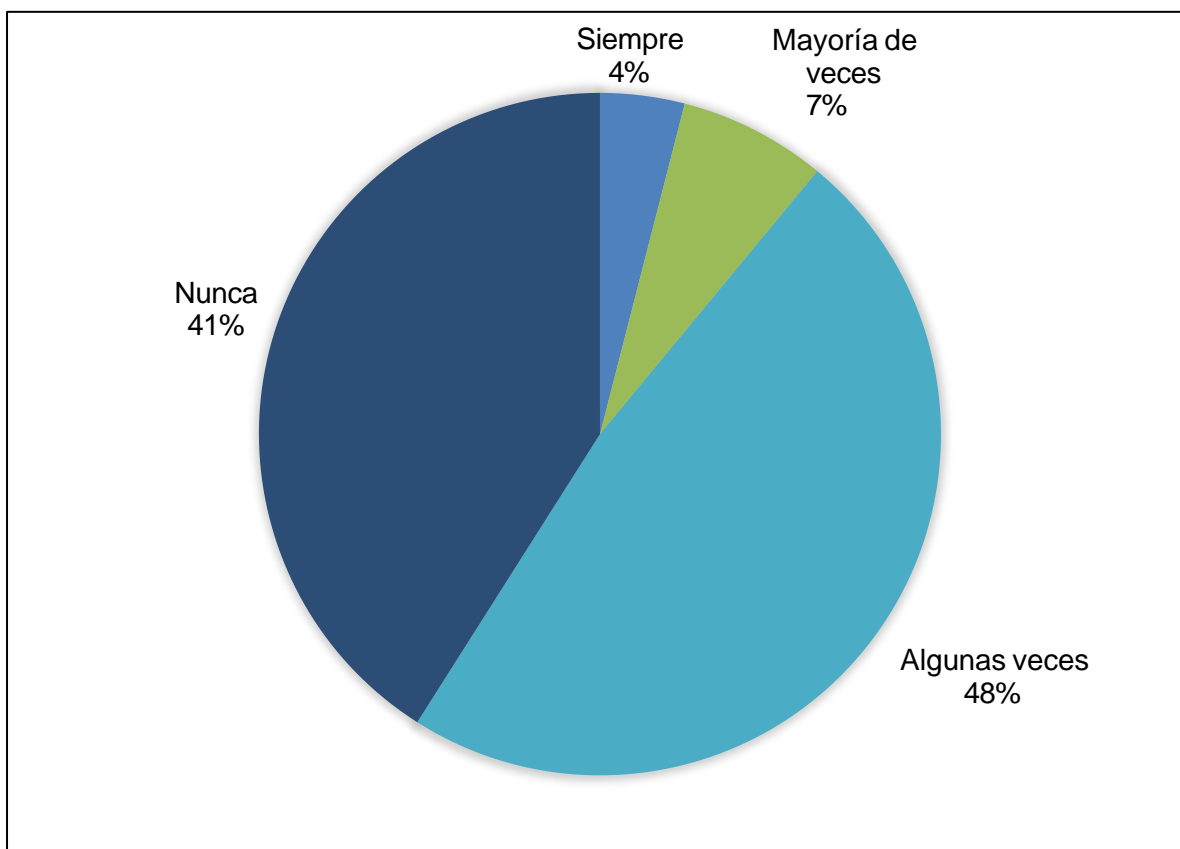
En la actualidad, la atención con calidad y calidez es parte de la humanización que la población demanda en los hospitales, como parte de un derecho que asegure el buen trato al usuario. Por lo consiguiente, el cuidado de enfermería es necesario en la atención hospitalaria y que se brinde de una forma más humanizada, lo cual permite mejorar el cuidado que se brinda al paciente, a manera de mejorar su calidad de vida. En tal sentido, el manual del Hospital de Retalhuleu. en el servicio. (Hospital Nacional de Retalhuleu, 2013)

Cuadro y gráfica No. 5

Descripción de medicamentos administrados al paciente

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	4	4%
Mayoría de veces	7	7%
Algunas veces	48	48%
Nunca	41	41%
Total	100	100%

Fuente: Fuente: Eficacia en la nota de enfermería de los expedientes clínicos de pacientes egresados de la cirugía de hombres del hospital de Retalhuleu, octubre de 2024.



Respecto a la descripción de los medicamentos administrados al paciente, el 48 % de las notas de enfermería lo registra algunas veces, el 41 % nunca, el 7 % la mayoría de las veces y el 4 % siempre.

Los resultados evidencian una falta de consistencia en la documentación de los medicamentos administrados al paciente en las notas de enfermería. La categoría "algunas veces" concentra la mayor proporción de casos (48%), lo que sugiere que, aunque existe un esfuerzo por registrar esta información, no se realiza de manera sistemática. Este hallazgo podría estar relacionado con factores como la carga de trabajo, la falta de tiempo o la percepción de que otros aspectos de la atención clínica son más prioritarios.

El 41% de los casos en los que nunca se incluyó la descripción de los medicamentos administrados es un dato alarmante, ya que la omisión de esta información puede comprometer la seguridad del paciente y la calidad de la atención. La documentación de los medicamentos es esencial para evitar errores de medicación, garantizar la continuidad del tratamiento y facilitar la comunicación entre los miembros del equipo de salud.

Por otro lado, el 7% de los casos en los que se describe la administración de medicamentos "la mayoría de las veces" refleja una práctica más consistente, aunque aún no universal. Este dato indica que un segmento de profesionales de enfermería reconoce la importancia de documentar este aspecto, lo que contribuye a una atención más segura y eficiente.

Finalmente, el bajo porcentaje de casos en los que se describe la administración de medicamentos "siempre" (4%) sugiere que la documentación completa y sistemática es una práctica poco común. Este hallazgo resalta la necesidad de implementar

estrategias que fomenten la consistencia en la redacción de las notas, como capacitaciones, protocolos estandarizados o herramientas de apoyo.

En general, los resultados indican que, si bien la mayoría de los profesionales de enfermería documentan los medicamentos administrados al paciente en algún momento (48% en la categoría "algunas veces"), existe una falta de consistencia en esta práctica. La alta proporción de casos en los que nunca se incluye esta información (41%) es particularmente preocupante, ya que puede afectar la seguridad del paciente y la calidad de la atención.

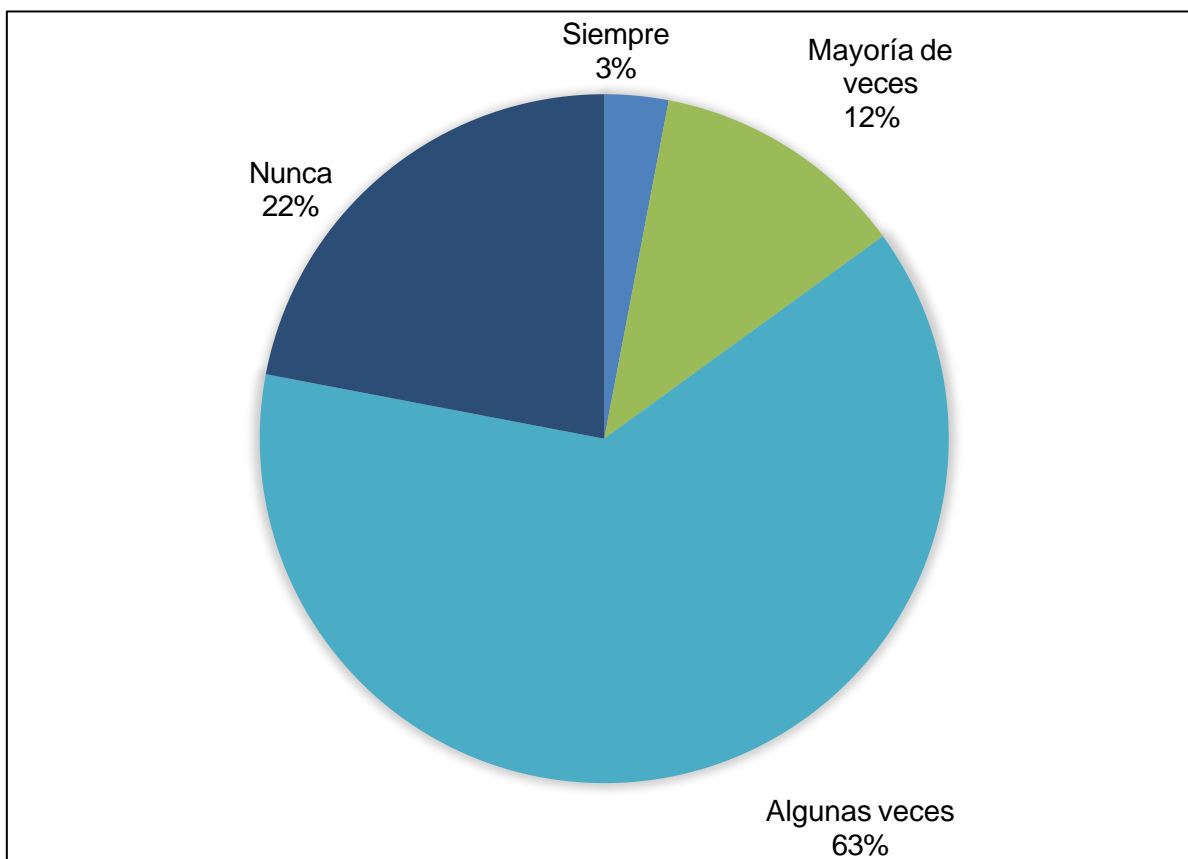
La nota de enfermería representa un papel fundamental en el ámbito de la atención médica, debido a que es una herramienta clave que se utiliza para documentar el diagnóstico y la evolución del paciente, que sirve como medio de comunicación efectiva dentro del equipo médico de salud. Dichas notas registran información clínica importante; en primer lugar, se anotan los signos vitales, como la presión arterial, oxigenación y temperatura; también se debe anotar la administración de medicamentos con sus respectivos horarios; de igual manera, se deben agregar todos aquellos datos que se consideran relevantes para la salud y recuperación del paciente. (Caja Costarricense del Seguro Social., 2014)

Cuadro y Gráfica No. 6

Descripción de otros tratamientos realizados

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	3	3%
Mayoría de veces	12	12%
Algunas veces	63	63%
Nunca	22	22%
Total	100	100%

Fuente: Fuente: Eficacia en la nota de enfermería de los expedientes clínicos de pacientes egresados de la cirugía de hombres del hospital de Retalhuleu, octubre de 2024.



En relación con la descripción de otros tratamientos realizados, el 63 % de las notas de enfermería lo incluye algunas veces, el 22 % nunca, el 12 % la mayoría de las veces y el 3 % siempre.

Los resultados evidencian una falta de consistencia en la documentación de otros tratamientos realizados al paciente en las notas de enfermería. La categoría "algunas veces" concentra la mayor proporción de casos (63%), lo que sugiere que, aunque existe un esfuerzo por registrar esta información, no se realiza de manera sistemática. Este hallazgo podría estar relacionado con factores como la carga de trabajo, la falta de tiempo o la percepción de que otros aspectos de la atención clínica son más prioritarios.

El 22% de los casos en los que nunca se incluyó la descripción de otros tratamientos es un dato preocupante, ya que la omisión de esta información puede comprometer la continuidad y calidad de la atención. La documentación de otros tratamientos es esencial para garantizar que todas las intervenciones realizadas estén registradas y sean accesibles para el equipo de salud, lo que facilita la coordinación y el seguimiento del paciente.

Por otro lado, el 12% de los casos en los que se describe otros tratamientos "la mayoría de las veces" refleja una práctica más consistente, aunque aún no universal. Este dato indica que un segmento de profesionales de enfermería reconoce la importancia de documentar estas intervenciones, lo que contribuye a una atención más integral y personalizada.

Finalmente, el bajo porcentaje de casos en los que se describe otros tratamientos "siempre" (3%) sugiere que la documentación completa y sistemática es una práctica poco común. Este hallazgo resalta la necesidad de implementar estrategias

que fomenten la consistencia en la redacción de las notas, como capacitaciones, protocolos estandarizados o herramientas de apoyo.

En general, los resultados indican que, si bien la mayoría de los profesionales de enfermería documentan otros tratamientos realizados al paciente en algún momento (63% en la categoría "algunas veces"), existe una falta de consistencia en esta práctica. La proporción significativa de casos en los que nunca se incluye esta información (22%) es particularmente preocupante, ya que puede afectar la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

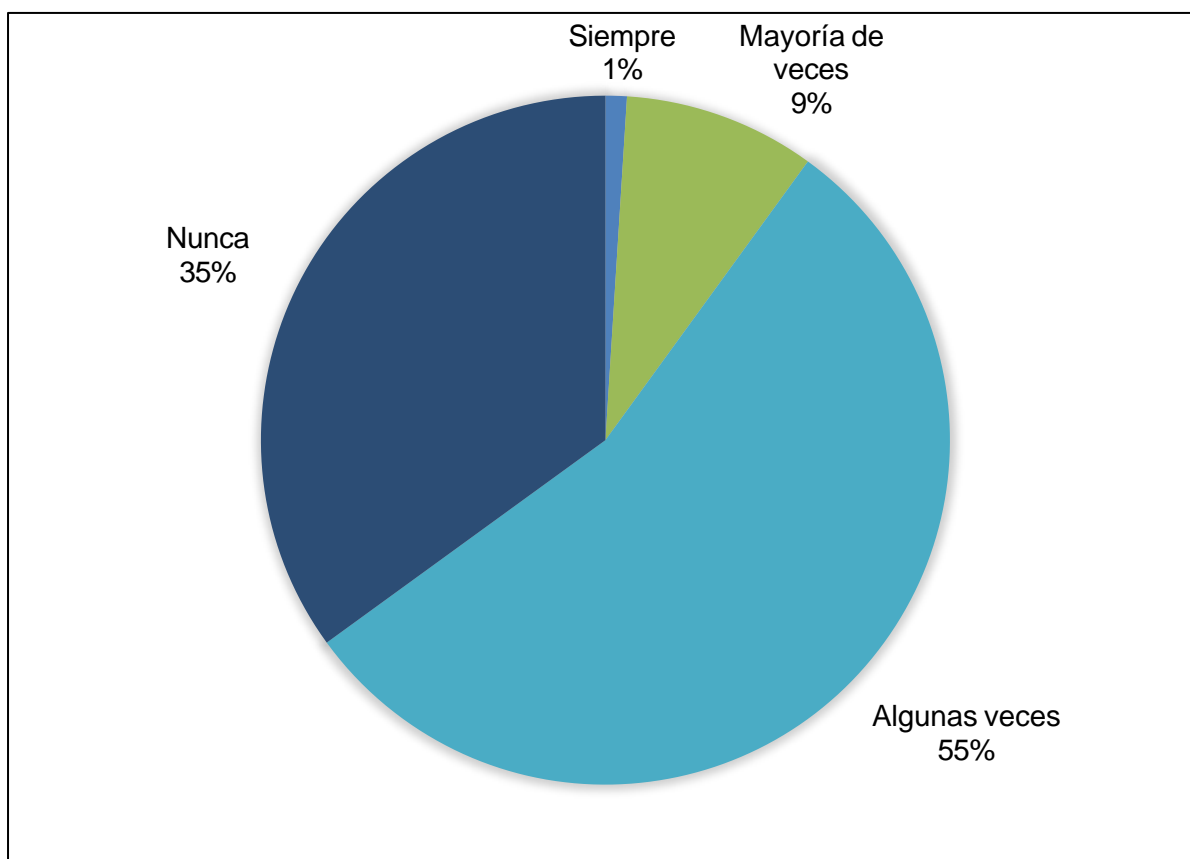
Sobre la nota de enfermería, se presenta la siguiente definición: "Es un documento legal que forma parte fundamental del expediente clínico que registra los cuidados de enfermería, evolución, tratamiento, situaciones especiales y educación ofrecidos al usuario y/o familia. De igual manera, tiene como objetivo, demostrar la aplicación del proceso de vigilancia de enfermería; asimismo, su finalidad se centra en respaldar la información que se obtiene del paciente, la que a su vez sirve para orientar al personal médico para darle seguimiento a los cuidados de la persona, de tal forma que la nota registra la actuación de enfermería". (Caja Costarricense del Seguro Social., 2014)

Cuadro y Gráfica No. 7

Descripción de educación brindada al paciente

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	1	1%
Mayoría de veces	9	9%
Algunas veces	55	55%
Nunca	35	35%
Total	100	100%

Fuente: Eficacia en la nota de enfermería de los expedientes clínicos de pacientes egresados de la cirugía de hombres del hospital de Retalhuleu, octubre de 2024.



