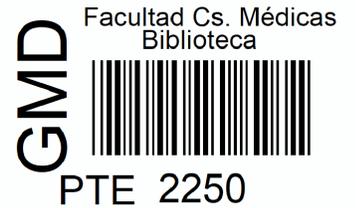


UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA



**Relación entre el nivel de cumplimiento de registros y el nivel de información sobre registros,
según edad, antigüedad laboral y nivel de formación de los enfermeros asistenciales.**

Por: Natalia Soledad Medina.

Director:

Lic. Gabriela Lorena Enrique.

Docente Asesor:

Dra. Graciela Simonetti.

Rosario, Diciembre de 2019.

Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica Tesina.

*Eternamente agradecida a mi familia,
por la paciencia y contención que me
brindaron en este largo y arduo camino.*

**“Lo que se escribe en el alma de alguien, se
escribe para siempre”**

Anónimo.

**Te llevo registrado por toda la eternidad
JIRG.**

Resumen:

Introducción: Los registros enfermeros son un documento escrito, objetivo, legal, obligatorio, cronológico y completo, donde constan todas las actuaciones realizadas al paciente, debiendo ser simultáneos a cómo fueron aconteciendo los hechos, además de registrar las reacciones del paciente ante las intervenciones, con el objeto de comunicar los cuidados brindados a pares y al equipo de salud, proporcionando cuidados de calidad y continuos. Debido al carácter legal que tienen, son considerados como documentos probatorios de mala praxis, como así también de defensa. **Objetivo:** Describir qué relación existe entre el nivel de cumplimiento de registros y el nivel de información sobre registros, según edad, antigüedad laboral y nivel de formación en enfermeros de un servicio de Neonatología de un efector público de la ciudad de Rosario, en el segundo semestre del 2020.

Material y Método: Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y prospectivo, con una población de 25 enfermeros y a 295 registros, realizados por los mismos a pacientes con más de 48 hs de internación en unidades de cuidados intensivos y especiales. Se utilizarán dos instrumentos, una lista de cotejo de 70 ítems para determinar el nivel de cumplimiento de registros y un cuestionario de 10 preguntas cerradas de opción múltiple para describir el nivel de información sobre registros, edad, antigüedad laboral y nivel de formación de los enfermeros. Se realizará un análisis univariado y bivariado para la comparación de las variables en estudio, utilizando el programa estadístico SSPS, los datos serán presentados en gráficos de barra simple y adosada, y en tablas de distribución de frecuencia, se establecerá la medida de tendencia central, media, mediana y moda, cuando corresponda.

Palabras claves: nivel de cumplimiento de registros, nivel de información sobre registros, edad, antigüedad laboral, nivel de formación, enfermeros, registros enfermeros.

INDICE GENERAL

	Pág.
Resumen y Palabras claves	3
Índice General	4
Introducción	
- Estado actual de conocimiento o Estado del Arte	5
- Planteamiento del problema en estudio	9
- Hipótesis y objetivos	9
Marco Teórico	11
Material y Métodos	
- Tipo de estudio o Diseño	21
- Sitio o contexto de la investigación	21
- Población y Muestra	21
- Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	22
- Personal a cargo de la recolección de datos	26
- Plan de análisis	27
- Plan de trabajo y cronograma	28
Anexos	
I. Guía de estudio de convalidación o exploración del sitio	30
II. Instrumentos de recolección de datos	31
Bibliografía	32

INTRODUCCIÓN

En la elección del tema se consideró la relevancia social y cómo afecta la calidad de los cuidados brindados, la falta o el incorrecto cumplimiento de los registros de enfermería. Debido a que en los mismos no solo se ven reflejadas todas las intervenciones que enfermería realiza, sino que también quedan asentadas las respuestas de los pacientes a tratamientos o intervenciones del personal de enfermería y del resto del equipo de salud. Se registran de modo cronológico, con todo lo acontecido, el estado de salud y se evidencian todos los cuidados brindados respondiendo a las necesidades de los usuarios de atención, permitiendo facilitar la continuidad de los cuidados.

En la ley Nacional Argentina 26.529 modificada por la Ley 26.742, reglamentada por el Decreto 1089/2012, en el Art. N°12 Cap. IV, que legisla “Los derechos de los pacientes en la relación con los profesionales e instituciones de salud”, se define a la Historia Clínica como “... el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud...” (pág. 4). (1)

Para la Ley Nacional Argentina, la Historia Clínica, no es solo un mero acto burocrático en el ámbito médico, es decir además cumple funciones jurídicas, estadísticas y académicas – científicas.

La elaboración correcta de las anotaciones de enfermería aportan conocimientos científicos y fundamentales a nuestro ejercicio práctico, así mismo, logra evidenciar el qué, el para qué, y el cómo del acto de cuidar; quizás por ello en la docencia e investigación la conceptualización de la nota de enfermería se convierte en el hilo conductor para fortalecer la construcción colectiva del conocimiento y mejorar la relación teórico-práctico del hecho de cuidar. (2)

Liria Catillas define al registro clínico de enfermería como un medio que deja asentado la evolución sobre la atención proporcionada al paciente, siendo una herramienta que define al cuidado como una aportación exclusiva de enfermería, permitiendo mostrar al resto del equipo de salud y a la sociedad en general, que acciones cuidadoras se desarrollaron durante la atención. (3)

En un estudio cuantitativo, descriptivo y documental, de una institución privada de la ciudad de Xalapa, Veracruz, México, desde un marco ético y legal, el registro clínico de enfermería es un indicador de calidad para el cuidado y su evaluación se realiza en función de un proceso continuo y como gestor de cambio en los profesionales de enfermería, la calidad de los registros clínicos fue

establecida en un No Cumplimiento, encontrándose por encima de la mitad (65,85%), indicando que los enfermeros no cumplen con la mayoría de los requisitos evaluados, reflejando que el personal de enfermería no cuenta con las herramientas ni los conocimientos necesarios para generar un registro clínico de calidad que contribuya a mejorar la atención y el cuidado brindado. Considerando que es necesario la implementación de intervenciones de tipo educativa y el diseño de instrumentos basándose en las necesidades de la institución, además de la recomendación de realizar estudios cualitativos para identificar los factores que afectan la calidad de los registros clínicos y conocer la percepción de los profesionales de enfermería respecto a la importancia y calidad de las anotaciones enfermeras. (4)

Autores como ser Reyes, Jara y Merino, definen a los registros de enfermería como la mejor herramienta para fundamentar las acciones que se realizan, además de respaldar las decisiones y acciones ejecutadas por los agentes de salud en su quehacer diario. A su vez es considerando como un documento legal que traduce los actos del equipo de salud y apoya la investigación. (5)

En Colombia, en un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, realizado en base a un protocolo de registro de una institución, utilizaron un test de conocimiento del protocolo de registros clínicos y una lista de chequeo del mismo, concluyendo que el nivel de conocimiento sobre los registros clínicos era alto, contrastando con el bajo nivel de adherencia al protocolo de registros clínicos, determinando que el personal tenía una inadecuada gestión sobre los registros clínicos, encontrándose los mismos con letra ilegible, mala redacción de las notas, falta de completitud, entre otros, otorgando prioridad a los cuidados directos sobre el paciente, lo cual dió como resultado que solo el 30 % del personal contaba con el conocimiento y lo aplicaba de manera correcta. Los autores definen al personal de enfermería como un sujeto de derecho, con responsabilidades e implicancias de índole legal, que en su formación universitaria adquiere los conocimientos básicos sobre la importancia y uso de los registros de enfermería y de cómo estos demuestran la ejecución del cuidado administrado, por lo que consideran oportuno capacitar al personal en cuanto a la importancia del correcto cumplimiento del protocolo de registros clínicos. (6)

En una evaluación realizada antes de una intervención educativa para acceder a la acreditación hospitalaria, se determinó que se incrementó significativamente la calidad de los registros clínicos, siendo evidente lo positivo de la estrategia y mejorando el cumplimiento de los mismos. Aunque en un estudio realizado post acreditación hospitalaria, se demostró que el desempeño de la calidad

disminuyó después de la etapa de evaluación. Por lo tanto, los autores de un estudio observacional, realizado en un hospital universitario de Porto Alegre, Brasil, recomiendan que las evaluaciones se continúen de forma permanente, no solo para garantizar la calidad y seguridad de la atención, sino también para favorecer la cultura de seguridad de la institución. (7; 8)

Dentro del mismo contexto, de no cumplimiento de registros, en un estudio descriptivo, transversal, realizado en una institución privada de la ciudad de San Nicolás de los Garza, Nuevo León, México, describieron que el nivel de cumplimiento de los registros está por encima de la mitad, pero solo se alcanza un 61 % de completitud, considerándose bajo, evidenciando un desapego a los protocolos institucionales de registros, como ser la firma, la utilización de abreviaturas aceptadas, mala caligrafía, errores de ortografía, entre otros. Atribuyendo estas deficiencias o carencia a una resistencia al cambio, donde muchas veces los trabajadores prefieren continuar realizando sus actividades basándose en la costumbre, en la lógica personal y en la creencia de mitos, por ejemplo que el hecho de no firmar un registro serán excluidos de responsabilidades legales. A su vez consideran los autores que la falta de seguimiento de los supervisores, favorece aún más la falta de cumplimiento. (9)

