

Evaluación de reportes de enfermería de las unidades asistenciales de salud de la red pública de Guayaquil

Evaluation of nursing reports from healthcare units in the public
network of Guayaquil

Kristy Glenda Franco Poveda

kristy.franco@cu.ucsg.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0001-6182-6461>

Universidad Católica de Santiago de
Guayaquil. Universidad de Guayaquil
Guayaquil – Ecuador

Martha Lorena Holguín Jimenez

martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0001-9184-5110>

Universidad Católica de Santiago de
Guayaquil
Guayaquil – Ecuador

Emely Kathryn Comina Guevara

emely.comina@cu.ucsg.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0008-1427-4842>

Universidad Católica de Santiago de
Guayaquil
Guayaquil – Ecuador

Danna Scarlette Merelo Cedeño

danna.merelo@cu.ucsg.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0000-8307-8257>

Universidad Católica de Santiago de
Guayaquil
Guayaquil – Ecuador

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i1.5294>


Redilat
Red de Investigadores
Latinoamericanos


LATAM

Revista Latinoamericana de
Ciencias Sociales y Humanidades

Artículo recibido: 04 de octubre de 2025

Aceptado para publicación: 07 de febrero de 2026.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

VOLUMEN VII

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i1.5294>

Evaluación de reportes de enfermería de las unidades asistenciales de salud de la red pública de Guayaquil

Evaluation of nursing reports from healthcare units in the public network of Guayaquil

Kristy Glenda Franco Poveda

kristy.franco@cu.ucsg.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0001-6182-6461>

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Universidad de Guayaquil

Guayaquil – Ecuador

Martha Lorena Holguín Jimenez

martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0001-9184-5110>

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Guayaquil – Ecuador

Emely Kathryn Comina Guevara

emely.comina@cu.ucsg.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0008-1427-4842>

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Guayaquil – Ecuador

Danna Scarlette Merelo Cedeño

danna.merelo@cu.ucsg.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0000-8307-8257>

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Guayaquil – Ecuador

Artículo recibido: 04 de octubre de 2025. Aceptado para publicación: 07 de febrero de 2026.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

El registro de enfermería es una herramienta fundamental de comunicación entre los profesionales de enfermería y el resto del equipo de salud, ya que permite documentar de forma organizada toda la información relacionada con las intervenciones realizadas al paciente. Objetivo: Evaluar la calidad de los registros de enfermería en las diferentes unidades asistenciales que forman parte de la red pública de salud. Metodología: Estudio descriptivo con enfoque cuantitativo, desarrollado bajo un diseño prospectivo de corte transversal. Población: 594 registros clínicos de los pacientes de las diferentes áreas (ginecobstetricia, pediatría y medicina interna) de los hospitales de la red pública. Conclusiones: En conjunto, se necesitan implementar estrategias que incluyan; capacitación continua de competencias clínicas y documentales; estandarización de instrumentos y prácticas internacionales, diseño de formatos electrónicos que faciliten la trazabilidad y seguridad del paciente; y una cultura organizacional que valore la documentación no como una carga administrativa, sino como un pilar esencial de la calidad, la seguridad y la continuidad del cuidado. Sin una mejora integral en la calidad de los registros, persistirá el riesgo de errores clínicos, rupturas en la comunicación interprofesional y una atención fragmentada que no responde plenamente a los principios del cuidado centrado en la persona.

Palabras clave: gestión de calidad, registros de enfermería, instrumento CARCE

Abstract

Introduction: Nursing records are a fundamental communication tool between nursing professionals and the rest of the healthcare team, as they allow for the organized documentation of all information related to patient interventions. Objective: To evaluate the quality of nursing records in the different healthcare units that comprise the public health network. Methodology: A descriptive study with a quantitative approach, developed using a prospective cross-sectional design. Population: 594 clinical records of patients from different areas (obstetrics and gynecology, pediatrics, and internal medicine) in hospitals within the public network. Conclusions: Overall, the findings underscore the need to implement multifaceted strategies that include: continuous training in clinical and documentation skills; standardization of instruments based on the CARCE instrument and international best practices; and the design of structured electronic formats that facilitate traceability and patient safety. and an organizational culture that values documentation not as an administrative burden, but as an essential pillar of quality, safety, and continuity of care. Without a comprehensive improvement in the quality of records, the risk of clinical errors, breakdowns in interprofessional communication, and fragmented care that does not fully respond to the principles of person-centered care will persist.

Keywords: quality management; nursing records; CARCE instrument.

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons.



Cómo citar: Franco Poveda, K. G., Holguín Jimenez, M. L., Comina Guevara, E. K., & Merelo Cedeño, D. S. (2026). Evaluación de reportes de enfermería de las unidades asistenciales de salud de la red pública de Guayaquil. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 7 (1), 765 – 782. <https://doi.org/10.56712/latam.v7i1.5294>

INTRODUCCIÓN

En la labor de enfermería, el registro de la información del paciente forma parte esencial del cuidado, ya que permite recopilar y ordenar de manera sistemática los datos obtenidos durante la atención. Esta información resulta clave para orientar y mejorar las intervenciones dirigidas al paciente. En este sentido los registros tienen un valor significativo, pues aportan elementos necesarios para tomar decisiones acertadas que favorecen la calidad del cuidado y el bienestar de las personas (Soza Díaz et al., 2020).

Mediante el uso del Proceso de Atención de Enfermería como un lenguaje universal para la descripción y elaboración de los registros clínicos junto con el instrumento CARCE conformado por 35 ítems que representan las funciones independientes, interdependientes y dependientes del profesional de enfermería, se busca fortalecer la calidad y la seguridad en la atención brindada (Torres-Santiago et al., 2011).

En la actualidad, diversos estudios evidencian inconsistencias en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) especialmente relacionadas con el manejo inadecuado de los registros clínicos y las notas de enfermería lo que puede llevar al personal a incurrir en errores que vulneran el marco legal vigente (Ruiz et al., 2024).

Una investigación desarrollada en Veracruz concluyó que la calidad de los registros evaluados fue catalogada como buena; sin embargo, se identificó que el 19,5% de los registros no incluían las intervenciones relacionadas con el manejo del dolor ni las actividades a ejecutar por el personal y que el 26,9% presentaban omisiones en los apartados correspondientes a los problemas independientes (Ovando et al., 2022).

Asimismo, un estudio llevado a cabo en México en la Unidad de Enfermería del Hospital de Alta Especialidad DDR. Gustavo. Roviroso Pérez evidenció mediante la aplicación de un proceso de evaluación de los registros clínicos de enfermería, la presencia de diversas omisiones e inconsistencias que impidieron alcanzar el estándar óptimo de calidad. De los seis indicadores contemplados en el instrumento de evaluación, únicamente el indicador de identificación superó el 95% y fue clasificado como bueno; tres indicadores obtuvieron un nivel regular, con valores entre el 80% y el 88% mientras que dos indicadores presentaron un bajo nivel de cumplimiento con porcentajes del 65% y 77% (Gómez, 2021).