En cuanto a la educación brindada al paciente, el 55 % de las notas de enfermería registra esta intervención, el 35 % nunca lo hace, el 9 % la mayoría de las veces y el 1 % siempre.

Los resultados evidencian una falta de consistencia en el registro de la educación brindada al paciente en las notas de enfermería. La categoría "algunas veces" concentra la mayor proporción de casos (55%), lo que sugiere que, aunque existe un esfuerzo por registrar esta intervención, no se realiza de manera sistemática. Este hallazgo podría estar relacionado con factores como la carga de trabajo, la falta de tiempo o la percepción de que otras actividades clínicas son más prioritarias.

El 35% de los casos en los que nunca se incluyó el registro de la educación brindada al paciente es un dato preocupante, ya que la omisión de esta información puede comprometer la continuidad y calidad de la atención. La educación al paciente es esencial para empoderarlo en el manejo de su salud, y su documentación permite evaluar la efectividad de las intervenciones educativas y garantizar que se hayan abordado todas las necesidades del paciente.

Por otro lado, el 9% de los casos en los que se describe la educación brindada "la mayoría de las veces" refleja una práctica más consistente, aunque aún no universal. Este dato indica que un segmento de profesionales de enfermería reconoce la importancia de documentar esta intervención, lo que contribuye a una atención más integral y centrada en el paciente.

Finalmente, el bajo porcentaje de casos en los que se describe la educación brindada "siempre" (1%) sugiere que la documentación completa y sistemática es una práctica excepcional. Este hallazgo resalta la necesidad de implementar estrategias que fomenten la consistencia en la redacción de las notas, como capacitaciones, protocolos estandarizados o herramientas de apoyo.

Los resultados obtenidos indican que, si bien la mayoría de los profesionales de enfermería registran la educación brindada al paciente en algún momento (55% en la categoría "algunas veces"), existe una falta de consistencia en esta práctica. La proporción significativa de casos en los que nunca se incluye esta información (35%) es particularmente preocupante, ya que puede afectar la calidad de la atención y la capacidad del paciente para manejar su salud de manera efectiva.

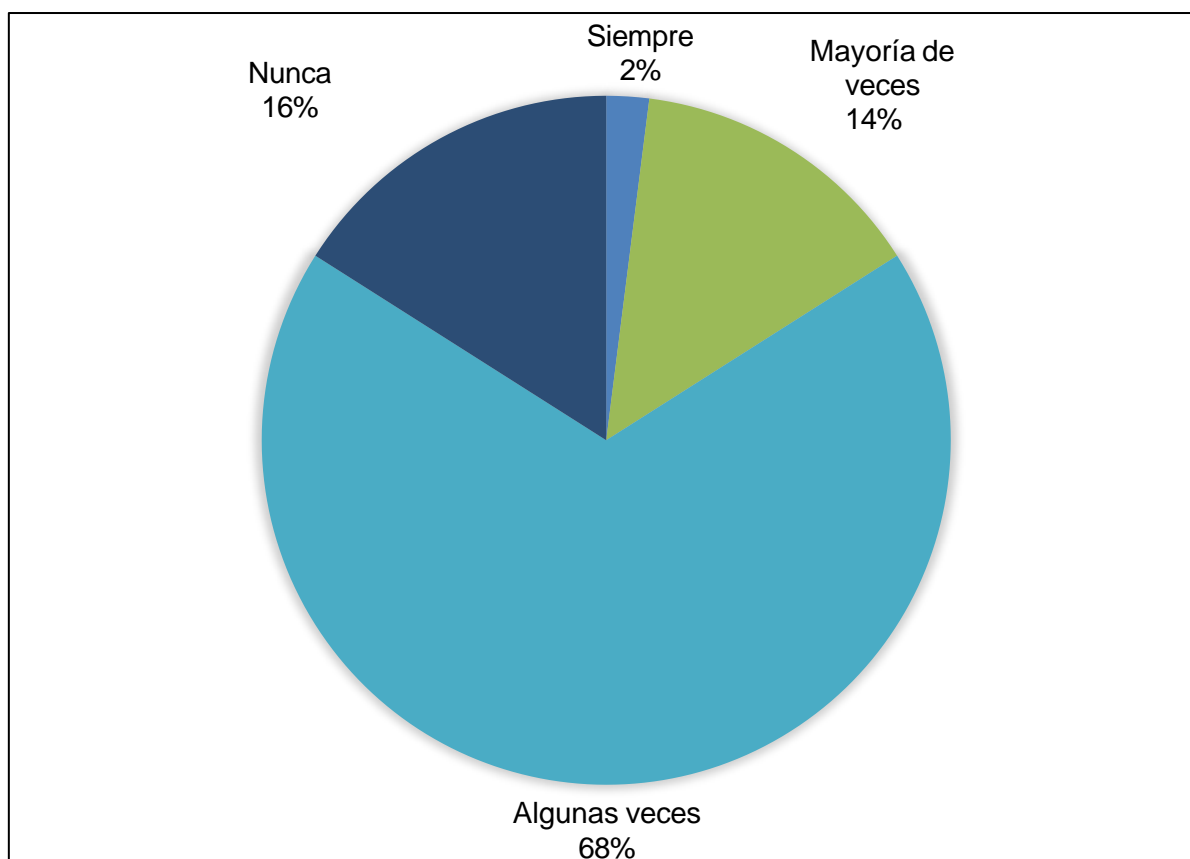
La filosofía de enfermería reza: "Que todos los individuos tienen potencialidad de desarrollar sus habilidades en mayor o menor grado y de adquirir mayor conocimiento, por tanto, brinda programas de educación en servicios y de educación continua al personal de enfermería. (Hospital Nacional de Retalhuleu. 2013, pág. 5) Así mismo, la literatura indica que una de las características de la nota de enfermería es el hecho de que registre las intervenciones realizadas, "Se refiere a las gestiones realizadas por la enfermera para brindar cuidado al paciente, incluidos los tratamientos médicos administrados, así como la educación brindada." (Turley & Smith)

Cuadro y Gráfica No. 8

Descripción de mejoras o deterioros del estado del paciente

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	2	2%
Mayoría de veces	14	14%
Algunas veces	68	68%
Nunca	16	16%
Total	100	100%

Fuente: Eficacia en la nota de enfermería de los expedientes clínicos de pacientes egresados de la cirugía de hombres del hospital de Retalhuleu, octubre de 2024.



Según los hallazgos, el 68 % de las notas de enfermería incluyen la descripción de las mejoras o el deterioro del estado del paciente, el 16 % nunca lo hace, el 14 % la mayoría de las veces y el 2 % siempre.

Los resultados evidencian que, aunque la mayoría de las notas de enfermería incluyen la descripción de las mejoras o el deterioro del estado del paciente en algún momento (68% en la categoría "algunas veces"), esta práctica no es sistemática ni constante. Este hallazgo sugiere que, si bien los profesionales de enfermería reconocen la importancia de documentar los cambios en el estado del paciente, existen factores que limitan su registro de manera regular, como la carga de trabajo, la falta de tiempo o la priorización de otras actividades clínicas.

El 16% de los casos en los que nunca se incluyó la descripción de las mejoras o el deterioro del estado del paciente es un dato preocupante, ya que la omisión de esta información puede comprometer la calidad de la atención y la capacidad del equipo de salud para responder de manera oportuna a los cambios en la condición del paciente. La documentación de estos cambios es esencial para garantizar una atención basada en la evolución clínica y para facilitar la comunicación entre los miembros del equipo de salud.

Por otro lado, el 14% de los casos en los que se describe el estado del paciente "la mayoría de las veces" refleja una práctica más consistente, aunque aún no universal. Este dato indica que un segmento de profesionales de enfermería reconoce la importancia de documentar estos cambios, lo que contribuye a una atención más dinámica y adaptada a las necesidades del paciente.

Finalmente, el bajo porcentaje de casos en los que se describe el estado del paciente "siempre" (2%) sugiere que la documentación completa y sistemática es una práctica poco común. Este hallazgo resalta la necesidad de implementar

estrategias que fomenten la consistencia en la redacción de las notas, como capacitaciones, protocolos estandarizados o herramientas de apoyo.

En general: los resultados indican que, si bien la mayoría de los profesionales de enfermería documentan las mejoras o el deterioro del estado del paciente en algún momento (68% en la categoría "algunas veces"), existe una falta de consistencia en esta práctica. La proporción significativa de casos en los que nunca se incluye esta información (16%) es particularmente preocupante, ya que puede afectar la calidad de la atención y la capacidad del equipo de salud para monitorear y responder a los cambios en la condición del paciente.

El expediente clínico es concebido como un cúmulo de información médica, así como de datos personales de un paciente que se obtienen a través de un diagnóstico médico, en un establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado. En el cual, el personal de salud debe llevar a cabo registros, anotaciones sobre el estado médico del paciente y el tratamiento a aplicar correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables. "Resultados del paciente: Es la respuesta que se obtiene por parte de la paciente relacionada con las intervenciones de enfermería, incluyendo mejoras o deterioros en su estado." (Turley & Smith)

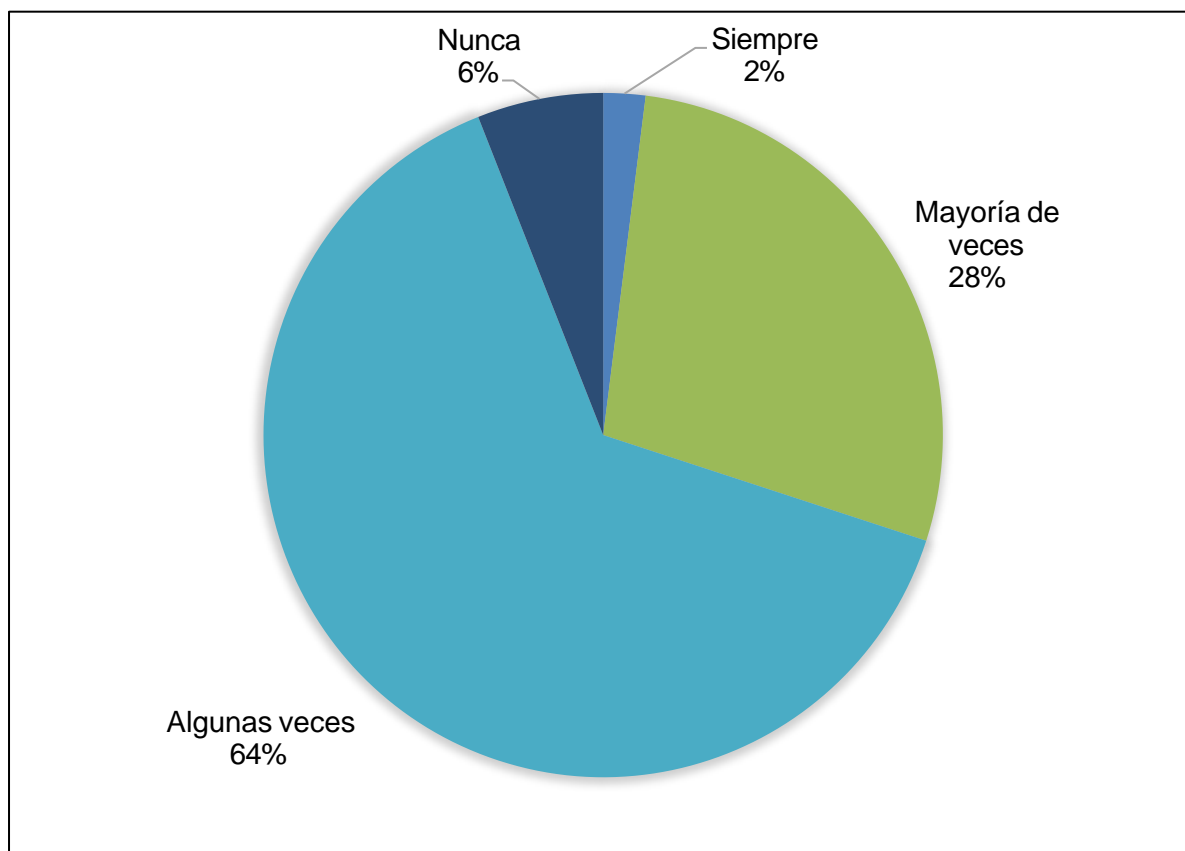
PRECISA Y BASADA EN EVIDENCIA

Cuadro y Gráfica No. 9

La nota de enfermería se describe basada en observación y evaluación del personal de enfermería

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	2	2%
Mayoría de veces	28	28%
Algunas veces	64	64%
Nunca	6	6%
Total	100	100%

Fuente: Eficacia en la nota de enfermería de los expedientes clínicos de pacientes egresados de la cirugía de hombres del hospital de Retalhuleu, octubre de 2024.