De la misma manera, en un estudio retrospectivo, transversal, en la ciudad de México, donde se considera que la calidad de los cuidados brindados por enfermería, son un elemento indispensable para la satisfacción de los usuarios, entendiendo que las notas de enfermería son un reflejo de la calidad, permitiendo dar conocimientos del cuidado brindado, además de ser fuente de comunicación e información, el cual no solo tiene respaldo legal, sino que se puede utilizar para dar cuenta de la necesidad de recurso humano. Los autores describen un desapego a las normativas de la institución, con porcentajes por encima de la mitad (64%), demostrando omisión de las prácticas realizadas y tratamientos, además de encontrar notas con letra ilegible, abreviaturas no nomencladas, falta de identificación y diagnósticos médicos, proponiendo trabajar sobre los puntos deficitarios hallados y favorecer las áreas de oportunidad, con la finalidad de que los registros se conviertan en un proceso estandarizado y evolutivo de las intervenciones. (10)

En la ciudad de México, en un centro de salud, se realizó una investigación cuantitativa, descriptiva transversal, que busca relacionar los factores institucionales y académicos que influyen directamente sobre la calidad de los registros clínicos, donde los componentes personales tiene también una gran participación, destacando que la falta de motivación, los registros repetitivos y la falta de lenguaje

técnico, son los aspectos más importantes donde se debe trabajar para favorecer y mejorar la calidad de los registros enfermeros. (11)

Se desarrolló un estudio descriptivo, cuantitativo, retrospectivo, con la finalidad de determinar la calidad de las notas de enfermería en los servicio de hospitalización de un instituto especializado de Lima, Perú, donde los autores consideran a los registros como una herramienta que permite evaluar la calidad de la atención, coincidiendo con otros estudios anteriormente mencionados, del mismo modo destacan la importancia sobre las implicancias ético - legales y los beneficios sobre los usuarios al mantener una adecuada comunicación entre pares y el resto del equipo para lograr una continuidad en el cuidado. Demostrando que más de la mitad de las notas de enfermería eran de regular calidad. Los autores afirman que para obtener registros de calidad, es necesario perfeccionar, adquirir y desarrollar habilidades que permitan mejorar la técnica de registros. (12)

En una unidad de hemodiálisis de un hospital de segundo nivel de Guerrero, México, se realizó una herramienta para mejorar el proceso de atención de enfermería, con un enfoque mixto cuali y cuantitativo, donde se modificó la hoja de registros clínicos, ya que consideraban que los mismos pueden ser afectados por la obsolescencia del formato y forma de recolección de los datos, los cambios continuos del conocimiento y el desconocimiento de la responsabilidad legal de los mismos. Evidenciando la importancia de mejorar un formato de registro tomando como punto de partida el proceso de atención de enfermería. (13)

En otro estudio observacional, prospectivo, sobre úlceras por presión, realizado en Madrid, España, se demostró un escaso interés por parte de enfermería en la elaboración de registros y las actividades autónomas, determinando que la incidencia de úlceras observadas duplicaba a las registradas, lo cual resulta preocupante para los autores del estudio, los cuales no solo proponen una mejor interpretación sobre la úlceras, sino que también el método utilizado para evaluarlas, es decir los registros, coincidiendo con el estudio anterior donde manifiesta la obsolescencia de los mismos. (14)

El estudiar el cumplimiento de registros, al igual que el nivel de información sobre los mismos, es sumamente importante, ya que a pesar de los cuantiosos estudios dedicados al tema, hoy en día se continua observando una deficiente, errónea o nula confección de registros, a pesar de estar presente dentro de la curricula de formación académica enfermera y de la facilidad de acceso que proporciona el uso de internet, donde se ven publicadas sentencias civiles y penales a enfermeros en juicios por mala praxis. De no corregirse la situación, el incumplimiento de registro puede traer

consecuencias tanto para la institución donde desempeña sus funciones, como nivel personal, desde el punto de vista médico legal, donde los peritajes se basan en los registros del expediente clínico.

Se considera indispensable conocer y aplicar los conocimientos teórico – prácticos en los registros enfermeros, siendo éstos un medio de comunicación y coordinación entre profesionales de la salud, permitiendo brindar seguridad al paciente y continuidad en los cuidados. (10; 15)

Por todo lo mencionado, se ve la necesidad de seguir investigando sobre registros clínicos, para poder detectar falencias y establecer un plan de fortalecimiento de la calidad de los registros enfermeros, mediante el desarrollo de capacitaciones, investigaciones, auditorias que contribuyan a convertir las debilidades en fortalezas. Teniendo en cuenta que además de mejorar la calidad de atención, también se va a estar realizando un aporte a la profesión y disciplina enfermera, realizando y jerarquizado la labor diaria de enfermería, ante la comunidad científica y la sociedad como profesionales con autonomía.

El propósito de esta investigación es elevar los resultados a la jefa de Departamento de Enfermería de un efector público de la ciudad de Rosario, con el fin de que se intervenga con el desarrollo de un programa de capacitación, auditorias que contribuyan a erradicar o disminuir las falencias e incorporar nuevos conocimientos que mejoren el cumplimiento de los registros de enfermería y la calidad de la atención brindada, si fuera necesario.

En función de lo expuesto, surge el interrogante ¿Qué relación existe entre el nivel de cumplimiento de registros y el nivel de información sobre registros, según la edad, antigüedad laboral y el nivel de formación en enfermeros de un servicio de Neonatología de un efector público de la ciudad de Rosario, en el segundo semestre del 2020?

Se plantea la siguiente hipótesis: El nivel de cumplimiento de registros no será igual en los enfermeros profesionales, con una antigüedad laboral mayor a dos años y con más de 25 años de edad, con alto nivel de información sobre registros, que aquellos enfermeros técnicos, con una antigüedad laboral mayor a 10 años y una edad mayor a 50 años, con el mismo nivel de información sobre registros que los primeros.

Este estudio tiene por objetivo general determinar qué relación existe entre el nivel de cumplimiento de registros y el nivel de información sobre registros, según la edad, antigüedad laboral y nivel de

formación en enfermeros de un servicio de neonatología de un efector público de la ciudad de Rosario, en el segundo semestre del 2020.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar las características del personal de enfermería del servicio de Neonatología (sexo, edad, antigüedad laboral y nivel de formación).
- Detectar la relación que existe entre la antigüedad laboral, edad y nivel de formación, y el cumplimiento de registros.
- Determinar los datos personales del paciente se completan el la identificación, en los registros de enfermería.
- Detectar cómo se completan los datos de los signos vitales en los registro de enfermería.
- Identificar qué datos se colocan en cuanto a método y parámetros de oxigenoterapia.
- Identificar qué datos se consideran al momento de registrar ingresos y egresos de los pacientes.
- Determinar qué actividades independientes e interdependientes se tienen cuenta al registrar.
- Determinar el momento en que se realiza y los aspectos incluidos en la evolución.
- Determinar cuáles son los errores más comunes que se presentan en los registros.
- Determinar el nivel de información que poseen los enfermeros sobre los aspectos legales de los registros enfermeros.
- Determinar el nivel de información que poseen los enfermeros sobre las partes que componen el registro enfermero.
- Analizar el nivel de información que poseen los enfermeros sobre el llenado del registro.
- Determinar el nivel de información que poseen los enfermeros, sobre la realización de la evolución.
- Detectar similitudes y diferencias que existen entre el nivel de cumplimiento de registros, según edad, antigüedad laboral, nivel de formación de los enfermeros y el nivel de información sobre registros

MARCO TEÓRICO:

La Neonatología es una rama de la medicina, es uno de los periodos más vulnerables del ser humano, abarca desde el nacimiento hasta los 28 días de vida del recién nacido. Surge como especialidad en el año 1882, con las observaciones del médico francés Pierre Budín, considerado padre de la disciplina. (16)

En 1941, en Estados Unidos (EEUU), Julius Hers organizó las primeras unidades de cuidados para recién nacidos prematuros. Entre 1940 y 1950 surgieron las primeras incubadoras para la estabilización térmica, además de dar comienzo a la unificación de criterios para el manejo del neonato pre término. (16)

En Argentina, a partir de la década del 60, con el especialista en pediatría Jacob Halac, en Córdoba, se utilizó por primera vez el término Neonatología, además de escribir las primeras normas de atención para el recién nacido. En el año 1966 se inauguró el primer servicio de Neonatología en la Maternidad provincial, asesorados por profesionales chilenos, enviados por la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), Representación Argentina. (16)

En 1968, un equipo de pediatras del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, fundó el Departamento de Pediatría en la Maternidad Sardá, a cargo de Alfredo Larguía, naciendo el servicio de Neonatología como una unidad dentro del mismo. Estableciendo las bases para la organización y el funcionamiento del servicio, además de definir una clasificación de pacientes de acuerdo a su condición y necesidad de tratamiento, considerando al recién nacido como parte integrante de una familia y sociedad, dentro de una determinada cultura, marcando la importancia del ingreso de la familia las unidades, la internación conjunta, reuniones de padres, visitas de hermanos y abuelos. (16)

La formación de enfermería no fue un dato menor, al igual que los médicos representantes, éstas fueron formadas y asesoradas por la OSP, Representación Argentina, considerando determinante la formación profesional para la atención de la salud de los neonatos, posibilitando el proceso de crecimiento y desarrollo de los niños, con mayores controles y mejores cuidados. (16)

En la década del 80, se inauguró la sala de neonatología del Hospital Roque Sáenz Peña, ubicado al sur de la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, Argentina, siendo este referente de nivel II de

Complejidad del distrito Sur y Sudoeste. (17) es el único servicio de terapia intensiva que posee la institución, cuenta con 15 incubadoras de última generación, ventiladores mecánicos convencionales y de alta frecuencia, equipo de óxido nítrico, paneles completos de aspiración, oxígeno y aire comprimido central para cada unidad. En el mismo se desempeñan 30 enfermeros, donde solo 9 de ellos cuenta con título de Licenciados en enfermería.

