

Registros de Enfermería como Evidencia del Cuidado

Nursing Records as Evidence of Care

Recibido 1 Ago. 2013/Enviado para Modificación 30 Sep. 2013/Aceptado 15 Nov. 2013

Mariela Suárez Villa¹

Universidad Simón Bolívar

RESUMEN

Los cuidados de Enfermería constituyen un elemento fundamental y articulador en la atención integral que se brinda en el medio hospitalario. Esto se evidencia en los documentos que registran la atención al paciente; en este sentido, las notas de Enfermería son una importante fuente de información que permiten dar continuidad al cuidado. En este trabajo, se realiza una revisión bibliográfica de aspectos que deben tenerse en cuenta para la realización de las notas de Enfermería. Más en concreto, se trata de conceptos deontológicos de la profesión y de aspectos legales que deben tenerse en cuenta para la construcción de la historia clínica. El insumo final para el análisis fue integrado por 50 artículos científicos de revisión, reflexión e investigación incluidos en las bases de datos SCIELO, OVID, DIALNET y PUBMED, así como documentos emanados de la legislación colombiana. En la estrategia de búsqueda, se utilizaron las palabras clave: enfermería, registros de enfermería, atención de enfermería y servicios de enfermería. En conclusión, quedó claro que las notas de Enfermería forman parte esencial de los expedientes de cualquier institución hospitalaria; en ellas se registran las intervenciones que realiza Enfermería en su labor asistencial. Por tanto, es necesario contar con documentos legales que avalen el rol autónomo de la profesión para así facilitar la investigación clínica, docente y cumplir con los requerimientos fundamentales para defender eficazmente litigios y retos legales.

Palabras Clave: Enfermería, registros de Enfermería, atención de Enfermería, servicios de Enfermería. (Fuente: DeCS).

ABSTRACT

A fundamental key element and articulator in the comprehensive care that is provided by the hospital environment is the nursing care. The documents that record the patient care are evident, in this sense, this is evident in the documents that record the patient care; in this sense, the nursing notes are an important source of information that allows you to give continuity to the care. In this work paper, a bibliographical review about aspects that must be taken into account for doing nursing notes is done. It's about concepts of ethic of the profession and legal aspects which must be taken into account in order to report the clinical history, more specifically, final input for the analysis of 50 scientific articles in order to review was composed, reflection and research included in the SCIELO, OVID, DIALNET and PUBMED databases, and documents issued by Colombian legislation. The search strategy the key words: nurse, nursing, nursing care and nursing services records were used. In conclusion, it is clear that nurses notes are an essential part of any hospital; there nursing care interventions made by nursing care work are recorded. So, to have legal documents demonstrating the role of the autonomous profession to facilitate clinical research, is necessary, teaching and comply with the fundamental requirements for effectively defending litigation and legal challenges

Keywords: Nursing, Nursing records, Nursing Care, nursing services (Source: MeSH, NLM).

¹ Enfermera. Especialista en Gerencia en Salud y Seguridad Social. Magister en Educación. Docente Programa de Enfermería, Universidad Simón Bolívar. Correo electrónico: msuarez2@unisimonbolivar.edu.co

Introducción

El tema de calidad se ha convertido en un asunto de mucha trascendencia en los actuales servicios de salud, que pretenden lograr la satisfacción de usuarios y trabajadores brindándoles la mejor atención. Al respecto, se ha comprobado que las enfermeras (os) y sus cuidados son parte fundamental para el logro de los objetivos de calidad de una institución prestadora de servicios, debido a las actividades específicas que realizan (1). Por ello, es fundamental abordar aspectos deontológicos y legales de la profesión referidos a la elaboración de la historia clínica, dada su importancia para el desarrollo profesional enfermero y la función que cumplen como instrumentos para una atención sanitaria de calidad.

De manera concreta, las enfermeras (os) se desempeñan en atención directa al usuario, gestión de recurso personal y material, formación básica, posbásica y continuada, y en las relaciones externas de la institución con familiares y otros centros (2). En cualquier contexto, el acto de cuidado es el atributo clave del ejercicio de la profesión. Este se fundamenta en las teorías y tecnologías, así como en los conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas; y se realiza a partir de la comunicación eficaz y de la relación interpersonal entre el profesional y el ser humano, considerado como individuo, familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida (3).