Los resultados indican que el 64 % de las notas de enfermería se basan en observaciones y evaluaciones realizadas por el personal de enfermería, el 28 % lo hace la mayoría de las veces, el 6 % nunca y el 2 % siempre.

Los resultados evidencian que, aunque la mayoría de las notas de enfermería se basan en observaciones y evaluaciones realizadas por el personal de enfermería en algún momento (64% en la categoría "algunas veces"), esta práctica no es sistemática ni constante. Este hallazgo sugiere que, si bien los profesionales de enfermería reconocen la importancia de documentar información basada en sus observaciones directas, existen factores que limitan su aplicación regular, como la carga de trabajo, la falta de tiempo o la dependencia de otras fuentes de información.

El 28% de los casos en los que las notas de enfermería se basan en observaciones y evaluaciones "la mayoría de las veces" refleja una práctica más consistente, aunque aún no universal. Este dato indica que un segmento significativo de profesionales de enfermería prioriza la documentación basada en sus propias evaluaciones, lo que contribuye a una atención más precisa y personalizada.

Por otro lado, el 6% de los casos en los que nunca se basan en observaciones y evaluaciones del personal de enfermería es un dato preocupante, ya que la falta de información directa puede comprometer la calidad y fiabilidad de la documentación clínica. La omisión de esta práctica puede llevar a la inclusión de datos inexactos o incompletos, lo que afecta negativamente la toma de decisiones clínicas.

Finalmente, el bajo porcentaje de casos en los que las notas de enfermería se basan "siempre" en observaciones y evaluaciones del personal (2%) sugiere que la documentación sistemática y basada en evidencia directa es una práctica poco común. Este hallazgo resalta la necesidad de implementar estrategias que fomenten

la consistencia en la redacción de las notas, como capacitaciones, protocolos estandarizados o herramientas de apoyo.

En general, los resultados indican que, si bien la mayoría de los profesionales de enfermería basan sus notas en observaciones y evaluaciones directas en algún momento (64% en la categoría "algunas veces"), existe una falta de consistencia en esta práctica. La proporción significativa de casos en los que nunca se basa en observaciones y evaluaciones directas (6%) es particularmente preocupante, ya que puede afectar la calidad y fiabilidad de la documentación clínica.

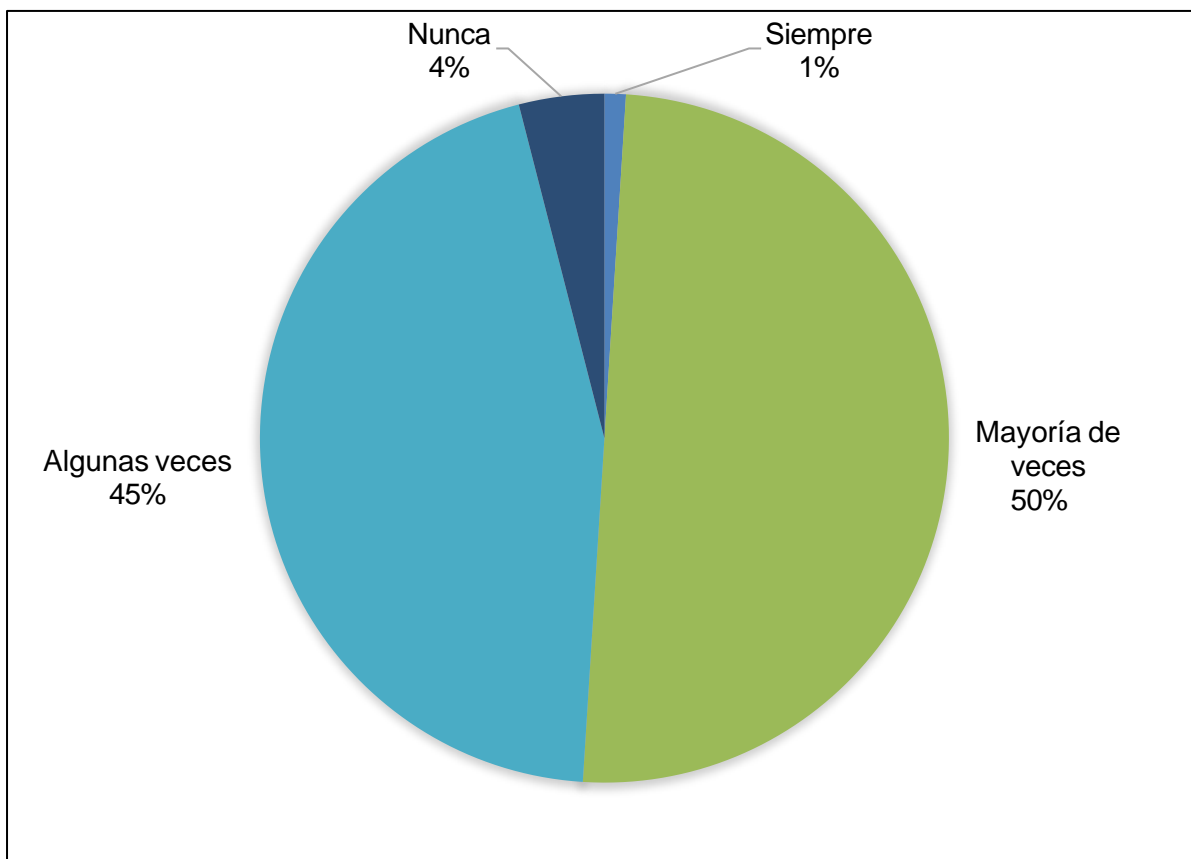
Dos características de la nota de enfermería son: el registro de los hallazgos y la precisión. "Hallazgos de evaluación: Los hallazgos de la evaluación del paciente, giran en torno a la toma de signos vitales, estado físico y mental, y respuestas a las intervenciones realizadas." (Smith & Turley, pág. 12) "Precisa: La información que se documenta en la nota de enfermería se rige porque debe ser precisa y verídica. Esto significa que la enfermera debe basar su documentación en sus propias observaciones y evaluaciones, y debe verificar toda la información antes de registrarla." (Turley & Smith)

Cuadro y Gráfica No. 10

Verificar si la información es verídica

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	1	1
Mayoría de veces	50	50
Algunas veces	45	45
Nunca	4	4
Total	100	100

Fuente: Eficacia en la nota de enfermería de los expedientes clínicos de pacientes egresados de la cirugía de hombres del hospital de Retalhuleu, octubre de 2024.



Los resultados indican que el 64 % de las notas de enfermería se basan en observaciones y evaluaciones realizadas por el personal de enfermería, el 28 % lo hace la mayoría de las veces, el 6 % nunca y el 2 % siempre.

Los resultados evidencian que, aunque la mayoría de las notas de enfermería se basan en observaciones y evaluaciones realizadas por el personal de enfermería en algún momento (64% en la categoría "algunas veces"), esta práctica no es sistemática ni constante. Este hallazgo sugiere que, si bien los profesionales de enfermería reconocen la importancia de documentar información basada en sus observaciones directas, existen factores que limitan su aplicación regular, como la carga de trabajo, la falta de tiempo o la dependencia de otras fuentes de información.

El 28% de los casos en los que las notas de enfermería se basan en observaciones y evaluaciones "la mayoría de las veces" refleja una práctica más consistente, aunque aún no universal. Este dato indica que un segmento significativo de profesionales de enfermería prioriza la documentación basada en sus propias evaluaciones, lo que contribuye a una atención más precisa y personalizada.

Por otro lado, el 6% de los casos en los que nunca se basan en observaciones y evaluaciones del personal de enfermería es un dato preocupante, ya que la falta de información directa puede comprometer la calidad y fiabilidad de la documentación clínica. La omisión de esta práctica puede llevar a la inclusión de datos inexactos o incompletos, lo que afecta negativamente la toma de decisiones clínicas.

Finalmente, el bajo porcentaje de casos en los que las notas de enfermería se basan "siempre" en observaciones y evaluaciones del personal (2%) sugiere que la documentación sistemática y basada en evidencia directa es una práctica poco común. Este hallazgo resalta la necesidad de implementar estrategias que fomenten

la consistencia en la redacción de las notas, como capacitaciones, protocolos estandarizados o herramientas de apoyo.

En general, los resultados indican que, si bien la mayoría de los profesionales de enfermería basan sus notas en observaciones y evaluaciones directas en algún momento (64% en la categoría "algunas veces"), existe una falta de consistencia en esta práctica. La proporción significativa de casos en los que nunca se basa en observaciones y evaluaciones directas (6%) es particularmente preocupante, ya que puede afectar la calidad y fiabilidad de la documentación clínica.

El expediente clínico es: "Denominado un documento técnico de tipo médico, pero también legal por la naturaleza del mismo, el cual está conformado por la información médica de las consultas atendidas por parte del personal médico". (Ministerio de Desarrollo Social, 2019, pág. 6) en este documento, las notas de enfermería deben llenar las características de veracidad y de precisión. "Veracidad: La historia clínica, se debe regir por la veracidad, congruencia y exactitud de los datos." (Hospital San José del Guaviare, 2019, pág. 10y 11) "Precisa: La información que se documenta en la nota de enfermería se rige porque debe ser precisa y verídica. Esto significa que la enfermera debe basar su documentación en sus propias observaciones y evaluaciones, y debe verificar toda la información antes de registrarla." (Turley & Smith)

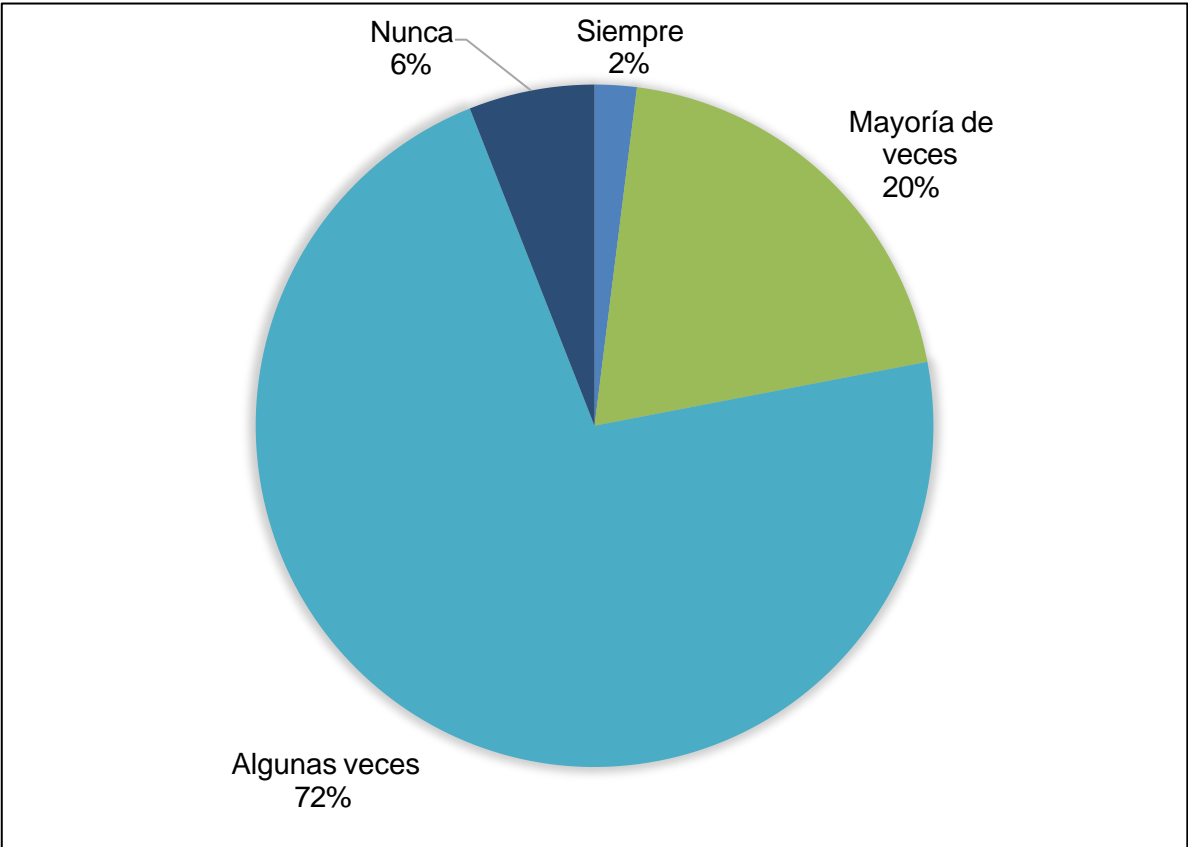
OBJETIVA Y COMUNICABLE

Cuadro y Gráfica No. 11

Descripción clara y concisa

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	2	2%
Mayoría de veces	20	20%
Algunas veces	72	72%
Nunca	6	6%
Total	100	100%

Fuente: Eficacia en la nota de enfermería de los expedientes clínicos de pacientes egresados de la cirugía de hombres del hospital de Retalhuleu, octubre de 2024.



Respecto a la claridad y concisión en la descripción de la nota de enfermería, el 72 % la presenta algunas veces, el 20 % la mayoría de las veces, el 6 % nunca y el 2 % siempre.

Los resultados evidencian que, aunque la mayoría de las notas de enfermería presentan claridad y concisión en su descripción en algún momento (72% en la categoría "algunas veces"), esta práctica no es sistemática ni constante. Este hallazgo sugiere que, si bien los profesionales de enfermería reconocen la importancia de redactar notas claras y concisas, existen factores que limitan su aplicación regular, como la carga de trabajo, la falta de tiempo o la falta de capacitación en habilidades de redacción clínica.

El 20% de los casos en los que las notas de enfermería presentan claridad y concisión "la mayoría de las veces" refleja una práctica más consistente, aunque aún no universal. Este dato indica que un segmento significativo de profesionales de enfermería prioriza la redacción de notas claras y concisas, lo que contribuye a una comunicación más efectiva y a una atención más segura.

Por otro lado, el 6% de los casos en los que nunca se presenta claridad y concisión en la descripción de las notas de enfermería es un dato preocupante, ya que la falta de estas características puede comprometer la calidad de la documentación clínica. La ausencia de claridad y concisión puede llevar a malentendidos, errores en la interpretación de la información y, en última instancia, afectar negativamente la atención al paciente.

Finalmente, el bajo porcentaje de casos en los que las notas de enfermería presentan claridad y concisión "siempre" (2%) sugiere que la redacción sistemática de notas claras y concisas es una práctica poco común. Este hallazgo resalta la necesidad de implementar estrategias que fomenten la consistencia en la redacción

de las notas, como capacitaciones, protocolos estandarizados o herramientas de apoyo.