En este contexto, la presente investigación tiene como objetivo analizar la calidad de los registros de enfermería en las unidades asistenciales de salud pertenecientes a la red pública con la finalidad de que estos constituyan documentos relevantes para el desarrollo del cuidado enfermero, favorezcan una mejor organización del trabajo y se consoliden como un medio de comunicación claro y comprensible entre los integrantes del equipo multidisciplinario de salud,

Objetivo general

- Analizar la calidad y cumplimiento de los registros de enfermería en las unidades asistenciales de la red pública de salud, con el fin de proponer estrategias de mejoras basadas en estándares profesionales y normativas vigentes.

Objetivos específicos

- Identificar la organización y formatos de registros de enfermería en las áreas de ginecoobstetricia, pediatría y medicina interna de las unidades asistenciales incluidas en el estudio.

- Representar el grado de continuidad en la prestación del cuidado reflejado en los registros de enfermería de las unidades asistenciales incluidas en el estudio.
- Detallar los aspectos relacionados con la seguridad del paciente que se evidencian en los registros de enfermería de las unidades asistenciales incluidas en el estudio.
- Determinar la estructura de los registros, la continuidad del cuidado y los indicadores de seguridad del paciente de las diferentes áreas de las unidades de la red pública incluidas en el estudio.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de nivel descriptivo, cuantitativo, según el tiempo de tipo retrospectivo de corte transversal ósea en un solo momento. La población estuvo conformada por 594 registros clínicos de los pacientes hospitalizados en el periodo agosto 2022 a septiembre 2023, en las diferentes áreas (ginecobstetricia, pediatría y medicina interna) de los hospitales de la red pública, utilizando la fórmula de cálculo muestral finita se obtuvo como muestra en 203 historias clínicas del área de ginecobstetricia, 200 historias clínicas del área de medicina interna y 191 del área de pediatría.

La recolección de datos se realizó a través de la matriz de observación indirecta se elaborará una hoja de chequeo basada en el instrumento CARCE (Calidad de los Registros Clínicos de Enfermería). Con esta herramienta se recopiló la información necesaria para analizar los registros realizados por los internos y licenciados de enfermería que trabajan en las áreas de Ginecobstetricia, Pediatría y Medicina Interna.

En relación a la problemática expuesta se incluyeron registros clínicos de pacientes de las áreas de ginecobstetricia, pediatría y medicina interna pertenecientes a los hospitales de la red pública; excluyendo los registros clínicos de pacientes de las otras áreas pertenecientes a los hospitales de la red pública.

Una vez obtenido los datos, la información fue procesada en una plantilla de Excel y para realizar los gráficos estadísticos se utilizaron herramientas de software estadístico como SPSS®.

En relación a los aspectos éticos para la realización de este estudio; no fue necesario solicitar consentimiento informado debido que en este trabajo se analizaron registros clínicos de enfermería, en ningún momento de la investigación se exploró con ningún paciente.

RESULTADOS

Tabla 1

Dimensión de estructura entre el hospital 1 y 2

Área de pediatría				
Dimensión Estructura	Indicador	Escala	Hospital 1	Hospital 2
	Registra la hora de ingreso del paciente al servicio.	Presente	0%	84%
		Ausente	100%	16%
	Registra el número progresivo del día estancia hospitalaria.	Presente	3%	70%
		Ausente	97%	30%
	Realiza los registros sin faltas de ortografía.	Presente	100%	56%
		Ausente	0%	44%
	La información se encuentra estructurada de forma coherente, fácil de entender.	Presente	99%	57%
		Ausente	1%	43%
	Realiza los registros con letra legible.	Presente	50%	27%
		Ausente	50%	73%
		Presente	61%	56%

	Los registros se encuentran sin alteraciones (tachaduras, enmendaduras).	Ausente	39%	44%
--	--	---------	-----	-----

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2

Dimensión de continuidad entre el hospital 1 y 2

Área de pediatría				
Dimensión	Indicador	Escala	Hospital 1	Hospital 2
Continuidad Del Cuidado	Registra datos socioculturales del paciente (religión, idioma-dialecto, cultura).	Presente	0%	56%
		Ausente	100%	44%
	Anota los juicios clínicos sobre las respuestas del paciente a los problemas de salud reales.	Presente	1%	84%
		Ausente	99%	16%
	Anota los juicios clínicos sobre las respuestas del paciente a los problemas de salud potenciales.	Presente	4%	84%
		Ausente	96%	16%
	Anota la hora de las intervenciones de enfermería.	Presente	95%	57%
		Ausente	5%	43%
	Documenta el plan de alta domiciliaria.	Presente	2%	84%
		Ausente	98%	16%
	Registra las respuestas del paciente a las intervenciones de enfermería con base en las necesidades detectadas.	Presente	8%	84%
		Ausente	92%	16%

Fuente: elaboración propia.

Tabla 3

Dimensión seguridad del paciente en el hospital 1 y 2

Área de pediatría				
Dimensión	Indicador	Escala	Hospital 1	Hospital 3
Seguridad Del Paciente	Anota las características del sitio de inserción de medios invasivos para reducir riesgos de infección.	Presente	100%	82%
		Ausente	0%	18%
	Registra las características específicas de los drenajes.	Presente	100%	81%
		Ausente	0%	19%
	Registra las medidas de seguridad aplicadas en riesgo de caídas del paciente.	Presente	100%	82%
		Ausente	0%	18%
	Anota las medidas de prevención en riesgo de úlceras por presión al paciente.	Presente	100%	82%
		Ausente	0%	18%
	Anota la revaloración del dolor.	Presente	0%	84%
		Ausente	100%	16%

Fuente: elaboración propia.

Tabla 4

Dimensión estructura en el hospital 1 y 3

Área de ginecobstetricia				
Dimensión	Indicador	Escala	Hospital 1	Hospital 3
Estructura	Anota la fecha subsecuente del día de estancia de hospitalización.	Presente	100%	63%
		Ausente	0%	37%
	Registra el número progresivo del día estancia hospitalaria.	Presente	99%	62%
		Ausente	1%	38%
	Anota abreviaturas universales e institucionalmente aceptadas.	Presente	99%	68%
		Ausente	1%	32%
	Realiza los registros sin faltas de ortografía.	Presente	80%	37%
		Ausente	20%	65%
	Registros con lenguaje técnico: uso de terminología científica.	Presente	99%	38%
		Ausente	1%	62%
	La información se encuentra estructurada de forma coherente, fácil de entender.	Presente	98%	37%
		Ausente	2%	63%
	Realiza los registros con letra legible.	Presente	32%	61%
		Ausente	69%	39%
	Los registros se encuentran sin alteraciones (tachaduras, enmendaduras).	Presente	67%	89%
		Ausente	33%	11%

Fuente: elaboración propia.

