

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INTERCONTINENTAL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

**CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SOBRE
TÉCNICAS CORRECTAS DE REGISTRO DE ENFERMERÍA**

Aparicia Ramírez Reyes

Tutor: Lic. Hernán Raúl Melgarejo González

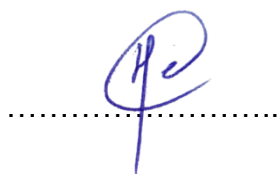
Trabajo de Conclusión de Carrera presentado en la Universidad Tecnológica Intercontinental comorequisito parcial para la obtención de título de Licenciado en Enfermería

Caazapá, 2024

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe, Lic. Hernán Raúl Melgarejo González, con Documento de Identidad N.º 4.958.223, tutor del Trabajo de Conclusión de Carrera titulado “Conocimiento de los profesionales de enfermería sobre técnicas correctas de registro de enfermería”, elaborado por la alumna Aparicia Ramírez Reyes, para obtener el título de Licenciado en Enfermería, hace constar que el mismo reúne los requisitos formales y de fondo exigidos por la Universidad Tecnológica Intercontinental y puede ser sometido a evaluación y presentarse ante los docentes que fueron designados para conformar la Mesa Examinadora.

En la Ciudad de Caazapá, a los 21 días del mes de octubre, del año 2024.



Firma del tutor

Agradecimientos

A Dios, gracias por bendecirme la vida, por tu amor y bondad, por estar conmigo en cada paso importante que doy, por fortalecer mi mente e iluminar mi corazón y por haber puesto en mi camino a aquellas personas maravillosas que han sido un soporte importante y compañía durante todo el proceso de estudio.

Agradezco hoy y siempre a mi familia, por el apoyo constante, por el esfuerzo y sacrificio realizados por ellos, de ser así no hubiese sido posible.

A mis padres Juan Carlos y María Perla, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes he llegado hasta aquí y convertirme en lo que soy. Ha sido el privilegio y orgullo de ser su hija, tengo a los mejores padres.

A mis hermanos por estar siempre presentes, acompañándome y por el apoyo moral que me brindaron a lo largo de esta etapa de mi vida.

Dedicatoria

Dedico mi tesis a Dios, quien ha sido mi guía y fortaleza para salir adelante. Este logro no hubiera sido posible sin su ayuda.

A mi familia, mis padres y hermanos quienes son los principales promotores de mis sueños. Este logro es muy importante para mí como para ustedes. Gracias por confiar en mí y por permitirme ser parte de su orgullo.

TABLA DE CONTENIDO

MARCO INTRODUCTORIO.....	3
Planteamiento del problema.....	4
Pregunta general de investigación.....	5
Preguntas específicas de investigación	5
Justificación	6
Viabilidad de la investigación	7
Delimitaciones de la investigación	7
Marco teórico.....	8
Antecedentes de investigación	8
Bases teóricas	9
Bases legales	22
Operacionalización de las variables.....	27
Marco metodológico	28
Tipo de investigación.....	28
Diseño de investigación	28
Marco analítico	31
Comentarios finales.....	41
Recomendaciones.....	42

Bibliografía.....	43
APÉNDICE	44

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 ¿Cómo debe ser un registro de enfermería?.....	32
Figura 2 ¿Cuál de los enunciados son normas de llenado correcto de registro de enfermería?.....	33
Figura 3 Entre estas opciones, ¿cuál de los enunciados es correcto en caso de cometer error al escribir un registro de enfermería?	34
Figura 4 ¿Cuál es la respuesta correcta sobre llenado de registro de enfermería desde el punto de vista legal?	35
Figura 5 ¿Cuál de las opciones resulta correcta, respecto al siguiente caso? Si, por error se omite un registro, por ejemplo, ¿la administración de un fármaco, que podría ocasionar?	36
Figura 6 ¿Quién es el encargado de firmar y sellar por los procedimientos realizados?.....	37
Figura 7 ¿Cuáles son los registros de enfermería que se realizan referente a las medidas terapéuticas aplicadas por diversos miembros del equipo de salud?.....	38
Figura 8 ¿Cuáles son los registros de enfermería que se realizan referente a las medidas terapéuticas indicadas por el medico?	39
Figura 9 ¿Cuáles son los registros de enfermería que se realizan referente a las actuaciones autónomas de enfermería?.....	40

Conocimientos de los profesionales de enfermería sobre técnicas correctas de registro de enfermería, en el Hospital Regional de Caazapá. Año 2024

Aparicia Ramírez Reyes

Universidad Tecnológica Intercontinental

Nota de la autora

Facultad de Ciencias de la Salud

Carrera de Enfermería – sede – Caazapá

apariciaramirezreyes0[@gmail.com](mailto:apariciaramirezreyes0@gmail.com)

RESUMEN

El propósito de esta investigación fue determinar los conocimientos de los profesionales de enfermería del Hospital Regional de Caazapá, sobre técnicas correctas de registro de enfermería. Año 2024. En el estudio participaron 15 profesionales de enfermería del área de cirugía, se enmarca dentro del tipo de estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal. Se formularon objetivos específicos, identificar los conocimientos de los profesionales de enfermería sobre técnicas correctas, referente a las normas del llenado, aspecto legal y técnicas correctas de registro de enfermería según su contenido en el servicio de cirugía internado del Hospital Regional de Caazapá. Año 2024 Respondiendo al objetivo general de esta investigación: se manifiesta que los hallazgos revelan que los profesionales de enfermería tienen conocimiento sobre las normas de llenado, aspecto legal y técnicas correctas de registro de enfermería según su contenido. Los resultados de este estudio subrayan la importancia de continuar con la educación continua del personal de enfermería.

Palabras clave: técnicos correctos de registro de enfermería, profesionales de enfermería, aspecto legal, conocimiento.

MARCO INTRODUCTORIO

La enfermería como disciplina profesional se desarrolla en base a la existencia de documentos a través de los cuales los profesionales dejan constancia de todas las actividades que llevan a cabo en el proceso de cuidados, “los registros de enfermería”; en ellos queda asentada la recogida de todos los datos, valoraciones e informaciones sobre el estado, tratamiento y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial; forman parte de sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario, también del sistema de evaluación para la gestión de servicios enfermeros. María Tereza (2013)

Los registros de enfermería tienen repercusiones y responsabilidades de índole profesional y legal, se basan en principios éticos, profesionales y legislativos fundamentales, es por ello que es indispensable contar con un sistema de registros de enfermería claros que aseguren la precisión de la información recolectada lo que permitirá garantizar la continuidad y calidad de la atención de enfermería durante todas las etapas del proceso.

En los párrafos siguientes se detallan los distintos aspectos a ser descriptos en la presente investigación.

Con la denominación de Marco introductorio, se reseña unas breves palabras acerca del tema a abordar constituyéndose la introducción, luego se especifican el planteamiento y la delimitación del problema, las preguntas, los objetivos y la justificación de la investigación.

Bajo el título de Marco Teórico, se detallan las bases teóricas que sustentan que sustenta la investigación. Además, el cuadro de Operacionalización de las variables.

El Marco metodológico, donde se exponen las características metodológicas como son: el nivel de la investigación, tipo de investigación, diseño y corte, la población, la técnica e instrumento de recolección de datos, las técnicas de procesamiento y análisis de datos y las consideraciones éticas tenidas en cuenta.

Bajo el nombre de Marco analítico, se señalan los resultados de la aplicación de la encuesta y la lista de cotejo realizada para el efecto, con su respectiva interpretación y análisis de datos, se complementa con un apartado denominado discusión de los hallazgos.

Para finalizar se presentan los Comentarios (Conclusiones) y Recomendaciones; en la misma se presenta la conclusión a la que llega en relación a los objetivos de investigación previstos y se citan algunas ideas como sugerencias o propuestas de solución al problema planteado.

Tema de investigación

Conocimientos de los profesionales de enfermería del Hospital Regional de Caazapá sobre técnicas correctas de registros de enfermería. Año 2024

Planteamiento del problema

Toda la información escrita y la forma en que se escribe pueden tener connotaciones y marcar la diferencia en la calidad del cuidado al realizarse registros mal hechos, incompleto ponen en riesgo el estado de salud, seguridad, dignidad o privacidad del paciente. Tiene conexión de manera directa a la patología del paciente hospitalizado en sí, como de las demás acciones de carácter tanto dependientes como independiente que lleva a cabo enfermería.

El profesional de enfermería tiene responsabilidad legal por las acciones, decisiones y criterios que se aplican en la atención de enfermería directa o de apoyo, considerando que enfermería es una profesión independiente, que contribuye con otros profesionales a fin de proporcionar los cuidados de salud necesarios.

Los registros de enfermería son documentos legales y específicos de la práctica cuidadora que definen y constatan todos los procesos e intervenciones dirigidas hacia los pacientes, visibilizando el papel autónomo de enfermería y objetivando de forma permanente los cuidados realizados.

Los aspectos observados con gran preocupación es la evidente falta de capacidad de redacción y las anotaciones incorrectas ortográfica u gramaticalmente, el uso de abreviaturas, que en ocasiones dan lugar a interpretaciones erróneas por parte del resto de los integrantes del equipo de salud. Por otro lado, y esto relacionado con lo personal, la falta de identificación de quien registra la información con su correspondiente firma, sello y número de matrícula profesional haciéndose responsable y dando respaldo legal a la actuación y posterior registración de la misma.

Considero entonces, la necesidad de investigar este tema porque los registros de enfermería forman parte del trabajo que desarrolla la enfermera, por ello, los profesionales,

debemos ser conscientes de su importancia, y relevancia, conocer la adecuada forma de cumplimentación los mismos, así como las repercusiones tanto a nivel profesional en el fomento del desarrollo de la profesión, como a nivel legal, conociendo la legislación y las responsabilidades que debemos asumir en el trabajo diario. Es indispensable contar con un Sistema de Registros de Enfermería claros que aseguren la precisión de la información recolectada lo que permitirá garantizar la continuidad y calidad de la atención de enfermería durante todas las etapas del proceso. Ante lo expuesto se plantea la siguiente formulación del problema.

Pregunta general de investigación

¿Cuáles son los conocimientos de los profesionales de enfermería del servicio de cirugía del Hospital Regional de Caazapá, sobre técnicas correctas de registro de enfermería en el año 2024?

Preguntas específicas de investigación

¿Cuáles son los conocimientos de los profesionales de enfermería sobre técnicas correctas, referente a las normas de llenado de los registros de enfermería en el servicio de cirugía internado del Hospital Regional de Caazapá?

¿Cuáles son los conocimientos de los profesionales de enfermería sobre técnicas correctas, referente al aspecto legal del llenado de los registros de enfermería en el servicio de cirugía internado del Hospital Regional de Caazapá?

¿Cuáles son los conocimientos de los profesionales de enfermería sobre técnicas correctas de registro de enfermería según su contenido, en el servicio de cirugía internado del Hospital Regional de Caazapá?

Objetivo general de investigación

Determinar cuáles son los conocimientos de los profesionales de enfermería del servicio de cirugía internado del Hospital Regional de Caazapá, sobre técnicas correctas de registro de enfermería en el año 2024.

Objetivos específicos de investigación

Identificar los conocimientos de los profesionales de enfermería sobre técnicas correctas, referente a las normas del llenado de los registros de enfermería en el servicio

de cirugía internado del Hospital Regional de Caazapá. Año 2024.

Describir los conocimientos de los profesionales de enfermería sobre técnicas correctas, referente al aspecto legal del llenado de los registros de enfermería en el servicio de cirugía internado del Hospital Regional de Caazapá. Año 2024.

Detectar los conocimientos de los profesionales de enfermería sobre técnicas correctas de registro de enfermería según su contenido, en el servicio de cirugía internado del Hospital Regional de Caazapá. Año 2024.

Justificación

El registro de enfermería viene a ser una anotación formal y legal en el que se escribe los datos más relevantes, referidos por el paciente y observados por el enfermero que le permite valorar y formular un diagnóstico con acciones terapéuticas, que al ser ejecutadas permiten la evaluación posterior de los resultados (Martel, 2009).

La importancia del registro de enfermería radica en dos puntos fundamentales que son: el primero la de proporcionar información objetiva, que se ajuste a los hechos para una mejor comunicación entre los miembros del equipo de salud, garantizando la atención continua e integral del paciente, y el segundo, de servir como evidencia documental parte del legajo de los pacientes.