En general, los resultados indican que, si bien la mayoría de los profesionales de enfermería presentan claridad y concisión en la descripción de las notas de enfermería en algún momento (72% en la categoría "algunas veces"), existe una falta de consistencia en esta práctica. La proporción significativa de casos en los que nunca se presenta claridad y concisión (6%) es particularmente preocupante, ya que puede afectar la calidad de la documentación clínica y la seguridad del paciente.

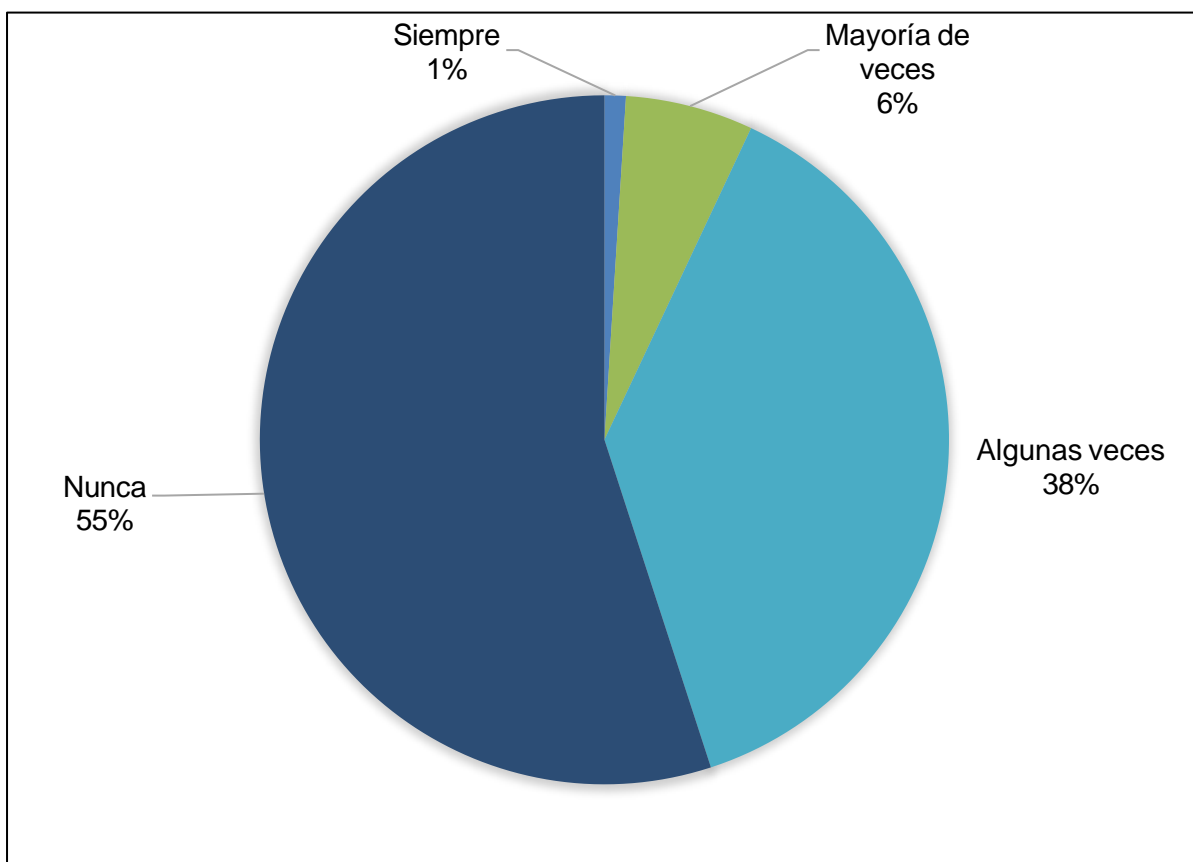
No existe una normativa oficial que establezca el uso obligatorio de colores específicos para la nota de enfermería. La legibilidad y la claridad de la información son aspectos prioritarios, independientemente del color de la tinta utilizada. Algunas instituciones de salud pueden tener sus propias políticas internas sobre el uso de colores para la documentación. (Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala., 2022) A pesar de la importancia que conllevan estos documentos dentro del expediente clínico; es común, encontrar estas notas, redactadas de forma ilegible, poco descriptivas, en algunos otros casos, con tachones o borrones, lo cual no permite que haya una claridad en la información. Esto puede deberse a la premura con que a veces se escribe, por la complejidad de los casos y carga de trabajo; no obstante, esto puede afectar la atención al paciente y la documentación.

Cuadro y Gráfica No. 12

Términos técnicos, abreviaturas y siglas que otros miembros del equipo de atención médica no puedan entender

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	1	1%
Mayoría de veces	6	6%
Algunas veces	38	38%
Nunca	55	55%
Total	100	100%

Fuente: Eficacia en la nota de enfermería de los expedientes clínicos de pacientes egresados de la cirugía de hombres del hospital de Retalhuleu, octubre de 2024.



Con relación al uso de términos técnicos, abreviaturas y siglas que otros miembros del equipo de atención médica podrían no entender, el 55 % de las notas de enfermería nunca los incluye, el 38 % algunas veces, el 6 % la mayoría de las veces y el 1 % siempre.

Los resultados evidencian que, en la mayoría de las notas de enfermería (55%), no se utilizan términos técnicos, abreviaturas o siglas que podrían no ser comprendidos por otros miembros del equipo de atención médica. Este hallazgo es positivo, ya que refleja un esfuerzo por mantener la claridad y accesibilidad de la documentación clínica, lo que facilita la comunicación efectiva y reduce el riesgo de malentendidos o errores en la interpretación de la información.

Sin embargo, el 38% de los casos en los que estos elementos se incluyen "algunas veces" sugiere que, aunque no es una práctica constante, existe una tendencia a utilizar lenguaje especializado que podría no ser universalmente comprendido. Este uso ocasional podría estar relacionado con la necesidad de agilizar la documentación o con la familiaridad del personal de enfermería con ciertos términos, sin considerar la diversidad de conocimientos dentro del equipo de salud.

El 6% de los casos en los que se incluyen términos técnicos, abreviaturas o siglas "la mayoría de las veces" y el 1% en los que se hace "siempre" representan una minoría, pero son datos preocupantes. La inclusión frecuente o sistemática de lenguaje no accesible puede comprometer la claridad de la documentación, dificultar la comunicación entre profesionales y, en última instancia, afectar la seguridad del paciente.

En general, los resultados indican que, aunque la mayoría de las notas de enfermería (55%) evitan el uso de términos técnicos, abreviaturas o siglas que podrían no ser comprendidos por otros miembros del equipo de salud, existe una proporción significativa de casos (38%) en los que estos elementos se incluyen de

manera ocasional. Además, un pequeño porcentaje de notas (6% y 1%) los utiliza con frecuencia o de manera sistemática, lo que representa un riesgo para la claridad y efectividad de la comunicación clínica.

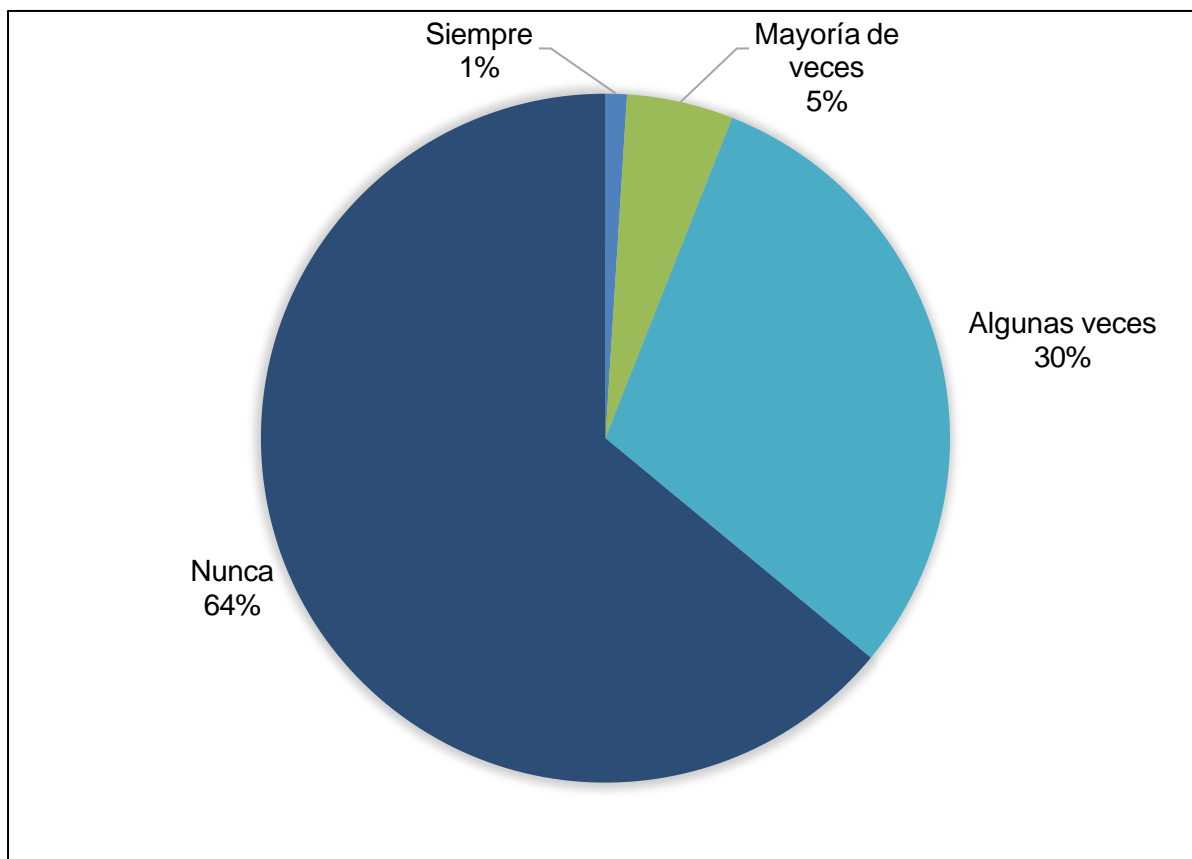
Consideraciones culturales: La nota de enfermería debe considerar las características culturales del paciente y su familia, utilizando un lenguaje respetuoso y evitando términos o expresiones que puedan resultar ofensivas. (Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala, 2022) Dos características se relacionan con este aspecto. “Objetiva: La nota de enfermería debe documentar la información de manera objetiva, lo que significa que lo hará con base en una evaluación, y evitará hacer juicios personales. La enfermera debe utilizar un lenguaje claro y conciso, y evitar términos técnicos que el paciente u otros miembros del equipo de atención médica no puedan entender; sin embargo, no se debe confundir con la utilización de lenguaje técnico universal.” “Legible: La nota de enfermería debe estar escrita de manera legible y con tinta negra o azul indeleble. La enfermera debe evitar usar cualquier tipo de abreviaturas o siglas que no sean ampliamente conocidas dentro de la medicina.” (Turley & Smith)

Cuadro y Gráfica No. 13

Opiniones o juicios personales

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	1	1%
Mayoría de veces	5	5%
Algunas veces	30	30%
Nunca	64	64%
Total	100	100%

Fuente: Eficacia en la nota de enfermería de los expedientes clínicos de pacientes egresados de la cirugía de hombres del hospital de Retalhuleu, octubre de 2024.



Los hallazgos indican que el 64 % de las notas de enfermería no contienen opiniones o juicios personales, el 30 % las incluyen algunas veces, el 5 % la mayoría de las veces y el 1 % siempre.

Los resultados evidencian que, en la mayoría de las notas de enfermería (64%), no se incluyen opiniones o juicios personales. Este hallazgo es positivo, ya que refleja un esfuerzo por mantener la objetividad y precisión en la documentación clínica, lo que es fundamental para garantizar la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

Sin embargo, el 30% de los casos en los que se incluyen opiniones o juicios personales "algunas veces" sugiere que, aunque no es una práctica constante, existe una tendencia a incorporar elementos subjetivos en la documentación. Este uso ocasional podría estar relacionado con la interpretación personal de situaciones clínicas o con la falta de claridad en las pautas de documentación.

El 5% de los casos en los que se incluyen opiniones o juicios personales "la mayoría de las veces" y el 1% en los que se hace "siempre" representan una minoría, pero son datos preocupantes. La inclusión frecuente o sistemática de elementos subjetivos puede comprometer la objetividad de la documentación, generar sesgos en la interpretación de la información y, en última instancia, afectar la toma de decisiones clínicas.

En general, los resultados indican que, aunque la mayoría de las notas de enfermería (64%) no contienen opiniones o juicios personales, existe una proporción significativa de casos (30%) en los que estos elementos se incluyen de manera ocasional. Además, un pequeño porcentaje de notas (5% y 1%) los utiliza con frecuencia o de manera sistemática, lo que representa un riesgo para la objetividad y calidad de la documentación clínica.

Objetiva: La nota de enfermería debe documentar la información de manera objetiva, lo que significa que lo hará con base en una evaluación, y evitará hacer juicios personales. La enfermera debe utilizar un lenguaje claro y conciso, y evitar términos técnicos que el paciente u otros miembros del equipo de atención médica no puedan entender; sin embargo, no se debe confundir con la utilización de lenguaje técnico universal. (Turley & Smith)

No debe confundirse la opinión del enfermero o enfermera, con la comunicación que se debe de tener con el personal médico y hacer las anotaciones sobre la continuidad del cuidado del paciente, lo cual facilita la identificación de cambios en su condición.