En Enfermería, el cuidado implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo, para identificar, dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado propiamente dicho; todo ello, evaluando las acciones y con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en tratamiento y rehabilitación, y desarrollar, en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas. Es así como se favorece el compromiso, la responsabilidad y la armonía, concediendo a la práctica el contenido ético que demanda la sociedad (3, 4).

Legalmente, la calidad de atención se fundamenta en la Ley 266 de 1996, que, en su artículo 19, indica la necesidad de asegurar la atención de calidad científica, técnica, social, humana y ética; disponiendo que el ejercicio de la Enfermería en Colombia, se debe ejercer según los criterios y normas de atención y educación de la ANEC y ACOFAEN, en correspondencia con lo definido por el Consejo

Técnico Nacional de Enfermería y lo decretado por los organismos gubernamentales (5).

Los aspectos precisos posibilitan la calidad de atención y en ellos se destaca la importancia de los cuidados. Por otra parte, las acciones y el volumen de trabajo que realizan las enfermeras (os) corresponden a un elevado porcentaje del total de las acciones sanitarias de la institución. Su participación en instituciones modernas de salud dentro de un contexto de autonomía y responsabilidad en cooperación e interdependencia con otros profesionales, y la capacidad de planificar, ejecutar y evaluar sus acciones, garantizan a los usuarios cuidados idóneos y con una identidad propia con miras a la excelencia (5, 6).

Por la importancia que ya se ha precisado, la calidad en la prestación de los servicios de salud debe tomarse en cuenta en la gestión, no solo por la mejora que significa en las capacidades de la institución, sino porque, en el eje de todos los procesos, se encuentra la vida de las personas, en las cuales la salud debe ser promovida y protegida como obligación ineludible del Estado (6, 7). Por ser, entonces, un componente articulador entre usuario e institución, es importante que se optimicen los recursos, herramientas y métodos para brindar el cuidado de Enfermería con calidad, de forma tal que se evidencie con claridad en la historia clínica del paciente.

Ahora bien, la historia clínica no es otra cosa que la descripción detallada de los datos relativos a la salud de una persona. En tal sentido, es la base del sistema de información en la atención del paciente y un medio de comunicación esencial entre los profesionales que colaboran en ella. Si está bien estructurada y completa, la historia clínica facilita la medición de la calidad y eficiencia en la atención brindada; además, es utilizada para proteger aspectos médico-legales del paciente, la institución y el cuerpo de profesionales de la salud; por último, provee datos para la investigación, educación, administración, planificación y evaluación de las acciones de salud (8).

Los registros constituyen la principal fuente de información referida a la situación del paciente. Cuando la documentación escrita de los servicios brindados no es completa y exacta, puede ser utilizada como base legal para comprobar que la asistencia no se ha realizado según las normas aceptadas para la práctica, y convertirse en prueba o evidencia para

demandas contra la institución y el personal de la salud, pues permite evaluar retrospectivamente los cuidados y atención no proporcionados (9).

Partiendo de los conceptos de historia clínica y de notas de Enfermería, los cuales hacen referencia a información detallada y precisa de la atención brindada a nivel asistencial y del registro de los cuidados brindados por parte del personal de Enfermería, los autores del presente trabajo realizaron la búsqueda de información con respecto a la temática en diversas bases de datos, como Scielo, Ovid, Dialnet y PubMed. Inicialmente, fueron seleccionados 66 artículos científicos que aludieran a las palabras claves utilizadas: enfermería, registros de enfermería, atención de enfermería y servicios de enfermería. De estos, finalmente, se escogieron 50 artículos publicados entre los años 2004 y 2011, que tratan en específico sobre la historia clínica. Para el análisis, se tuvo en cuenta la normatividad colombiana sobre la salud, particularmente la que hace referencia a la historia clínica (Ley 1995 de 1999), la ley que regula la profesión de Enfermería y el Código de Ética para Enfermeras y Enfermeros en Colombia.