Tabla 5

Dimensión de continuidad del cuidado entre el hospital 1 y 3

Área de ginecobstetricia				
Dimensión	Indicador	Escala	Hospital 1	Hospital 3
Continuidad Del Cuidado	Registra datos socioculturales del paciente (religión, idioma-dialecto, cultura).	Presente	0%	2%
		Ausente	100%	98%
	Anota los juicios clínicos sobre las respuestas del paciente a los problemas de salud reales.	Presente	1%	81%
		Ausente	99%	19%
	Anota los juicios clínicos sobre las respuestas del paciente a los problemas de salud potenciales.	Presente	1%	81%
		Ausente	99%	19%
	Documenta la comunicación de los problemas de salud reales/potenciales detectados, a otros profesionales de la salud.	Presente	100%	53%
		Ausente	0%	47%
	Documenta el plan de alta domiciliaria.	Presente	97%	26%
		Ausente	3%	74%
	Anota situaciones pendientes al siguiente turno.	Presente	66%	38%
		Ausente	33%	65%

Fuente: elaboración propia.

Tabla 6

Dimensión seguridad del paciente comparando el hospital 1 y 3

Área de ginecobstetricia				
Dimensión	Indicador	Escala	Hospital 1	Hospital 3
Seguridad Del Paciente	Registra las características específicas de los drenajes.	Presente	19%	44%
		Ausente	80%	56%
	Documenta el apoyo educativo proporcionado al paciente y familiar para contribuir a la seguridad del paciente	Presente	99%	56%
		Ausente	1%	44%
	Anota la revaloración del dolor.	Presente	0%	25%
		Ausente	100%	75%

Fuente: elaboración propia.

Tabla 7

Dimensión de estructura comparando el hospital 1 y 3

Área de medicina interna				
Dimensión	Indicador	Escala	Hospital 1	Hospital 3
Estructura	Anota la fecha de ingreso del paciente al servicio	Presente	90%	57%
		Ausente	10%	43%
	Registra la hora de ingreso del paciente al servicio.	Presente	3%	20%
		Ausente	97%	80%
	Anota la fecha subsecuente del día estancia de hospitalización.	Presente	90%	63%
		Ausente	10%	37%
	Registra el numero progresivo del día estancia hospitalaria.	Presente	35%	99%
		Ausente	65%	1%
	Utiliza unidad de medición universal e institucionalmente aceptada.	Presente	99%	50%
		Ausente	1%	50%
	Anota abreviaturas universales e institucionalmente aceptadas.	Presente	81%	50%
		Ausente	19%	50%
	Realiza los registros sin faltas de ortografía.	Presente	71%	53%
		Ausente	29%	47%
	Registros con lenguaje técnico: uso de terminología científica.	Presente	89%	63%
		Ausente	11%	37%
	La información se encuentra estructurada de forma coherente, fácil de entender.	Presente	84%	40%
		Ausente	16%	60%
	Realiza los registros con letra legible.	Presente	35%	51%
		Ausente	65%	49%
	Los registros se encuentran sin alteraciones (tachaduras, enmendaduras).	Presente	42%	13%
		Ausente	58%	87%
	Cuenta con la inicial del nombre, seguido por los apellidos paterno y materno de la enfermera responsable del turno.	Presente	99%	10%
		Ausente	1%	90%

Fuente: elaboración propia.

Tabla 8

Dimensión seguridad del paciente comparando el hospital 1 y 3.

Área de medicina interna				
Dimensión	Indicador	Escala	Hospital 1	Hospital 3
Seguridad Del Paciente	Valoración del dolor (frecuencia, ubicación, duración e intensidad).	Presente	90%	40%
		Ausente	10%	60%
	Valoración de alergias.	Presente	99%	50%
		Ausente	1%	50%
	Anota las características del sitio de inserción de medios invasivos para reducir riesgos de infección.	Presente	88%	49%
		Ausente	12%	51%
	Anota las características específicas de la herida quirúrgica en caso de necesidad	Presente	85%	32%
		Ausente	15%	68%
	Registra las características específicas de los drenajes	Presente	5%	20%
		Ausente	95%	80%
	Registra los medicamentos administrados especificando nombre, genérico, hora, dosis y vía.	Presente	100%	59%
		Ausente	0%	41%
	Documenta el apoyo educativo proporcionado al paciente y familiar para contribuir a la seguridad del paciente	Presente	45%	38%
		Ausente	55%	62%
	Anota la revaloración del dolor.	Presente	0%	50%
		Ausente	100%	50%

Fuente: elaboración propia.

Tabla 9

Dimensión de la continuidad del cuidado comparando el hospital 1 y 3.

Área de medicina interna				
Dimensión	Indicador	Escala	Hospital 1	Hospital 3
Continuidad del cuidado	Anota los datos de la valoración focalizada y generalizada.	Presente	100%	13%
		Ausente	0%	87%
	Registra datos socio culturales del paciente (religión, idioma-dialecto, cultura).	Presente	1%	21%
		Ausente	99%	79%
	Anota los juicios clínicos sobre las respuestas del paciente a los problemas de salud reales.	Presente	31%	33%
		Ausente	69%	67%
	Anota los juicios clínicos sobre las respuestas del paciente a los problemas de salud potenciales.	Presente	7%	31%
		Ausente	93%	69%
	Documenta la comunicación de los problemas de salud reales/potenciales detectados, a otros profesionales de la salud.	Presente	96%	37%
		Ausente	4%	63%
	Registra las intervenciones de enfermería realizadas para dar solución a las necesidades del paciente.	Presente	90%	35%
		Ausente	10%	65%
	Anota la hora de las intervenciones de enfermería.	Presente	78%	3%
		Ausente	22%	97%

	Documenta el plan de alta domiciliaria.	Presente	6%	5%
		Ausente	94%	95%
	Registra las respuestas del paciente a las intervenciones de enfermería con base en las necesidades detectadas.	Presente	50%	25%
		Ausente	50%	75%
	Anota situaciones pendientes al siguiente turno.	Presente	20%	98%
		Ausente	80%	2%

Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

Los hallazgos demuestran diferencias considerables entre el servicio de pediatría del hospital 1 y hospital 2 en los ítems componentes básicos del registro, con mayor impacto en los ítems de temporización y seguimiento: en el hospital General Iles Ceibos (HGIC), la hora de ingreso no se registra prácticamente (0%) mientras que en el hospital Abel Gilbert Pontón (HAGP) tiene un registro del 84%; en el ítem fecha de estancia, la diferencia es desmedida, con un 3% en HGC y un 70% en HAGP. Este comportamiento se ajusta a las descripciones realizadas para contextos donde el registro es realizado en notas no estructuradas, donde la adherencia a formatos preestablecidos sólo en entrenamiento se mantiene bajo; ejemplo claro es el trabajo de mejora realizado en el servicio de pediatría, donde la adherencia al formato SOAP fue del 13% y el sostén de la intervención solicitó más que capacitación puntual (Joshi et al., 2022). En esa línea, las diferencias encontradas sugieren distintas culturas de registro, presiones asistenciales y uso real de campos obligatorios que afectan el registro oportuno de la hora/seguimiento. Sin embargo, existe evidencia contraria en varios estudios cuando se incorpora estandarización y digitalización. En pediatría, la incorporación de proformas electrónicas para el registro de admisión y notas de sala logró alcanzar un cumplimiento del 100% de estándares requeridos por una herramienta de auditoría de registros multidisciplinarios, evidenciando una mejora en el intercambio de información y utilidad percibida por el equipo (Koh & Ahmed, 2021). En general, la estandarización y estructuración de la documentación dentro del EHR mejoró la calidad de las notas (Qnote) de 64,35 a 77,2, con una diferencia de 12,8 puntos ($p < 0,001$), conservando más claridad y concisión.