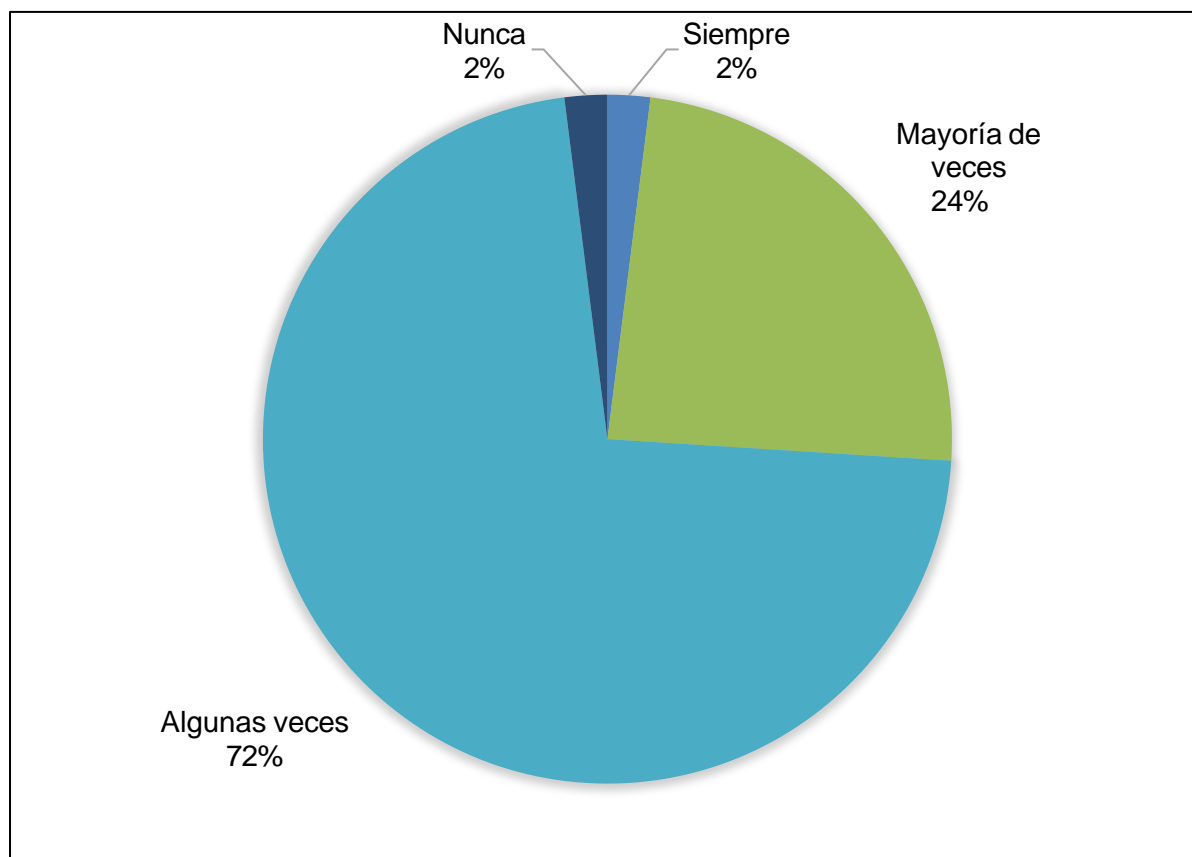
ACTUALIZADA

Cuadro y gráfica No. 14

Nota de enfermería que refleje el estado actual del paciente

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	2	2%
Mayoría de veces	24	24%
Algunas veces	72	72%
Nunca	2	2%
Total	100	100%

Fuente: Eficacia en la nota de enfermería de los expedientes clínicos de pacientes egresados de la cirugía de hombres del hospital de Retalhuleu, octubre de 2024.



Los resultados indican que el 72 % de las notas de enfermería reflejan el estado actual del paciente, el 24 % lo hace la mayoría de las veces, el 2 % nunca y otro 2 % siempre.

Los resultados evidencian que, aunque la mayoría de las notas de enfermería reflejan el estado actual del paciente en algún momento (72% en la categoría "algunas veces"), esta práctica no es sistemática ni constante. Este hallazgo sugiere que, si bien los profesionales de enfermería reconocen la importancia de documentar el estado actual del paciente, existen factores que limitan su aplicación regular, como la carga de trabajo, la falta de tiempo o la priorización de otras actividades clínicas.

El 24% de los casos en los que las notas de enfermería reflejan el estado actual del paciente "la mayoría de las veces" refleja una práctica más consistente, aunque aún no universal. Este dato indica que un segmento significativo de profesionales de enfermería prioriza la documentación actualizada del estado del paciente, lo que contribuye a una atención más precisa y personalizada.

Por otro lado, el 2% de los casos en los que nunca se refleja el estado actual del paciente es un dato preocupante, ya que la omisión de esta información puede comprometer la calidad de la atención y la capacidad del equipo de salud para responder de manera oportuna a los cambios en la condición del paciente. La documentación del estado actual es esencial para garantizar una atención basada en la evolución clínica y para facilitar la comunicación entre los miembros del equipo de salud.

Finalmente, el bajo porcentaje de casos en los que las notas de enfermería reflejan el estado actual del paciente "siempre" (2%) sugiere que la documentación sistemática y actualizada es una práctica poco común. Este hallazgo resalta la necesidad de implementar estrategias que fomenten la consistencia en la redacción

de las notas, como capacitaciones, protocolos estandarizados o herramientas de apoyo.

En general, los resultados indican que, si bien la mayoría de los profesionales de enfermería reflejan el estado actual del paciente en algún momento (72% en la categoría "algunas veces"), existe una falta de consistencia en esta práctica. La proporción significativa de casos en los que nunca se refleja esta información (2%) es particularmente preocupante, ya que puede afectar la calidad de la atención y la capacidad del equipo de salud para monitorear y responder a los cambios en la condición del paciente.

Otra definición que se ofrece es la siguiente que explica que la nota de enfermería es considerada como una constancia escrita, debido a que en ella se plasman los hechos esenciales relacionados con la salud del paciente, a manera de poder contar con un con un historial continuo de los sucesos ocurridos durante un periodo determinado de enfermedad o acaecimiento de un hecho. Consecuentemente, el personal de enfermería tiene la obligación de efectuar acertadamente los registros, debido a que es el único documento que garantiza la eficacia de la asistencia prestada al paciente o usuario; finalmente, la nota sirve como una guía que concede a todo el personal sanitario que participa en los cuidados del paciente, contar con la misma información del estado de salud, lo que garantiza la continuidad de los cuidados". (Núñez Zarazú y otros, 2021)

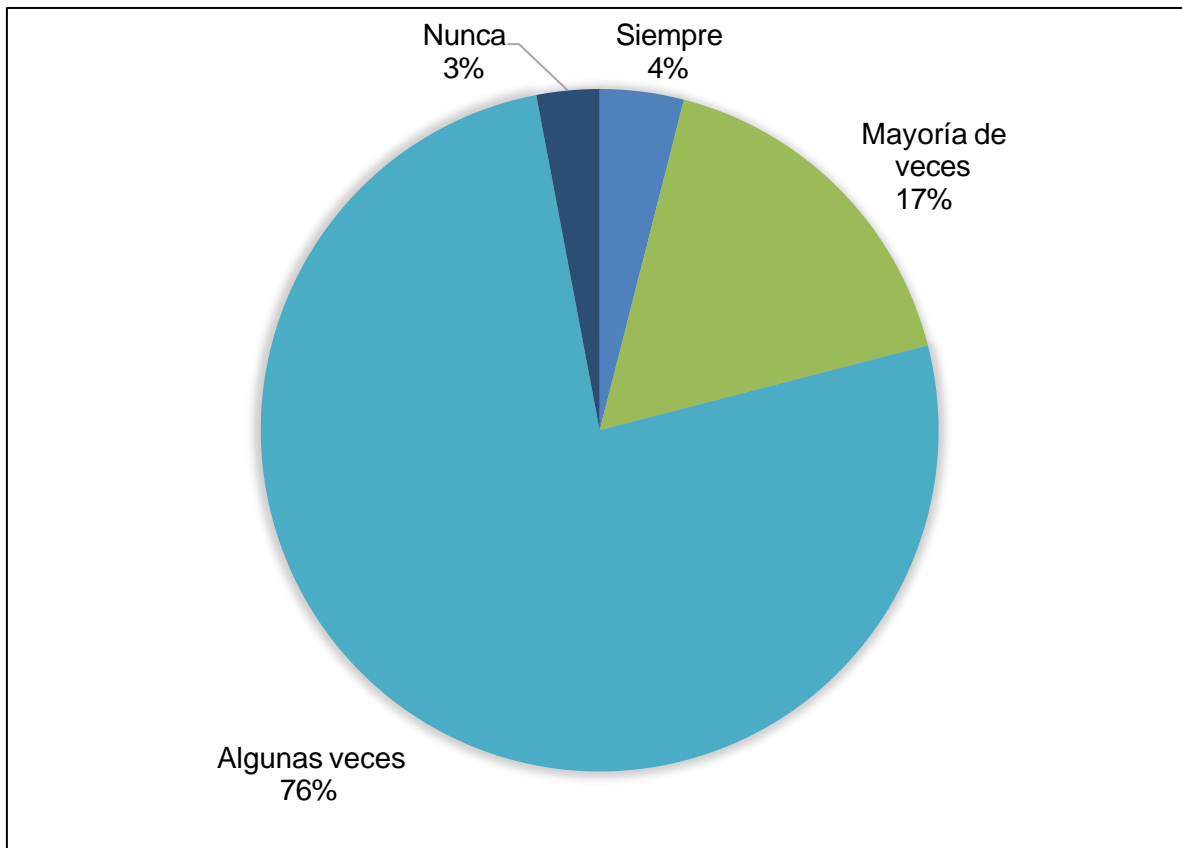
Actualizada: La nota de enfermería debe actualizarse con regularidad para reflejar el estado actual del paciente. La enfermera debe documentar cualquier cambio en el estado del paciente o en las intervenciones de enfermería tan pronto como sea posible. (Turley & Smith)

Cuadro y Gráfica No. 15

Nota de enfermería que refleje cualquier cambio del estado del paciente e intervenciones de enfermería

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	4	4%
Mayoría de veces	17	17%
Algunas veces	76	76%
Nunca	3	3%
Total	100	100%

Fuente: Eficacia en la nota de enfermería de los expedientes clínicos de pacientes egresados de la cirugía de hombres del hospital de Retalhuleu, octubre de 2024.



Los resultados indican que el 76% de las notas de enfermería reflejan cambios en el estado del paciente e intervenciones de enfermería algunas veces, el 17% la mayoría de las veces, el 4% siempre y el 3% nunca.

Los resultados evidencian una documentación irregular en la mayoría de las notas de enfermería. La categoría "algunas veces" concentra la mayor proporción (76%), lo que sugiere que, aunque existe un esfuerzo por registrar cambios en el estado del paciente y las intervenciones asociadas, esta práctica no se realiza de manera consistente.

Esta irregularidad podría estar vinculada a factores como: Carga laboral elevada, que limita el tiempo disponible para una documentación detallada. Falta de capacitación en técnicas de registro clínico estructurado. Priorización de tareas clínicas inmediatas sobre la documentación retrospectiva.

El 17% de los casos en la categoría "la mayoría de las veces" indica que un segmento de profesionales logra mantener cierta regularidad en la documentación, aunque sin alcanzar la sistematicidad ideal. Este grupo refleja un compromiso parcial con estándares de calidad, pero aún distante de las mejores prácticas.

Por otro lado, el bajo porcentaje de notas que "siempre" incluyen esta información (4%) es preocupante, ya que la documentación completa y constante es esencial para evitar lagunas informativas que puedan afectar la toma de decisiones clínicas. La ausencia total de registro ("nunca", 3%) representa un riesgo crítico para la seguridad del paciente, especialmente en contextos donde los cambios sutiles en su estado requieren monitorización continua.

En general, los hallazgos reflejan una práctica deficiente en la documentación de cambios clínicos e intervenciones, con una predominancia de registros esporádicos (76%) y una minoría de casos con registros consistentes (4%). Esta inconsistencia

puede generar brechas en la comunicación interdisciplinaria, errores en la continuidad de la atención y comprometer la seguridad del paciente.

Otra definición que se ofrece es la siguiente que explica que la nota de enfermería es considerada como una constancia escrita, debido a que en ella se plasman los hechos esenciales relacionados con la salud del paciente, a manera de poder contar con un con un historial continuo de los sucesos ocurridos durante un periodo determinado de enfermedad o acaecimiento de un hecho. Consecuentemente, el personal de enfermería tiene la obligación de efectuar acertadamente los registros, debido a que es el único documento que garantiza la eficacia de la asistencia prestada al paciente o usuario; finalmente, la nota sirve como una guía que concede a todo el personal sanitario que participa en los cuidados del paciente, contar con la misma información del estado de salud, lo que garantiza la continuidad de los cuidados". (Núñez Zarazú y otros, 2021, pág. 16 y 17)

Intervenciones de enfermería: Se refiere a las gestiones realizadas por la enfermera para brindar cuidado al paciente, incluidos los tratamientos médicos administrados, así como la educación brindada. (Smith & Turley, pág. 12) Plan de cuidados: Son las intervenciones que tiene la personal enfermería, planificadas con la finalidad de abordar y darle seguimiento a diagnósticos. (Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala., 2022)

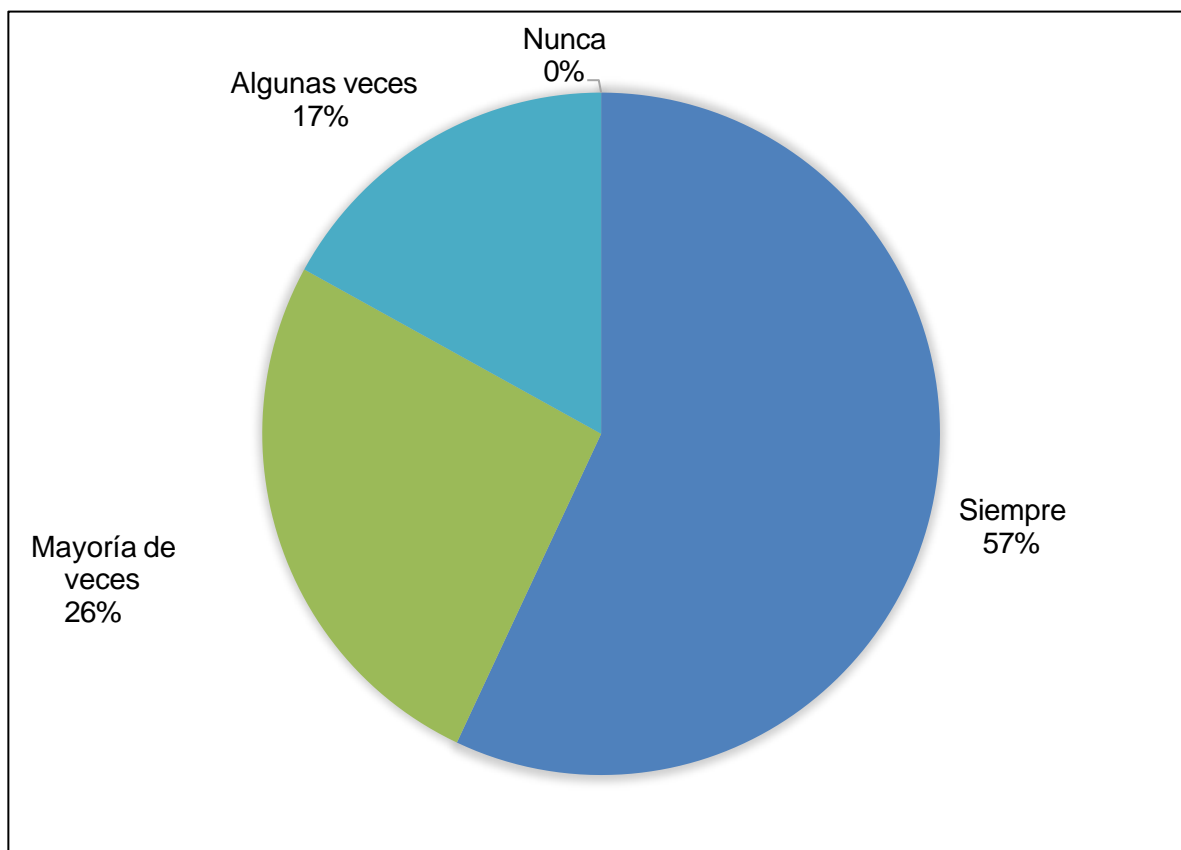
LEGAL

Cuadro y Gráfica No. 16

Verificar si la nota cuenta con firma

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	57	57
Mayoría de veces	26	26
Algunas veces	17	17
Nunca	0	0
Total	100	100

Fuente: Eficacia en la nota de enfermería de los expedientes clínicos de pacientes egresados de la cirugía de hombres del hospital de Retalhuleu, octubre de 2024.