Los términos utilizados en la estrategia de búsqueda, se incluyeron teniendo en cuenta los principios básicos en el ejercicio de la profesión de Enfermería. La búsqueda se realizó entre septiembre de 2012 y marzo de 2013, y se seleccionaron artículos e informes científicos en español e inglés, cuidando que se relacionaran con documentación médica, calidad de atención en Enfermería, y con la normatividad colombiana sobre registros clínicos y regulación de la profesión de Enfermería.

Desarrollo

La documentación revisada permite exponer conceptos relacionados con los registros clínicos y explicar situaciones sobre aspectos deontológicos y legales que el personal de Enfermería debe conocer para lograr un desempeño que repercuta positivamente en el cuidado que se brinda.

Por hacer parte de la historia clínica del paciente, las notas de Enfermería constituyen pieza fundamental en la asistencia sanitaria. En este sentido, es importante que en la práctica clínica se diligencien cronológicamente, de forma clara y completa, y con el rigor científico que garantice su calidad (10). Lo

diligenciado en estos registros evidencia, en últimas, el nivel de competencias del profesional de Enfermería, y demuestra la calidad de atención prestada (11).

La resolución 1995 de 1999 establece las normas para el manejo de la historia clínica, expresando que esta es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos, y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Este documento solo puede ser conocido por terceros con previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley (8, 12, 13).

Actualmente, la historia clínica es el único documento válido desde el punto de vista clínico y legal; y es conformada por un conjunto de documentos y testimonios, que reflejan la relación entre el usuario y la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) regulados por la resolución 1995 de 1999, que es de obligatorio cumplimiento para todos los prestadores de servicios de salud y demás personas naturales o jurídicas que se relacionen con la atención en este campo (8, 14, 15).

Las instituciones prestadoras de servicios asistenciales tienen la potestad de definir sus registros siempre y cuando cumplan con las normas ético-legales, y las establecidas por los entes legislativos que regulan la salud, amén de los gubernamentales que regulan la profesión. Estos registros clínicos sirven como documento legal y pueden emplearse en beneficio del centro asistencial que presta el servicio y del personal de la salud, para defenderlos ante una acción legal (6, 16).

Los profesionales de la salud deben familiarizarse con normas, requerimientos y procesamientos de registros clínicos, como lo expresa el Artículo 24 de la Ley 911 de 2004: “es deber del profesional de Enfermería conocer sus derechos y deberes, para trabajar con honestidad y contribuir al fortalecimiento de la calidad del cuidado, de la imagen profesional y al enriquecimiento de la disciplina. La información de la historia clínica vislumbra el derecho a la intimidad, confidencialidad, secreto profesional, que examina a la luz del principio de respeto a la dignidad humana y defensa de la intimidad” (3, 17).

Cuando la Enfermera (o) se vea obligada (o) a romper el secreto profesional por motivos legales, no debe olvidar que su primera preocupación moral es la

seguridad del paciente y, en consecuencia, procurar reducir al mínimo la cantidad de información revelada y el número de personas que participen en el secreto.

Como puede verse, aparte de los aspectos legales, es necesario tener en cuenta los principios éticos básicos del ejercicio profesional, porque la relación que se establece entre el profesional de enfermería y el paciente, a nivel individual o integrado en el equipo de salud, es una relación terapéutica, que exige un comportamiento práctico moral. Asimismo, se deben considerar tres valores que son fundamentales en el ejercicio profesional enfermero: la defensa de la intimidad; el respeto a la dignidad humana sin prejuicios; y la aceptación de la responsabilidad propia sobre las actuaciones que se realizan (17).

El derecho a la intimidad, la confidencialidad y el secreto profesional son fundamentales cuando se trata de valorar la historia clínica desde una perspectiva ética o legal. En su fundamental ejercicio de cuidar, la enfermera (o) profesional toma una serie de decisiones que repercuten positiva o negativamente sobre los usuarios de los servicios de salud. Estas acciones de cuidado deben evidenciarse en las notas de Enfermería (5, 17).