Debido a la regionalización, como política de salud, las patologías más frecuentes son: Síndrome de Distres Respiratorio (SDR), afecciones respiratorias tales como Bronquiolitis, neumonías, Influenza, entre otras, Recién Nacidos pre termino mayores a 32 semanas de gestación, Retardos de Crecimiento Intra Uterino (RCIU), Recuperación Nutricional (RCN), controles metabólicos. En cuanto a las cardiopatías, pre términos menores a 32 semanas y pacientes con requerimiento de intervenciones quirúrgicas, cuentan con centros de derivación especializados como ser Hospital Provincial Centenario, Hospital Provincial Eva Perón y Maternidad Martin respectivamente.

Enfermería cuenta con dos hojas de registros, el Report que es anillado, con espacios para la identificación de cada uno de los pacientes, fecha de nacimiento, fecha de ingreso, diagnóstico, oxigenoterapia, hidratación parenteral, alimentación y cuatros casilleros para evolucionar por turno. La otra hoja está confeccionada para registrar los signos vitales, oxigenoterapia, saturación, coloración de piel, escala de dolor, ingresos (alimentación, hidratación parenteral y medicación), egresos (diuresis, catarsis, residuo gástrico), balance parcial y balance total de ingresos y egresos, de forma horaria durante las 24 horas del día. Y en el reverso cuenta con el espacio para registrar actividades independientes, tales como educación, visita de familiares, rotación de sensores, higienes, control de peso, cambios de sábanas, control y colocación de vías, sondas oro – nasogástricas, vesicales, kinesioterapias respiratorias, contacto piel a piel, rotación de decúbito. Al final de cada actividad se cuenta con un espacio suficiente para colocar sello y firma del agente que realiza los cuidados, además se cuenta con cuatro casilleros para realizar una evolución por turno. Cada hoja sirve para registrar todas las actividades realizadas durante todo el día, con espacios correspondientes para la identificación del paciente, fecha, peso, edad gestacional, días de vida y diagnóstico médico, numero de incubadora y sector donde se ubica (Unidad de Cuidados Intensivos UTI y Unidad de Cuidados Especiales UCE)

El registro de las constantes vitales (temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial, saturación), son parte esencial de la valoración clínica de enfermería, da cuenta del

estado hemodinámico del paciente, por medio de la observación, la auscultación y palpación obtener un examen físico completo del paciente, lo cual permite realizar una valoración cefalocaudal y además de obtener una visión holística e integral del sujeto de atención. (16; 18)

La hoja de registro fue confeccionada por el equipo de enfermería, junto a la enfermera jefe que se encontraba desempeñando funciones en el año 2017, se tuvieron en cuenta los aportes y sugerencias de todos los enfermeros asistenciales. En una primer instancia se puso en circulación a modo de prueba, para luego de un mes de uso, se realizaron los ajustes necesarios, como ser falta de espacios, se agregaron casilleros para registros de escala del dolor, disminuir espacios de casilleros que solo requerían realizar tildes o cruces, etc. A partir de la última modificación, hasta la actualidad se continuó utilizando la misma hoja de registros.

La historia clínica es un instrumento/documento, en el que fundamentalmente se registran todos los actos en la relación entre la prestación medico/profesional/asistencial y el paciente. Es un registro de los acontecimientos, tanto de las prácticas profesionales, hechas y actos médico/profesional, sino donde también se encuentran las consecuencias sobre el paciente, presentando concordancia con los avances médicos y adecuación a las condiciones del paciente y al contexto en que se desarrollan. Es un elemento de trascendental relevancia para la práctica medico/profesional, constituyendo una fuente de información con los que cuentan los profesionales respecto del paciente. (19)

Ley Nacional Argentina N°26.529 con modificación de la Ley N°26.742 “Derechos del paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de Salud.”, reglamentada por el Decreto 1089/2012, brinda un marco normativo a la historia clínica, a la cual define en el Art. 12, como el documento obligatorio, cronológico, foliado y completo en el que consta toda actuación realizada al paciente por los profesionales y auxiliares de la salud. (19; 20)

Se intenta que no sea solo un mero acto burocrático, sino que la misma sea una patobiografía del paciente, que permita el seguimiento de la evolución de su salud, a lo largo del tiempo. (20)

Patitó, en la doctrina médico forense, la define como el documento o el instrumento escrito, en el que consta en forma metódica, ordenada y detallada, la narración completa de los sucesos acaecidos y comprobaciones realizadas por el médico o el equipo de salud, durante la asistencia de un paciente, en un establecimiento público o privado, desde su ingreso hasta su egreso, por alta o por defunción. (21)

La historia clínica debe contener la identificación completa del paciente, constar de fecha de cada uno de los asientos en ellas efectuados, con identificación de cada uno de los profesionales que los realizan, con indicación de su especialidad. El registro debe ser claro, preciso y detallado, de cada acto realizado por los profesionales y auxiliares intervinientes, sea que se trate de prescripciones y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios, es decir toda actividad inherente al paciente. (21)

En la Ley 26.529, modificada por la Ley 26.742, describe las cuatro funciones sobre la información asentada, a las que está sometida la historia clínica (22): 1) Función médica: posibilita recabar toda la información necesaria para la evaluación de los tratamientos y toma de decisiones por los diferentes profesionales que intervienen en la atención del paciente; 2) Función jurídica: al tratarse de un registro donde están asentados todos los actos y practicas desarrolladas por todos los profesionales que integran el equipo de salud, en la atención del paciente, permitiendo cumplir con el derecho constitucional a la información, convirtiéndose esta no solo en un elemento probatorio en el caso de existencia de mala praxis, sino también en un componente central para la defensa de los profesionales que han actuado conforme a los requerimiento de su profesión; 3) Función estadística: el aporte de la información brindada por los registros de la historia clínica, sirven para el seguimiento de datos, considerándose valioso para la elaboración de nuevas políticas sanitarias; 4) Función académica y científica: con el consentimiento previo de los paciente, tal como lo manifiesta la CcyCN en el Art. 59, la información recabada en los registros es valiosa como fuente de estudio e investigación de determinadas patologías y la eficacia de tratamientos.

Enfermería es un actor interviniente en la atención brindada a los pacientes, con la obligación de cumplimentar los registros clínicos al igual que el resto de los profesionales.

La historia clínica debe ser un registro unificado de la atención medica del paciente y de todos los profesionales intervinientes, teniendo diferentes secciones, siendo una de ellas la Hoja de Enfermería, debiendo guardar lógica correspondencia con las indicaciones terapéuticas establecidas en los asientos de evolución del médico tratante. (21)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la enfermería como “...*La atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas las circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la*

prevención de enfermedades y la atención dispensada a los enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.” (pág. 1). (23)

En los comienzos del S XX, enfermería no era considerada ni una disciplina académica, ni una profesión, pero durante el S XXI, comenzó a ganarse el reconocimiento en ambas áreas, gracias a muchos profesionales de enfermería que lideraron distintas causas y desafiaron el status quo, con nuevas ideas para el desarrollo futuro de enfermería, además de querer mejorar la salud de las personas. (24)

Enfermería como disciplina académica, depende de la existencia de un cuerpo propio de conocimientos, que se transmita a todos los estudiantes que pretendan ejercer esta profesión, y que conformará la base de su práctica.

El cuerpo propio de conocimiento y las teóricas, son la base del reconocimiento de enfermería como disciplina (24), siendo a su vez el punto de partida para la aplicación del Proceso Enfermero (PE).

Durante la formación académica, los futuros enfermeros desarrollan los conocimientos básicos que se requieren para brindar cuidados de calidad. Entre los conocimientos adquiridos, se encuentra el Proceso de Atención Enfermero (PAE), siendo éste el método científico, que se aplica en la práctica de enfermería, siendo una estructura que pueda construir un plan de cuidados y brindar una atención adecuada, humanista, integral y holística apropiada a las necesidades de cada sujeto de atención, familia, grupos y comunidad. Se identifican los riesgos o necesidades potenciales y reales, con el objeto de resolver problemas de salud, promover la salud y prevenir enfermedades, para conseguir la autonomía del sujeto de atención. (25)

El PAE tiene 6 propiedades que lo identifican: en primer lugar que es resuelto, porque tiene un objetivo, segundo lugar es sistemático, porque utiliza un método organizado para lograr su fin; en tercer lugar es dinámico, es resolutivo busca un cambio en los sujetos de atención; en cuarto lugar es interactivo, establece una relación enfermero/paciente para obtener una respuesta; en quinto lugar es flexible, se adapta a cualquier situación y área de atención y por ultimo posee una base teórica que lo fundamenta. (26; 27)

A su vez, el PAE posee 5 etapas o fases a seguir en su elaboración: la primera etapa es la Valoración de las necesidades actuales y antecedentes del paciente, por medio de una recogida de datos utilizando la observación, fuentes primarias y secundarias; luego se encuentra la etapa del

Diagnóstico de las necesidades humanas, estableciendo un orden de prioridad; en tercer lugar está la Planificación del cuidado, fijando objetivos y estableciendo prioridades; luego le continúa la cuarta etapa que es la Ejecución del cuidado, pudiendo ser autónomos o de colaboración y finalmente esta la quinta etapa que es la Evaluación del cuidado, sirviendo ésta para retroalimentar, teniendo en cuenta el objetivo planeado y el resultado obtenido, corrigiendo errores para procesos futuros. (26; 27)

El PAE, a pesar que durante la formación académica, se aprende a realizarlo de manera metódica, sistemática y completa, quedando siempre registrado cada uno de los pasos que lo componen, en la realidad, no siempre se encuentra de manera explícita durante la práctica enfermera, es un proceso que todo lo enfermero realiza de manera automática, ya que no es obligatorio registrar el plan de cuidados prioritarios, estableciendo riesgos reales y potenciales, en cambio en la gran mayoría de las instituciones de salud, se cuenta con una hoja de ingreso del paciente, en la cual se lleva a cabo una entrevista, obteniendo antecedentes del paciente y necesidades actuales (motivo de consulta), hoja de enfermería con: signos vitales, ingresos y egresos, actividades independientes e interdependientes y evolución, cada establecimiento tiene su propio formato de registros, adecuado a las necesidades de cada uno. (26; 27)

Del mismo modo que a los estudiantes adquieren conocimientos sobre el PAE, también en su formación se los instruye sobre registros enfermeros, entre muchos otros temas de relevancia que no serán tratados en este estudio.