Los resultados indican que, en cuanto a la firma del profesional que redacta las notas de enfermería en los expedientes clínicos, el 57% siempre la incluye, el 26% la mayoría de las veces y el 17% algunas veces.

Los resultados muestran que más de la mitad de las notas de enfermería (57%) cumplen consistentemente con el requisito de incluir la firma del profesional. Este hallazgo es alentador, ya que refleja un alto nivel de adherencia a los estándares de documentación clínica en un aspecto crítico para la responsabilidad profesional y la validez legal de los registros.

Sin embargo, la presencia de un 26% de casos en los que la firma se omite ocasionalmente ("la mayoría de las veces") y un 17% donde la omisión es más frecuente ("algunas veces") sugiere la existencia de brechas en el cumplimiento normativo.

Estas discrepancias podrían estar asociadas a factores como: Falta de concienciación sobre la importancia legal y ética de la firma. Carga laboral elevada, que lleva a descuidos en la finalización de los registros. Procedimientos ambiguos o falta de supervisión en la verificación de las notas.

La ausencia parcial de firmas (43% en total) implica riesgos significativos: Vulnerabilidad legal; las notas sin firma carecen de validez en contextos jurídicos o auditorías. Dificultad para atribuir responsabilidades; compromete la trazabilidad de las acciones clínicas. Estandarización deficiente; refleja inconsistencia en los procesos de documentación.

En general, aunque la mayoría de las notas de enfermería (57%) cumplen con el requisito de incluir la firma del profesional, casi la mitad de los casos (43%) presentan omisiones ocasionales o frecuentes. Esta inconsistencia subraya la

necesidad de fortalecer los protocolos institucionales y la formación del personal para garantizar el cumplimiento universal de este estándar crítico.

Legal: La nota de enfermería es un documento legal y debe documentarse de acuerdo con las leyes y regulaciones aplicables. La enfermera debe asegurarse de firmar y fechar cada nota de enfermería, y de documentar su nombre y número de licencia. (Smith & Turley, pág. 12)

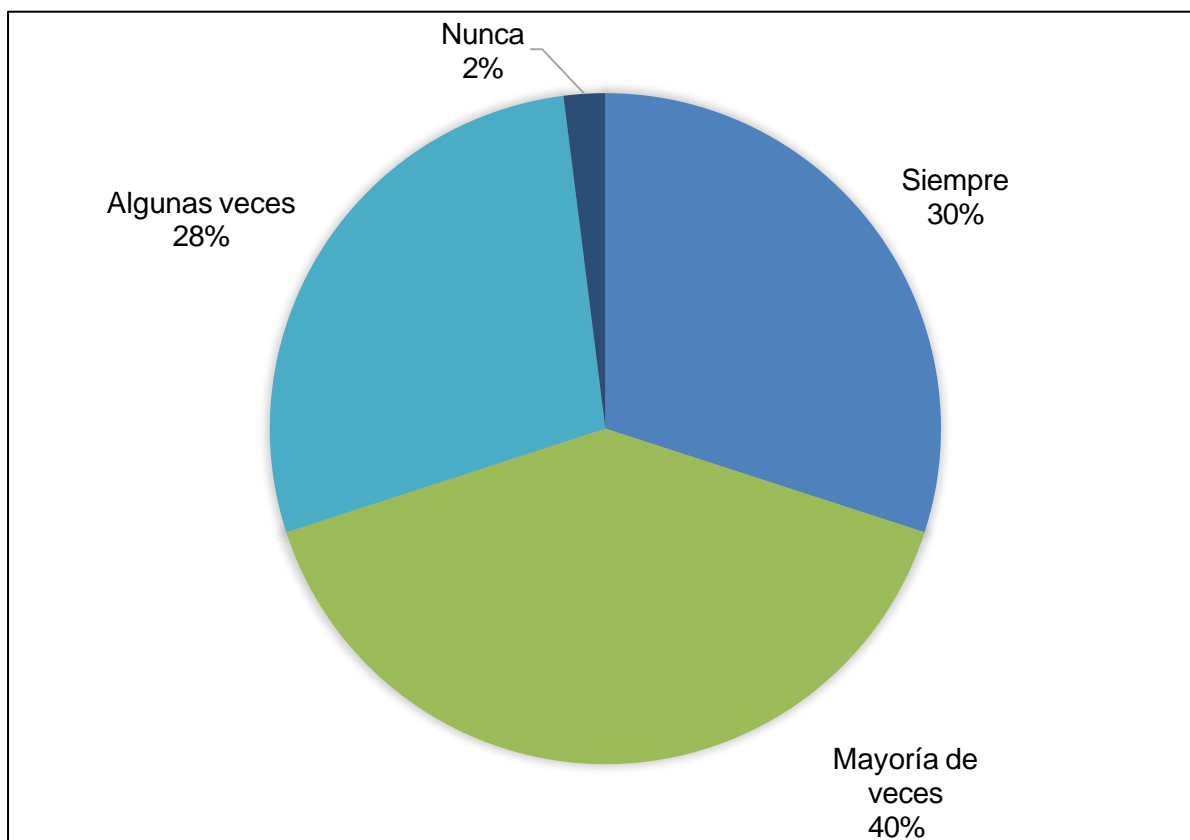
Identificación del profesional: Todo personal de salud que interviene en la asistencia del paciente, forzosamente debe identificarse en el registro clínico con nombre y apellido, y hacerlo de forma legible, debe incluir su rúbrica y número de registro profesional. (Hospital San José del Guaviare., 2019)

Cuadro y Gráfica No. 17

Verificar si la nota cuenta con fecha y hora

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	30	30%
Mayoría de veces	40	40%
Algunas veces	28	28%
Nunca	2	2%
Total	100	100%

Fuente: Eficacia en la nota de enfermería de los expedientes clínicos de pacientes egresados de la cirugía de hombres del hospital de Retalhuleu, octubre de 2024.



Los resultados indican que el 40% de las notas de enfermería incluyen la fecha y la hora de los registros la mayoría de las veces, el 30% siempre, el 28% algunas veces y el 2% nunca.

Los resultados muestran que solo el 30% de las notas cumplen de manera rigurosa con el registro sistemático de fecha y hora, un estándar crítico para la validez legal y la coherencia temporal de la documentación clínica. Aunque el 40% de los casos ("la mayoría de las veces") refleja un esfuerzo por incluir estos datos, la falta de consistencia sugiere que factores como la carga laboral, la priorización de tareas urgentes o la falta de supervisión pueden estar afectando la adherencia a los protocolos.

El 28% de las notas que registran fecha y hora "algunas veces" y el 2% que nunca lo hacen representan un riesgo significativo para la calidad de la atención, ya que la omisión de estos datos puede: Dificultar la reconstrucción cronológica de eventos clínicos. Comprometer la coordinación entre equipos multidisciplinarios. Debilitar la validez legal de los registros en casos de auditorías o disputas.

La ausencia total de fecha y hora en el 2% de los casos, aunque minoritaria, es particularmente alarmante, ya que implica una falta de cumplimiento básico de los estándares de documentación.

En general, aunque el 70% de las notas incluyen fecha y hora en algún grado ("la mayoría de las veces" y "siempre"), el 30% restante presenta deficiencias graves (28% ocasionalmente, 2% nunca). Esto revela una práctica irregular que puede afectar la seguridad del paciente, la eficiencia clínica y la integridad legal de los registros.

Legal: La nota de enfermería es un documento legal y debe documentarse de acuerdo con las leyes y regulaciones aplicables. La enfermera debe asegurarse de firmar y fechar cada nota de enfermería, y de documentar su nombre y número de licencia. (Smith & Turley, pág. 12)

Identificación del paciente: Se debe anotar el nombre completo, edad, sexo, número de expediente, fecha de nacimiento y número de cama. Fecha y hora de la nota: Fecha y hora en que se realiza la documentación. (Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala., 2022)

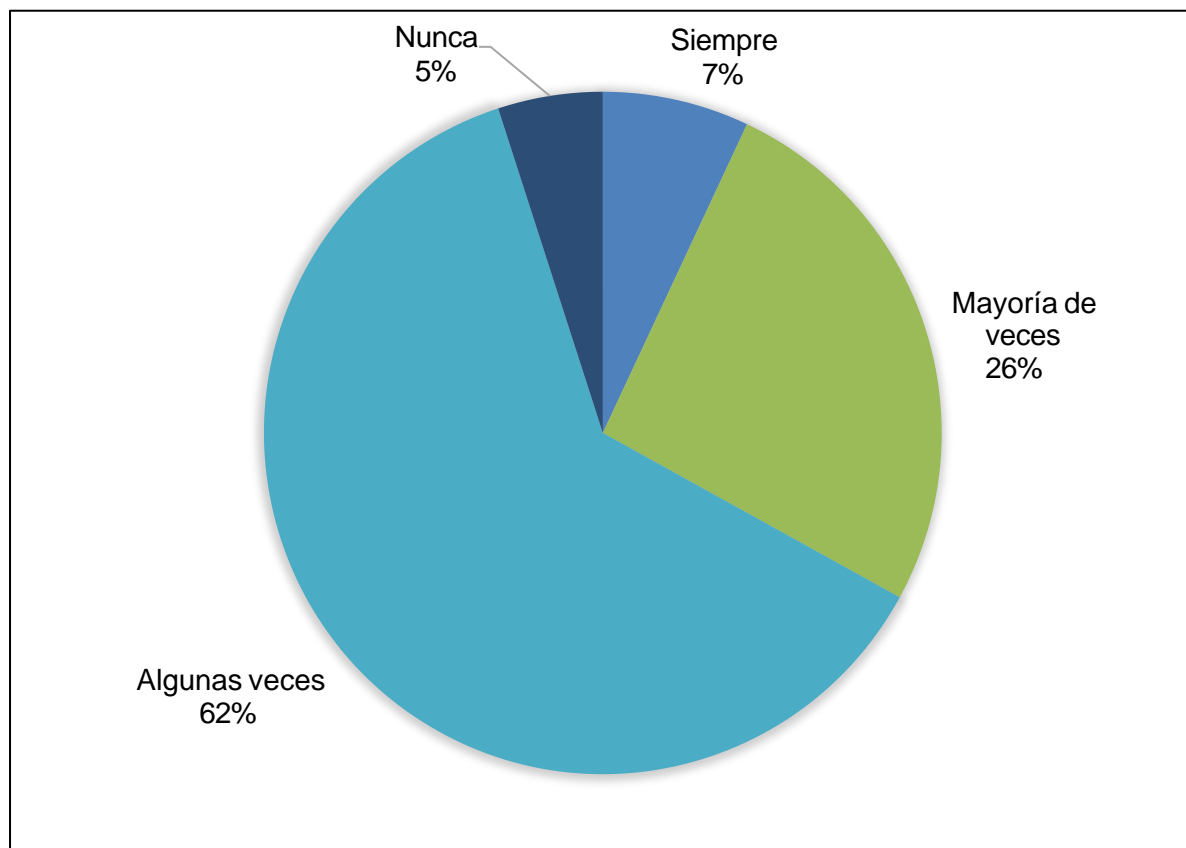
ORGANIZADA

Cuadro y Gráfica No.18

La nota cuenta con encabezado
(nombre completo, sexo, edad, servicio y número de expediente clínico)

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	7	7%
Mayoría de veces	26	26%
Algunas veces	62	62%
Nunca	5	5%
Total	100	100%

Fuente: Eficacia en la nota de enfermería de los expedientes clínicos de pacientes egresados de la cirugía de hombres del hospital de Retalhuleu, octubre de 2024.



Los resultados indican que el 62% de las notas de enfermería incluyen un encabezado con el nombre completo, sexo, edad, servicio y número de expediente clínico del paciente, el 26% lo contiene la mayoría de las veces, el 7% siempre y el 5% nunca.

Los resultados revelan una práctica irregular en la documentación del encabezado, con un predominio de registros ocasionales (62%) y una minoría de cumplimiento riguroso (7%). Esta inconsistencia sugiere que, aunque existe conciencia sobre la importancia de identificar al paciente, factores como: Carga administrativa que prioriza la atención inmediata sobre la documentación. Falta de estandarización en los formatos de registro. Errores operativos en sistemas electrónicos o físicos. Estos aspectos pueden estar contribuyendo a la omisión parcial o total de estos datos.

El 5% de notas sin encabezado representa un riesgo crítico, ya que la ausencia de información básica del paciente puede llevar a: Errores de identificación, con consecuencias graves en la administración de tratamientos. Fragmentación de la información clínica, dificultando el seguimiento integral del paciente. Vulnerabilidad legal, al carecer de datos esenciales para validar los registros.

Aunque el 26% de los casos ("la mayoría de las veces") muestra un esfuerzo por incluir el encabezado, la falta de sistematicidad (solo 7% "siempre") indica que los protocolos actuales no están internalizados como una prioridad absoluta.

En general, la documentación del encabezado en las notas de enfermería presenta deficiencias significativas, con solo el 7% de cumplimiento total y un 5% de omisión completa. Esta situación compromete la seguridad del paciente, la eficacia de la atención coordinada y el cumplimiento normativo.