Los registros de enfermería son fundamentales en la atención al paciente. Estos registros, que pueden ser escritos o electrónicos, documentan de manera detallada y precisa la condición de salud del paciente, las intervenciones realizadas, la respuesta del paciente a dichas intervenciones, y cualquier otro dato relevante. La correcta elaboración y mantenimiento de estos registros no solo garantiza una continuidad en los cuidados, sino que también sirve como evidencia legal y herramienta para la mejora de la calidad en la atención sanitaria.

Esta investigación se realizará en el contexto hospitalario específicamente en el Hospital Regional de Caazapá en el año 2024. Los beneficiarios directos con esta investigación serán los profesionales de enfermería, el equipo de salud, pacientes, familiares y la comunidad en general, en ello radica la fundamental importancia de este trabajo.

Viabilidad de la investigación

El presente trabajo es totalmente viable, considerando que la población a estudiar queda cerca, no existe barreras en cuanto a comunicación al manejar dos idiomas; el guaraní y el castellano como forma de comunicación, para iniciar un enlace afectivo para lograr la confianza de los mismos, de modo a obtener una información con objetividad.

Delimitaciones de la investigación

El presente trabajo de investigación se delimita a los profesionales de enfermería del Hospital Regional de Caazapá, específicamente al servicio de Cirugía Internado.

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de investigación

Antecedente 1

El registro de enfermería es una herramienta que facilita la recolección y consulta de datos con el fin de desarrollar planes de cuidados, intercambio de información y como medio de referencia. Sin embargo, por factores asociados a la labor de enfermería, este no da cumplimiento a los lineamientos establecidos, incurriendo así en un probable problema legal.

Objetivos: Mediante la aplicación de círculos de calidad, se desarrolló un proyecto de mejora con el fin de favorecer que el personal de enfermería del Hospital General de Zona No. 2 IMSS, S.L.P., cumpla con el lineamiento normativo 2660-003-056 del llenado del registro de enfermería. **Metodología:** Se definieron los líderes de círculo, quienes recibieron capacitación, asesoría y seguimiento, incidieron su vez en el personal de enfermería asignados como integrantes de círculo. Se identificaron áreas de oportunidad, donde cada líder realizó estrategias de mejora del registro de enfermería.

Resultados: De 51 enfermeros responsables del llenado de la hoja, se incidió solo con 31 enfermeros (7 líderes y 24 integrantes de círculo), lo que representa un 60.78% del total, distribuidos en 7 círculos de calidad. Con estos participantes se mejoró en un 75% el llenado del registro.

Conclusiones: Se concluye que para favorecer el cien por ciento del cumplimiento de objetivos, se requiere de una constante participación por parte de los implicados y un alto grado de compromiso y responsabilidad, es así que los círculos de calidad representan una metodología pertinente y factible para favorecer la mejora continua de las organizaciones de la seguridad social.

PALABRAS CLAVE: Registros Clínicos, Notas de Enfermería, Círculos de Calidad, Mejora Continua

Antecedente 2

En el estudio realizado por Ortiz Carrillo y Chávez (17) se manifiesta que cada vez más profesionales valoran realizar los registros de enfermería y la importancia de reflejar por escrito los cuidados dentro de su trabajo. Pero aún quedan aquellos que consideran

los registros como una tarea administrativa impuesta añadida a la actividad diaria que impide otras actividades del cuidado directo al paciente suponiendo una pérdida de tiempo (35%). Las enfermeras de nuestro estudio que se sitúan en esta opción, justifican su respuesta en que, sin renunciar a la necesidad de reflejar la actividad de enfermería en los registros oportunos existen problemas para hacerlo de una forma correcta como: una elevada presión asistencial, registros complejos, así como herramientas difíciles de manejar, escasos conocimientos sobre el manejo de las herramientas y déficit de recursos tecnológicos.

Antecedente 3

Perpiña, citado por Calero Romero y González (2010), señala en su estudio que en las notas de enfermería del evolutivo no se encontraron formulados Diagnósticos de enfermería, al igual que Cancela et al. (5) que tras el análisis de las notas de enfermería tan solo un 4% contenían Diagnósticos de Enfermería y un 23% Intervenciones de Enfermería completas. La mayoría de los evolutivos estaban incompletos y se limitaban a registrar las cifras de constantes vitales y la administración de la medicación. Otro estudio (22), concluye que, aunque el nivel de conocimiento del P.E es adecuado, los profesionales tienen dificultades en la formulación de Diagnósticos de Enfermería.

Bases teóricas

Conocimientos

El conocimiento es la información y habilidades que los seres humanos adquieren a través de sus capacidades mentales. El conocimiento se adquiere a través de la capacidad que tiene el ser humano de identificar, observar y analizar los hechos y la información que le rodea. A través de sus habilidades cognitivas lo obtiene y lo usa para su beneficio. El conocimiento, como tal, es un término muy amplio, este puede ser práctico o teórico, además de existir numerosas ramas y áreas del mismo. (García, 2021)

Profesionales de enfermería

Según el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) (1899):

las funciones esenciales del profesional son: la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación. Deben ir anclados

al uso de las teorías y modelos propios de la disciplina que se han generado para impactar de manera positiva sobre la vida de los pacientes y de sus cuidadores directos e indirectos, primarios y/o secundarios.

El profesional de enfermería debe estar en capacidad de brindar cuidados a todas las personas, independientemente de su condición; esta atención debe garantizar el bienestar y la seguridad de las personas, preservando su salud, que se define por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1948) como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Para lograr su objetivo debe estar en permanente desarrollo y fortalecer actitudes y valores que permitan la humanización en su quehacer cotidiano, siendo reflexivo, crítico comprometido, humanista, solidario, respetuoso, honesto, creativo, participativo y responsable para atender al individuo, en un sistema de salud que busca satisfacer las necesidades de la población a cuidar. La enfermería se ha identificado como una profesión humanista, centrada en el cuidado individual, colectivo y de entornos, a partir del desarrollo de sus acciones.

Registros de enfermería

Entiéndase por registro de enfermería los documentos específicos que hacen parte de la historia clínica, en los cuales se describe cronológicamente la situación, evolución y seguimiento del estado de salud e intervenciones de promoción de la vida, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que el profesional de enfermería brinda a los sujetos de cuidado, a la familia y a la comunidad.

La historia clínica 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 los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

El personal de enfermería tiene la responsabilidad de incluir en el registro información clara y lógica, describiendo con precisión toda la asistencia prestada. Una historia clínica bien documentada es la mejor defensa del personal de enfermería frente a cualquier demanda por alegación de mala práctica o negligencia.

Entre las numerosas definiciones de registro de enfermería hemos seleccionado la que lo define como el “soporte documental donde queda recogida

toda la información sobre la actividad enfermera referente a una persona concreta, valoración, tratamiento recibido y su evolución” (Ruiz Hontangas, 2005) (3). La documentación recogida en los registros se caracteriza porque es dinámica, ya que puede ser modificada en el tiempo ante nuevas circunstancias y datos sobre el paciente (Papathanasiou, Kotrotsiou, y Bletsas, 2007). Por tanto, un registro adecuado “debería ser aquel que recogiese la información suficiente como para permitir que otro profesional de similar cualificación asumiera a continuación sin dificultad la responsabilidad del cuidado del paciente” (Amezcuza 1995 citado por Jiménez Fernández y Cerrillo Martín, 2010).

Se define la Historia Clínica como “el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial”

Propósitos del registro de enfermería

- Contar con información general y específica de la evolución del paciente.
- Percibir con facilidad los hallazgos más relevantes del estado actual del paciente
- Documentar de manera permanente e inmediata las situaciones sin repetir.
- Estandarizar el cuidado que brinda enfermería. (Revista Ciencias y Cuidados 2015)

Tipos de registros

Hoja de historia clínica: historia clínica es un documento que contiene todos los antecedentes de salud de un paciente. Los formularios de historial médico suelen incluir información como medicamentos anteriores, tratamientos, cirugías, alergias, visitas, derivaciones y otras notas. Debe incluir todos los detalles anteriores que los profesionales deben conocer al evaluar al paciente y guiar su tratamiento, y debe ser de naturaleza integral.

Hoja de medicamentos: Suelen incluir todos los datos relacionados con el medicamento, por ejemplo: fecha de prescripción, dosis y nombre del medicamento, frecuencia de administración, vía, firma del profesional.

Hoja de signos vitales: Es un formato donde se incluyen las constantes vitales del paciente y otros datos como peso, talla, IMC, eliminación intestinal, apetito.

Hoja de líquidos: En este se hace un registro de todas las vías de entrada, eliminación o pérdida de líquidos en el paciente

Hoja de notas de enfermería: En el registra en forma objetiva, clara, concreta, comprensible y sistemática de los hallazgos, actividades, observaciones, decisiones y cuidados brindados a la persona, familia o comunidad, inmediatamente después de su realización. Prieto de Romano, Chavarro. (2010)

Los registros de enfermería son una parte fundamental en la asistencia sanitaria. Estos se encuentran integrados dentro de la Historia Clínica del paciente por lo que reflejan la actividad de la enfermería hacia los pacientes.

Normas de llenado de los Registros de Enfermería

Este documento se debería de rellenar:

1. Debe abrirse uno diario como mínimo, lo ideal uno por turno de trabajo.
2. Ser rellenado al finalizar el turno de enfermería.
3. Ser cerrado cuando se termine el día.
4. Ser firmado por el profesional que escribe.
5. No debe de sobrepasar los 10 minutos por paciente.

Escribir los relevos de manera anárquica reporta información, pero esta información con posterioridad es muy complicada a de analizarla para a posteriori hacer un control de calidad de los cuidados aplicados.

Después de consultar diversas monografías al respecto, los autores coinciden en lo siguiente en cuanto al llenado de registros, y es posible reconocerlo en la práctica:

- Llenar el encabezado con: N° de historia clínica, nombre completo del paciente, servicio y número de la cama.
- Colocar la fecha del día.
- Utilizar siempre bolígrafo no usar lápiz.
- No dejar espacios en blanco y sin la utilización de siglas.
- Escribir en forma legible, exacta y comprensible, registrar los cuidados, observaciones y procedimientos en forma oportuna.
- Anotar los medicamentos en la hoja correspondiente, así como dosis, hora y vía de administración
- En caso de error, no tachar ni borrar, colocar entre paréntesis y escribir la palabra

error. Informar siempre a la Enfermera las equivocaciones registradas.

- Después de aplicar un tratamiento o ejecutar algún cuidado, hacer las anotaciones, en este orden: Fecha, Hora, Clase de tratamiento o cuidado de enfermería.
- Registrar la hora y firmar siempre con letra clara, que se entienda su nombre cada que se realice una anotación, inicial del nombre de pila, apellido y seguido de la firma y sello.
- Al emplear palabras que refiere el paciente, escribir entre comillas.
- Hacer las anotaciones en el momento de realizar la actividad y no al finalizar el turno.
- Ciertos procedimientos de rutina: baño, acondicionamiento de unidad no es necesario anotarlos en los registros de enfermería.
- Consignar al alta del paciente las condiciones de salud del paciente y la educación brindada. Silvia Garcia Ramirez (2007)

Normas de calidad del llenado de los registros de enfermería

- Datos relativos al cuidado que son útiles para el personal de enfermería y salud.
- Datos positivos del cuidado brindado por enfermería
- Actividades de enfermería adicionales que se requieren.
- Entre las diversas utilidades y funciones de los registros de enfermería destacamos las siguientes:
- Permiten establecer un canal de comunicación entre los miembros del equipo de salud.
- Facilitan la toma de decisiones y ayudan a proporcionar cuidados destinados a prevenir, promover y conservar la salud de las personas.
- Contribuyen al desarrollo del conocimiento científico de la profesión, ya que sólo mediante el registro de todo lo que la enfermera realiza se pueden reflejar la atención y la continuidad de los cuidados.
- Las notas del evolutivo de enfermería permiten el intercambio de información sobre los cuidados, por tanto, favorecen el desarrollo del conocimiento común de la profesión y permiten actuar con autonomía.