Como se ha reiterado, las notas de Enfermería son tomadas como fuente para la investigación, y por tanto son necesarias para contribuir al fortalecimiento de la Enfermería, que como disciplina profesional se desarrolla con base en documentos que registran todas las actividades realizadas en el proceso de cuidar. De hecho, el registro del cuidado es la forma como el profesional de Enfermería interactúa. Su función principal consiste en priorizar el bienestar del paciente, por lo que es imprescindible, específico, contribuye a la atención de la salud de las personas, y posibilita el desarrollo de la disciplina. Con otras palabras, es una valiosa fuente de datos para generar líneas de investigación en diferentes áreas: docencia, práctica clínica y administración; pero, también, en otros ámbitos disciplinares, el registro del cuidado contribuye al desarrollo de la profesión y a la mejora de dicho cuidado (3, 18, 19).

Para la elaboración de las notas de Enfermería, es importante hacer uso de una herramienta fundamental: el Proceso de Cuidado de Enfermería (PCE), el cual es un método científico que posibilita la realización de planes en forma directa e individualizada, y de manera lógica, racional y sistemática. A partir de la valoración

del paciente y su evolución, el objetivo primordial de su aplicación es mejorar la calidad de atención (9, 20-22). Así, en virtud de la valoración que hace la enfermera (o) de la situación de salud del sujeto de cuidado, se establece el diagnóstico de Enfermería correspondiente y, a partir de él, se planea la intervención. Por eso, cada una de las actividades que integran el acto de cuidado de Enfermería debe quedar consignada en las notas de Enfermería (23, 24).

Las notas deben evidenciar que se realiza una buena función cuidadora y, por tanto, de una Enfermería de calidad, esto es, de una Enfermería que requiere el aprendizaje teórico y práctico de los principios éticos en los cuales se apoya la tarea de cuidar. Ambos elementos mejoran la capacidad de los profesionales para prevenir y resolver los conflictos éticos en la práctica asistencial (3, 25, 26).

Las notas de Enfermería deben ser objetivas y completas, cumpliendo así sus propósitos administrativos y clínicos. Los propósitos administrativos consisten fundamentalmente en diferenciar la responsabilidad de la enfermera (o) frente al resto del equipo de salud, es decir, de proveer los criterios para la clasificación de los pacientes, la justificación para el reembolso, el análisis administrativo y legal, el cumplimiento de las normas legales y profesionales exigidas, y la proporción de los datos con fines científicos y educativos (27, 28).

Por todo lo expresado, las notas de Enfermería evidencian la atención que se brinda de forma completa, basándose en la planeación y administración de necesidades de cada persona para llevar a cabo las intervenciones de Enfermería; reflejan la relación enfermera (o)-persona de cuidado, fundándose en la confianza establecida en la comunicación, eje del proceso de cuidado. Fundamentalmente, se anexan con este fin a la historia clínica y pueden ser utilizadas para mejorar la calidad de atención (27, 29).

El personal de Enfermería no trabaja aislado. Por el contrario, su quehacer forma parte de un trabajo colectivo, y ante las situaciones que se pueden dar por el uso inadecuado de la historia clínica, el Ministerio de Salud, preocupado por las necesidades en salud de la comunidad y de los prestadores de servicios de salud con respecto a la calidad de la atención, exige a las instituciones prestadoras de servicios (IPS), Garantías de Calidad de Atención que se evidencian en las historias clínicas (30).

En la actualidad, la mayoría de IPS cuenta con sistematización de historias clínicas de pacientes, en virtud de la Ley 1438 de 2011 (Art. 112), que reformó el Sistema de Seguridad Social en Salud Colombiano al establecer que la Historia Clínica Electrónica (HCE) debía aplicarse en forma obligatoria antes del 31 de diciembre del año 2012. Ella supuso incorporar las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en el núcleo de la actividad sanitaria, lo que implicó que dejara de ser un simple registro de información generada a partir de la relación paciente-profesional, o centro sanitario, para formar parte de un sistema integrado de información clínica (31). De este modo, el avance de las tecnologías de la información y la comunicación ha facilitado la creación de registros; sin embargo, para el diseño, la implementación y el mantenimiento de los registros no solo se necesitan conocimientos de informática, sino de diferente naturaleza: clínica, epidemiológica, estadística, administrativa y gerencial (32).