Organizada: La nota de enfermería debe estar organizada de manera que sea fácil de leer y comprender. La enfermera debe utilizar un formato consistente y encabezados claros para separar la información. (Smith & Turley, pág. 12)

Identificación del paciente: Se debe anotar el nombre completo, edad, sexo, número de expediente, fecha de nacimiento y número de cama. (Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala., 2022)

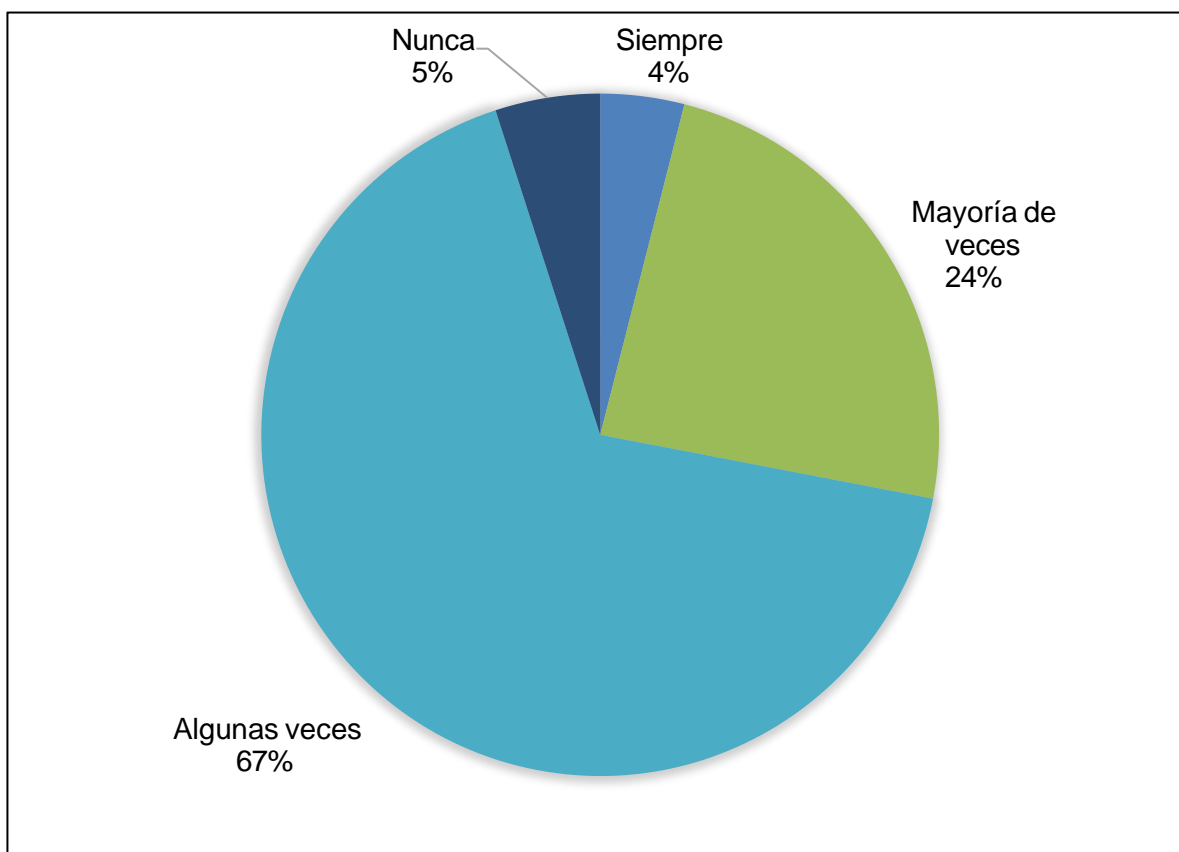
LEGIBLE

Cuadro y gráfica No. 19

Letra legible, clara, fácil de comprender y con el color de tinta que corresponda según horario

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	4	4%
Mayoría de veces	24	24%
Algunas veces	67	67%
Nunca	5	5%
Total	100	100%

Fuente: Eficacia en la nota de enfermería de los expedientes clínicos de pacientes egresados de la cirugía de hombres del hospital de Retalhuleu, octubre de 2024.



Los resultados indican que el 67% de las notas de enfermería se redactan de manera legible, clara, comprensible y con el color de tinta correspondiente según el horario algunas veces, el 24% la mayoría de las veces, el 5% nunca y el 4% siempre.

Los resultados revelan una documentación predominantemente irregular, donde la mayoría de las notas (67%) solo ocasionalmente cumplen con los estándares de legibilidad, claridad y uso de color de tinta.

Esto sugiere que, aunque existe un reconocimiento básico de las normas, su aplicación no es prioritaria ni sistemática. Los factores subyacentes podrían incluir: Presión de tiempo, que lleva a redacciones apresuradas y poco estructuradas. Falta de capacitación en técnicas de documentación clara y estandarizada. Desconocimiento o subestimación de la importancia del color de tinta para diferenciar turnos (ej.: azul para diurno, rojo para nocturno).

El 5% de notas que nunca cumplen con estos criterios representa un riesgo grave, ya que la ilegibilidad o la falta de claridad pueden provocar: Errores de interpretación en la administración de tratamientos. Retrasos en la atención por ambigüedades en los registros. Conflictos legales debido a inconsistencias en la trazabilidad de turnos.

Aunque el 24% de las notas ("la mayoría de las veces") muestran un esfuerzo por mantener estándares aceptables, el bajo porcentaje de cumplimiento total (4%) indica que los protocolos no están internalizados como una práctica habitual.

En general, la calidad de la redacción de las notas de enfermería es insuficiente en términos de consistencia y rigurosidad, con solo el 4% de cumplimiento total y un 5% de incumplimiento absoluto. Esta situación compromete la seguridad del paciente, la eficiencia clínica y el cumplimiento normativo.

Legible: La nota de enfermería debe estar escrita de manera legible y con tinta negra o azul indeleble. La enfermera debe evitar usar cualquier tipo de abreviaturas o siglas que no sean ampliamente conocidas dentro de la medicina. Organizada: La nota de enfermería debe estar organizada de manera que sea fácil de leer y comprender. La enfermera debe utilizar un formato consistente y encabezados claros para separar la información. (Smith & Turley, pág. 12)

En Guatemala, existe una convención no oficial para utilizar diferentes colores de tinta para la nota de enfermería según el turno de atención: Turno: Mañana, Azul oscuro o negro. Tarde; Verde. Noche: Rojo (Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala, 2022) Esta práctica tiene como objetivo facilitar la identificación del turno en que se realizó la documentación, mejorando la legibilidad y la organización de la historia clínica.

Sin embargo, es importante destacar que: No existe una normativa oficial que establezca el uso obligatorio de colores específicos para la nota de enfermería. La legibilidad y la claridad de la información son aspectos prioritarios, independientemente del color de la tinta utilizada. Algunas instituciones de salud pueden tener sus propias políticas internas sobre el uso de colores para la documentación. (Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala., 2022)

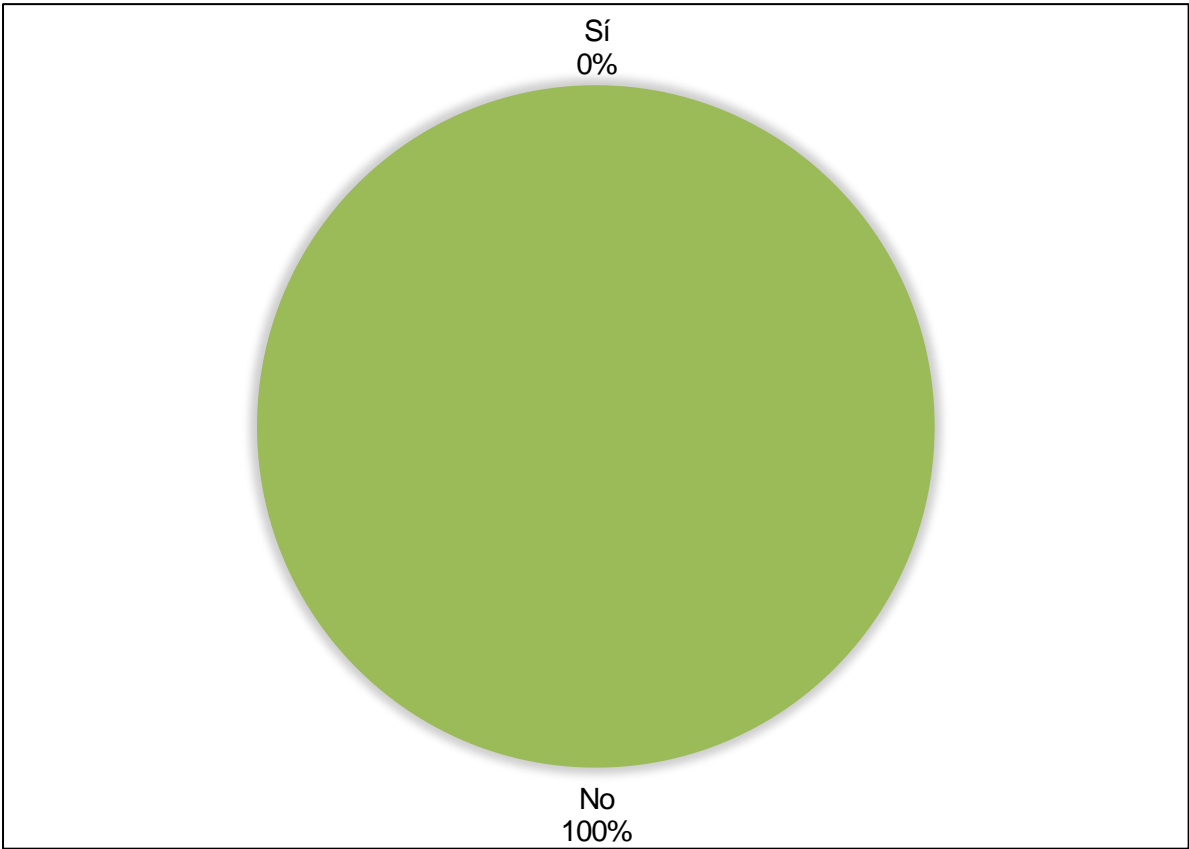
EFICACIA DE LA NOTA DE ENFERMERÍA

Cuadro y Gráfica No. 20

Verificar si nota de enfermería cuenta con 19 ítems (100%)

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sí	0	0%
No	100	100%
Total	100	100%

Fuente: Eficacia en la nota de enfermería de los expedientes clínicos de pacientes egresados de la cirugía de hombres del hospital de Retalhuleu, septiembre de 2024.



Los resultados indican que, respecto a la revisión de los 19 ítems evaluados, el 100 % de las notas de enfermería no cumple con dichas características. Todas las notas revisadas evidencian una falta de cumplimiento de los criterios que garantizan la eficacia de una nota de enfermería, lo que afecta tanto al médico personal como al paciente y a la institución sanitaria, ya que no se cuenta con información suficiente y precisa en cada registro.

La ausencia total de cumplimiento de los 19 ítems evaluados (100% de no conformidad) refleja un fracaso sistémico en la aplicación de estándares básicos de documentación clínica. Este escenario sugiere múltiples causas interrelacionadas: falta de capacitación, alta carga laboral, ausencias de supervisión o auditorías internas, o desconexión institucional.

La falta de información precisa y completa genera riesgos significativos: Para el paciente: Errores en la continuidad de la atención, administración incorrecta de tratamientos y demoras en la detección de complicaciones, lo que compromete su seguridad y recuperación. Para el equipo médico: La dificultad para acceder a datos confiables obstaculiza la toma de decisiones informadas, aumentando la probabilidad de errores diagnósticos o terapéuticos. Para la institución: La exposición a demandas legales, el incumplimiento de normativas sanitarias y el deterioro de la reputación afectan su sostenibilidad operativa y ética.

Entre las deficiencias más relevantes destacan: Documentación incompleta de intervenciones: La omisión de registros sobre medicamentos administrados, procedimientos realizados o cambios en el estado del paciente crea vacíos informativos que impiden una evaluación clínica integral.

Omisión de datos básicos: La falta de información demográfica (edad, sexo) o clínica (servicio médico, antecedentes) dificulta la identificación precisa del paciente y la personalización de su atención.

Inconsistencia en formatos: El uso de abreviaturas no estandarizadas, notas manuscritas ilegibles y estructuras desorganizadas genera confusión, reduciendo la utilidad práctica de los registros.

En general, los resultados evidencian una crisis en la calidad de la documentación clínica, con implicaciones graves para la seguridad del paciente, la eficiencia operativa y el cumplimiento normativo. La falta de cumplimiento en el 100% de los ítems evaluados no es un problema aislado, sino un fallo estructural que requiere intervención inmediata y multifactorial. Sin una reforma profunda en la formación, los procesos y la cultura institucional, los riesgos identificados persistirán, erosionando la calidad de la atención y la credibilidad del sistema sanitario.

Sobre la nota de enfermería, se presenta la siguiente definición: “Es un documento legal que forma parte fundamental del expediente clínico que registra los cuidados de enfermería, evolución, tratamiento, situaciones especiales y educación ofrecidos al usuario y/o familia. De igual manera, tiene como objetivo, demostrar la aplicación del proceso de vigilancia de enfermería; asimismo, su finalidad se centra en respaldar la información que se obtiene del paciente, la que a su vez sirve para orientar al personal médico para darle seguimiento a los cuidados de la persona, de tal forma que la nota registra la actuación de enfermería”. (Caja Costarricense del Seguro Social., 2014)

En consecuencia, la nota de enfermería es concebida como una herramienta práctica que enuncia de forma escrita el estado del paciente y los cuidados que requiere; por lo que concretamente se puede afirmar que la nota de enfermería es un documento escrito, el cual debe llevar claridad, precisión y orden en su contenido. Estas anotaciones son el reflejo fiel del resultado de las intervenciones realizadas por el personal de enfermería que se encuentra a cargo de los pacientes, donde deben plasmar todos aquellos datos que consideren fundamentales para el cuidado del paciente, y brindar la atención requerida.