“En definitiva, un registro adecuado recoge la esencia de lo que hacemos, lo que somos profesionalmente la enfermería haciendo visible nuestra aportación específica y diferenciada dentro del equipo multidisciplinar de salud”

La realidad es que algunos profesionales aún no valoran suficientemente la

importancia de la elaboración del registro de enfermería, por ello existen deficiencias. No aprecian los registros como parte del cuidado del paciente, más bien que les resta tiempo para dicho cuidado. Esto, en muchos casos, se debe al deficitario funcionamiento de los programas que se emplean, la sobrecarga de trabajo y la carga asistencial. Además, no ven los beneficios de registrar y, en muchas ocasiones, es apreciado como una pérdida de tiempo, que se realiza porque es una obligación, ya no solo profesional, sino legal. Es algo que se les ha impuesto y están obligados a hacerlo.

En definitiva, un registro adecuado recoge la esencia de lo que hacemos, lo que somos profesionalmente la enfermería haciendo visible nuestra aportación específica y diferenciada dentro del equipo multidisciplinar de salud.

Los registros de enfermería desde el punto de vista legal

Dentro de la Historia Clínica, los registros de enfermería son el soporte documental que recoge la información sobre los cuidados que la enfermera presta las 24 horas del día, bien quedando constancia en documento escrito (papel) o en soporte informático. Son considerados una herramienta imprescindible para favorecer la comunicación entre los profesionales y por tanto, fundamentales para prestar una atención de calidad y unos cuidados adecuados y eficientes.

"Los registros de enfermería son documentos legales y, como tales, pueden ser usados como evidencia en procedimientos judiciales. La documentación precisa es fundamental para la defensa legal de los profesionales de enfermería" (Fitzpatrick, 2010, p. 123).

"La correcta documentación en los registros de enfermería permite la continuidad de la atención al garantizar que todos los profesionales de la salud involucrados en el cuidado del paciente tengan acceso a la información necesaria" (Smith & Parker, 2015, p. 89).

Los registros de enfermería son un elemento importante a la hora de gestionar los cuidados y la calidad de los mismos, al tiempo que constituyen un documento jurídico – legal. Por ello, el contenido reflejado debe ser completo y preciso.

Los registros de enfermería se encuentran integrados dentro de la Historia clínica del paciente. Actualmente, la Historia Clínica es el documento médico – legal por excelencia, por lo que registrar constituye en nuestra profesión una obligación legal, ética y profesional.

La profesión enfermera y sus profesionales deben ser conscientes que los registros de enfermería constituyen la principal fuente de evidencia ante un procedimiento legal y la no elaboración de los registros hace dudar de si la enfermera está asumiendo las responsabilidades que su trabajo le exige. Los registros de enfermería conforman documentación relativa al proceso asistencial del paciente y por ello debe quedar constancia en su Historia Clínica. Como recoge la ley, registrar en la profesión enfermera implica obligaciones y todos los profesionales deben ser responsables y tener conocimiento e información de las implicaciones legales.

Los registros son un documento obligatorio y se constituye en la principal evidencia en caso de sumario o juicio por responsabilidad. Lo que no está registrado, jurídicamente no existe, por lo tanto, se presume no efectuado.

Si por error derivado de una falta de registro por ejemplo se administra una dosis doble de un fármaco que provocará un daño se podría llegar a responder jurídicamente. La ausencia de registros de los cuidados que se brindan a un paciente, puede entenderse como una falta legal, ética y profesional, que pone en duda si el profesional de enfermería está asumiendo o no la responsabilidad de sus intervenciones como también de todas las decisiones que a nivel individual debe tomar en el ejercicio de su profesión.

Lo que no está escrito, no está hecho

Características de los registros desde el ámbito legal:

Teniendo en cuenta que los registros, se constituyen como material probatorio en procesos disciplinarios en contra de los profesionales de Enfermería, estos deben tener la siguiente información:

Fecha y hora en que se realiza el registro con formato (Hora militar o 24 Horas), esto evita confusiones sobre el momento en que se realizan los cuidados (am o pm) y ayuda a establecer la secuencia de los cuidados, revistas médicas, etc.

Firma o sello de la persona que realiza el registro, pues permite establecer quien es el responsable tanto de la atención, como de la información contenida

No contener frases generalizadoras que lleve a confusiones o a la omisión de información que puede ser relevante para la atención del paciente. Como se describió anteriormente frases como “Sin cambios” pueden llevar a interpretaciones inadecuadas pues ese “Sin cambios” puede tener significados distintos para cada persona que lo lea y

es ese significado el que dirige el actuar de la persona que atiende al paciente.

Los registros de enfermería deben ser precisos y completos, documentando todos los aspectos relevantes de la atención al paciente. Esto incluye detalles sobre los tratamientos administrados, las respuestas del paciente y cualquier incidente que ocurra. La precisión es crucial para garantizar que la información sea confiable en situaciones legales.

"La documentación precisa y completa es esencial en la enfermería, ya que puede ser utilizada como evidencia en procedimientos legales y debe reflejar fielmente la atención proporcionada al paciente" (Blais & Hayes, 2016, p. 210).

No dejar espacios en blanco dado que estos pueden ser usados por otra persona que incluye información incorrecta acerca del paciente o las intervenciones realizadas al mismo.

No tener tachones, enmendaduras, puesto que se puede interpretar que la persona que diligencia el registro intenta ocultar algo acerca de los hallazgos o intervenciones al paciente, falsificación o negligencia. Siempre debe trazarse una línea sobre el texto indicar que es un error y de forma posterior colocar la información correcta.

No diligenciar en lápiz en caso de ser manual, pues el carboncillo del lápiz no perdura en el tiempo y al momento de ver la información del registro se encuentra dificultades. El registro siempre debe realizarse con tinta indeleble y con el color que sea establezca para que pueda permanecer en el tiempo en caso de necesitarse nuevamente.

Usar terminología (abreviaturas, símbolos) especificadas por el centro de salud, las descripciones deben ser basadas en hechos no en opiniones y debe evitarse en todo caso las expresiones generales y groseras. Preferiblemente aquellas aceptadas a nivel nacional e internacional.

Los registros deben ser objetivos, evitando juicios de valor o opiniones personales. La documentación debe basarse en hechos observables y medibles para mantener la imparcialidad y la profesionalidad.

"La objetividad en la documentación de enfermería es fundamental para asegurar que los registros sean imparciales y se centren en los hechos observables, lo que aumenta su credibilidad en contextos legales" (Cherry & Jacob, 2016, p. 95).

Los registros deben realizarse de manera oportuna, preferiblemente inmediatamente después de la atención al paciente. La documentación retrasada puede poner en duda la exactitud y la fiabilidad de los registros en un contexto legal.

"La documentación oportuna es crucial en la enfermería, ya que cualquier demora puede comprometer la exactitud de los registros y su validez en procedimientos legales" (Taylor, Lillis, & LeMone, 2015, p. 160).

Contenido de un registro de enfermería:

Medidas terapéuticas aplicadas por diversos miembros del equipo de salud.

Medidas terapéuticas indicadas por el médico y aplicadas por la enfermera.

Medidas terapéuticas autónomas planeadas y ejecutadas por la enfermera.

Otras observaciones (estado de salud, respuestas específicas del paciente al tratamiento y los cuidados).

Los contenidos de los registros de enfermería deben ser exhaustivos y detallados para asegurar una atención adecuada al paciente y cumplir con los requisitos legales y éticos.

Datos demográficos del paciente: Incluyen el nombre del paciente, número de identificación, fecha de nacimiento, dirección, y otros datos personales relevantes.

"Los datos demográficos del paciente son esenciales para la identificación correcta y la personalización de la atención médica" (Blais & Hayes, 2016, p. 150).

Datos de la historia clínica: Información sobre el historial médico del paciente, incluyendo diagnósticos previos, cirugías, alergias, medicaciones actuales, y antecedentes familiares.

"Un historial clínico completo es fundamental para proporcionar una atención segura y efectiva, permitiendo a los profesionales de la salud comprender mejor las necesidades del paciente" (Cherry & Jacob, 2016, p. 102).

Evaluaciones y Observaciones del Paciente: Incluyen las evaluaciones físicas y psicológicas realizadas, signos vitales, resultados de pruebas diagnósticas y observaciones sobre la condición del paciente.

"Las evaluaciones y observaciones detalladas son cruciales para monitorear la evolución del paciente y ajustar los planes de cuidado según sea necesario" (Taylor, Lillis, & LeMone, 2015, p. 175).

Plan de Cuidados de Enfermería: Detalla el plan de cuidados diseñado para el paciente, incluyendo objetivos a corto y largo plazo, intervenciones de enfermería específicas, y criterios para evaluar el progreso.

"El plan de cuidados de enfermería es una herramienta fundamental que guía las intervenciones y asegura una atención coordinada y centrada en el paciente" (Berman & Snyder, 2012, p. 280).

Intervenciones y Procedimientos Realizados: Documentación de todas las intervenciones de enfermería realizadas, como la administración de medicamentos, procedimientos terapéuticos, y cualquier otro cuidado proporcionado.

"Registrar las intervenciones y procedimientos es vital para garantizar la continuidad del cuidado y proveer evidencia de las acciones tomadas" (Potter et al., 2017, p. 340).

Contenido de la hoja térmica:

- Nombres y apellidos del Paciente.
- Numero de historia clínica.
- Departamento, servicio, número de cama.
- Registro de: Temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y presión arterial del paciente.
- Peso.
- Numero de deposiciones, orina, total de balance hídrico

Contenido de la hoja de medicamento:

- Nombres y apellidos del Paciente.
- Numero de historia clínica.
- Denominación común internacional del producto farmacéutico.
- Hora de administración.
- Fecha de inicio y fecha en que se descontinuo el medicamento.
- Nombre y Apellidos, firma, sello y colegiatura de la enfermera.

Contenido de la hoja de anotaciones de enfermería

- Contiene el proceso de atención de enfermería (PAE): Es un juicio clínico que posee la enfermera, basado en reacciones a situaciones críticas como problemas reales o de salud que tiene una persona o familia. Por lo general, para identificar como deben ser sus intervenciones.
- Nota de Ingreso: Fecha, hora, forma en que el paciente ingresa.
- Breve descripción de la condición del paciente: Funciones vitales, Funciones biológicas, estado general. o Consigna datos subjetivos.
- Consigna datos objetivos: Se obtiene de la observación (examen físico céfalo - caudal) Consigna diagnósticos de enfermería: puede ser real o potencial, va el R/C para determinar los factores condicionantes.
- Consigna plan de cuidados: Se registra el objetivo de la planificación.
- Registra las intervenciones de enfermería: Se registra la acción que es realizada al paciente
- Evolución durante la hospitalización: anotar los signos y síntomas significativos, consignando fecha y hora.
- Tratamiento aplicado
- Nombres y apellidos, firma, sello y colegiatura de la enfermera.

Recomendaciones en la redacción

Coherencia en la organización lógica de cada una de las partes del escrito entre sí, si no existe cohesión en el texto, en determinados fragmentos, parecerá poco claro, redundante, extenso o corto.

Sinónimos. El uso de sinónimos nos evita repetir una misma palabra en un párrafo. El uso de un pronombre (lo, le) permite darle sentido a una oración mientras nos remitimos a lo leído anteriormente.

Emplear un párrafo para cada cuidado. Tener en cuenta aspectos que no deben incluirse en un registro de enfermería:

Uso inadecuado de términos médicos.

Empleo de notas descriptivas con repetición de anotaciones de cuidado y observaciones de rutina con ausencia de juicio profesional y precisión.

Presencia de información no válida, extensa que no refleja con claridad los problemas, las necesidades, capacidades y limitaciones de los pacientes.

La concepción del registro de enfermería como elemento estático, puntual en el tiempo y no como un proceso continuado durante las intervenciones de cuidado que se le prodigan al paciente.

Cumplimentados en su totalidad por personal auxiliar de enfermería y estudiantes en formación con diversos estilos para su redacción.

La evaluación que se hace a los registros obedece más a exigencias administrativas para la facturación y pago de servicio lo que convierte la auditoria del registro en un acto punitivo más que un instrumento formativo.

Un bajo cumplimiento de la normatividad: falta de datos de identificación, errores gramaticales, uso de corrector, borrones, abreviaturas no convencionales que inducen a error, líneas en blanco, firmas ilegibles y sin código.

Considerar que el registro puede realizarse después de completar otras tareas, “si hay tiempo”

No existe un consenso a la hora de registrar de forma estandarizada, en cada servicio se realizan de diversas formas.