Un estudio investigativo sobre los sistemas de registros de llamados de Enfermería, realizado en la Universidad Simón Bolívar, propone implementar un sistema integral de informatización, utilizando un software encargado de la gestión y automatización integrada de los procesos asistenciales y administrativos en la institución de salud, a fin de disminuir el nivel de error y los tiempos de atención, así como maximizar la calidad, reducir los costos operacionales y mejorar la oportunidad de servicio (32, 33).

La oportuna atención de los “llamados de Enfermería” es un factor determinante en la calidad de atención recibida y percibida, al punto que el tiempo de respuesta puede ser un factor decisivo al momento de brindar un cuidado, tratamiento o inclusive salvar una vida (34).

El registro electrónico de Enfermería es una herramienta muy poderosa, que facilita la seguridad del paciente, la comunicación entre los profesionales de la salud y la estructura de la ciencia del cuidado, mostrando el enfoque holístico que la caracteriza, y facilitando el progreso individual familiar y comunitario (26, 35). Desde hace más de una década se conocen los beneficios del registro electrónico en el campo de la atención de los pacientes; hecho que lo ha convertido en un importante método de seguimiento clínico y administrativo (36). Un aspecto que se destaca al respecto, lo representa la cantidad de errores

médicos observados en otros medios y que podrían ser reducidos mediante la implementación de una Historia Clínica Electrónica-HCE (34, 37).

Una de las actividades rutinarias en el cuidado del paciente hospitalizado es la atención a los llamados de Enfermería; y las características e importancia de este servicio plantean a su vez la necesidad de realizar una gestión apropiada de dichas acciones que dependen directamente del tiempo de respuesta. Algunas evidencias muestran que incorporar esta práctica en la realidad cotidiana puede aumentar la seguridad del proceso de cuidado de la salud al ofrecer alarmas, guías y recordatorios a quienes operan los sistemas (34, 38, 39,).

La informática en la Salud integra la información sanitaria a través de la HCE, permitiendo ingresar efectivamente datos del paciente, acceder a datos históricos, evaluar rápidamente pruebas de laboratorios y pruebas de seguimiento, métodos que facilitan la documentación eficiente de los procesos, disminuyendo errores de prescripción, y mejorando el registro y análisis de los datos clínicos (40-43).

Los planes de cuidados informatizados son una herramienta muy importante para la enfermera (o), quienes son los responsables de la valoración del paciente en el momento del ingreso al detectar las necesidades alteradas; además, a través de ellos, se mantiene la actualización durante el periodo de hospitalización, y se cumple con los objetivos de la atención; la informatización de los cuidados ha mejorado, así, lo que las enfermeras registran. En los registros manuales que se elaboraban antes de la implementación de la HCE, pocas veces se realizaba un Plan de Cuidados, ni informes de Enfermería al momento de dar de alta a los pacientes (44). Justo en este momento, la enfermera es la responsable de realizar el Informe de Enfermería que gracias a la HCE que agiliza el proceso, permite continuar los cuidados en otro nivel asistencial al paciente y a la familia. Como se ve, el registro del trabajo propio de la disciplina de Enfermería es más un cambio de actitud que de aptitud; y gracias a la implementación de la HCE podemos observar en la práctica clínica un gran cambio en la “cultura” de cuidar (40, 44).

En general, las percepciones de los enfermeros sobre la HCE son positivas, ya que proporciona la continuidad en la atención y el intercambio de

información sobre los datos que se necesiten sobre la salud del paciente (45).

Abordar los aspectos deontológicos y legales del cuidado evidenciados en las notas de Enfermería, demanda una gran importancia para el desarrollo profesional enfermero necesario para una atención sanitaria de calidad, pues, supone tener en cuenta una serie de derechos y obligaciones que emanan de la legislación vigente. Los principales aspectos están centrados en: la dignidad humana, el valor de la vida y la salud, la consciencia y el desarrollo moral, la fundamentación de la ética del cuidado y el acto del cuidado de Enfermería. Todo lo anterior se evidencia en la ley 266 de 1996, la cual reglamenta el ejercicio profesional en Colombia, así como en la ley 911 de 2004, que promulga el código deontológico de la profesión de Enfermería (3, 5, 46).

En el ejercicio de la Enfermería, la ética profesional juega un papel significativo por el fuerte compromiso de responsabilidad adquirido con la profesión y con la institución donde se labora; en la práctica, se entiende así que el mandato moral es el cuidado del otro, quien, por demás, es sujeto de derechos (46).

En este marco, un sistema de registro coordinado que integre el Proceso de Cuidado de Enfermería (PCE), vinculando el método científico y la integración taxonómica de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), la Nursing Outcome Classification (NOC) y la Nursing Intervention Classification (NIC), estandariza el lenguaje y, con ello, el cuidado de Enfermería, desde el ingreso hasta el alta del paciente, agregando a esto los requerimientos de registro designados y la adecuada orientación que debe seguir en casa el paciente; es también garantía de calidad de atención y brinda una óptima defensa en caso de pleitos y retos legales (47).

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) considera la necesidad de los cuidados de Enfermería en forma universal. En tal sentido, el respeto a la vida, la dignidad y los derechos del ser humano, son condiciones esenciales de la Enfermería para desempeñarse en forma competente en los diversos campos de acción (48). Por esto, no hace distinción en consideraciones de nacionalidad, raza, color, edad, opción política, condición socioeconómica o credo religioso.

El desarrollo de las notas de Enfermería se centra en su uso, como vehículo para el almacenamiento e intercambio de información; los beneficios de un registro apropiado de información acerca de la atención al paciente son claros e incluyen la seguridad del mismo y la continuidad de los cuidados (49). El equipo de salud ha de constituir, así, una plataforma de diálogo equilibrado y efectivo, que sitúe a cada miembro donde mejor puede realizar la misión para la que está preparado, y aportar elementos para la evaluación del proceso de atención (50).

Conclusiones

Los cuidados de Enfermería son fundamentales en la obtención de la calidad global de la institución prestadora de servicios. Las enfermeras constituyen el recurso humano más numeroso en el campo de la salud, y, por contar con competencias diversificadas, se desenvuelven en todos los escenarios relacionados con la atención de la salud. Por ello, ocupan un lugar muy importante para la consecución de esta en las instituciones donde laboran.

A medida que aumenta la complejidad en la atención sanitaria y los límites entre los profesionales de la salud, la capacidad de comunicación efectiva sobre la atención de los pacientes se torna más importante. El progreso de las notas de Enfermería radica en su uso, que consiste básicamente en el almacenamiento e intercambio de información, lo que beneficia al paciente y la institución, y permite así la continuidad de los cuidados y el bienestar del primero.

La ausencia de registros de cuidados que se brindan a pacientes, puede entenderse como una falta legal y ética, de ahí la importancia de asumir esta tarea de manera responsable. Cuando la historia clínica no es indicio confiable del cuidado brindado al paciente, es probable que este, al realizar una denuncia penal por las afrentas recibidas, logre resultados positivos.

Referencias

1. Mompert MP, Duran M. La calidad en la atención a la salud y los cuidados enfermeros. Madrid: DAE, S.L; 2008.
2. Martínez A. Aspectos legales y prácticos de los registros de Enfermería. Rev Gal Act San. 2004; 1(3): 54-59.