VIII. CONCLUSIONES

- 8.1. Cuando se identificaron las características de las notas de enfermería que formaron la muestra del estudio, en cuanto a si están completas, se determinó que únicamente un promedio del 6% lo estaba en el aspecto de describir el estado físico del paciente; en cuanto a su estado mental, solo un 10% de las notas siempre contiene este dato; los signos vitales siempre fueron tomados en un 3%; cuidados y dieta 3%; medicamentos aplicados 4%; otros tratamientos realizados 3%; educación brindada al paciente 1%; descripción de mejoras o deterioros 2%.
- 8.2. De acuerdo con los ítems dirigidos a establecer si la nota de enfermería era precisa y basada en evidencia, demostraron que solo 2% de las notas siempre se describen basadas en observación y evaluación del personal de enfermería; no obstante el 28% lo hizo la mayoría de veces; en cuanto a verificar si la información era verídica, un 1% siempre lo hizo; mientras que, un 50% lo hizo la mayoría de veces; con tales resultados se demuestra que las notas de enfermería evaluadas, solo son precisas y basadas en evidencia en un bajo porcentaje.
- 8.3. Cuando se valoró la objetividad y comunicabilidad de las notas de enfermería, se observó que solo un 2% está en el rango de “siempre”, lo que significa que la descripción era clara y precisa; mientras que el mayor porcentaje se detectó en “algunas veces” con un 72%; en cuanto a términos técnicos, abreviaturas y siglas que otros miembros del equipo de atención médica no puedan entender; el 1% de las notas se detectó que siempre aparecen estos términos, en contraposición a un 55% donde nunca hay términos que no pueda entender el equipo médico, lo que significa que las mismas son comprensibles en su totalidad. En cuanto a opiniones, 64% de las notas están en el rango de “nunca”, lo cual hace que la nota sea eficaz en este sentido.

- 8.4. En cuanto al valor legal de las notas de enfermería se determinó que el 57% contiene siempre la firma del personal de enfermería; y un 30% siempre contiene la fecha y hora; en tanto que un 40% contiene estos datos la mayoría de las veces. Se observó que solo un 7% de las notas siempre cuentan con encabezado y un 26% la mayoría de las veces; el mayor porcentaje que se detectó es que algunas veces llevan encabezado con un 62%.
- 8.5. En cuanto a la legibilidad de las notas de enfermería y uso de tinta en cada turno, se estableció que solo un 4% del total de las notas se encuentran en el rango de “siempre”; un 24% la mayoría de las veces; no obstante, un alto porcentaje del 67% está en el rango de “algunas veces”, al igual que el uso de tinta en los diferentes turnos.
- 8.6. Al analizar la eficacia de la nota de enfermería en los expedientes clínicos de pacientes egresados de la cirugía de hombres del Hospital de Retalhuleu, se estableció que el 100% de las notas que formaron parte del estudio no son eficaces, toda vez que no cumplieron satisfactoriamente los 19 ítems contenidos en la boleta de recolección de información.

IX. RECOMENDACIONES

- 9.1. Se recomienda que el personal de enfermería retome las buenas prácticas en relación con aplicar cada una de las características que integran la nota de enfermería, en base a una adecuada metodología. Para que la nota de enfermería sea precisa y basada en evidencia, el personal de enfermería debe basar sus notas en información verídica siempre, pues solo de esa forma se podrán garantizar cuidados de calidad al paciente.
- 9.2. Se recomienda al personal de enfermería que, al momento de redactar la nota de enfermería, se percate de escribir de manera clara, sin abreviaturas, tachones ni borrones, a manera de que el resto del personal médico pueda comprender el estado de salud del paciente.
- 9.3. El personal de enfermería debe tener presente que para que una nota de enfermería tenga valor legal, ésta debe contar siempre con un encabezado y estar firmada al final de su elaboración, asimismo, debe contener fecha y hora, ya que son requisitos indispensables para su validez legal.
- 9.4. Es importante que cada nota de enfermería se redacte con total legibilidad y que el personal de enfermería se asegure de utilizar el color de tinta que le corresponde al turno, y que ésta sea indeleble y de alta calidad.
- 9.5. Las jefas de servicio junto con investigadoras, comité de capacitación y comité de enfermería deben socializar los resultados obtenidos de esta investigación al personal de enfermería, ya que solo de esa manera se podrá mejorar la calidad y eficacia de las notas de enfermería en los expedientes clínicos de pacientes egresados de la cirugía de hombres del Hospital de Retalhuleu.

X. BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarez Girón, W. J. (2016). *Conocimientos y aplicación de los requisitos indispensables y características en la elaboración de la nota de enfermería por el personal auxiliar de enfermería del servicio de intensivo e intermedios de adultos del Hospital General de enfermedades*. Universidad de San Carlos de Guatemala.
2. Caja Costarricense del Seguro Social. (2014). *Manual de procedimientos de enfermería*.
3. Castillo, R., Villa, C., Costales, B., Moreta, J., & Quinga, G. (2021). *Calidad de las notas de enfermería en el Hospital Vicente Corral Moscoso*. Universidad Técnica de Ambato, Ecuador.
4. Chávez Escobal, E. (2013). *Características de las notas de enfermería de los Hospitales del Distrito de Bagua*. Univerdad Nacional de Perú.
5. Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala. (2022).
6. Congreso de la República de Guatemala. (2007). *Ley de regulación del ejercicio de enfermería*. Congreso de la República de Guatemala.
7. Congreso de la República. (1973). *Código Penal*. Congreso de la República.
8. Consejo Departamental de Desarrollo de Retalhuleu. (2023). *Plan de Desarrollo Departamental PDD-2021-2032 Departamento de Retalhuleu*. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN).
9. Díaz Toledo, M., Hernández, M., & Polcanco Amaya, N. (2018). *Conocimientos de los registros del cuidado de enfermería relacionado con su aplicación por el personal de enfermería que labora en los servicios de puerperio, infectología, cirugía, obstétrica y perinatología, del Hospital Nacional de la Mujer Dra. María*. Universidad de El Salvador.
10. Díaz, M. T., & Peluso, M. C. (2013). *Calidad de Registros de Enfermería*. Universidad Nacional de Cuyo.
11. Fernández Aragón, S., & Ruydiaz Gómez, K. (2016). *Notas de enfermería: una mirada a su calidad*. Universidad del Norte Colombia.

12. Girón Palles, J. G. (2008). *Teoría del delito*. Instituto de la defensa pública penal.
13. Hospital Nacional de Retalhuleu. (2013). *Plan estratégico 2013-2017*. Hospital Nacional de Retalhuleu.
14. Hospital San José del Guaviare. (2019). *Manual manejo historia clínica*. Hospital San José del Guaviare, Colombia.
15. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. (1989). *Manual de normas y procedimientos para el manejo de archivo del expediente médico en unidades de consulta externa y hospitalaria*. Guatemala: Acuerdo 17-89. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
16. Jiménez de Gómez, &. (2022). *Manual de distribución de personal de la subdirección de enfermería*. Hospital Nacional de Retalhuleu.
17. López Quiñónez, S. L. (2005). *Elaboración de nota de enfermería en el servicio de medicina de adultos del Hospital Nacional de San Benito Petén*. Universidad de San Carlos de Guatemala.
18. Mateo Mateo, E. (2012). *Factores que influyen para que el personal de enfermería de los servicios del Departamento de Medicina del Hospital Roosevelt aplique o no los requisitos indispensables en la elaboración de las notas de enfermería*. . Universidad de San Carlos de Guatemala.
19. Mateo Socop, A. (2015). *Evaluación de la nota de enfermería en los registros clínicos del servicio de cirugía de mujeres, hospital nacional de Mazatenango, Suchitepéquez, Guatemala, agosto a octubre 2014*. Universidad Rafael Landívar.
20. Ministerio de Desarrollo Social. (2019). *Manual Interno. Clínica Médica*. Gobierno de Guatemala.
21. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2019). *Normativa para el personal de enfermería de la red hospitalaria del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social*.
22. Núñez Zarazú, L., León Huerta, B. M., Salazar Caceres, R. R., Liñán Santoyo, H. E., Nivín Aguedo, F. J., Regalado Olivares, N. R., & Bravo Peña, M. B.

- (2021). *Sistema Automatizado del Registro de Enfermería SIARE*. Centro de Investigación y Desarrollo Ecuador.
23. Pinargóte Chancay, R. d., Villegas Chiriboga, M. E., Castillo Merino, Y. A., Merino Conforme, M. C., Alonso Muñiz, G. R., Jaimer Hernández, N. K., Rifrio Pinargote, C. A., Quijije Segovia, S. K., Alcazar Pichucho, T. M., & Pincay Pin, V. E. (2018). *Fundamentos teóricos y prácticos de enfermería*. MAWIL.
24. Poóu Valdizón, C. G. (2017). *Calidad de las notas de enfermería en sala de partos*. Universidad Rafael Landívar.
25. Ruíz Gómez, E., Domínguez Orozco, V., Pérez Castro, J. A., & Acevedo Peña, M. (2017). *La eficacia de la nota de Enfermería en el expediente clínico*.
26. Torres Santiago, M., Zárate Grajales, R., & Matus Miranda, R. (2011). *Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación*. Universidad Nacional Autónoma de México.
27. Turley, M., & Smith, M. (s.f.). *Características de la nota de enfermería*.

XI. ANEXOS

A. Boleta de recolección de datos



INSTITUTO DE ENFERMERÍA Y
CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD
UNIVERSIDAD DA VINCI
DE GUATEMALA

UNIVERSIDAD DA VINCI DE GUATEMALA FACULTAD DE ENFERMERIA Y CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD

Instrumento de verificación de características y eficiencia de la Nota de Enfermería de los expedientes clínicos de los pacientes egresados del servicio de la Cirugía de Hombres

Iniciales de nombre y apellido del paciente _____ Servicio _____
No. De Expediente Clínico _____ fecha de egreso del paciente _____

Instrucciones: marcar con una X la opción que sea la correcta basado en la evaluación de la Nota de Enfermería.

Características de la Nota de Enfermería
A. COMPLETA
1. describe el estado físico del paciente (estable, grave) siempre _____ mayoría de veces _____ algunas veces _____ Nunca _____
2. Estado mental siempre _____ mayoría de veces _____ algunas veces _____ Nunca _____
3. Signos Vitales siempre _____ mayoría de veces _____ algunas veces _____ Nunca _____
4. Descripción del cuidado al paciente y dieta siempre _____ mayoría de veces _____ algunas veces _____ Nunca _____
5. Descripción de medicamentos administrados al paciente siempre _____ mayoría de veces _____ algunas veces _____ Nunca _____

<p>6. Descripción de otros tratamientos realizados</p> <p>siempre _____ mayoría de veces _____ algunas veces____Nunca ____</p>
<p>7. descripción de educación brindada al paciente</p> <p>siempre _____ mayoría de veces _____ algunas veces____Nunca ____</p>
<p>8. Descripción de mejoras o deterioros del estado del paciente</p> <p>siempre _____ mayoría de veces _____ algunas veces____Nunca ____</p>
<p>B. PRECISA Y BASADA EN VIDENCIA</p> <p>9. La nota de enfermería se describe basadas en observación y evaluación del personal de Enfermería</p> <p>siempre _____ mayoría de veces _____ algunas veces____Nunca ____</p>
<p>10. Verificar si la información es verídica</p> <p>siempre _____ mayoría de veces _____ algunas veces____Nunca ____</p>
<p>C. OBJETIVA Y COMUNICABLE</p> <p>11. Descripción clara y concisa</p> <p>siempre _____ mayoría de veces _____ algunas veces____Nunca ____</p>
<p>12. Términos técnicos, abreviaturas y siglas que otros miembros del equipo de atención médica no puedan entender</p> <p>siempre _____ mayoría de veces _____ algunas veces____Nunca ____</p>
<p>13. Opiniones o juicios personales</p> <p>siempre _____ mayoría de veces _____ algunas veces____Nunca ____</p>

D. ACTUALIZADA

14. Nota de enfermería que refleje el estado actual del paciente

siempre _____ mayoría de veces _____ algunas veces _____ Nunca _____

15. Nota de enfermería que refleje cualquier cambio del estado e intervenciones de enfermería del paciente

siempre _____ mayoría de veces _____ algunas veces _____ Nunca _____

E. LEGAL

16. Verificar si la nota cuenta con firma

siempre _____ mayoría de veces _____ algunas veces _____ Nunca _____

17. Verificar si la nota cuenta con fecha y hora

siempre _____ mayoría de veces _____ algunas veces _____ Nunca _____

F. ORGANIZADA

18. La nota debe contar con encabezado (nombre completo, sexo, edad, servicio y número de expediente clínico)

siempre _____ mayoría de veces _____ algunas veces _____ Nunca _____

G. LEGIBLE

19. Letra legible, clara, fácil de comprender y con el color de tinta que corresponda según horario

siempre _____ mayoría de veces _____ algunas veces _____ Nunca _____

EFICACIA DE LA NOTA DE ENFERMERIA

20. Verificar si nota de enfermería cuenta con 19 ítems (100%)

Si _____ No _____

Retalhuleu, 08 de Agosto de 2024.

Dr. Oscar Rolando García Soto
Director del Hospital de Retalhuleu

Muy atentamente me dirijo a usted con el mejor de los deseos, como también solicitando su apoyo para las estudiantes de la Carrera Licenciatura en Enfermería del PROA

SILVIA ELIZABETH MARTÍNEZ BARRIOS CARNET NO. 202307659

LINDA YADIRA TANAHUVIA MALDONADO CARNET NO. 202307609

Para que puedan realizar su estudio de campo de la investigación **"EFICACIA DE LA NOTA DE ENFERMERÍA EN PACIENTES EGRESADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DE HOMBRES DEL HOSPITAL DE RETALHULEU"**. El cual solicitamos su autorización para que se realice en la institución que usted dirige, por lo cual adjunto protocolo y solicitud formal a fin de que las estudiantes puedan recolectar datos para su investigación, llevando los principios éticos de privacidad y beneficencia.

Atentamente me suscribo

Licda. Antonia Catalina Girón Conde
Coordinadora de Programas Académicos
Facultad de Enfermería y Ciencias de la Salud
UNIVERSIDAD DA VINCI DE GUATEMALA



FACULTAD DE ENFERMERIA Y
CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD
UNIVERSIDAD DA VINCI
DE GUATEMALA

UNIVERSIDAD DA VINCI DE GUATEMALA FACULTAD DE ENFERMERIA Y CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD

B. Consentimiento informado

p Retalhuleu, 08 de Agosto de 2024.

Dr. Oscar Rolando García Soto
Director del Hospital de Retalhuleu

Cordialmente le saludamos.

Por este medio nosotras Silvia Elizabeth Martínez Barrios con DPI No. 1650 32170 1103 y carnet No. 202307659 Y Linda Yadira Tanahuvia Maldonado con DPI No. 2560 86702 1001 y Carnet No. 202307609 Nos dirigimos a usted para solicitarle su autorización para realizar nuestro trabajo de tesis de la Licenciatura en Enfermería titulado: **EFICACIA DE LA NOTA DE ENFERMERÍA EN PACIENTES EGRESADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DE HOMBRES DEL HOSPITAL DE RETALHULEU.** Comprometiéndonos a dejar copia de la tesis a realizar. Sin otro particular nos suscribimos de usted

Atentamente


Silvia Elizabeth Martínez Barrios


Linda Yadira Tanahuvia Maldonado