De manera consistente, al comparar notas de procedimientos escritos a mano con notas electrónicas, la ilegibilidad fue presentada en 8,3% de las notas escritas a mano y en 0% de las notas electrónicas. Las notas electrónicas tuvieron mejor completitud en 17 de 18 criterio (Ekowo et al., 2023). Los resultados son contradictorios a los porcentajes actuales que serían bajos en legibilidad y tiempo y sugieren que la brecha observada es más atribuible al diseño de los sistemas de registros que al personal (Abo et al., 2023). Las puntuaciones de ortografía, coherencia y alteraciones técnicas de los sistemas de HGC son del 100% "sin faltas" en ortografía y un 99% en coherencia, mientras que el sistema de HAGP tiene puntuaciones significativamente más bajas (56% en ortografía y 57% en coherencia). Sin embargo, ambos sistemas presentan una puntuación baja en legibilidad (50% y 27%) y con un porcentaje alto de tachaduras/enmendaduras. La literatura estudiada con diversos métodos muestra que se debe tener cuidado con la interpretación del resultado "cero errores": en un estudio realizado con notas de enfermería, los métodos informáticos de reconocimiento de voz presentaron un mayor número medio de errores por reporte (6,76 errores online; 4,56 offline) que el método en papel aún presentando una alta precisión global (90%). Esto muestra que el error puede permanecer según el método utilizado y el criterio del evaluador (Peivandi et al., 2022). Al mismo tiempo, la evidencia apoya que las plantillas y la estructura aportan una mejor evaluación global de la nota (Zahid et al., 2023), por lo que la "ventaja" en coherencia/ortografía podría corresponder a textos más cortos, utilización de siglas/plantillas institucionales o a un menor nivel de exigencia del criterio, mientras que

las alteraciones y baja legibilidad sugieren condiciones típicas de la escritura manual y falta de control de calidad continuado.

En cuanto a la ortografía, coherencia y alteraciones técnicas de los sistemas de HGIC son del 100% "sin faltas" en ortografía y con el 99% de coherencia, mientras que en HAGP son de 56% y 57%, respectivamente; sin embargo, la puntuación de legibilidad es escasa en ambos sistemas (50% y 27%, respectivamente) y las tachaduras/enmendaduras resultan muy frecuentes. Se sugiere extremar las precauciones con la interpretación del "cero errores": en un trabajo realizado con notas de enfermería, los dos sistemas de reconocimiento de voz (online y offline) tuvieron una media de errores por informe superior al sistema tradicional en papel (6,76 online; 4,56 offline), en un contexto donde la exactitud global del sistema era alta, lo que indicaría la persistencia del error dependiendo del sistema y del criterio de evaluación (Ebbers et al., 2022). A su vez, la evidencia indica que las plantillas y estructura favorecen la calidad global de la nota (Gkiala, 2022), por lo que su "ventaja" en coherencia/ortografía podría subyacer en textos más breves, uso de abreviaturas/plantillas institucionales o menor rigor del criterio, mientras que las tachaduras y baja legibilidad apuntan a condiciones típicas de registro manual y falta de control de calidad continuado (Zuberi et al., 2024).

En la Dimensión Seguridad del Paciente, Pediatría-hospital 1 cumple muy bien en: registro de sitio de inserción de medios invasivos (100%), características de drenajes (100%), medidas frente al riesgo de caídas (100%), prevención de UPP (100%); Pediatría-hospital 2 con cifras menores. Contrasta este comportamiento con lo evidenciado en reciente revisión institucional donde se describen brechas habituales de documentación en prácticas de seguridad: durante mejora sobre documentación de cánulas IV periféricas, línea base fue deficiente y se requirió estandarización para que registro de variables críticas (e.g., sitio/fecha-hora y variables del dispositivo) se elevara (Aboagla et al., 2025). De forma semejante, estudios sobre gestión del riesgo de caídas reportan que la documentación del proceso de enfermería no se realiza de manera homogénea (incluida la etapa de evaluación), lo que se contradice con un 100% sostenido como el observado en HGIC (Sugianto et al., 2022). En los casos de úlceras por presión, la revisión de historias clínicas pone de manifiesto gran variabilidad y subregistro en la documentación, lo que indica que la completitud suele estar relacionada con auditoría, cultura de seguridad y herramientas de registro (Andersson et al., 20022).

El indicador con mayor dispersión es "revaloración del dolor", en donde HGC presenta 0% y HAGP, 84%. Esta diferencia resulta acorde a la literatura que resalta la revaloración/documentación del dolor como un punto crítico, ya que en un programa de mejora de calidad en UCI neonatal, la revaloración se destaca como una variable subestimada y el objetivo fue aumentar el registro oportuno (por ejemplo, a los 60 minutos) mediante rediseño de sistemas y recordatorios (Ferreira et al., 2025). En conclusión, existen fortalezas para los registros preventivos en HGIC, sin embargo, el 0% de revaloración del dolor representa una evidente brecha de continuidad del cuidado; HAGP muestra mejor desempeño en revaloración de dolor con oportunidades para reforzar registros preventivos.

En la dimensión Estructura, Ginecobstetricia-Hospital 1 mostró registros de seguimiento temporal casi completos (fecha subsecuente de estancia: 100%; número progresivo: 99%); el HTMC, presentó campos moderados para estos mismos registros (63% y 62%, respectivamente). Este comportamiento contraste con estudios realizados en unidades maternas de hospitales generales donde la documentación que acompaña la atención obstétrica suele ser incompleta en ítems críticos y relevantes como los relativos al proceso de referencia y contra-referencia, lo que limita la trazabilidad clínica. (Ameyaw et al., 2022). En relación a la adhesión a abreviaturas específicas, las HC en el hospital 1 mostraron alta adhesión a las abreviaturas "universales o institucionales" (99%) en comparación con HTMC (68%). Sin embargo, en una revisión se encontró que la mayoría de las abreviaturas utilizadas son no estandarizadas, generando ambigüedad entre profesionales de la salud con múltiples significados, por lo que se recomienda su uso restringido a listas aprobadas o evitar el uso de

abreviaturas no estandarizadas (Jayatilake & Oyibo, 2025). Para la calidad del lenguaje (ortografía, terminología científica y coherencia), HGC tenía un rendimiento superior a HTMC (ej: ortografía sin faltas: 80% vs 37%; coherencia: 98% vs 37%; terminología científica: 99% vs 38%). Sin embargo, en proyectos de mejora de la documentación clínica se ha evidenciado que incluso con entrenamientos periódicos, la organización y completitud de las notas no se sostienen en el tiempo sin la implementación de formatos estandarizados (ej: proformas/plantillas tipo SOAP) y auditoría continuada, debido a la presencia de omisiones y variabilidad del registro (Awad et al., 2024).