3. Ministerio de la Protección Social. Ley 911 de 2004. Bogotá; 2004.
4. Gaviria N, Dora L. La evaluación del cuidado de enfermería: un compromiso Disciplinar. *Invest Educ Enferm.* 2009; 24(1): 24-33.
5. Ministerio de la Protección Social. Ley 266 de 1996. Bogotá; 1996.
6. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1446 de 2006. Bogotá; 2006.
7. Ruiz HA. Calidad en los registros de Enfermería. 4to. Congreso Virtual de Cardiología; 2005. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/ccvc/llave/c028/c028.pdf>
8. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1995 de 1999. Bogotá; 1999.
9. Schachner B, Villalba E, Lores A, Baum A, Gómez A, López G, et ál. Informatización del proceso de Enfermería en un hospital de alta complejidad. IX Congreso Brasileiro de Informática em Saúde. 2004. Disponible en: http://www.hospitalitaliano.org.ar/archivos/servicios_attachs/2639.pdf
10. Rivas JG, Martínez FJ, Aguilera M, Ibáñez DR, Sánchez L. Propuesta de Registros clínicos de enfermería con vinculación taxonómica para úlceras, traqueotomías y estomas. *CONAMED.* 2009; 14(4): 30-36.
11. Salas R, Díaz L, Pérez G. Las competencias y el desempeño laboral en el sistema nacional de salud. *Educ Med Sup.* 2012; 26(4):0-0.
12. Ministerio de la Protección Social. Resolución 0058 de 2007. Bogotá; 2007.
13. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 del 2006. Bogotá; 2006.
14. Ibarra AJ. Tratado de enfermería en cuidados críticos pediátricos y neonatales. IX edición digital SEEI; 2006. Disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/>
15. Soldevilla J, Navarro S. Aspectos legales relacionados con las úlceras por presión. *Gerokomo.* 2006; 17 (4): 203-224.
16. Congress on Nursing Informatics. Evaluación de la calidad de llenado del registro de Enfermería, implementado en la Policlínica Pediátrica General de Referencia del Centro Hospitalario. Pereira Rossell -See more at: International, 2012.
17. Benavent G, Cercos L. Los registros de enfermería: Consideraciones ético-legales. *Bioét en la Red.* 2004; 11(3): 125-126.
18. García M, Cárdenas L, Arana B, Monroy A, Hernandez Y, Salvador C. Construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis.* 2011; 20: 74-80.
19. Vall Mercadé, M^a del Roser. Breves consideraciones ante las contenciones físicas. Aspectos Éticos y legales. Comunicación presentada en: 13º Congreso Virtual de Psiquiatría.com. Interpsiquis 2012. Psiquiatría.com Febrero 2012. [consultado, nov 18 2013] Dponible en: <http://hdl.handle.net/10401/5417>
20. Noguera N. Proceso de atención de Enfermería: Una herramienta para la garantía del cuidado. *Revista de Enfermería.* 2008; 11(4):31-35.
21. Pokorski S, Maraes MA, Chiarelli R, Costanzi A, Rabelo ER. Proceso de enfermería: de la literatura a la práctica. *Rev Lat ame Enfer.* 2009; 17(3): 302-307.
22. Fernández M, Gómez J, Gavaldon E, Domingo M, Torres M, Terrés E. Evaluación del impacto de las intervenciones realizadas para mejorar el registro de valoración de enfermería al ingreso. *Enfermería Clínica.* 2003; 13 (3): 137-145.
23. Prieto GI. Reflexiones acerca del ejercicio ético de la profesión de Enfermería. *Tribunal ético de Enfermería.* UNESCO; 2012.
24. González S J. Aplicación del proceso de atención de enfermería a la salud laboral. *Med. seg trab.* 2011; 57(222): 15-22.
25. Barrio IM, Molina A, Sánchez CM, Ayudarte ML. Ética de enfermería y nuevos retos. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2006; 29 (Supl. 3): 41-47.
26. Bello N. Fundamentos de Enfermería I parte. La Habana: Edit Ciencias médicas; 2006.
27. Gonzales J, Cosgaya O, Simón M, Blesa A. Registros de Enfermería: Convencional frente ha informatizado. *Enf Int* 2004; 15(2): 53-62.
28. Ortiz O, Chávez M. El Registro de Enfermería como parte del Cuidado. *Rev Fac Cien Salud.* 2006; 8(2): 52-56.
29. Ramos SE, Nava GM, San Juan OD. El valor que el profesional de enfermería le otorga a los registros y factores que intervienen en su llenado en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. *Arch Neurocién.* 2011; 16(I): 44-51.
30. Torres SM, Zarate GR, Matus MR. Calidad de los registros clínicos de Enfermería: Elaboración de

- un instrumento para su evaluación. *Enfermería Universitaria*. 2011; 8 (1): 1-9.
31. Ministerio de la Protección Social. Ley 1438 de 2011. Bogotá; 2011.
 32. Campillo AC. Clinical registries: practical recommendations for its creation. *Med Clin Barcelona*. 2011; 136(4):163-166.
 33. Prieto G. Reflexiones éticas acerca de los registros de los Enfermería. *Tribunal ético de Enfermería*. 2002; 5(8): 0-0
 34. Miller ET, Deets C, Miller RV. Nurse Call Systems: Call bell requests, call bell response time, and patient satisfaction. *J Nurs Care Qual*. 2009; 24(1):69-75.
 35. Brevis UI, Sanhueza AO. La bioética en la enseñanza y la investigación en Enfermería. *Rev Cub Enfer*. 2007; 23(3): 00.
 36. Kohn L, Corrigan J, Donaldson MS. *To err is human: building a safer health system*. Washington, D.C: National Academy Press. 2000.
 37. Serna A, Ortiz O. Ventajas y desventajas de la historia clínica electrónica Actual. *Enfermería*. 2005; 8(2):14-17.
 38. Bates DW, Cohen M, Leape LL, Overhage JM, Shabot MM, Sheridan T. Reducing the frequency of errors in medicine using information technology. *J Am Med Inform Assoc*. 2001; 8(4):299-308.
 39. Jiménez, ML, Santamaría A, Arribas L, Gonzales R, Barchino J, Gómez J, et al. *Bases para la Ontología del Cuidado*. Madrid: Dep Met e Inn del Cuidado; 2010.
 40. Shekelle P, Morton SC, Keeler EB. Shekelle P, Morton SC, Keeler EB. *Costs and Benefits of Health Information Technology*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2006 Apr. (Evidence Reports/Technology Assessments, No. 132.) Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK37988/>
 41. Hayrinen K, Saranto K, Nykanen P. Definition, structure, content, use and impacts of electronic health records: a review of the research literature. *Int J Med Inform*. 2008; 77(5): 291-304.
 42. Institute of Medicine, Committee on Improving the Patient Record. *The Computer-based Patient Record: An Essential Technology for Health Care*. Rey ed. Dick RS, Steen EH, Detmer DE (eds). Washington, DC: national Academy Press, 1997.
 43. Puga MJ, Estrada IC, Novo S, Sabio MT, Armada SC. Valoración de los registros de Enfermería informatizados en una unidad de hospitalización. *XXXII Congr Nac SEDEN Coruña*. 2007; p 110-113
 44. Galimay M, Garrido AE, Girbau GM, Lluch CT, Fabrellas PN. New technologies and nursing: use and perception of primary healthcare nurses about electronic health record in Catalonia, Spain. *Telemed J E Health*. 2011; 17 (8): 635-639.
 45. Suárez F, Ordóñez A. Aspectos éticos de la informática médica: principios de uso y usuario apropiado de sistemas computacionales en la atención clínica. *Acta bioeth*. 2012; 18(2):199-208.
 46. Peña R. Estrategias para el ejercicio de Enfermería ético, responsable y seguro. *Rev salud hist sanid*. 2009; 4(1):4-7.
 47. Rivas J, Martínez F, Ibáñez D, Aguilera M, Sánchez M. Propuesta de registros clínicos de enfermería con vinculación taxonómica para úlceras, traqueotomías y estomas. *CONAMED*. 2009; 14(4):30-36.
 48. Oguisso T. Reflexiones sobre Ética y Enfermería en América Latina. *Index Enfermeria*. 2006; 15(52-53): 49-53.
 49. Torres SM, Zárate GR, Matus MR. Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación. *Revista Enfermeria Universitaria ENEO-UNAM*. 2011; 8(1):17-25.
 50. Mejía A, Dubón M, Carmona B, Ponce G. Nivel de apego de los registros clínicos de enfermería a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico. *CONAMED*. 2011; 16(1):4-10.