A partir de los contenidos de los registros no es fácil conocer, el estado actual de la persona, sus limitaciones funcionales, su nivel actual de actividad.

Los registros reflejan falta de experiencia en su elaboración, se ignoran aspectos psicológicos, emocionales, socioeconómicos y espirituales de los pacientes.

Registros desordenados y sin un punto de enfoque, evidencian falta de conocimiento o juicio clínico.

La frecuencia del diligenciamiento de los registros por parte de la enfermera, no es suficiente para evidenciar su cuidado y los resultados de sus intervenciones. M Torres Santiago. (2011)

Los registros se realizan de forma retrospectiva, es decir, se memoriza o apunta lo que va pasando y se registra al final del turno, lo que conlleva que en ocasiones se olvide registrar por escrito cosas importantes. Además, en los registros escritos como la nota del evolutivo de enfermería se emplean demasiadas abreviaturas, lo que puede llegar a incurrir en errores cuando la interpretación del que lo escribe y lo lee no es la misma. En muchas

ocasiones se abrevia y no se ofrece información precisa ya que se da más importancia a contarlos en el parte oral.

Lo que se debería hacer es realizar un registro prospectivo, basándonos en la valoración, realizar los diagnósticos y planificar un plan de cuidados, que posteriormente será ejecutado. Se empleará un registro retrospectivo en el momento de la evaluación de los cuidados que hemos prestado, de esta forma se podrá establecer un registro continuo de los cuidados que prestamos. Del mismo modo también se registrará retrospectivamente aquellas acciones que llevamos primero a cabo y luego registramos, también si ocurren efectos adversos, la evolución de una herida... Pero dentro de la idoneidad de cuándo realizar los registros existe algo básico que es la falta de consenso sobre qué registrar y cómo hacerlo. L Martin Herrero. (2020)

En muchas ocasiones se registran actividades y actuaciones que con competencia de otros profesionales. La realidad es que no hay unas normas establecidas para realizar los registros, que existe desconocimiento y falta de formación. Además, no se emplea un lenguaje propio, una taxonomía enfermera, existe un abuso de las abreviaturas y no se realiza un registro escrito con información precisa, ya prima el contarlos en el parte oral, cuando no debería ser así, ya que es el registro de enfermería el que ampara legalmente. L Martin Herrero (2020)

Rol de enfermería en los registros

La profesionalización de enfermería produjo un avance importantísimo en la concepción del profesional de enfermería, con anterioridad subordinado a la profesión médica y cumpliendo tareas delegadas; se convierte pues, desde su acceso universitario, en un profesional con un ámbito de actuación propio y en relación con los registros de enfermería surge la necesidad de reflejar sus actividades en registros propios, y de un modo autodidacta empieza a registrarse la actividad enfermera, más allá del simple registro de temperatura y tensión . Se empieza a perder la timidez por la escritura, se va comprendiendo que no crear un propio campo de conocimiento sino registramos nuestro trabajo, que podemos reivindicar nuestras cargas de trabajo y cuidados si éstos no constan por escrito, se va entendiendo que la mejor y más segura forma de transmitir la información de los cuidados es la escritura tradicional o informática, comprendiendo que no puede evolucionar una profesión si no se investiga si no avanzamos en la docencia y que todo ello es imposible si no existimos en los papeles, en los libros, en las estadísticas.

El rol enfermero se refleja en la calidad de su práctica, el mantenimiento de sus

competencias y su grado de participación en la mejora o deterioro de la realidad, que espera su aporte científico; al ofrecer un ejercicio profesional, inteligente eficiente y afectuoso a la persona que, semejante al fin, experimenta el riesgo de su mayor y supremo capital, su salud. Y al propiciar el ejercicio óptimo de sus incumbencias sobre la base de condición.

La enfermería como profesión ha encontrado su lugar dentro del equipo de salud, por el espacio propio que ocupa en la planificación, la organización, y la administración del cuidado de la salud en el plano personal del paciente. Hacer del cuidar el valor fundamental y lograr una amplia participación en equipos multidisciplinarios aportando nuestro saber profesional.

El rol autónomo del profesional enfermero implica una actitud complementaria con el resto de los profesionales del equipo de salud, y no de aislamiento. Hay que potenciar la figura del profesional de enfermería como referente del paciente especialmente en el ámbito de la promoción de salud y la prevención de la enfermedad. En este creciente perfil, el rol y objetivo profesional debe ser interactivo con el sujeto del cuidado, un usuario cada vez menos pasivo con mayor autonomía para decidir y con posibilidades de informarse, siendo nuestro papel el de guía experto.

Bases legales

CAPITULO I DE LA VIDA Y DEL AMBIENTE SECCION I DE LA VIDA

ARTICULO 4 - DEL DERECHO A LA VIDA

El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Se garantiza su protección, en general, desde la concepción. Queda abolida la pena de muerte. Toda persona será protegida por el Estado en su integridad física y psíquica, así como en su honor y en su reputación. La ley reglamentará la libertad de las personas para disponer de su propio cuerpo, sólo con fines científicos o médicos.

ARTICULO 6 - DE LA CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida será promovida por el Estado mediante planes y políticas que reconozcan factores condicionantes, tales como la extrema pobreza y los impedimentos de la discapacidad o de la edad.

El Estado también fomentará la investigación de los factores de población y sus

vínculos con el desarrollo económico social, con la preservación del ambiente y con la calidad de vida de los habitantes.

CAPITULO VI DE LA SALUD

ARTICULO 68 - DEL DERECHO A LA SALUD

El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad.

Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas, y de socorro en los casos de catástrofe y de accidentes.

Toda persona estará obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro del respeto a la dignidad humana.

ARTICULO 69 - DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Se promoverá un sistema nacional de salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado

Ley N° 3.206 DEL EJERCICIO DE LA ENFERMERÍA.

EL CONGRESO DE LA NACION PARAGUAYA SANCIONA CON FUERZA DE

LEY CAPÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES DEL OBJETO DE LA LEY

Artículo 1°.- El ejercicio de la enfermería, libre o en relación de dependencia en todos sus grados, sean estas públicas o privadas, queda sujeto a esta Ley, a los tratados, convenios y acuerdos internacionales suscritos, aprobados y ratificados por la República del Paraguay sobre la materia, así como la reglamentación que en su consecuencia se dicte.

DEL EJERCICIO PROFESIONAL

Artículo 2°.- A los efectos de esta Ley, se entiende por ejercicio de la enfermería, cualquier actividad que propenda a:

a) el cuidado de la salud del individuo, familia y comunidad, tomando en cuenta la promoción de la salud y calidad de vida, la prevención de la enfermedad y la participación de su tratamiento, incluyendo la rehabilitación de la persona, independientemente de la etapa de crecimiento y desarrollo en que se encuentre, debiendo mantener al máximo, el bienestar físico, mental, social y espiritual del ser humano;

b) la práctica de sus funciones en el cuidado del individuo, donde ésta se sustenta en una relación de interacción humana y social entre el o la profesional de la enfermería y el o la paciente, la familia y la comunidad;

c) ejercer sus funciones en los ámbitos de planificación y ejecución de los cuidados directos de enfermería que le ofrece a las familias y a las comunidades;

d) ejercer las prácticas dentro de la dinámica de la docencia e investigación, basándose en los principios científicos, conocimientos y habilidades adquiridas de su formación profesional, actualizándose mediante la experiencia y educación continua. Las funciones que determinan las competencias de los o las profesionales de la enfermería serán las establecidas en el Reglamento de la presente Ley.

Artículo 3°.- El ámbito de aplicación de esta Ley comprende además del ejercicio profesional de la enfermería, las áreas de la docencia, administración e investigación en todas las dependencias que presten servicios de salud, ya sean públicas o privadas.

PRINCIPIOS DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL

Artículo 4°.- Son principios generales de la práctica profesional de enfermería, los principios y valores fundamentales que la Constitución Nacional consagra y aquellos que orientan el sistema de salud y seguridad social para los paraguayos.

Los principios específicos de la práctica de enfermería son los siguientes:

a) Integralidad. Orienta el proceso de cuidado de enfermería a la persona, familia y comunidad con una visión unitaria para atender sus dimensiones físicas, sociales, mentales y espirituales.

b) Individualidad. Asegura un cuidado de enfermería que tiene en cuenta las características socioculturales, históricas y los valores de la persona, familia y comunidad que atiende. Permite comprender el entorno y las necesidades individuales para brindar un

cuidado de enfermería humanizado, con el respeto debido a la diversidad cultural y la dignidad de la persona sin ningún tipo de discriminación.

c) Dialoguicidad. Fundamenta la interrelación enfermera-paciente, familia, comunidad, elemento esencial del proceso del cuidado de enfermería que asegura una comunicación efectiva, respetuosa, basada en relaciones interpersonales simétricas, conducentes al diálogo participativo en el cual la persona, la familia y la comunidad expresan con libertad y confianza sus necesidades y expectativas de cuidado.

d) Calidad. Orienta el cuidado de enfermería para prestar una ayuda eficiente y efectiva a la persona, familia y comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnico-científicos, sociales, humanos y éticos.

e) Continuidad. Orienta las dinámicas de organización del trabajo de enfermería para asegurar que se den los cuidados a la persona, familia y comunidad sin interrupción temporal, durante todas las etapas y los procesos de la vida, en los períodos de salud y de enfermedad.

f) Se complementa con el principio de oportunidad que asegura que los cuidados de enfermería se den cuando las personas, la familia y las comunidades lo solicitan, o cuando lo necesitan, para mantener la salud, prevenir las enfermedades o complicaciones.

CAPÍTULO V LOS DERECHOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Artículo 19.- Son derechos del personal de enfermería en relación de dependencia, pública o privada, e independiente, sin perjuicio de los consagrados en las respectivas leyes sectoriales, los siguientes:

a) Tener un ambiente de trabajo sano y seguro para su salud física, mental e integridad personal;

b) Recibir un trato digno, justo y respetuoso. El ejercicio de la enfermería estará amparado por las normas constitucionales y legales, por las recomendaciones y convenios internacionales;

c) Acceder y recibir oportunidades de progreso profesional y social;

d) Ejercer dentro del marco del Código de Ética de Enfermería;

e) Proponer innovaciones al sistema de atención en salud y de enfermería;

f) Contar con los recursos humanos y materiales necesarios y adecuados para cumplir con sus funciones de manera segura y eficaz, que le permitan atender dignamente a quien recibe sus servicios;

g) Como profesional universitario y como profesional postgraduado, de acuerdo a los títulos que acredite, tiene derecho a ser ubicado en los escalafones correspondientes en el sistema de salud, educación y otros;

h) Tener derechos a condiciones de trabajo que aseguren una atención de enfermería de calidad para toda la población paraguaya;

i) Definir y percibir un escalafón salarial profesional, que tenga como base una remuneración equitativa, vital y dinámica, proporcional a la jerarquía científica, calidad, responsabilidad y condiciones de trabajo que su ejercicio demanda; a reglamentación;

j) En los casos en que la Ley o las normas de las instituciones permitan procedimientos que vulneren el respeto a la vida, la dignidad y derechos de los seres humanos, el profesional de enfermería podrá hacer uso de la objeción de conciencia, sin que por esto se le pueda menoscabar sus derechos o imponérsele sanciones; y,

k) En caso de que al personal de enfermería se le asignen actividades o tareas diferentes de las propias de su competencia, podrá negarse a desempeñarlas cuando con ellas se afecte su dignidad, el tiempo dedicado al cuidado de enfermería o su desarrollo profesional. Al personal de enfermería, por esta razón, no se le podrá menoscabar sus derechos o imponérsele sanciones.

Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicadores	Operacionalización
Conocimientos de los profesionales de enfermería sobre técnicas correctas de registro de enfermería	La enfermería como disciplina profesional se desarrolla en base a la existencia de documentos a través de los cuales los profesionales dejan constancia de todas las actividades que llevan a cabo en el proceso de cuidados, “los registros de enfermería”; en ellos queda asentada la recogida de todos los datos, valoraciones e informaciones sobre el estado, tratamiento y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial; forman parte de sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario, también del sistema de evaluación para la gestión de servicios enfermeros. Maria Tereza (2013)	Normas de llenado de los registros de enfermería	1. Clara y precisa 2. No dejar espacios en blanco. 3. No tachar ni borrar, colocar en paréntesis y escribir la palabra error	Técnicas de recolección de datos: Encuesta Instrumento de recolección de datos: Cuestionario
		Aspecto legal del llenado de los registros de enfermería	1. Un registro es la principal fuente de evidencia ante un procedimiento legal 2. Firma o sello de la persona que realiza el registro 3. La ausencia de registro de los cuidados que se brinda a un paciente, puede entenderse como una falta legal	
		Técnicas correctas de registro de enfermería según su contenido	1. Registro de medidas terapéuticas del equipo de salud 2. Registro de medidas terapéuticas indicadas por médico. 3. Registros de actuaciones autónomas de enfermería.	