La legibilidad fue menor en HGIC (32%) que en HTMC (61%), en concordancia con lo descrito en la literatura: los documentos en papel presentan de por sí ilegibilidad e incompletitud y la migración a registros electrónicos busca disminuirlos (aunque puede introducir otros tipos de errores si no se realizan revisiones) (Forsner et al., 2021). Por último, en los ítems "alteraciones (tachaduras/enmendaduras)", HTMC demostró una mejor evaluación (89% sin alteraciones) en comparación con HGC (67%). Esto podría explicarse por mejores prácticas de registro o el uso de sistemas que generan una disminución de las correcciones manuales; en auditorías clínicas se hace referencia que la estandarización y mejora de procesos buscan cerrar estas brechas en la calidad documental (Zavala et al., 2025).

Las principales debilidades encontradas en la dimensión de seguridad del paciente fueron la revaloración del dolor (0% en HGIC y 25% en HAGP) y el registro de las características de los drenajes (19% en HGC y 44% en HAGP). En comparación, en los servicios obstétricos y ginecológicos, donde el dolor es un indicador de cumplimiento evaluado, Holt et al. mostraron que, tras analizar 76,984 eventos de revaloraciones, con un incumplimiento cercano al 8% (92% de cumplimiento global), lo que sugiere que cuando el indicador se presenta como un KPI, la reevaluación tiende a estar a los altos niveles (Holt et al., 2023). En cuanto a drenajes, la brecha observada podría explicarse por ausencia de instrumentos estandarizados para registrar variables críticas. (Ahmed et al., 2023) mostraron que la incorporación de un pro forma/checklist mejora significativamente la calidad del registro de procedimientos invasivos (ej: documentación de chequeos de seguridad preprocedimiento e indicadores de tendencia de mejora en otros aspectos). Adicionalmente, el estudio mencionado en la auditoría mostró que tras la implementación de un pro forma, el 66% de procedimientos evidenció registro completo, patrón opuesto a porcentajes bajos como los vistos en HGC/HAGP para drenajes.

En relación a la documentación de consejería/counseling al paciente y familia, HGIC presenta un alto cumplimiento (99%) y la institución 2 un bajo cumplimiento (56%), lo que muestra variabilidad entre servicios/entornos. Esta heterogeneidad también se observa en la literatura: en un proyecto de mejora de la documentación de egreso (Muhammed et al., 2025), evidenciaron que la estandarización aumentó el cumplimiento del formato desde el 66% al 92% y en la discusión mencionan que en auditorías previas los resúmenes de alta presentaban frecuentemente falta de información esencial, incluyendo consejería/counseling al paciente, contrariamente a los casos con documentación muy alta como HGIC. Estudios realizados por los servicios evaluados mostraron brechas importantes en cuanto a continuidad de la atención entre ambos servicios. En datos sociodemográficos (religión/idioma-dialecto/cultura) se evidenció casi nula recolección: hospital 1 0% y hospital 3 2%. En disponibilidad/calidad de datos sobre diversidad en registros poblacionales se menciona que cultura, lengua y religión no aparecen en los registros EHR de salud y cuando aparecen presentan problemas de calidad (Pineda et al., 2024). Aquello contrasta con las referencias marcadas que abogan por una estandarización y recopilación más sistematizada de los determinantes sociales y preferencias lingüísticas en los documentos clínicos electrónicos con el objetivo de observar una mejoría en la calidad y equidad (Chen et al., 2020).

En juicios clínicos reales y simulados en la Institución 1 reportó 1% y Teodoro 81%, lo que evidencia diferencia en la implementación del proceso enfermero y el registro del razonamiento clínico.

Igualmente, en su revisión acerca del proceso enfermero en el entorno digital reportan que el bajo uso del registro electrónico está asociado con la falta de documentación de las valoraciones (assessment) y, por ende, con el déficit en la documentación del proceso clínico de enfermería (razonamiento y toma de decisiones) (Hants et al., 2023). Por otra parte, la literatura señala que los sistemas de soporte a la decisión y las herramientas estructuradas mejoran la calidad de los documentos del proceso de enfermería (diagnósticos, intervenciones y resultados) en contraposición a mínimos porcentuales como ceibos (Oliveira & Peres, 2023).

En lo que respecta a la comunicación interprofesional sobre problemas detectados: Ceibos mostró un cumplimiento del 100% y Teodoro un 53%. Recientes trabajos en el ámbito académico abordan la problemática de discordancia en los trasposos clínicos y el impacto positivo que se obtiene al aplicar protocolos estructurados como SBAR y sus derivados, mejorando la calidad del handoff y la seguridad del paciente (McCarthy et al., 2025); por lo cual el porcentaje del 53% de Teodoro se encuentra bajo lo esperado ante la estandarización de la herramienta, mientras que el 100% de Ceibos lo hace sobre lo que se espera generalmente cuando no se utilizan herramientas formales (Tůmová & Bártlová, 2023). En la alta domiciliaria el cumplimiento fue alto en Ceibos (97%) y bajo en Teodoro (26%). Surgen diferencias con recomendaciones y propuestas de seguridad: el alta posparto es identificado como un evento de transición importante y se proponen intervenciones y herramientas para garantizar educación al paciente, seguimiento y documentación de continuidad (Kae, 2025). Las situaciones pendientes a realizar al siguiente turno tienen proporciones diferentes (Ceibos 66% vs Teodoro 38%) posiblemente por la robustez del handoff: en presencia de protocolos estructurados, la transferencia de situaciones pendientes tiende a mejorar (Heaney et al., 2025).