Hoy en día, dentro del plan académico, del primer ciclo de la carrera de Licenciatura de Enfermería, se encuentran contemplados los registros enfermeros, considerando el qué, el para qué y el cómo deben ser los mismos. (6)

Considerando a los registros enfermeros como un documento escrito, legal, obligatorio, cronológico y completos, donde consta todas las actuaciones realizadas al pacientes, ya sean autónomas o independientes y las interdependientes también, debiendo tener un registro simultáneo a como fueron sucediendo los hechos, además de las reacciones del paciente ante las intervenciones, con el objetivo de comunicar a pares y al equipo de salud, proporcionando un cuidado de calidad y continuo.

El registro enfermero, tiene un carácter legal, donde se detallan de manera objetiva los acontecimientos y la participación enfermera en la atención a la persona, pudiendo ser considerado como un documento probatorio de mala praxis, como así también de defensa. En la actualidad, se observa que a pesar de tener estos conocimientos sobre los riesgos y los beneficios de los registros enfermeros de calidad, los enfermeros no tienen la constancia en su cumplimiento, ni tienen reparo en el marco legal para la elaboración de los mismos.

La Ley establece pautas para la confección de los registros: debe ser realizada con un orden estrictamente cronológico, sin espacios en blancos ni escrituras entre líneas, las enmiendas deben ser salvadas con firma y sello del profesional actuante, no se aceptan tachaduras ni raspaduras como así tampoco escrituras sobre lo ya escrito, no se puede borrar y escribir sobre lo ya borrado, además de requiere letra legible y clara con redacción comprensible, donde se detallan todos los acontecimientos de manera objetiva con precisión y exactitud, sin utilización de abreviaturas que no estén nombradas por la OMS, siempre constando fecha y hora de cada acto, los registros se realizan de manera simultánea a como se van presentando los acontecimientos. (19)

La ausencia o un registro incompleto, puede ser entendido como un cuidado deficiente, además de ser considerada una falta legal, ética y profesional, que pone en duda si el personal de enfermería está brindando cuidados de calidad. (4) Recordando siempre que lo que no está escrito, se entiende como que no está hecho.

A partir de la problemática planteada, sobre la falta de cumplimiento de registros enfermeros, la fundamentación teórica de esta investigación está centrada en el Modelo Dreyfus de Adquisición de Habilidades, aplicado por Patricia Benner en la práctica enfermera, con una descripción sistemática de las cinco etapas de enfermería (principiante, principiante avanzado, competente, eficiente y experto). (24)

En su teoría Benner propicia un uso organizado de los conocimientos enfermeros en su labor profesional. (25) por lo tanto la formación requiere integrar los conocimientos y la práctica, a través de experiencias que contribuyan a la adquisición de habilidades, saberes y actitudes que desarrollen competencias necesarias para realizar cuidados de calidad. (28)

Según Benner, la experiencia aumenta cuando se integra la memoria al reconocimiento de patrones, basándose en un conocimiento racional y analítico, experiencia que no depende del tiempo que se

esté realizando la actividad, sino de la cantidad de situaciones reales a las que se exponen los enfermeros y estudiantes, sirviendo de herramienta para situaciones posteriores. (29)

Como ya se ha mencionado Benner identifica 5 etapas que tanto los estudiantes como los enfermeros recorren al adquirir los conocimientos, juicio clínico y experiencia práctica: (28, 29) una primer etapa considerada *Novato o Principiante* (en esta se vive por lo menos en dos oportunidades, al inicio de su formación académica y cuando ingresan al mundo laboral. No se tiene experiencia desarrollándose por primera vez en el área o situación no conocida previamente); la segunda etapa es la de *Principiante avanzado* (requiere ayuda en el establecimiento de prioridades, fundamenta sus decisiones y acciones estrictamente en la teoría, es capaz pero requiere de la supervisión de un colega. Utiliza el razonamiento analítico, basándose en las normas de la institución) (29); en la tercer etapa ya se considera *Competente* (posee la capacidad de imitar lo que hacen los demás a partir de situaciones reales, prioriza y analiza planes de mejora porque conoce las intervenciones y posibles resultados, planeando procedimientos previendo resultados a largo plazo, identificando limitaciones de las guías y protocolos, siendo capaz de enfrentar contingencias de la práctica diaria); en la cuarta etapa está el *Eficiente* (con más asiduidad, es capaz de reconocer lo correcto de lo incorrecto, utiliza la experiencia para determinar prioridades y tomar decisiones, pero algunas acciones las realiza sin ser consciente cien por cien de la habilidad adquirida. Puede reconocer el deterioro de los pacientes antes de que se produzcan cambios significativos en sus constantes vitales); y por último el *Experto* (se centra en el núcleo correcto del problema, valorando los resultados de la situación, basándose en experiencias pasadas, el conocimiento teórico, práctico y la memoria. Actúa sin depender de normas o directrices, recurriendo a ellas solo si se presentan situaciones nuevas).

Estas etapas permiten conocer la capacidad de resolución de problemas del enfermero, donde interactúan tres dominios: conocimiento, habilidades y actitudes. (29) Las competencias laborales pueden ser consideradas en tres dimensiones: Conceptual, refiriéndose a conocimientos; Interpersonales haciendo alusión a las habilidades; y por ultimo a las Técnicas siendo estas las destrezas que se poseen. También pueden ser identificadas por núcleos: declarativo, procedimental y actitudinal, como plantea Benner. (29)

La filosofía de Patricia Benner describe el proceso por el cual los enfermeros atraviesan desde recién graduados hasta la especialización en un área determinada. (30) Donde progresivamente van

sucedido una serie de cambios de conducta, adquiriendo habilidades, que hacen que el desempeño profesional sea cada vez de mejor calidad.

Con lo anterior, se observa que el conocimiento adquirido en la formación académica es el eje central para el desarrollo de habilidades y destrezas en la práctica diaria de enfermería, sirviendo de guía y fundamento, evitando caer en una práctica empírica, carente de justificación teórica, lo cual no permite ver a la profesión como una disciplina y ciencia, con un cuerpo propio de conocimiento que avalen la práctica enfermera.

Heidergger, citado por Molina plantea que los saberes se adquieren al compartir habilidades, hábitos y conocimientos, los cuales no existen en los libros, sino que son más bien experiencias laborales de los enfermeros asistenciales. (31) En la práctica diaria se adquieren una serie de habilidades, en relación al paciente y al proceso enfermero, que se ven reflejadas en la mejora y en la calidad de la atención brindada. Existen destrezas que solo se podrán fijar con el saber práctico, donde el profesional entra en contacto directo con la realidad.

De esta manera, en relación a el cumplimiento de los registros enfermeros, se entiende que la experiencia contribuye a la sumatoria de conocimientos, destrezas y habilidades que requiere adquirir el enfermero, a lo largo de su formación y práctica, para poder llevar a cabo registros de calidad, donde se considere la totalidad de las acciones realizadas, pudiendo evolucionar interrelacionando e interpretando todos los datos recabados en las asistencia del paciente. Además de ser realizado dentro de un marco legal, evitando incurrir en registros sin los requerimientos legales y en el incumplimiento de los mismos. Considerando que a través de la formación y la experiencia se obtiene la conciencia de la importancia y los riesgos que implican la elaboración de registros deficientes, incompletos y erróneos.

La adquisición de la experiencia en los registros, no solo se obtiene por medio de la formación académica y el contacto directo con la realidad, sino también se logra por medios de la adquisición de competencias, habilidades y actitudes que se obtiene con el paso del tiempo, de este modo se plantean dos cuestiones influyentes en la ganancia de destreza, siendo estos la Edad y la Antigüedad Laboral.

En enfermería se requiere del desarrollo de capacidades que permitan resolver problemas y crear un espacio de organización para poder ejercer con eficacia la práctica asistencial, el incremento de competencias permite brindar una atención integral y con un enfoque holístico del paciente. (32)

Partiendo de estas definiciones, se puede entender que no solo basta tener una edad madura para obtener conocimientos y la información necesaria para llevar a cabo una práctica, sino que también se requiere de experiencia, la cual se adquiere luego de un prolongado tiempo de estar en contacto con una determinada realidad, donde la adquisición de destrezas, habilidades y conocimientos se van desarrollando con la práctica, no siendo solo un aprendizaje que culmina con la ganancia de discernimiento teórico. Es donde la Antigüedad Laboral aporta los ingredientes necesarios para completar la receta para obtener resultados de calidad.