MARCO METODOLÓGICO

Tipo de investigación

En esta investigación se tiene en cuenta el paradigma cuantitativo porque para la recolección de datos se utilizará la medición numérica y como instrumento un cuestionario de carácter cuantitativo.

Según lo indica (Hernández, Fernández & Baptista, 2010) La investigación con enfoque cuantitativo “consiste en la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento y probar teorías”, por tanto, lo anteriormente descrito coincide con esta temática.

Diseño de investigación

El diseño seleccionado es el no experimental transversal, pues se trabajará con informaciones veraces que no se han de modificar. “Los diseños de investigación transaccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (Hernández, Fernández & Baptista, 2003). En la presente investigación no se manipularán las variables, sino que en un solo momento se observará el fenómeno de estudio tal como se de en su contexto natural.

Nivel de conocimiento esperado

El estudio se enmarcó dentro de una investigación de carácter descriptivo (Hernández; Fernández & Baptista, 2003), señala que “los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis”. Permiten medir la información para posteriormente describir, analizar e interpretar las características del fenómeno estudiado según la realidad.

Este trabajo es de carácter descriptivo y transversal porque comprende la descripción, análisis e interpretación de la variable, así como se presenten sin manipularla y se realizará en un determinado momento, haciéndose un solo corte en el tiempo.

Descripción de la Población

La población o universo según (Hernández, Fernández & Baptista, 2010) “es el conjunto de todas las cosas que concuerdan con determinadas especificaciones”, es decir las que son tomadas como objeto de estudio.

Población

La población ha sido compuesta por los profesionales de enfermería del servicio de Cirugía Internado del Hospital Regional de Caazapá en los turnos de mañana, tarde y fines de semana; que previa información pude constatar que en total son 15 licenciados en enfermería.

Técnica e Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de los datos se seleccionó la técnica de la encuesta, que “consiste en la recolección de informaciones proporcionadas por las propias personas investigadas” (Miranda de Alvarenga, 2008). La encuesta se fundamenta en la aplicación práctica del instrumento llamado cuestionario, el mismo estuvo compuesto por preguntas cerradas politómicas.

El Instrumento de recolección de datos es el cuestionario “Es una de las modalidades de la encuesta, en la cual el encuestado llena por sí mismo un formulario impreso... las forma más frecuente y más rápida es administrar el cuestionario a grupo de individuos de manera colectiva” (Miranda de Alvarenga, 2008), con lo que queda fundamentada la forma de recolección de datos.

Se considerarán 3 principios éticos fundamentales:

Justicia: De acuerdo con este principio se difundieron los resultados obtenidos al final de la investigación.

No maleficencia: En base a este principio se realizaron todos los objetivos y acciones buscando el bienestar de la población en general.

Confidencialidad: En consideración y respeto de este principio no se divulgaron los nombres de las personas de la población de estudio

Informe de validación del instrumento

Para la validación del instrumento y posterior aplicación a la población de estudio, primeramente, se solicitó el permiso correspondiente al director de la Institución, en este caso del Hospital Regional de Caazapá, una vez que el director autorizó, se procedió a aplicar la prueba piloto a través del cuestionario, a 5 profesionales de enfermería del servicio de quirófano. Cabe señalar que los profesionales participantes de la prueba no pertenecieron a la población de estudio.

En resumen, quedó evidenciado, que el instrumento aplicado contó con preguntas claras y fáciles de interpretar, por lo que no hubo necesidad de realizar modificaciones y se pudo ejecutar el instrumento, a la población en estudio.

Descripción del procedimiento de análisis de los datos

Posteriormente, los datos obtenidos de la aplicación del instrumento, fueron organizados, recopilados, e introducidos en una base de datos, a través de la tabulación simple, para luego procesarla mediante el uso de programas estadísticos disponibles, como el Microsoft Excel, calculándose el promedio, para la presentación de los datos en tablas y figuras.

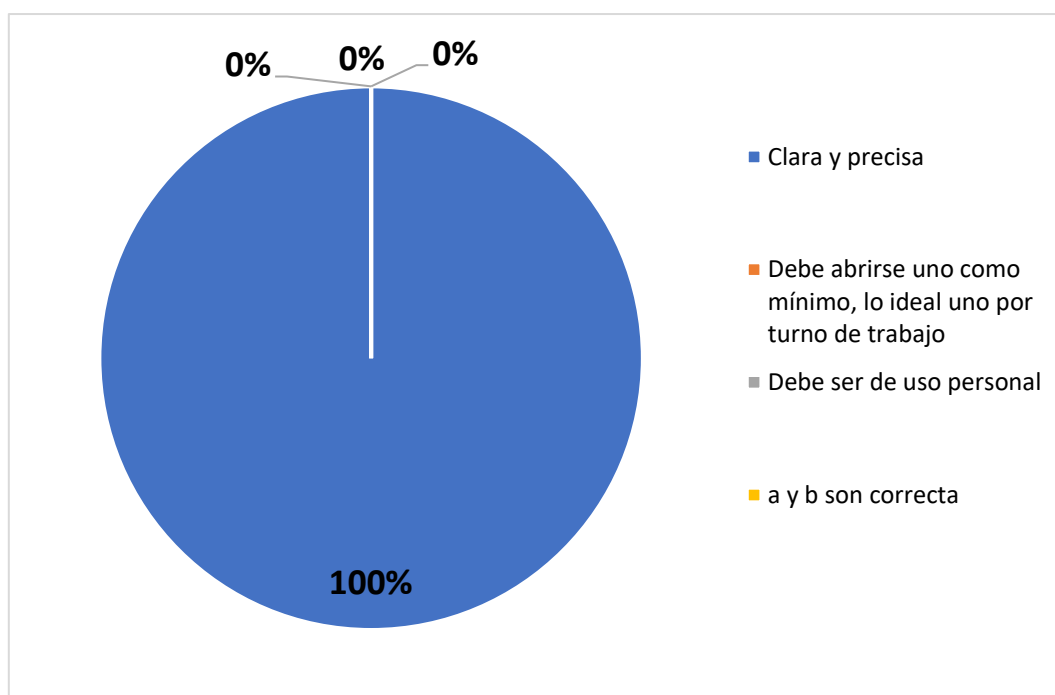
Para el análisis de los resultados se evaluó los datos obtenidos en el procesamiento de la información comparando con algunas informaciones presentadas en el marco teórico, con el propósito de identificar coincidencias y diferencias, así como explicaciones de la misma a los efectos de dar respuestas a los objetivos propuestos.

MARCO ANALÍTICO

En este apartado, se hará la presentación y el análisis de los datos recolectados.

Datos sociodemográficos

Tabla de frecuencia				
Referencia		Porcentaje	Valor	Total
Rango etario	25 – 30 años	60%	9	15
	31 – 40 años	20%	3	
	41 – 50 años	20%	3	
	51 – 60 años	0%	0%	
Género	Femenino	85%	13	15
	Masculino	15%	2	
Antigüedad	1 a 10 años	60%	9	15
	11 a 20 años	20%	3	
	21 a 25 años	20%	3	

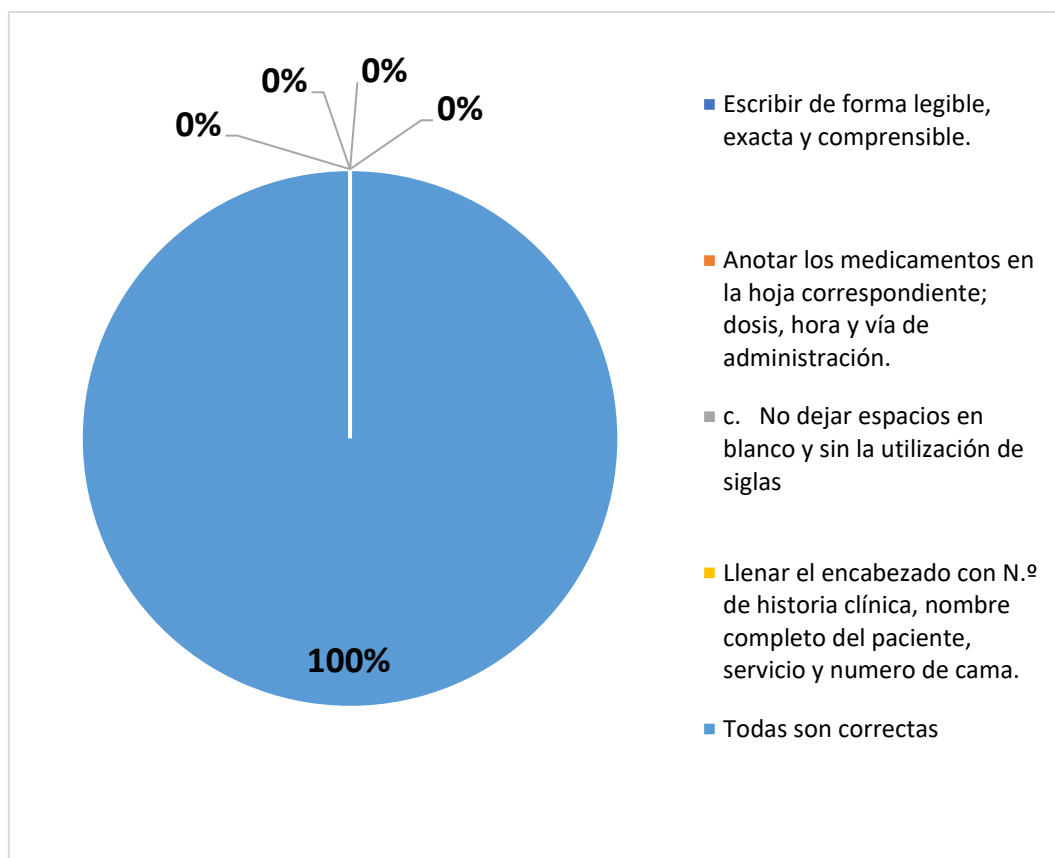
Dimensión 1. Normas de llenado del registro de enfermería**Figura 1:** ¿Cómo debe ser un registro de enfermería?

De acuerdo con los profesionales encuestados del Hospital Regional de Caazapá, es fundamental que el 100% de los profesionales de enfermería estén conscientes de que el registro de enfermería debe ser claro, preciso. Este aspecto es crucial en la práctica de enfermería.

Por lo cual se concluye que la totalidad de los funcionarios conocen sobre cómo debe ser un registro de enfermería. Un registro preciso es esencial para evitar errores en la administración de medicamentos, procedimientos y otros cuidados, lo que directamente afecta la seguridad del paciente.

Figura 2

¿Cuál de los enunciados son normas de llenado correcto de registro de enfermería?