La información y la interpretación de la institución 1 con la número 3, indican una existencia muy diferente del cumplimiento en los criterios evaluatorios del indicador “estructura de los registros”, debido a que Ceibos tuvo mejor cumplimiento al registrar fechas de ingreso y tiempo de estancia (90%), unidades usadas (99%), abreviaturas habilitadas (81%), firmas e identificaciones. Mientras que, en la otra institución, hubo un cumplimiento en la cantidad de días que pasaba hospitalizado en paciente (99%) y ligera ventaja en legibilidad 51% vs 35%. Existe un hallazgo crítico en ambos sitios con el registro de hora de ingreso (3% y 20%, respectivamente) y ausencias importantes con respecto a alteraciones (tachaduras/correcciones), siendo además los asilados 87%, sin alteraciones” en lees Teodoro (Gefen et al., 2022). Adicionalmente, otros estudios recientes muestran que la implementación de intervenciones basadas en los elementos estructurales básicos (entrenamiento, supervisión, auditoría y retroalimentación, provisión de formatos y protocolos) se asocia con incrementos significativos en los niveles de cumplimiento. En un trabajo sobre la mejora continua, la aplicación del proceso enfermero tuvo cumplimiento general del 87.5%, en comparación con una línea de base inferior, donde la documentación de valoración estuvo en 93% y las mejoras al servicio llegó a 96% (Tolera et al., 2025). Esta información opuesta indica que las diferentes actividades de registro, como la hora de ingreso, legibilidad y ausencia de alteraciones no son apartados del sistema, sino algo susceptible a la medida de estandarización y a un período continuo de auditorías, retroalimentaciones orientadas en la calidad y seguridad del paciente (López et al., 2022).

En la dimensión “seguridad del paciente”, los indicadores estudiados permitieron verificar información diferencial, porque el hospital 1 reportó mayor cumplimiento al registrar el dolor, alergias, características de las heridas quirúrgicas, vigilancia continuo al sitio de inserción cuando existen medios invasivos y los medicamentos administrados con datos completos que estuvo entre el 85% al 99% de su cumplimiento, mientras que el tercer hospital, en estos indicadores, se encontraron entre el 32 al 59%. Al mismo tiempo, ambos IEES presentan brechas importantes en el registro de drenajes (5% y 20%) o bajo cumplimiento en la educación al paciente/familia (45% y 38%); la revaloración del dolor tiene un comportamiento opuesto (0% en Ceibos y 50% en Teodoro). Resultados que son congruentes con evidencia que indica que la documentación contenida en las historias clínicas respecto al dolor y

los principales parámetros que la definen presentan subregistro, por ejemplo, en una revisión realizada a 365 historias clínicas postquirúrgicas, se obtuvo un porcentaje de documentación para valoración del dolor a las 48 horas postquirúrgicas igual a 51,8%, mientras que para localización, cualidad e instrumentos de intensidad se encontró subregistros; el estudio señala como una posible causa parte del problema a la falta de auditoría/retroalimentación y actualización técnica (Temesgen et al., 2022).

En contraposición, existen experiencias recientes que evidencian mejoras muy importantes cuando se implementa visibilidad estandarizada y reforzamiento breve al recurso humano. En una intervención de mejora en un hospital docente con hoja de papel, se evidenció bajo cumplimiento basal en la documentación de "Any Known Allergy" (50% y 0% en campos críticos como alérgico, tipo de reacción and severity); posterior a la implementación de stickers estandarizados y breves sesiones educativas, la documentación pasó a ser del 100% para esos ítems con diferencias estadísticamente significativas (Luna et al., 2024). En el otro sentido mostró diferencias relevantes Teodoro en dolor, alergias, herida y medicación, y en ambas sedes en drenajes y educación. Para estos parámetros podrían ser útiles plantillas con ítems obligatorios (dolor: frecuencia-ubicación-duración-intensidad y revaloración; invasivos/herida/drenajes: características específicas) más ciclos de auditoría y feedback orientados a seguridad clínica (Curley et al., 2024).

Los resultados en la continuidad del cuidado, estuvo fragmentada en el hospital 1 y el 3, porque el leas Ceibos destacó por tener registros altos de valoración focalizada/general (100%), comunicación interprofesional (96%) e intervenciones (90%), pero se evidenciaron partes críticas en sus registros, como datos sociodemográficos (1%), juicios clínicos (reales 31%; potenciales 7%), plan de alta domiciliaria (6%) y situaciones pendientes al siguiente turno (20%). En el hospital 3, el comportamiento observado es inverso: situación pendiente al siguiente turno muy alta (98%) pero valoración integral (13%), comunicación de problemas (37%), registro de intervenciones (35%) y muy bajo, y con carácter particularmente sensible, el ítem hora de las intervenciones (3%). Este perfil va de acuerdo a estudios previos que señalan la existencia de brechas en la documentación del proceso de enfermería, donde se encuentra mayor registro en la valoración e intervenciones que en la planificación y evaluación; lo que repercute en la continuidad del cuidado, trazabilidad del razonamiento clínico y resultados (respuesta del paciente y seguimiento de resultados y planes) (Bail et al., 2021). En contraste, estudios recientes indican que las herramientas estructuradas favorecen la continuidad al estandarizar el traspaso de información y visualizar tareas pendientes. En un piloto abierto en unidades neonatales de Kenia, la implementación del instrumento estandarizado de pase de guardia (ESBAR) se asoció cualitativamente con mayor completitud de la información y mejoras del proceso de handover, y de manera directa con una mejor capacidad del equipo para realizar un seguimiento de las tareas pendientes del siguiente turno (Kawai, 2021), aunque no existieron evidencias cuantitativas al respecto (Jepkosgei et al., 2025). Complementariamente, un análisis retrospectivo sobre la optimización de un Reporte de Continuidad del Cuidado señala que si bien la optimización no aumentó el llenado del reporte, sí aumentó significativamente la revisión del mismo (de 4,4% a 30,5%), favoreciendo así la comunicación entre los niveles asistenciales (Luna et al., 2024). Las experiencias referidas evidencian que las diferencias observadas (tiempo en intervenciones, alta domiciliaria, juicios clínicos y respuestas del paciente) podrían disminuir utilizando registro sustentado en guías, campos obligatorios y pases estandarizados a pendientes, continuidad y transición segura (Nool et al., 2023).

CONCLUSIÓN

La calidad de los registros de enfermería en las unidades asistenciales de la red pública evidencia un desempeño heterogéneo y fragmentado, altamente dependiente del contexto institucional y del área clínica evaluada. Los resultados del análisis comparativo de los registros de enfermería en las áreas de pediatría, ginecoobstetricia y medicina interna revelan un desempeño heterogéneo entre los

hospitales evaluados, con patrones contrastantes en las dimensiones de estructura, continuidad del cuidado y seguridad del paciente.

En el Hospital 1, se identificó un desempeño sólido en componentes técnicos y relacionados con la seguridad del paciente, particularmente en el registro detallado de procedimientos invasivos, la valoración inicial del dolor, la utilización de terminología científica y la documentación de las intervenciones realizadas. No obstante, este centro hospitalario presentó deficiencias significativas en la dimensión de continuidad del cuidado, descritas por la ausencia total de información sociocultural del paciente, la falta de juicios clínicos, problemas de salud reales y potenciales, revaloración del dolor. Estas limitaciones obstaculizan la especificación del plan de cuidado y dificultan el seguimiento clínico integral y coherente.