La antigüedad laboral, se entiende al tiempo que una persona presta servicios en un determinado trabajo. Se considera que aquellas personas de mayor antigüedad laboral, son las más experimentadas. Tal como lo plantea Benner en su teoría, tanto los estudiantes como los enfermeros, adquieren más experiencia a medida que pasan más tiempo ante situaciones reales. Luego de cierto tiempo, una vez adquiridos todos los conocimientos durante la formación y pudiendo aplicarlos de modo sistémico en la práctica, sin necesidad de hacer uso de guías o protocolos, se considera de que se ha alcanzado el nivel experto. (27)

Del mismo modo sucede con el cumplimiento de los registros enfermeros, recordando que los registros son un documento detallado de todo lo acontecido con el paciente, son un reflejo fiel de los cuidados brindados, pero para que esto se cumpla, con todas sus normas, es necesario adquirir cierta habilidad, destrezas y técnicas, donde no solo sea una evidencian de los actos realizados, sino que también sea un medio de comunicación intra e interdisciplinar, que permita brindar cuidados de calidad y que los mismos puedan ser continuos, para lograr un mayor bienestar en los sujetos de atención

Material y Método:

Diseño de la investigación:

La presente investigación es de tipo cuantitativo, descriptiva no experimental ya que la intencionalidad es describir lo que está pasando en un lugar y un tiempo determinado, pudiendo sugerir la presencia de asociación entre las variables estudiadas, sin manipulación de las mismas. Es un estudio de corte transversal, ya que los datos se recolectan en un solo momento y en un periodo determinado entre los meses de Marzo y Julio del año 2020. A su vez es prospectivo, debido a que se registrará la información según la ocurrencia de los mismos.

Sitio donde se realizará la investigación:

El sitio elegido, se seleccionó por conveniencia a que la hoja de registros enfermeros, en la cual está basada la investigación, pertenece de forma exclusiva al servicio de Neonatología un Hospital Público de la Ciudad de Rosario, siendo está una elaboración propia de los enfermeros asistenciales de la institución. Es el único sitio donde se puede realizar la misma, además de encontrar una población de 30 enfermeros de entre 24 y 67 años de edad, con título de enfermero licenciados y técnicos, y una antigüedad laboral que va desde los 2 a 29 años. A su vez se cuenta con la autorización de la institución, del Departamento de Enfermería y del Jefe a cargo del servicio de neonatología, para realizar la investigación. En la actualidad la institución no realizó capacitaciones ni auditorías sobre registros, que maduran a la población, cuenta con espacios adecuados, como ser sillas, mesas, la institución les otorga bolígrafos de calidad, buena iluminación para la realización de los registros y todos utilizan la misma hoja de registros. También fueron proporcionados todos los datos en cuanto a la edad de los enfermeros que es de 24 a 69 años, la antigüedad laboral es de 1 a 29 años, el nivel de formación es de 7 licenciados y 23 técnicos, con una totalidad de 15 incubadoras útiles separadas en dos sectores, uno de cuidados intensivos y otro de cuidados especiales. Para la validación del sitio se utilizó una guía de convalidación que se encuentra en el ANEXO I.

Población y muestra:

Mis unidades de análisis son dos: 1) los registros enfermeros; 2) los enfermeros asistenciales del servicio de Neonatología. Se realizará observación directa sobre una muestra de 295 registros enfermeros, según calculadora de muestra con un nivel de significancia del 95%. El tipo de muestreo será probabilístico ya que se pretende generalizar los resultados, la selección de los registros se realizará al azar hasta completar la cantidad sugerida por el calculador de muestra. Para

controlar posibles sesgos durante la recolección de datos, se incrementó un 10 % más a la cantidad de la población. Dicha muestra fue calculada considerando un promedio diario de 12 pacientes internados, con una totalidad de 888 registros en el periodo que comprende desde el 19 de Mayo al 31 de Julio de 2020 inclusive. Los mismos serán de pacientes con más de 48 hs de internación en los sectores de cuidados intensivos (UTI) y de cuidados especiales (UCE). Serán excluidos los registros confeccionados por la autora del proyecto. Además para naturalizar mi presencia, durante los primeros 20 días hábiles, es decir desde el 20 de Abril al 18 de Mayo, los registros observados no serán considerados en la investigación.

De la unidad de análisis enfermeros asistenciales, debido al tamaño de la población no se justifica la realización de un muestreo, por lo que se tomará la totalidad de sujetos pertenecientes al servicio de forma permanente, con más de dos años de antigüedad laboral, mayores a 25 años, que posean un nivel de formación técnico o superior, siendo un total de 25 enfermeros ya excluyendo a los participante de la prueba piloto y excluyendo a la autora del proyecto.

Instrumentos y técnicas para la recolección de datos:

Para la población o unidades de análisis “Registros de enfermería”, se utilizará la técnica “observación”, por medio de una lista de cotejo la cual medirá la variable “Nivel de cumplimiento”. Se irán tildando el cumplimiento o no de todos los registros que se realizan en la hoja de enfermería y report, la misma cuenta con 70 ítems y un espacio para colocar observaciones si las hubiera. (ANEXO II). Durante el periodo de tiempo comprendido entre el 19 de Mayo de 2020 al 31 de Julio de 2020 inclusive.

El mismo responde a la operacionalización de la siguiente variable:

Variable: Cumplimiento de registros: Cualitativa compleja, Dependiente. Escala de medición al momento de recolectar los datos es Nominal, ya que las respuesta son “SI” y “NO”, donde “SI” vale 2 puntos y “NO” vale 1, a posteriori en la reconstrucción de la variable, será convertida a Ordinal, donde existe un nivel alto de cumplimiento de registro en la obtención de 117 a 140 puntos, un nivel medio a la puntuación comprendida entre 94 a 116 puntos y bajo a las puntuaciones menos de 93. Considerando un puntuación máxima de 140 y una mínima de 70.

Definición: Documentación escrita, completa y exacta de los acontecimientos, necesidades, asistencia y resultados de la actuación de enfermería.

Dimensiones:

Datos personales del paciente: Indicadores: Nombre, Apellido, Edad gestacional del paciente, Fecha, Peso, Sector, Número de unidad, Diagnóstico, Días de vida.

Signos vitales: Indicadores: Temperatura del paciente, Temperatura de la incubadora, Frecuencia cardiaca, Tensión arterial, Frecuencia respiratoria, Saturación de oxígeno.

Oxigenoterapia: Indicadores: Método utilizado (Halo; Bigotera; CPAP; AMV; VAFO; ON), Parámetros (Fio2; PEEP; PIP).

Ingresos: Indicadores: Alimentación, Hidratación parenteral, Medicación vía oral, Medicación endovenosa, Balance parcial de ingresos.

Egresos: Indicadores: Diuresis, Catarsis, Vómitos / residuo gástrico, Balance parcial de egresos.

Actividades independientes: Indicadores: Peso, Baño, Rotación, Higiene perineal y cambio de pañal, Higiene ocular y bucal, Cambio de sábanas, Rotación de sensores, Control de SOG/SNG, Control de vía periférica, Contacto piel a piel, Educación para la lactancia, Control de sonda vesical, Presencia de familiar, Observaciones, Color de piel, Escala de dolor.

Actividades interdependientes: Indicadores: Curaciones, Colocación de sonda vesical, Colocación de SOG/SNG., Realización de cultivos, Realización de laboratorios, Colocación de vía periférica, Colocación de PC, Asistencia en colocación de canalización, Kinesioterapia respiratoria / aspiración.

Evolución: Indicadores: Realiza report, Realiza evolución cefalocaudal, Los registros son con orden cronológico, Los registros son retrospectivos, Se coloca hora de intervenciones, Se coloca respuesta de los pacientes a las intervenciones, Se detallan intervenciones pendientes, Se describe el estado del paciente al comienzo de la guardia, Se describe el estado del paciente al finalizar la guardia.

Aspectos legales: Indicadores: Letra clara y legible, Buena ortografía, Abreviaturas aceptadas, Firma y sello en cada registro, Colocación de hora de las observaciones, Salvedad de enmiendas o errores.

Errores más comunes: Indicadores: Letra ilegible, Errores de ortografía, Tachaduras, Enmiendas no salvadas, Abreviaturas no aceptadas, Escritura entre líneas, Sobre escritura, Utilización de líquido corrector, Espacios en blanco, Falta de fecha, Falta de firma, Falta de hora.

Para la población “Enfermeros asistenciales del servicio de neonatología”, se utilizará como técnica una encuesta, con un instrumento tipo cuestionario de 10 preguntas cerradas con más de una opción correcta, con una totalidad de 116 ítems y solo 68 respuesta correctas, con el objeto de medir la variable “Nivel de información sobre registros”, además de incluir, en el encabezado, la edad, nivel formación y antigüedad laboral (ANEXO II). Se realizará una orientación sobre el llenado de la encuesta y se otorgará de 15 a 20 minutos para que los enfermeros la completen, proporcionando un ambiente tranquilo, con buena iluminación.

Este instrumento cuenta con una introducción, con una breve explicación para el llenado, además de tener incluidas otras variables, como ser edad, nivel de formación y antigüedad laboral. El mismo responde a la operacionalización de la siguiente variable:

Variable: Edad: Cuantitativa simple, Independiente. Escala de medición Razón. Indicador: cantidad de años.

Variable: Antigüedad laboral: Cuantitativa simple, Independiente. Escala de medición Razón. Indicador: Cantidad de años.

Variable: Nivel de formación: Cualitativa simple, Independiente. Escala de medición Ordinal. Indicadores: Técnico, Licenciado.

Variable: Nivel de información sobre registro: Cualitativa compleja, Independiente. Escala de medición Ordinal al comienzo, ya que las respuesta son “CORRECTA” e “INCORRECTA”, donde cada respuesta correcta vale 1 punto y cada respuesta incorrecta vale 0 puntos, a posteriori en la reconstrucción de la variable, será convertida a Ordinal, donde existe un nivel alto de información sobre registros en la obtención de 60 a 68 puntos, un nivel medio a la puntuación comprendida entre 51 a 59 puntos y bajo a las puntuaciones menos de 50. Considerando un puntuación máxima de 68 y una mínima de 0.