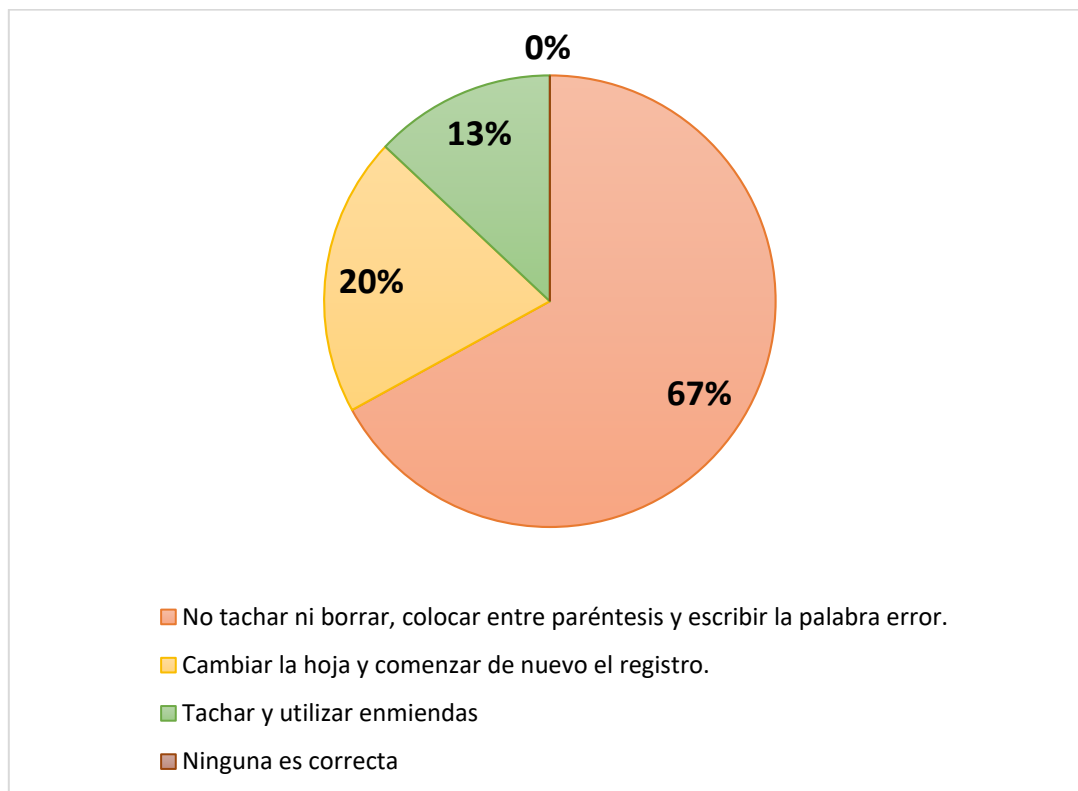


Se observa que los profesionales de enfermería conocen las normas del llenado correcto de registro de enfermería, considerando que el 100% optaron por la opción de todas son correctas, ítems que engloba las normas del llenado correcto de registro de enfermería.

Se entiende que todos los funcionarios encuestados tienen conocimiento referente a las normas de llenado correcto del registro de enfermería. El conocimiento de la importancia de las normas para el llenado correcto de los registros de enfermería es esencial en la práctica diaria de los profesionales de la salud. Estas normas establecen un marco para asegurar que la documentación sea útil, segura y efectiva en el contexto clínico.

Figura 3

Entre estas opciones, ¿cuál de los enunciados es correcto en caso de cometer error al escribir un registro de enfermería?



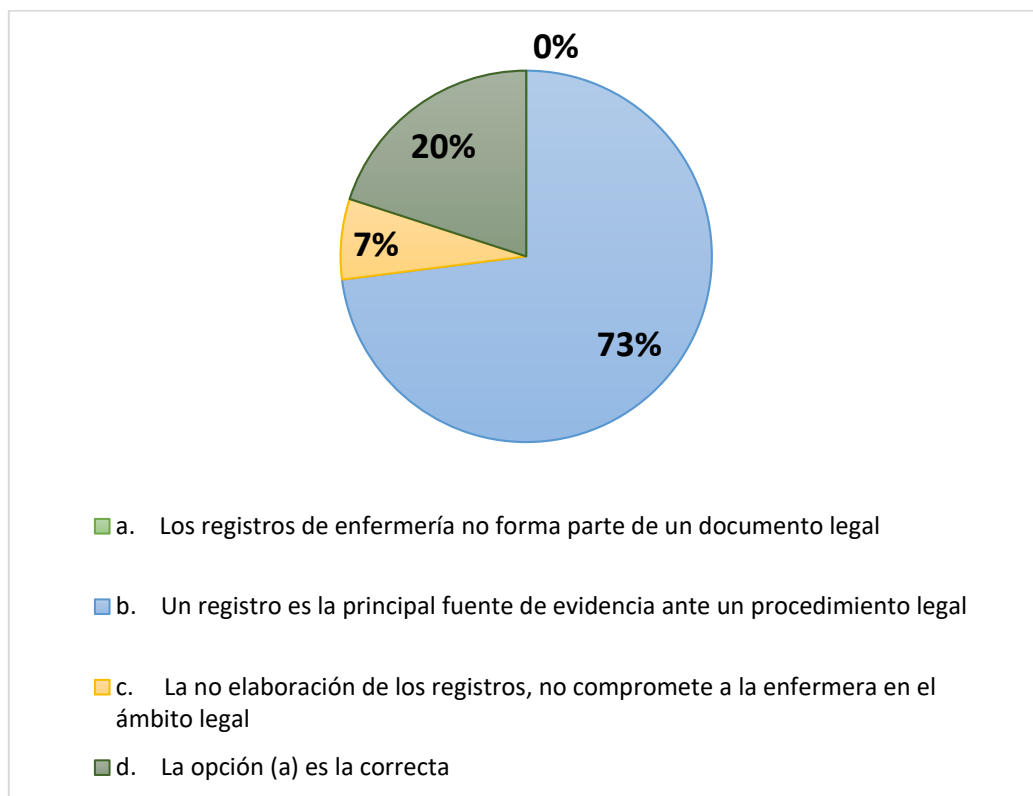
De acuerdo al resultado de recolección de datos, el 67% de los trabajadores de salud conoce que no debe tachar ni borrar que debe en cambio poner entre paréntesis la palabra errónea y colocar la palabra error para seguir con el registro. 20% en cambio considera que lo correcto es cambiar de hoja y comenzar de nuevo, esta alternativa no es correcta y el 13% cree correcto tachar y utilizar algún tipo de enmienda lo cual tampoco es correcto en los registros de enfermería.

El hecho de que solo el 67% de los profesionales de enfermería conozcan qué hacer al cometer un error al escribir un registro de enfermería es preocupante y resalta la necesidad de mejorar la formación y concientización en este aspecto crítico.

Dimensión 2: Llenado de registros de enfermería desde el punto de vista legal

Figura 4

¿Cuál es la respuesta correcta sobre llenado de registro de enfermería desde el punto de vista legal?

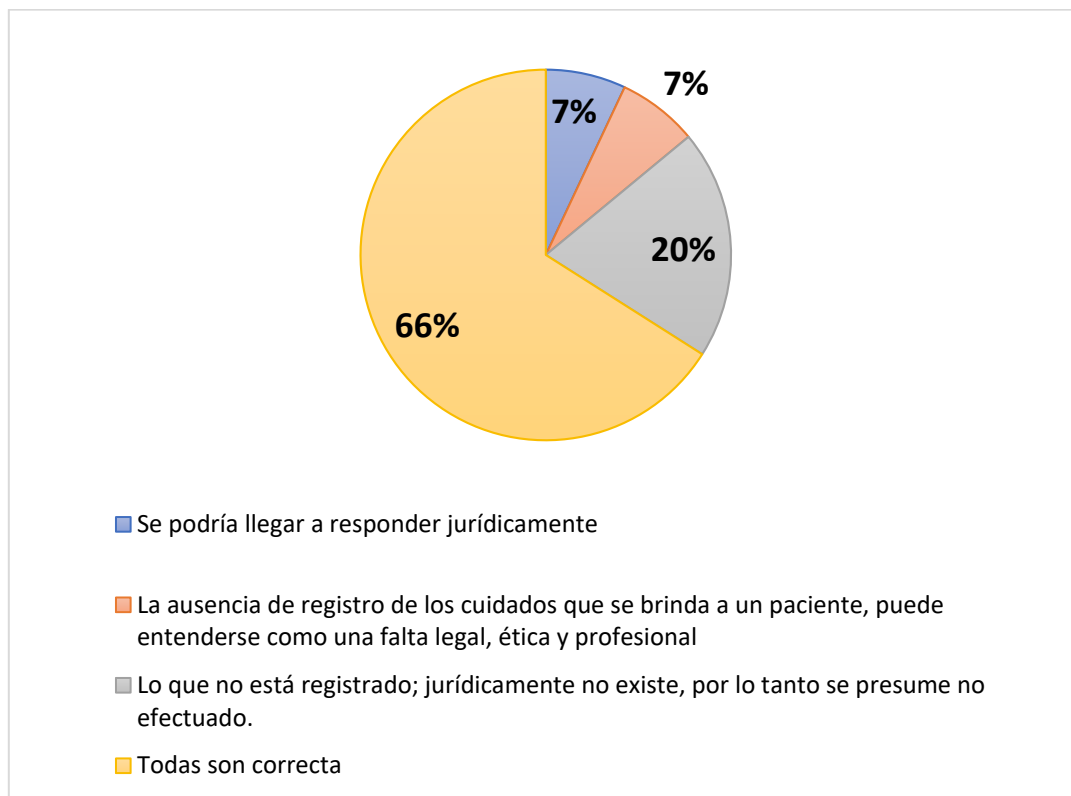


De acuerdo con los profesionales de enfermería que participaron de la encuesta el 73% de ellos conoce que un registro es la principal fuente de evidencia ante un procedimiento legal.

El hecho de que el 73% de los profesionales de enfermería que participaron en la encuesta conozcan que un registro de enfermería es la principal fuente de evidencia ante un procedimiento legal es positivo, pero también indica que aún queda un 27% que no comprende completamente la importancia de la documentación en este contexto. Aunque el 73% de los profesionales entienden el papel crucial del registro en procedimientos legales, es preocupante que el 27% no lo considere o no tenga pleno conocimiento de su relevancia. Este dato destaca la necesidad de fortalecer la capacitación continua sobre la importancia de la documentación en enfermería, no solo desde el punto de vista clínico, sino también legal.

Figura 5

¿Cuál de las opciones resulta correcta, respecto al siguiente caso? Si, por error se omite un registro, por ejemplo, ¿la administración de un fármaco, que podría ocasionar?

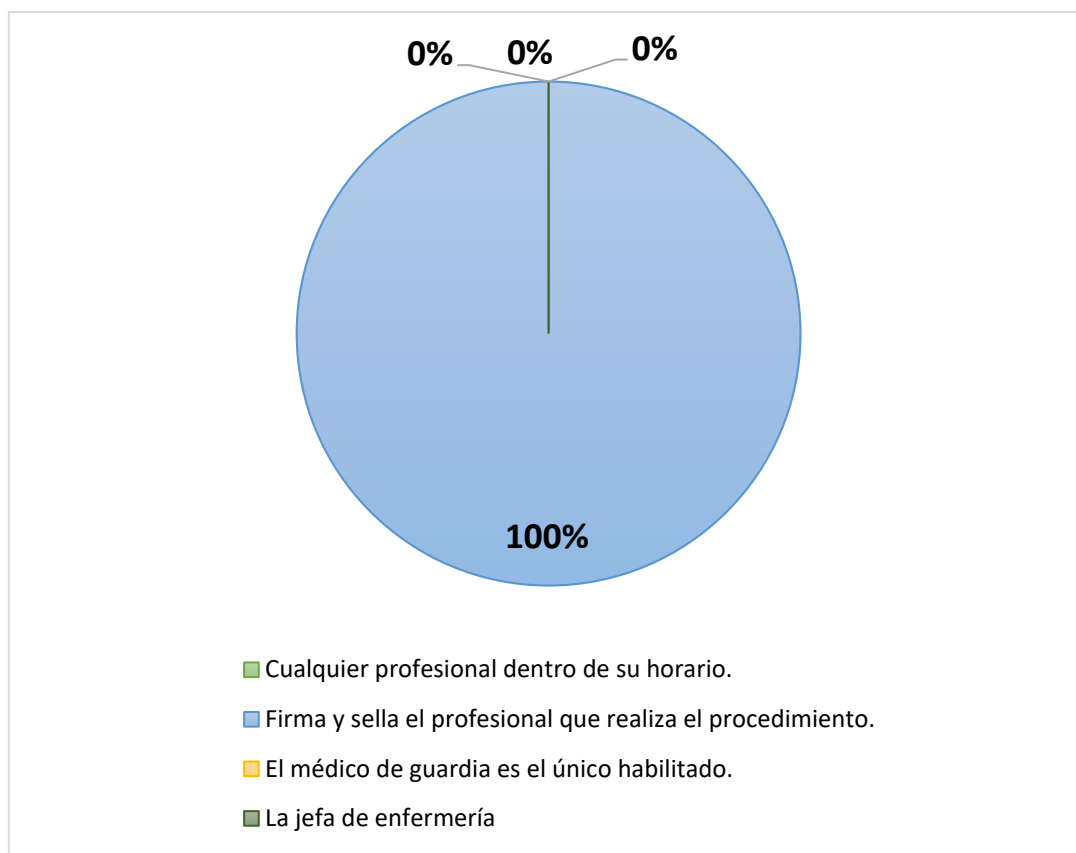


De acuerdo con los profesionales de enfermería encuestados el 66% respondió referente a la pregunta cual sería la consecuencia de no registrar por error un procedimiento como ser la administración de un fármaco ya que han optado por la opción de todas son correctas que incluye los ítems, se podría llegar a responder jurídicamente lo cual es correcto; la ausencia de registro de los cuidados que se brindan a un paciente, puede entenderse como una falta legal, ética y profesional, lo cual también es correcto y la ultima opción; lo que no está registrado, jurídicamente no existe, por tanto se presume no efectuado.

En resumen, la selección de "todas son correctas" por el 66% de los encuestados indica que comprenden las graves consecuencias de no registrar un procedimiento. Esto incluye la responsabilidad legal, la falta ética y profesional, y el hecho de que, sin registro, un acto clínico no tiene validez jurídica, lo que podría derivar en graves problemas tanto para la atención del paciente como para la responsabilidad del profesional de salud.

Figura 6

¿Quién es el encargado de firmar y sellar por los procedimientos realizados?

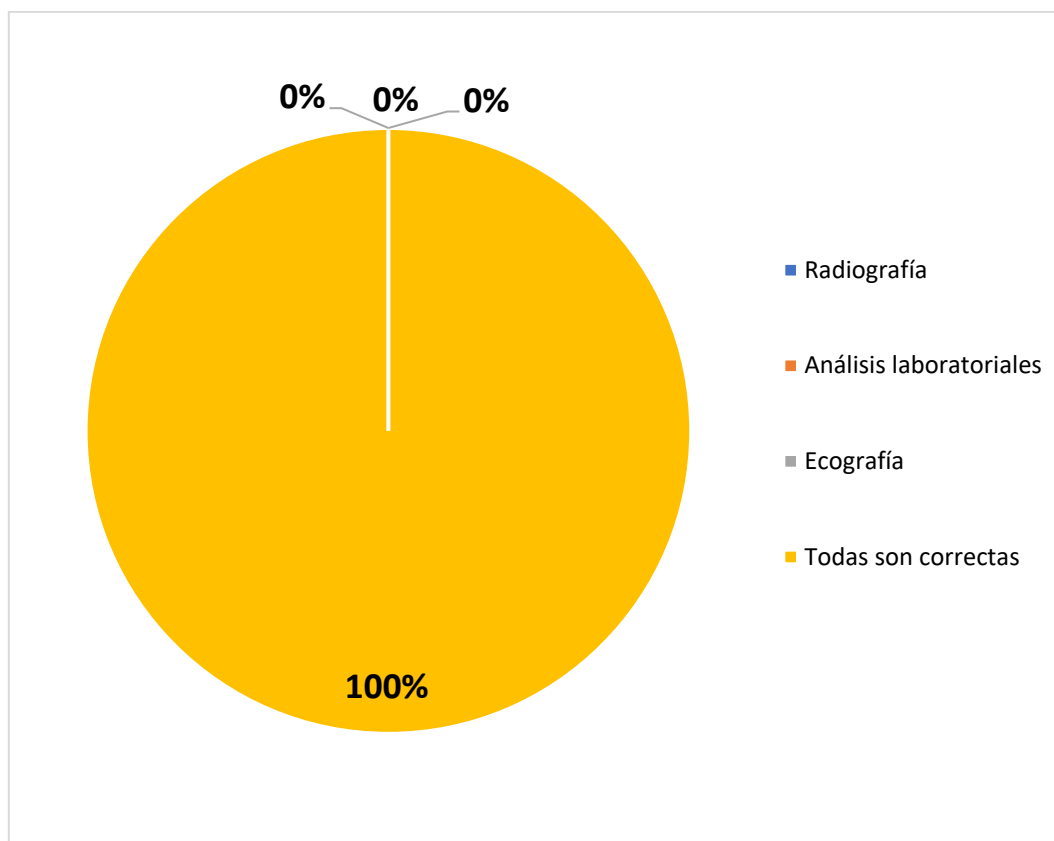


De acuerdo con los profesionales de enfermería que participaron de la encuesta el 100% conoce que el encargado de firmar y sellar por los procedimientos realizados debe ser el profesional que realizó el procedimiento.

El hecho de que el 100% de los profesionales de enfermería que participaron en la encuesta reconozcan que el encargado de firmar y sellar los procedimientos realizados debe ser el profesional que los realizó es un indicador positivo de conocimiento adecuado en cuanto a las responsabilidades en la práctica clínica. Este conocimiento, compartido por el 100% de los encuestados, es un reflejo del compromiso y profesionalismo de los enfermeros con el registro y la documentación precisa de los procedimientos realizados.

Dimensión 3: Registros de enfermería según su contenido**Figura 7**

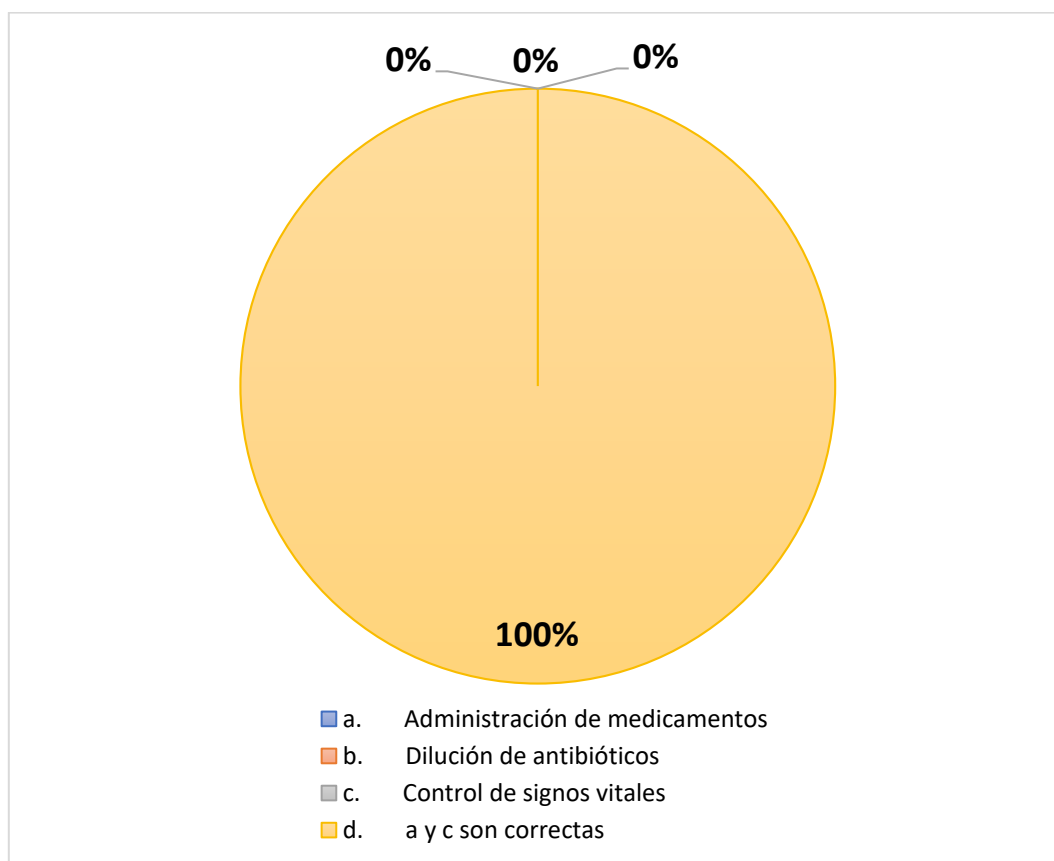
¿Cuáles son los registros de enfermería que se realizan referente a las medidas terapéuticas aplicadas por diversos miembros del equipo de salud?



De acuerdo a los profesionales de enfermería encuestados, el 100% tiene conocimiento sobre los registros de enfermería que se realizan en relación con las medidas terapéuticas aplicadas por diversos miembros del equipo de salud. Estos registros incluyen intervenciones como radiografías, análisis laboratoriales y ecografías, lo que corresponde a la opción de **"todas son correctas"**. Esto refleja una adecuada comprensión de la importancia de documentar cada procedimiento terapéutico para garantizar una atención integral y un seguimiento adecuado del estado de salud del paciente, además de facilitar la comunicación entre los diferentes profesionales involucrados en su atención.

Figura 8

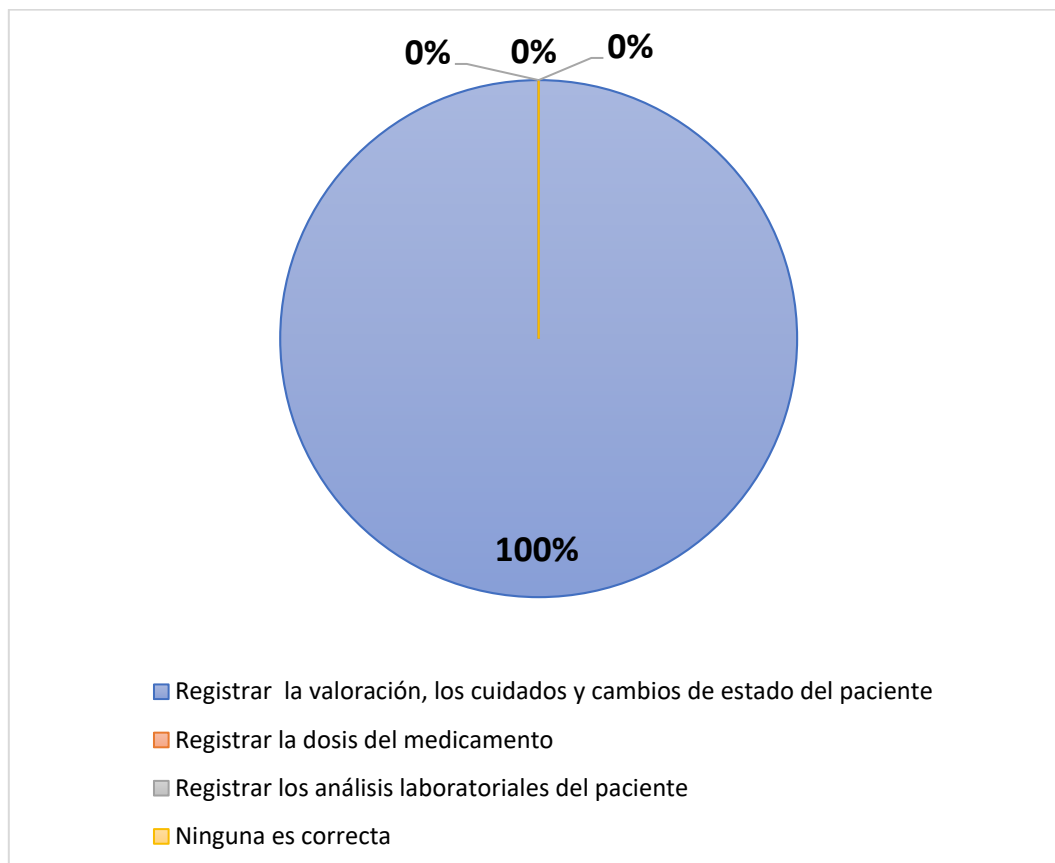
¿Cuáles son los registros de enfermería que se realizan referente a las medidas terapéuticas indicadas por el medico?



De acuerdo con los profesionales de enfermería encuestados, el 100% tiene conocimiento sobre los registros que deben realizar en relación con las medidas terapéuticas, que incluyen la administración de medicamentos y el control de signos vitales. Este nivel de conocimiento asegura un adecuado monitoreo de la evolución del paciente y contribuye a la seguridad del mismo, ya que documentar estos aspectos críticos permite la continuidad de los cuidados, facilita la evaluación de la efectividad de los tratamientos y mejora la comunicación entre los miembros del equipo de salud.

Figura 9

¿Cuáles son los registros de enfermería que se realizan referente a las actuaciones autónomas de enfermería?



Se observa que el 100% de los profesionales de enfermería encuestados tiene pleno conocimiento de los registros de enfermería relacionados con las actuaciones autónomas. Este aspecto es fundamental, ya que las actuaciones autónomas de enfermería incluyen intervenciones como la evaluación del estado del paciente, la planificación y ejecución de cuidados directos, así como la toma de decisiones dentro del ámbito de su competencia. Registrar estas acciones asegura no solo la calidad del cuidado, sino también la responsabilidad profesional y legal ante el seguimiento del estado del pacientes.

Comentarios finales

Primer objetivo específico: Identificar los conocimientos de los profesionales de enfermería sobre técnicas correctas, referente a las normas del llenado de los registros de enfermería en el servicio de cirugía internado del Hospital Regional de Caazapá. Año 2024. En relación a la misma, 100% conoce que el registro de enfermería debe ser claro, preciso, 100% conoce las normas del llenado correcto de registro de enfermería y el 67% conoce que no debe tachar ni borrar que debe en cambio poner entre paréntesis la palabra errónea y colocar la palabra error para seguir con el registro.

Segundo objetivo específico: Describir los conocimientos de los profesionales de enfermería sobre técnicas correctas, referente al aspecto legal del llenado de los registros de enfermería en el servicio de cirugía internado del Hospital Regional de Caazapá. Año 2024. En relación a la misma, 73% conoce que un registro es la principal fuente de evidencia ante un procedimiento legal, 66% conoce la consecuencia de no registrar por error un procedimiento y 100% conoce que el encargado de firmar y sellar por los procedimientos realizados debe ser el profesional que realizó el procedimiento.

Tercer objetivo: Detectar los conocimientos de los profesionales de enfermería sobre técnicas correctas de registro de enfermería según su contenido, en el servicio de cirugía internado del Hospital Regional de Caazapá. Año 2024. Referente a la misma, el 100% tiene conocimiento sobre los registros de enfermería que se realizan en relación con las medidas terapéuticas aplicadas por diversos miembros del equipo de salud, 100% tiene conocimiento sobre los registros que deben realizar con las medidas terapéuticas, que incluyen la administración de medicamentos y el control de signos vitales y el 100% de los profesionales de enfermería encuestados tiene pleno conocimiento de los registros de enfermería relacionados con las actuaciones autónomas.

Respondiendo al **objetivo general** de la investigación; Determinar cuáles son los conocimientos de los profesionales de enfermería del servicio de cirugía internado del Hospital Regional de Caazapá, sobre técnicas correctas de registro de enfermería en el año 2024, esta investigación revela que los profesionales de enfermería del Hospital Regional de Caazapá poseen un conocimiento sólido referente a las normas del llenado de los registros de enfermería, al aspecto legal y sobre técnicas correctas de registro de enfermería según su contenido. Los resultados de este estudio subrayan la importancia de continuar con la educación continua del personal de enfermería.

RECOMENDACIONES

Al Hospital Regional de Caazapá:

Es fundamental que el hospital implemente estrategias efectivas para desarrollar programas de capacitación continua dirigidos al personal de enfermería, con el objetivo de promover la mejora continua en la atención de salud específicamente a los registros de enfermería. Estas capacitaciones deben garantizar que el equipo de enfermería esté siempre actualizado con respecto a los avances en prácticas y protocolos, permitiendo ofrecer una atención de calidad que responda a las necesidades cambiantes y actuales del sistema de salud. La capacitación constante es clave para mantener la excelencia en los cuidados proporcionados a los pacientes.

A los profesionales de enfermería:

Es recomendable que los enfermeros y enfermeras participen activamente en capacitaciones especializadas. Estas formaciones no solo permitirán el fortalecimiento de su conocimiento, sino que también les permitirán alinearse con los nuevos estándares de atención en salud. Mantenerse al tanto de los procedimientos emergentes y nuevas tecnologías es esencial para optimizar la atención que se brinda a los pacientes y para asegurar su bienestar a lo largo del proceso quirúrgico. El compromiso con la educación continua asegura un servicio de alta calidad.

A las instituciones educativas del área de salud:

Es necesario que las instituciones educativas actualicen sus programas de estudio, incorporando las más recientes herramientas tecnológicas que están sustituyendo los registros manuales en los procedimientos de enfermería. Esto asegurará que los futuros profesionales estén preparados para las demandas actuales del sector salud, facilitando una formación acorde con las exigencias contemporáneas. La integración de registros electrónicos y otras tecnologías modernas en la currícula es esencial para mejorar la eficiencia y precisión en el manejo de la información clínica.

BIBLIOGRAFÍA

- Blais, K. K., & Hayes, J. S. (2016). *Professional nursing practice: Concepts and perspectives* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Cherry, B., & Jacob, S. R. (2016). *Contemporary nursing: Issues, trends, & management* (7th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Guido, G. W. (2014). *Legal and ethical issues in nursing* (6th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Ackley, B. J., & Ladwig, G. B. (2017). *Nursing diagnosis handbook: An evidence-based guide to planning care* (11th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Berman, A., & Snyder, S. (2012). *Kozier & Erb's fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (9th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Blais, K. K., & Hayes, J. S. (2016). *Professional nursing practice: Concepts and perspectives* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2013). *Fundamentals of nursing: Human health and function* (7th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Del Olmo Núñez, S M, Casas De la Cal, L, Mejias Delgado, A. El registro de enfermería: un sistema de comunicación. *Enfermería Clínica*. 2007
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2014). *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (10th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Hernández Sampieri, R., Collado, C. y Baptista Lucio, M. (2003). *Metodología de la Investigación* (5° ed.) McGraw-Hill.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2017). *Fundamentals of nursing* (9th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Miranda de Alvarenga, E, (2008). *Metodología de la Investigación Cuantitativa y Cualitativa*. (2° ed.) Asunción, Paraguay.
- Taylor, C., Lillis, C., & LeMone, P. (2015). *Fundamentals of nursing: The art and science of nursing care* (8th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

APÉNDICE

Apéndice 1: ENCUESTA- CUESTIONARIO

Soy, Aparicia Ramírez Reyes estudiante de la Carrera de Licenciatura en Enfermería de la Sede Caazapá, de la Universidad Tecnológica Intercontinental, y por este medio me permites solicitar su predisposición y buena voluntad, en la colaboración para responder libremente el siguiente cuestionario asociado a mí trabajo de investigación cuyo título es el siguiente: CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE CIRUGIA INTERNADO DEL HOSPITAL REGIONAL DE CAAZAPA SOBRE LAS TECNICAS CORRECTAS DE REGISTROS DE ENFERMERIA.

Los datos recolectados promedio de sus respuestas reportarán una importante información para concluir con nuestro trabajo que realizamos como requisito de obtención del título profesional de Licenciado en Enfermería.

No está demás enfatizar que los datos que usted exponga serán tratados con profesionalismo, discreción, mucha responsabilidad y confidencialidad. Desde ya, agradecemos su gran ayuda.

A continuación, encontrará preguntas que pondrá responder según su criterio. AS

Marque con una (X) la respuesta que crea correcta.

Datos sociodemográficos

Rango etario	Género	Antigüedad
() 25 – 30 años	() Femenino	() 1 a 10 años
() 31 – 40 años	() Masculino	() 11 a 20 años
() 41 – 50 años		() 21 a 25 años
() 51 – 60 años		

Dimensión 1: Normas de llenado del registro de enfermería

1. ¿Cómo debe ser un registro de enfermería?

- a. () Clara y precisa
- b. () Debe abrirse uno como mínimo, lo ideal uno por turno de trabajo

- c. ☐ Debe ser de uso personal
- d. ☐ a y b son correcta

2. ¿Cuál de los enunciados son normas del llenado correcto de registro de enfermería?

- a. ☐ Escribir de forma legible, exacta y comprensible.
- b. ☐ Anotar los medicamentos en la hoja correspondiente; dosis, hora y vía de administración.
- c. ☐ No dejar espacios en blanco y sin la utilización de siglas
- d. ☐ Llenar el encabezado con N.º de historia clínica, nombre completo del paciente, servicio y numero de cama.
- e. ☐ Todas son correctas

3. Entre estas opciones, ¿cuál de los enunciados es correcto en caso de cometer error al escribir un registro de enfermería?

- a. ☐ No tachar ni borrar, colocar entre paréntesis y escribir la palabra error.
- b. ☐ Cambiar la hoja y comenzar de nuevo el registro.
- c. ☐ Tachar y utilizar enmiendas
- d. ☐ Ninguna es correcta

Dimensión 2: Llenado de registros de enfermería desde el punto de vista legal

4. Entre estas opciones, ¿cuál es la respuesta correcta sobre el llenado de registro de enfermería desde el punto de vista legal?

- a. ☐ Los registros de enfermería no forma parte de un documento legal
- b. ☐ Un registro es la principal fuente de evidencia ante un procedimiento legal
- c. ☐ La no elaboración de los registros, no compromete a la enfermera en el ámbito legal
- d. ☐ La opción (a) es la correcta

5. ¿Cuál de las opciones resulta correcta respecto al caso siguiente?: Si por error derivado de una falta de registro, por ejemplo, se administra una dosis doble de un fármaco que podría provocar daño.

- a. ☐ Se podría llegar a responder jurídicamente
- b. ☐ La ausencia de registro de los cuidados que se brinda a un paciente, puede entenderse como una falta legal, ética y profesional
- c. ☐ Lo que no está registrado; jurídicamente no existe, por lo tanto se presume no efectuado.
- d. ☐ Todas son correcta

6. ¿Quién es el encargado de firmar y sellar por los procedimientos realizados?

- a. ☐ Cualquier profesional dentro de su horario.

- b. () Firma y sella el profesional que realiza el procedimiento.
- c. () El médico de guardia es el único habilitado.
- d. () La jefa de enfermería

Dimensión 3: Registros de enfermería según su contenido

7. ¿Cuáles son los registros de enfermería que se realizan referente a las medidas terapéuticas aplicadas por diversos miembros del equipo de salud?

- a. () Radiografía
- b. () Análisis laboratoriales
- c. () Ecografía
- d. () Todas son correctas

8. ¿Cuáles son los registros de enfermería que se realizan referente a las medidas terapéuticas indicadas por el medico?

- a. () Administración de medicamentos
- b. () Dilución de antibióticos
- c. () Control de signos vitales
- d. () a y c son correctas

9. ¿Cuáles son los registros de enfermería que se realizan referente a las actuaciones autónomas de enfermería?

- a. () Registrar la valoración, los cuidados y cambios de estado del paciente
- b. () Registrar la dosis del medicamento
- c. () Registrar los análisis laboratoriales del paciente
- d. () Ninguna es correcta

Apéndice 2: Solicitud de autorización para aplicación de encuesta para validación y recolección oficial de datos.

 **UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA
INTERCONTINENTAL**
SEDE CAAZAPÁ

Caazapá, 10 de julio de 2024

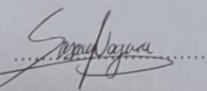
Dr. Luis Dávalos
Director, del Hospital Regional de Caazapá

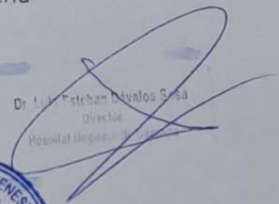
De mi consideración

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. en representación de la Universidad Tecnológica Intercontinental (UTIC) Sede Caazapá, a fin de saludarlo y solicitar su valiosa colaboración, permitiendo el ingreso de la alumna Aparicia Ramírez Reyes, con C.I.Nº 6 751 399 estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería, en proceso de tesis; al área de internados/Servicio de Cirugía; con el objeto de realizar una prueba piloto del cuestionario para la recolección de datos como parte del trabajo de culminación de carrera.

En la espera de una respuesta favorable, me despido de usted deseándole éxito en sus funciones.

Atentamente.

 
Lic. Susana Noguera
Coordinadora de la Carrera de Enfermería
UTIC, sede Caazapá

 
Dr. Luis Fitchan Dávalos Sosa
Dirección
Hospital Regional de Caazapá

Apéndice 3: Evidencia fotográfica de aplicación de prueba piloto. Fecha: 15/07/2024



Apéndice 3: Evidencia fotográfica de aplicación de instrumento de recolección de datos.

Fecha: 5/09/2024



Apéndice 3: Evidencia fotográfica de aplicación de instrumento de recolección de datos.

Fecha: 8/09/2024