Por consiguiente, en el Hospital 2, la investigación se realizó en el área de pediatría, dando como resultado aspectos claves del pensamiento clínico, destacándose la planificación del alta y las respuesta del paciente sobre las acciones de enfermería, lo que refleja una práctica reflexiva del cuidado brindado. También se evidenció falencias en el llenado de los registros de enfermería, tales como la hora de ingreso del paciente y el número de estancias hospitalarias, elementos indispensables para garantizarla trazabilidad y coherencia temporal del cuidado brindado.

Muy diferente, el Hospital 3 mostró un perfil mixto: si bien superó al Hospital 1 en aspectos como la legibilidad de los registros en ginecoobstetricia y la documentación de situaciones pendientes en medicina interna, evidenció debilidades significativas en la seguridad el paciente, especialmente en la descripción de drenajes y heridas quirúrgicas y en la coherencia estructural de los registros en medicina interna, donde menos del 15% de las historias clínicas carecían de alteraciones gráficas. Adicionalmente, la casi total omisión de la identificación completa del personal de enfermería en este Hospital representa un riesgo legal y ético.

En conjunto, los hallazgos sugieren que, aunque existen fortalezas puntuales en la documentación clínica, persisten brechas sistémicas que comprometen la calidad, seguridad y continuidad de la atención. Estos resultados subrayan la necesidad de implementar estrategias institucionales integradas como capacitación continua, auditorías de registros y estandarización de formatos para garantizar que la documentación de enfermería cumpla no solo con requisitos legales, sino también con función esencial como instrumento de comunicación clínica, ayuda del paciente y mejora continua de la calidad asistencial.

REFERENCIAS

- Abo, H., Abo, E., & El Shaer, A. (2023). Nurses' Communication Competence of Handoff and its Relation to Quality of Handoff Reports at Fakous Central Hospital. 10(2), 365-375. <https://doi.org/10.21608/mnj.2023.340517>
- Aboagla, R., Osman, M., Elshafie, S., Ahmed, L., Othman, M., Elbashier, M., Abbas, K., Ali, N., & Abdalla, E. (2025). Improving Documentation of Intravenous Cannulation in a Resource-Limited Teaching Hospital: A Two-Cycle Quality Improvement Audit. Cureus, 17(11), 96. <https://doi.org/10.7759/cureus.96186>
- Ahmed, M., Malik, S., Ng, A., & Tariq, S. (2023). Audit of Documentation of Chest Drain Insertion Procedures Before and After Introduction of a Chest Drain Pro forma. Clinical Audit, 15(2), 1-5. <https://doi.org/10.2147/CA.S398594>
- Ameyaw, E., Amoah, R., Njue, C., Tran, N., & Dawson, A. (2022). Audit of documentation accompanying referred maternity cases to a referral hospital in northern Ghana: A mixed-methods study. 22(1), 347. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07760-6>
- Andersson, J., Imberg, S., & Rosengren, K. (2002). Documentation of pressure ulcers in medical records at an internal medicine ward in university hospital in western Sweden. Nursing Open, 10(3), 1794-1802. <https://doi.org/10.1002/nop2.1439>
- Awad, M., Mohamednour, M., Rafat, F., Altijani, M., Elfatih, A., Alkheder, M., Elhado, M., & Yahya, A. (2024). Documentation of Inpatient Medical Records: A Clinical Audit. Clinical Audit, 16, 9-17. <https://doi.org/10.2147/CA.S451630>
- Bail, K., Merrick, E., Bridge, C., & Redley, B. (2021). Documenting patient risk and nursing interventions: Record audit. 38(1), 36-44. <https://doi.org/10.37464/2020.381.167>
- Chen, M., Tan, Z., & Padman, R. (2020). Social determinants of health in electronic health records and their impact on analysis and risk prediction: A systematic review. Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA, 27(11), 1764-1773. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocaa143>
- Curley, M. A. Q., Zalon, M. L., Seckel, M. A., Alexandrov, A. W., Sorce, L. R., Kalvas, L. B., Hooper, V. D., Balas, M. C., Vollman, K. M., Carr, D. S., Good, V. S., Latham, C. L., Carrington, J. M., Hardin, S. R., & Odom-Forren, J. (2024). Call to action: Blueprint for change in acute and critical care nursing. Nursing Outlook, 72(6), 102271. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2024.102271>
- Ebbers, T., Kool, R., Smeele, L., Dirven, R., Van, G., & Takes, R. (2022). The Impact of Structured and Standardized Documentation on Documentation Quality; a Multicenter, Retrospective Study. 46(7), 46. <https://doi.org/10.1007/s10916-022-01837-9>
- Ferreira, R. P. C. M., Narciso, B. F., Ramos, A., Mendes, S., Palma, S., Ferreira, Ó. M. R., & Baixinho, C. L. (2025). The Documentation Used by the Nurses During the Transition From the Hospital to the Community Setting: A Scoping Review. Nursing Open, 12(3), e70148. <https://doi.org/10.1002/nop2.70148>
- Forsner, M., Mörelus, E., & Hanberger, L. (2021). Questionnaires to measure process and structure of quality indicators for pediatric nursing. 6(1), 381. <https://doi.org/10.1097/pq9.0000000000000381>
- Gefen, A., Alves, P., Ciprandi, G., Coyer, F., Milne, C., Moore, Z., Payan, Y., & Schluer, A. (2022). Device-related pressure ulcers: SECURE prevention. Second edition. 31(Sup3a), S1-S72. <https://doi.org/10.12968/jowc.2022.31.Sup3a.S1>

Gkiala, A. (2022). Assessing the Correct Documentation of Time and Physician Information on Medical Records in the Emergency Department of Queen's Hospital: An Audit and Re-audit. *Cureus*, 14(12), e33000. <https://doi.org/10.7759/cureus.33000>

Gómez, D. T. (2021). Indicadores de evaluación de los registros clínicos de enfermería: Implementación de una herramienta tecnológica. *Horizonte Sanitario*, 20(3), 315-328. <https://doi.org/10.19136/hs.a20n3.3938>

Hants, L., Bail, K., & Paterson, C. (2023). Clinical decision-making and the nursing process in digital health systems: An integrated systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 32(19-20), 7010-7035. <https://doi.org/10.1111/jocn.16823>

Heaney, K., Shams, R., Nwefo, R., Kane, R., Gordon, J., Laffan, A., Stare, S., & Dullabh, P. (2025). Electronic Health Record Data Collection Practices to Advance Standardization and Interoperability of Patient Preferences for Interpretation Services: Qualitative Study. 27(1), e62670. <https://doi.org/10.2196/62670>

Holt, E. W., Murarka, S. M., Zhao, Z., Baker, M. V., Omosigbo, U. R., & Adam, R. A. (2023). Investigating disparities in compliance of nursing pain reassessment for obstetrics and gynecology patients. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 229(3), 314.e1-314.e11. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.06.027>