Definición: Hechos adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto referente a la realidad. Lo que se adquiere como contenido intelectual relativo a un campo determinado o a la totalidad del universo.

Dimensiones:

Aspectos legales: Indicador: Es un amparo legal, Es un elemento jurídico, Se registran cuidados brindados por enfermería, procedimientos médicos y estado del paciente, Los registros de enfermería son un indicador de calidad para el cuidado y evaluación del paciente, Deben contener fecha, hora, firma con aclaración o sello, Deben ser anotaciones objetivas sin juicios de valor, No

se deben utilizar abreviaturas no aceptadas, No se debe utilizar líquido corrector, No se aceptan tachaduras o enmiendas, No dejar espacios en blanco, Deben tener orden cronológico, Registrar de modo simultaneo a cómo van sucediendo los hechos, No escribir entre líneas.

Partes de la hoja de enfermería: Indicadores: Está dividida o agrupada por necesidades básicas, Se registrar actividades independientes e interdependientes.

Cómo rellenar la hoja de enfermería en el anverso: Indicador: Nombre y apellido del paciente, Edad gestacional del paciente, Peso actual del paciente en gramos, Sector que se ubica el paciente, Número de unidad del paciente, Diagnóstico del paciente, Días de vida del paciente, Temperatura del paciente en grados centígrados, Temperatura de incubadora en grados centígrados o incubadora apagada, Frecuencia cardiaca del paciente, Frecuencia respiratoria del paciente, Tensión arterial del paciente, Saturación del paciente, Método de oxigenoterapia que se utiliza (Halo, Bigotera, CPAP, AMR, VAFO, ON), Parámetros que se registran: Fio2, PEEP, PIP, Cantidad de mililitros de Hidratación parenteral, Cantidad de mililitros de Nutrición parenteral total, Cantidad de mililitros de Coloides, Cantidad de mililitros de antibióticos, Medicación vía oral en miligramos, Balance parcial en mililitros, Cantidad de diuresis en gramos o mililitros, Cantidad de catarsis con signos (-, +, ++, +++), Residuo gástrico en mililitros, Vómitos con signos (-, +, ++, +++), Balance parcial en gramos, Balance total de 24 hs.

Cómo rellenar la hoja de enfermería en el reverso: Indicador: Indicar visita del que familiar asistió, Tildar cuando se pesa el paciente, Tildar cuando se realiza baño en cama y cambio de sabanas, Tildar cuando se rota al paciente, Tildar para indicar que el paciente tiene nido, Tildar cuando se realiza una higiene perineal y cambio de pañal, Indicar con que se realizó curación y zona donde fue realizada, Tildar cuando se realiza higiene bucal y ocular, Colocar control o colocación de sonda vesical, Tildar si el paciente tiene sensor de saturometría, Registrar rotación de saturometría, Tildar si tiene SOG o SNG, Indicar ubicación de sonda, Registrar cuando se coloca SOG o SNG, Registrar control de SOG/SNG, Colocar que cultivos se realizaron, Tildar si se realizaron laboratorios; Indicar tipo de vía y ubicación, Colocar control de vía periférica/PC/CVC/Canalización umbilical, Indicar que mucosas se aspiraron, Tildar si se realiza COPAP, Tildar si se realiza educación para la lactancia.

Evolución: Indicador: Detallar el estado del paciente durante toda la guardia, Evolución en orden cronológico y cefalocaudal, Registrar las respuestas del paciente ante las intervenciones, Registrar intervenciones pendientes.

Los instrumentos fueron elaborados por la autora del proyecto, respondiendo a las necesidades del mismo.

Ambos instrumentos fueron seleccionados teniendo en cuenta que son fáciles de aplicar, codificar y analizar, además de ser económicos, requiriendo un menor tiempo y esfuerzo para sus respondientes, son autoadministrables y permiten mantener el anonimato.

En cuanto a los principios de bioética, se tendrán en cuenta que los mismos sean respetando en su totalidad, ya que la premisa máxima es no dañar, los sujetos no estarán expuestos a daños físicos ni psicológicos, se va a asegurar la confidencialidad, manteniendo el anonimato de todos los participantes, se va a brindar información completa, clara y precisa, por medio de un consentimiento informado con un código personal, que se encontrará en el encabezado del instrumento que se utilizará para medir la variable “Nivel de información sobre registros”, respetando su derecho a no querer participar. El reclutamiento de cada una de las unidades de análisis va a ser equitativo, sin poner en riesgo a un grupo para beneficiar a otro. Además de contar con una autorización previa, de la institución, para realizar la investigación.

Personal a cargo de la recolección de datos:

La autora del proyecto será la encargada de realizar la recolección de datos.

Prueba Piloto:

El día 4 de Noviembre de 2019, se realizó la prueba piloto en 5 registros de enfermería y en 5 enfermeros asistenciales pertenecientes al servicio de Neonatología. Se les dio una breve explicación del tema a estudiar y como se debería completar el cuestionario, a su vez se evacuaron dudas con respecto a la realización del mismo. Además se proporcionó un consentimiento informado con código personal, para preservar el anonimato.

En cuanto a la lista de cotejo utilizada sobre los 5 registros de enfermería, se pudo emplear sin dificultad, permitiendo recolectar la información de manera rápida, sencilla y sin omisiones, por lo cual no requirió modificaciones.

Durante la realización de las encuestas tipo cuestionario, no se recibieron preguntas de parte de los participantes con respecto a la interpretación de las preguntas formuladas, tampoco se encontraron

cuestionarios incompletos, lo cual dio la pauta de que el instrumento era claro y no requerían modificaciones.

Plan de análisis

Una vez recogidos los datos, serán codificados, es decir traducir las respuestas u observaciones a símbolos o números, luego se procederá a la tabulación de los mismos agrupando las variables seleccionadas y sus correspondientes dimensiones, el análisis será univariado y bivariado. Las variables cualitativas complejas serán reconstruidas, es decir traducidas a índices, la suma obtenida (índices) será confrontada a porcentajes que establecen rangos en cuanto a niveles: Alto, Medio y Bajo. La variable “Nivel de cumplimiento de registros” será reconstruida de la siguiente manera: existe un nivel alto de cumplimiento de registro en la obtención de 117 a 140 puntos, un nivel medio a la puntuación comprendida entre 94 a 116 puntos y bajo a las puntuaciones menos de 93. Considerando un puntuación máxima de 140 y una mínima de 70, donde SI vale 2 puntos y NO vale 1 puntos. En cuanto a la variable “Nivel de información sobre registros” su reconstrucción será de la siguiente forma: existe un nivel alto de información sobre registros en la obtención de 60 a 68 puntos, un nivel medio a la puntuación comprendida entre 51 a 59 puntos y bajo a las puntuaciones menos de 50. Considerando un puntuación máxima de 68 y una mínima de 0, donde cada respuesta CORRECTA vale 1 punto y cada respuesta INCORRECTA vale 0 puntos.

Los datos se presentarán en tablas de distribución de frecuencia de las diferentes dimensiones de cada variable, luego los datos se volcarán en gráficos de barra simple y adosada, para determinar los porcentajes de niveles de cumplimiento de registros y el nivel de información sobre los mismos. Se calcularán las medidas de tendencia central, tanto la moda, la media y la mediana se volcarán en tablas.

En cuanto a las variables Edad, Antigüedad laboral y Nivel de formación, serán volcadas en tablas de distribución de frecuencia y se determinara la medida de tendencia central y establecer la moda.

Se utilizará el programa estadístico SPSS, además de consultar con un estadístico para verificar si hay asociación entre las variables.

Plan de trabajo:

Se comenzará a realizar las encuestas a los enfermeros asistenciales que se encuentren desempeñando sus funciones, desde el lunes 2 de Marzo de 2020 hasta el viernes 17 de Abril de 2020 inclusive. El costo aproximado de esta actividad es de \$263 en fotocopias y \$1984 en transporte.

A partir del 20 de Abril de 2020 hasta el 18 de Mayo del mismo año, se realizará una naturalización de mi participación realizando una observación de los registros que no van a ser considerados en la investigación, con un costo aproximado de \$90 en fotocopias y de \$1280 de transporte.

Luego desde el 19 de Mayo hasta el 31 de Julio de 2020 inclusive, se realizara la observación de los registros con un costo aproximado de \$1206 en fotocopias y \$ 3264 en transporte.

Durante el mes de Agosto de 2020 se procederá con la tabulación de datos, para luego en el mes de Septiembre de 2020 realizar el análisis y elaboración de la conclusión.

En el mes de Octubre de 2020 se confeccionará el informe final de la investigación y en el mes de Noviembre del mismo año se llevará a cabo la difusión del mismo.

El costo total aproximado será de \$8087, considerando transporte, fotocopias e impresiones.

Cronograma de Trabajo

	2 de Marzo al 17 de Abril (2020)	20 de Abril al 18 de Mayo (2020)	19 al 29 de Mayo (2020)	Junio (2020)	Julio (2020)	Agosto (2020)	Septiembre (2020)	Octubre (2020)	Noviembre (2020)
Realización de encuestas.									
Naturalización de mi presencia.									
Observación de registros.									
Tabulación de datos.									
Análisis de datos y elaboración de conclusión.									
Confección del informe final de la investigación									
Difusión del informe final de la investigación									

ANEXOS

ANEXO I

- **Guía de convalidación del sitio:**

- ¿La institución autoriza la recolección de datos para la investigación?
- ¿La institución permite la observación de Historias Clínicas?
- ¿Cuántos enfermeros integran el equipo?
- ¿Cuántos enfermeros se encuentran prestando servicios puramente asistenciales?
- ¿Cuántas incubadoras útiles hay en el servicio?
- ¿La edad de los enfermeros es variada?
- ¿La antigüedad laboral de los enfermeros es variada?
- ¿Cuántos enfermeros y cuántos licenciados integran el grupo?
- ¿La institución realiza capacitaciones sobre registros de enfermería?
- ¿La institución realiza auditorias de los registros de enfermería? En caso de respuesta afirmativa, ¿Cuándo y cada cuánto?, ¿De qué forma?, ¿Quiénes la realizan?, ¿Con que fin son realizadas?
- ¿La institución posee espacios adecuados para la realización de registros? Por ejemplo mesas, sillas, ambiente tranquilo.
- ¿Se cuenta con buena iluminación en todos los ambientes?
- ¿Todos los enfermeros utilizan la misma hoja de registros?

ANEXO II

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN N°1: “NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE REGISTROS”.

DIMENSION	INDICADOR	SI (2)	NO (1)	OBSERVACIONES
Datos personales del paciente.	1. Nombre			
	2. Apellido			
	3. Edad gestacional del paciente			
	4. Fecha			
	5. Peso			
	6. Sector			
	7. Número de unidad			
	8. Diagnostico			
	9. Días de vida			
Signos vitales	10. Temperatura del paciente			
	11. Temperatura de incubadora			
	12. Frecuencia cardiaca			
	13. Tensión arterial			
	14. Frecuencia respiratoria			
Oxigenoterapia	15. Saturación de oxígeno			
	16. Método utilizado (Halo; Bigotera; CPAP; AMV); VAFO; ON) 17. Parámetros (Fio2; PEEP; PIP)			
Ingresos	18. Alimentación			
	19. Hidratación parenteral			
	20. Medicación vía oral			
	21. Medicación endovenosa			
	22. Balance parcial de ingresos			
Egresos	23. Diuresis			
	24. Catarsis			
	25. Vómitos / Residuo gástrico			
	26. Balance parcial de egresos			
Actividades independientes	27. Peso			
	28. Baño			

	29. Rotación			
	30. Higiene perineal y cambio de pañal			
	31. Higiene ocular y bucal			
	32. Cambio de sábanas			
	33. Rotación de sensor			
	34. Control de sog/sng			
	35. Control de vía periférica			
	36. Contacto piel a piel			
	37. Educación para la lactancia			
	38. Control de sonda vesical			
	39. Presencia de familiar			
	40. Observaciones			
	41. Color de piel			
	42. Escala de dolor			
Actividades interdependientes	43. Curaciones			
	44. Colocación de sonda vesical			
	45. Colocación de sog/sng			
	46. Realización de cultivos 47. Realización de laboratorios			
	48. Colocación de vía periférica 49. Colocación de PC 50. Asistir en colocación de canalización central			
	51. Kinesioterapia respiratoria/ aspiración de secreciones			
Evolución	52. Realización de report			
	53. Realización de evolución cefalocaudal			
	54. Realización de registros con orden cronológico			
	55. Realización de registros retrospectivos			
	56. Colocación de hora de intervenciones			

	57. Coloca respuesta del paciente a las intervenciones			
	58. Se detallan intervenciones pendientes			
	59. Se describe estado del paciente al comienzo de la guardia			
	60. Se describe estado del paciente al final de la guardia			
Aspectos legales y errores más comunes.	61. Letra clara y legible			
	62. Buena ortografía			
	63. Tachaduras o enmiendas			
	64. Abreviaturas aceptadas 65. Abreviaturas no aceptadas 66. Escritura entre líneas 67. Utiliza liquido corrector 68. Deja espacios en blanco 69. Firma y sello en cada registro 70. Colocación de hora de las observaciones			

INSTRUMENTO DE MEDICION N°2: “NIVEL DE INFORMACION SOBRE REGISTROS”

EDAD:

ANTIGÜEDAD LABORAL:

NIVEL DE FORMACION:

(Marcar con una cruz la o las respuestas correctas)

1) ¿Qué es un registro de enfermería?

(...) Es un amparo legal.

(...) Es un elemento jurídico que evidencia de forma escrita el acto de cuidar.

(...) Es fuente de prueba ante un juicio.

(...) Es donde se registran solo el cumplimiento de indicaciones médicas.

(...) Es un documento público de acceso libre.

(...) es donde se registrar cuidados brindados por enfermería, procedimientos médicos y estado del paciente.

2) ¿Cómo deben ser los registros?

(...) Debe tener solo fecha.

(...) Deben tener fecha y hora.

(...) Deben tener fecha, hora, firma con aclaración o sello.

(...) Se pueden registrar juicios de valor.

(...) Las anotaciones deben ser objetivas.

(...) se pueden usar abreviaturas no aceptadas.

(...) Se puede utilizar líquido corrector en ocasiones especiales.

(...) Se aceptan tachaduras o enmiendas prolijas.

(...) No se dejan espacios en blanco.

(...) Se dejan espacios en blancos por si luego recuerda algo que no se registró.

(...) Los registros deben tener un orden cronológico y cefalocaudal.

(...) Se pueden realizar los registros antes de realizar los procedimientos para optimizar el tiempo.

(...) Se deben registrar los hechos de modo simultaneo a como fueron aconteciendo.

(...) Se puede escribir entre líneas si se olvidó de registrar.

3) ¿Qué características tiene la hoja de enfermería?

(...) Solo se contemplan las actividades independientes.

(...) Está dividida por necesidades básicas.

(...) Se registran las actividades independientes e interdependientes.

(...) En el reverso de la hoja se registra solo tildando o colocando cruces.

4) ¿Qué datos personales del paciente tiene la hoja de enfermería?

(...) Nombre y Apellido.

(...) Nombre de la madre y el padre.

(...) Edad gestacional del paciente.

(...) Fecha de nacimiento.

(...) Peso actual en gramos.

(...) Peso al nacer.

(...) Fecha del día.

(...) Sector donde se encuentra el paciente.

(...) Número de unidad donde se encuentra el paciente.

(...) Diagnostico del paciente.

(...) Diagnostico de la madre.

(...) Días de vida del paciente.

(...) Días de estadía.

5) ¿Qué datos de los signos vitales se registran?

(...) Temperatura del paciente.

(...) Temperatura del ambiente.

(...) Temperatura de incubadora.

(...) Frecuencia cardiaca.

(...) Frecuencia respiratoria.

(...) Tensión arterial.

(...) PaO₂.

(...) Presión venosa central.

(...) Todas.

6) ¿Qué datos de oxigenoterapia se registran?

(...) Método utilizado (Halo, Bigotera, CPAP, AMR, VAFO, ON).

(...) Resultado del EAB.

(...) FiO₂.

(...) MAP.

(...) PEEP.

(...) PIP.

(...) Amplitud.

(...) Todas.

7) ¿Cómo se deben registrar los ingresos?

(...) Tildar si tomo pecho materno o complemento.

(...) Indicar toma de pecho materno.

(...) Indicar cantidad de mililitros de complemento.

(...) Cantidad de mililitros de Hidratación parenteral.

(...) Con indicar que tiene Hidratación parenteral es suficiente.

(...) Cantidad de mililitros de Nutrición parenteral total.

(...) Cantidad de mililitros de Coloides.

(...) Solo basta con registrar que se administraron coloides.

(...) Medicación vía oral en miligramos.

(...) Solo nombre de la medicación administrada.

(...) Cantidad de mililitros de antibióticos.

(...) Se realiza balance parcial.

(...) Solo balance total de 24 hs.

8) ¿Qué se debe colocar en los egresos?

- (...) Cantidad de diuresis en mililitros.
- (...) Cantidad de catarsis con signos (-, +, ++, +++).
- (...) Residuo gástrico en mililitros.
- (...) Características del residuo gástrico.
- (...) Cantidad de diuresis en gramos.
- (...) Vómito con signos (-, +, ++, +++).
- (...) Diuresis con signos (-, +, ++, +++).
- (...) Características de catarsis y diuresis.
- (...) Balance parcial.
- (...) Solo balance total de 24 hs es suficiente.

9) En el reverso de la hoja se debe completar de la siguiente manera:

- (...) Visita de familiar solo con cruz o tilde.
- (...) Indicar que familiar asistió a la visita.
- (...) Peso en gramos.
- (...) Tildar cuando se pesa al paciente.
- (...) Tildar cuando se realiza baño y cambio de sábanas.
- (...) Tildar cuando se rota al paciente.
- (...) Tildar cuando se coloca nido.
- (...) Tildar para registrar que el paciente tiene nido.
- (...) Tildar cuando se realiza higiene perineal y cambio de pañal.
- (...) Tildar cuando se realiza una curación.
- (...) Indicar que tipo de curación se realizó y ubicación de la misma.
- (...) Tildar cuando se realiza higiene bucal y ocular.
- (...) Tildar si el paciente tiene sonda vesical.
- (...) Colocar control de sonda vesical.

- (...) Tildar si el paciente tiene sensor de saturometría.
- (...) Tildar si se rota el sensor de saturometría.
- (...) Registrar rotación del sensor de saturometría.
- (...) Tildar si tiene SOG/SNG.
- (...) Indicar que tipo de sonda tiene el paciente.
- (...) Registrar colocación de SOG/SNG.
- (...) Registrar control de SOG/SNG.
- (...) Tildar si se realizaron cultivos.
- (...) Registrar tipo de cultivo que se realizó.
- (...) Colocar que laboratorios se realizaron.
- (...) Tildar si se realizaron laboratorios.
- (...) Colocar control de vía.
- (...) Indicar tipo y ubicación de vía (vía periférica, PC, CVC, Canalización umbilical).
- (...) Tildar para indicar que el paciente tiene vía.
- (...) Tildar KTR/ASP.
- (...) Indicar tipo de secreciones.
- (...) Indicar que mucosas se aspiraron.
- (...) Tildar si se realiza COPAP.
- (...) Tildar si se realiza educación para la lactancia.

10) ¿Qué se debe colocar en el espacio de evolución?

- (...) Detallar solo los cuidados brindados durante toda la guardia.
- (...) Detalle del estado del paciente durante toda la guardia.
- (...) Evolución con orden cronológica y cefalocaudal.
- (...) Respuesta del paciente solo ante intervenciones independientes.
- (...) Respuesta del paciente ante intervenciones independientes e interdependientes.
- (...) Registrar intervenciones pendientes.
- (...) No es necesario registrar intervenciones pendientes.

(....) Solo registrar respuestas a intervenciones interdependientes.

(....) Registrar firma y sello.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente cuestionario es parte de una investigación de la Universidad Nacional de Rosario de la Actividad académica Tesina. Tiene como objetivo recabar información sobre registros en el Servicio de Neonatología de un Hospital Público de la ciudad de Rosario. Con el propósito de describir la relación que existe entre el nivel de información de registros y el nivel de cumplimiento de los mismos.

“Declaro que recibí una explicación detallada y en forma verbal de las actividades que se realizarán, y de los que se espera de mí.

Mi participación en el estudio es completamente voluntaria, y no soy obligado a tomar parte, por lo que firmo el presente formulario dando mi consentimiento. Acepto participar y puedo retirarme del estudio en cualquier momento que lo desee, sin necesidad de justificación alguna.

La información que se obtenga sobre mi persona ser confidencial. En los registros del estudio apareceré con un código personal, y los datos que aporte a este estudio serán publicados exclusivamente en el marco de la investigación. Mi colaboración en este estudio no implicará ningún tipo de costo monetario de mi parte, ni percibiré por ello retribución económica alguna. Una vez concluida las actividades a las que se hizo mención, renuncio a cualquier tipo de reclamo, siempre y cuando se mantengan las condiciones más arriba explicitadas.”

AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR LA INVESTIGACION

Yo _____ , mayor de 21 años, certifico que he leído el procedimiento para llevar a cabo la investigación titulada:

“Relación entre el nivel de cumplimiento de registros y el nivel de información sobre registros, según edad, antigüedad laboral y nivel de formación de los enfermeros asistenciales.”

Él/La investigador/a me ha explicado el propósito de su investigación y ha contestado mis preguntas relacionadas a la misma. Estoy de acuerdo en participar de la investigación.

Participante

Fecha.

Referencias Bibliográficas:

- (1) Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación. “Derechos del paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de Salud” Ley 26.529 modificada por la ley 26.742. 2019. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-1089-2012-199296/texto> [Consultado: Octubre de 2019]
- (2) Fernández Aragon S, Ruydiaz Gómez K, Del Toro Rubio M. Notas de enfermería: una mirada a su calidad. Rev. Salud Uninorte. 2016.32. 337-344.
- (3) Liria Castillas J. Apego en la elaboración de las notas de enfermería por el personal del turno nocturno B en base a la norma oficial mexicana 168. Tesis de licenciatura. Universidad Michiacana de San Nicolás de Hidalgo. 2007.
- (4) López-Cocotle J, Saavedra-Vélez CS, Moreno-Monsiváis MG, Flores-De la Cruz S. Niveles de cumplimiento de calidad del registro clínico de enfermería. Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad. 2015. 6(1): 65-77.
- (5) Reyes J, Jara P, Merino JM. Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería. Cienc Enferm. 2007.13 (1): 45-57
- (6) Bautista Rodríguez LM, Vejar Ríos LY, Pabón Parra MR, Moreno JJ, Fuentes Rodríguez L, León Solano KY, Bonilla JA. Grado de Adherencia al protocolo de registros clínicos de enfermería. Revista Cuidarte. 2016. 7(1): 1195-203.
- (7) Nomura ATG, Barragan da Silva M, Abreu Almeida M. Calidad de los registros de enfermería antes y después de la Acreditación Hospitalaria en un hospital universitario. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2016. 24
- (8) Devkaran S, O’Farrell PN. The impact of hospital accreditation on clinical documentattion compliance. BMJ Open. 2014.4(8)
- (9) Hernández – Cantú EI, Reyes – Silva AKS, García – Pineda MA. Cumplimiento de los registros clínicos, esquemas terapéuticos e intervenciones de enfermería en un hospital de segundo nivel de atención. Rev. Enferm Inst Mez Seguro Soc. 2018; 26 (2): 65 – 72

- (10) Ruiz – Gómez E, Domínguez – Orozco V, Pérez – Castro - Vázquez JA, Acevedo – Peña. La eficacia de la nota de Enfermería en el expediente clínico. Rev. CONAMED. 2017; 22 (2): 82 – 86
- (11) Celaya – Alvarado LD, Godínez- Rodríguez MA. Factores que intervienen en la elaboración de los registros clínicos de enfermería en un primer nivel de atención. XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, Cuba. 2018.
- (12) Elera E, Palacios K. registros de enfermería: Calidad de las notas de servicios de oncológicos. Rev. Ciencia y Arte de enfermería. 2019; 4(1): 48-55
- (13) Cuevas – Budhart MA, González – Martínez BR, Álvarez – Bolaños E, Barrera – García MJ, de Almeida – Souza A, González – Jurado MA, Gómez del Pulgar – García Madrid M. Diseño y validación de un nuevo registro clínico de enfermería, para la continuidad del cuidado y seguridad del paciente en hemodiálisis. Enferm. Nefrol. 2019, Abr – Jun; 22(2):168-175
- (14) Sebastián – Viana T, González – Ruiz JM, Núñez – Crespo F, Lema – Lorenzo I, Gadea – Romero G, Losa – Iglesias ME. La validez de un registro clínico de úlceras por presión. An sist. Sanit. Navar. 2014, 37 (1) Ene – Abr.
- (15) Torres Santiago M, Zarate – Grajales RA, Matus – Miranda R. Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación. Rev. Enfermería Universitaria ENEO – UNAM. 2011, 8(8): 17- 25.
- (16) Comité Científico de Enfermería Neonatal, Hospital de Pediatría SAMIC. Prof. Dr. J.P Garrahan. Cuidados en enfermería neonatal. Tercera edición. Ediciones Journal. 2012. 2 – 49; 72 – 200.
- (17) Municipalidad de Rosario. Secretaria de salud pública. Hospital Dr. Roque Sáenz Peña. Disponible en: <https://www.rosario.gob.ar/web/servicios/salud/hospitales/hospital-dr-roque-saenz-peña#> [Consultado: Octubre de 2019]
- (18) Videla – Balaguer ML. Revisando técnicas de control de signos vitales. Rev. Fundasamin. Enfermería neonatal. 2010: 3(10); 05 - 09
- (19) Ghersi CA, Weingarten C. Historia Clínica. 2º Edición Actualizada y Ampliada. Nova Tesis. Editorial Jurídica. Rosario. 2017; (61-77).

- (20) Caramelo G. Historia Clínica. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la salud. 03/2017; (1-4).
- (21) Patitó JA. Medicina legal. Buenos Aires. Centro Norte. 2000.
- (22) Ley Nacional Argentina N°26.529 con modificación de la Ley N°26.742 “Derechos del paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de Salud.”
- (23) Organización Mundial de la Salud (OMS). Tema de salud: “Enfermería”. 2019. Disponible <http://origin.who.int./topics/nursing/es/> [Consultado Septiembre del 2019].
- (24) Tomey AM, Alligood MR. Modelos y Teorías en enfermería. 5° Edición. ELSEVIER. Madrid, España. 2005. (14-28).
- (25) Arreciado Marañón A, Estorach Querol MJ, Ferrer Francés S. La enfermería experta en el cuidado de paciente crítico según Patricia Benner. Enfermería intensiva. 2011; 22(3).
- (26) Martínez-Olivares MV, Cegueda-Benítez BE, Romero-Quechol G, Galarza-Palacios ME, Rosales-Torres MG. Competencia laboral de la enfermera en la valoración por patrones funcionales de salud. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2015; 23(1): 3-8.
- (27) Programa Integración de Tecnologías a la Docencia, Vicerrectoría de Docencia, Universidad de Antioquia. Definición del Proceso Enfermero. Aprende en línea. 2016. Disponible <http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61914> [Consultado Noviembre del 2019]
- (28) Soto P, Reynaldos K, Martínez D, Jerez O. Competencias para la enfermera/o en el ámbito de gestión y administración: desafíos actuales de la profesión. Aquichan. 2014;14(1):79-99.
- (29) Carrillo Algarra AJ, Martínez Pinto PC, Taborda Sánchez SC. Aplicación de la Filosofía de Patricia Benner para la formación en enfermería. Revista Cubana de Enfermería. Vol 34 (2). 2018.
- (30) Carrillo Algarra AJ, García Serrano L, Cárdenas Orjuela MC, Díaz Sánchez IR, Yabrudy Wilches N. la filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. Enfermería Global. Vol 32. 2013; 346-361.

(31) Durante-Montiel MBI, Lozano-Sánchez JR, Martínez -González A, Morales-López S, Sánchez-Mendiola M. Evaluación de competencias en ciencia de la salud. México: medica Panamericana; 2012.

(32) Molina P, Jara P. el saber practico en enfermería. Revista cubana de enfermería 2010; 26(2): 37-43.

(33) Martínez – Olivares MV, Cegueda – Benítez BE, Romero – Quechol G, Galarza – Palacios ME, Rosales – Torres MG. Competencia laboral de la enfermera en la valoración por patrones funcionales de salud. Rev. Enferm Inst Mex Seg Soc. 2015; 23(1):3-8