Jayatilake, D., & Oyibo, S. (2025). Interpretation and Misinterpretation of Medical Abbreviations Found in Patient Medical Records: A Cross-Sectional Survey. 15(9), 447. <https://doi.org/10.7759/cureus.44735>

Jepkosgei, J., Gathara, D., Mbutia, D., Wanyama, C., Aluvaala, J., English, M., & Nzinga, J. (2025). Co-design and implementation of nursing handover improvement tool in Kenyan newborn units: A pilot study. 24(1), 1329. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03955-4>

Joshi, N., Bakshi, H., Chatterjee, A., & Bhartia, S. (2022). Initiative to improve quality of paediatric ward-round documentation by application of «SOAP» format. *BMJ Open Quality*, 11(1), e001472. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-001472>

Kae, M. (2025). Discharge preparation and readiness after birth: A scoping review of global policies, guidelines and literature. 3(2). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04577-3>

Koh, J., & Ahmed, M. (2021). Improving clinical documentation: Introduction of electronic health records in paediatrics. 10(3), 9-18. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-000918>

López, M., Fernández, M., Martín, B., Muñoz, M., & Jiménez, J. (2022). Auditing completion of nursing records as an outcome indicator for identifying patients at risk of developing pressure ulcers, falling, and social vulnerability: An observational study. 30(4), 1061-1068. <https://doi.org/10.1111/jonm.13569>

Luna, D., Francisco, L., López, M., Blasco, D., & González, V. (2024). Optimized Continuity of Care Report on Nursing Compliance and Review: A Retrospective Study. 14(3), 2095-2106. <https://doi.org/10.3390/nursrep14030156>

McCarthy, S., Motala, A., Lawson, E., & Shekelle, P. (2025). Use of structured handoff protocols for within-hospital unit transitions: A systematic review from Making Healthcare Safer IV. 34(10), 680-690. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2024-018385>

Muhammed, A., Fakher Aldeen Noman, F. A. R., Abdalgadir, M., Ahmed, W., Alkhider, L., Ziada, M., Ali, M., Mohamed, E., Elzain, M., Alrawi, M., & Alzain, M. (2025). A Structured Approach to Discharge

Documentation: Lessons from Dongola Specialized Hospital. *Cureus*, 17(4), e81696. <https://doi.org/10.7759/cureus.81696>

Nool, I., Tupits, M., Parm, L., Hõrrak, E., & Ojasoo, M. (2023). The quality of nursing documentation and standardized nursing diagnoses in the children's hospital electronic nursing records. 34(1), 4-12. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12363>

Oliveira, N., & Peres, H. (2023). Quality of the documentation of the Nursing process in clinical decision support systems. 29(8), 3426. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4510.3426>

Ovando, R. V., Martínez, J. A. A., Orozco, G. L., Vázquez, R. S., Estela, M. A. I., Lavariega, G. D. la R., Alarcón, C. R. O., & Mora, G. L. (2022). Calidad de los registros clínicos de enfermería en una institución de salud del puerto de Veracruz: Quality of nursing clinical records in a health institution in the port of Veracruz. *South Florida Journal of Development*, 3(1), 940-950. <https://doi.org/10.46932/sfjdv3n1-072>

Peivandi, S., Ahmadian, L., Farokhzadian, J., & Jahani, Y. (2022). Evaluation and comparison of errors on nursing notes created by online and offline speech recognition technology and handwritten: An interventional study. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 22(1), 96. <https://doi.org/10.1186/s12911-022-01835-4>

Pineda, M., Allery, F., Delmestri, A., Sudlow, C., Akbari, A., Wood, A., Collins, G., Petersen, I., Coates, L., Khunti, K., Prieto, D., & Khalid, S. (2024). Ethnicity data resource in population-wide health records: Completeness, coverage and granularity of diversity. 11, 221. <https://doi.org/10.1038/s41597-024-02958-1>

Ruiz, M. A. V., Santos, J. R. D. L., García, C. D. L. C., Castillo, M. M., & Hernández, N. G. (2024). Calidad de Registros Clínicos de Enfermería de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital Especializado. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(1), 10249-10268. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1.10337

Soza Diaz, C. D. F., Bazán Sánchez, A. C. L., & Diaz Manchay, R. J. (2020). Percepción de las enfermeras sobre el uso de sus registros para garantizar la continuidad del cuidado. *Ene*, 14(1). http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1988-348X2020000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Sugianto, K., Hariyati, R., Galleryzki, A., Koten, E., Sudjiati, E., & Bardah, D. (2022). Completeness Documentation of Fall Risk Management: A Cross-Sectional Study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 27(6), 517-521. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_109_21

Temesgen, M. H., Brihanu, A., & Teshome, Z. bekele. (2022). Post-operative pain assessment, management compliance with WHO guidelines and its barriers in hospitals of West Shoa zone, central of Ethiopia, 2021. *Annals of Medicine and Surgery*, 84, 104901. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104901>

Tolera, G., Badasa, K., Deressa, H., Fayera, H., Chala, M., Deyasa, M., Teshome, S., Edessa, D., Etefa, A., & Akuma, A. (2025). Increasing the rate of nursing process implementation: A quality improvement project at Wollega University Comprehensive Specialized Hospital, 2025. 14(4), 35. <https://doi.org/10.1136/bmj-2025-003576>

Torres-Santiago, M., Zárate-Grajales, R. A., & Matus-Miranda, R. (2011). Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación. *Enfermería Universitaria*, 8(1). <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2011.1.269>

Tůmová, P., & Bártlová, S. (2023). Transferring patient information using the SBAR communication tool for interpretation. *Kontakt*, 25(3), 185-190. <https://doi.org/10.32725/kont.2023.026>

Zahid, M., Ijaz, A., Hidayat, W., Jan, M., Rafi, H., Nawaz, H., & Khan, H. (2023). Assessing Adherence to Royal College of Surgeons Guidelines: A Closed-Loop Audit of Operation Notes in a Tertiary Healthcare Unit. 15(9), 4573. <https://doi.org/10.7759/cureus.45743>

Zavala, D., Gualaquiza, L., Asitimbay, J., & González, J. (2025). La auditoría clínica como garantía del derecho a la seguridad laboral del personal sanitario en el Ecuador. *Ciencia y Educación*, 6(9.2), 164-175. <https://doi.org/10.5281/zenodo.17189136>

Zuberi, S., Mustaq, Y., Ijaz, A., Sundar, S., Mohamedali, Z., Patel, K., Joseph, J., & Gurprashad, R. (2024). Assessing the standard of emergency general surgical (EGS) operation notes in accordance with the Royal College of Surgeons guidelines. *Turkish Journal of Surgery*, 40(1), 11-18. <https://doi.org/10.47717/turkjsurg.2024.6194>

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons .