

LA SUBJETIVIDAD DEL FENÓMENO "EFECTOS ADVERSOS" ALREDEDOR DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

SUBJECTIVITY OF THE
"ADVERSE EFFECTS" PHENOMENON
AROUND NURSING CARE

Recibido 23 de julio 2015
Aceptado noviembre 2016
Publicado noviembre 2016

Correspondencia:
Landeros Olvera Erick
nursingresearch@outlok.com

Autores:

Solis Matamoros Elizabeth
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Estudiantes de Licenciatura en Enfermería (FE-BUAP, México)

Amador Meneses Sandra
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Estudiantes de Licenciatura en Enfermería (FE-BUAP, México)

Aizpuru-Sulis Libe
Estudiante de Grado en Enfermería, Universidad Pública Vasca (España)

Camarillo Sánchez Karla P.
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Estudiantes de Licenciatura en Enfermería (FE-BUAP, México)

Reyes López Magali
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Estudiantes de Licenciatura en Enfermería (FE-BUAP, México)

Liliana Mendoza Martínez
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Estudiantes de Licenciatura en Enfermería (FE-BUAP, México)

Landeros Olvera Erick
Doctorado en Ciencias de Enfermería de la FE-BUAP

Gudelia Nájera Gutiérrez
Doctorado en Ciencias de Enfermería de la FE-BUAP

Palabras claves: Enfermería, efectos adversos, administración de fármacos.

Key words: Nursing, adverse effects, drugs administration



RESUMEN

Introducción: Las posturas que identifican las causas de un efecto adverso (EA) han sido vistas únicamente desde una perspectiva cuantitativa, con fines de determinar la incidencia, evitabilidad y factores de riesgo, lo que resulta complicado por la subjetividad del fenómeno.

Objetivo: determinar la comprensión de las enfermeras sobre los efectos adversos en la administración de medicamentos.

Metodología: Diseño con una aproximación al enfoque fenomenológico. El principal instrumento de indagación fue el propio investigador, que se apoyó en entrevista semi-estructurada y registros narrativos los cuales se almacenaron en audio para su posterior transcripción y análisis, apoyados en el software Atlas ti.

Resultados. Se realizaron seis entrevistas semiestructuradas con 197 minutos de audio. Se identificaron 36 códigos, 120 citas y se realizaron 23 memos. Algunos de los códigos son: ocultar el evento, irresponsabilidad, consecuencias, exceso de trabajo, preocupaciones, actitud.

Conclusiones. Se genera una hipótesis in situ: Si los efectos adversos dependen de las condiciones laborales, personales y de conocimiento, entonces el error en la administración de medicamentos se debe al exceso de pacientes por enfermera, inexperiencia en el cuidado, desconocimiento de cierta especialización, sentimientos de preocupación que generan estrés que condicionan la concentración en la preparación y administración de fármacos, además que los errores no se reporta debido a las consecuencias que representa el incumplimiento con aspectos de responsabilidad, reglas y principios profesionales que no desean evidenciarse.

Palabras claves: Enfermería, efectos adversos, administración de fármacos.

ABSTRACT

Introduction: Positions identifying the causes of an adverse event (AE) have been seen only from a quantitative perspective, aiming to determine incidence, avoid ability and risk factors, which is complicated due the phenomenon subjectivity.

Objective: To determine nurses comprehension about the adverse effects of drugs administration.

Methodology: Design with an approximation to the phenomenological focus. The main inquiry instrument was the researcher himself, who relied on semi-structured interview and narrative records which were stored in audiotape for their latter transcription and analysis supported by Atlas ti Software.

Results: Six semi-structured interviews in 197 minutes audiotapes were performed. Thirty six codes , 120 cites were identified and 23 memos were done. Some of the codes are: concealing the event, irresponsibility, consequences, work excess, worries, attitude.

Conclusions: A hypothesis "in situ" is generated. If adverse effects are derived from laboral, personal, or knowledge conditions then the error in drugs administration is due to a surplus of patients by nurse, to inexperience in caring, ignorance about certain specialty, to worries that generate stress and condition concentration when preparing and administrating drugs; besides, error are not reported due the consequences of responsibility, rules and professional principles aspects nonfulfillment that nobody wants to make evident,

Key words: Nursing, adverse effects, drugs administration.



INTRODUCCIÓN

Los errores humanos en cualquier actividad son inevitables, sin embargo las consecuencias en el cuidado de la salud, conllevan a sobrestimar la severidad del problema. Los que preocupan en mayor medida son los efectos adversos (EA). De acuerdo con el Centro Nacional de Seguridad del Paciente de Estados Unidos de Norteamérica (EEUU) un EA es, "Aquel incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión iatrogénica u otro suceso infortunado que ocurre en la asociación directa con la prestación de atención". Existen dos tipos de efectos adversos; los *Efectos Centinelas* que son efectos adversos graves, los cuales ya involucran la muerte inesperada, herida física y/o psicológica grave y los efectos *quasi falla*, que son acontecimientos que podría haber tenido como resultado un accidente, herida o enfermedad, pero no la tuvo por casualidad o por una intervención oportuna¹.

Clarificado lo anterior, se plantean las diferentes causas de EA; entre ellas, las que tienen mayor incidencia son: la alteración de procedimientos, administración de hemoderivados, atención inadecuada y administración de fármacos. Estos son procedimientos que regularmente se realizan por el profesional de Enfermería. A este respecto, Hernández, Mendoza, Cabrera y Ortega³, refieren que el 31% de casos de EA corresponden a error de medicación, siendo una de las causas más frecuentes.

Hicks y Becker⁴, mencionan que la "National Coordination Council for Medication Error Reporting Prevention", define error de medicación como, "Cualquier incidente prevenible, que puede causar daño al paciente, cuando éste se halle bajo el cuidado del personal del área de salud". Tales sucesos pueden estar relacionados con la práctica profesional, procedimientos y sistemas; incluyendo la dispensación, distribución, vigilancia, uso, prescripción y administración

de fármacos⁵. Al respecto de estas dos últimas, representan los errores más frecuentes^{4,6,7}, siendo paradójicamente en una elevada proporción evitables^{4,8}. De acuerdo con la literatura, estas acciones responden a ciertas variables que condicionan el error, por ejemplo, el desconocimiento o descuido de no cubrir los cinco correctos en la administración de los fármacos o medicamentos^{3,9,10}, el más común es el cálculo de la dosis de fármacos intravenosos¹⁰, en cuya preparación es común equivocarse al diluirlos o al aforarlos¹¹. En otros fármacos, la presentación y nombres pueden llegar a causar confusión, o el simple hecho de no leer el instructivo de las etiquetas, puede afectar el modo de infusión y la velocidad de administración, lo que resulta en un descontrol al no respetar la estandarización los criterios que marca los laboratorios que los fabrica. Por otro lado, los EA pueden llegar a suceder por el simple hecho de que el profesional que prepara los medicamentos, no sea el mismo que administre o no los registre adecuadamente en las notas de enfermería.

Las investigaciones publicadas han mostrado que en enfermería, los EA se han estudiado con base a estadística descriptiva, se han identificado algunas variables que intervienen en su incidencia, como edad, nivel académico^{12,13}, antigüedad en el servicio y turno⁹, teniendo mayor incidencia en turno vespertino¹⁴ y entaces de turno². Las conclusiones de algunos estudios, indican que esto puede deberse a la falta de organización en algunas instituciones de salud, por no contar con personal de enfermería que se dedique exclusivamente al control, preparación y administración de los medicamentos o simplemente por no contar con una central de mezclas o preparación de fármacos.

De acuerdo con López Ponce y Salazar⁵, la Organización Mundial de la Salud (OMS) se manifiesta enfáticamente que la mayoría de EA



no se deben a negligencia, escasez o falta de formación de los recursos humanos, sino a causas latentes en los propios sistemas como: la rutina del servicio, su cultura, el planteamiento de la gestión de la calidad y la prevención de riesgos, así como la capacidad de sus miembros de aprender de los errores.

Las posturas que identifican las causas de los EA son diversas y multifactoriales. Los resultados que se han mostrado alrededor de los estudios previos, han sido vistos únicamente desde una perspectiva cuantitativa, con fines de determinar la incidencia, evitabilidad y factores de riesgo, lo que resulta complicado analizar ampliamente los EA por la inexactitud de su registro y la falta de instrumentación para describir de forma natural la subjetividad del fenómeno.

Ante este panorama, se requiere de paradigmas emergentes de investigación que denoten más allá del número o cuantificación del EA, sus implicaciones, consecuencias y variables que lo provocan.

De acuerdo con la Séptima Reunión Anual del Foro Europeo de las Asociaciones de Enfermería¹⁵ (2003), enfatizaron que la seguridad del paciente conlleva un análisis y comprensión de los EA y una estimación real del problema, así, parece ideal utilizar la investigación cualitativa, para tratar de describir la subjetividad del fenómeno. Las aportaciones podrían complementar las medidas de seguridad en los cuidados de enfermería al tener un manejo completo de los fármacos, desde su preparación, hasta su administración. Asimismo, los códigos que resulten de un análisis narrativo podrán acercarse de una forma más íntima a la enfermera que no se verá comprometida a contestar un cuestionario dicotómico para reportar número y condiciones de un EA, que por una parte, puede negar, y por otra no contestar por temor a las represalias laborales o legales que implica.

De acuerdo a la evidencia publicada y a la necesidad manifiesta de utilizar paradigmas naturalistas, se planteó el siguiente propósito: realizar entrevistas semi-estructuradas a enfermeras profesionales activas de hospitales de segundo y tercer nivel en México, para aproximarse a la comprensión del fenómeno del EA desde una perspectiva cualitativa, contribuyendo a determinar las causas e implicaciones subjetivas.

METODOLOGÍA

El diseño del estudio fue exploratorio, descriptivo con una aproximación al enfoque fenomenológico¹⁶. El principal instrumento de indagación fue el propio investigador, que se apoyó en entrevista semi-estructurada y registros narrativos los cuales se almacenaron en audio para su posterior transcripción y análisis, apoyados en el software Atlas ti (versión 7). Esto con el fin de no perder detalle de las respuestas y permitir la fluidez de los testimonios para poder establecer una aproximación a la codificación abierta a través de la estructuración de redes conceptuales.

Los criterios de inclusión fueron: enfermeras con al menos 5 años de haberse titulado, laborando en instituciones de segundo y tercer nivel en distintos servicios (hospitales con especialidades básicas y hospitales de tratamiento y rehabilitación específica). Las entrevistas se llevaron a cabo en los meses de abril y mayo del 2013.

Procedimientos: Las enfermeras que aceptaron participar, se les citó en un lugar tranquilo, cercano a las instituciones donde laboran, con el fin de evitar distracciones y favorecer la confianza.

Al inicio de la entrevista se les solicitó verbalmente a las participantes su consentimiento para que la entrevista sea grabada, dado que no se consideró pertinente un consentimiento firmado, porque podría interferir con la veracidad de las respuestas



debido a la naturaleza del fenómeno a indagar. Asimismo se presentó a la persona miembro del equipo de investigación que apoyaría con el manejo de la grabadora, siendo muy explícitos al informarles que no se haría uso de sus nombres o referencia de las instituciones en las que laboran, permitiendo la fluidez de las conversaciones y que la finalidad de la entrevista era conocer las experiencias de EA dentro de la administración de fármacos, ya sean propias o ajenas. Se incluyó también una breve presentación e introducción informal en la que se les preguntó cómo se encuentran, qué les gusta, dónde trabajan, desde cuándo; todo con el propósito de relajar la tensión que representa un audio grabación y permitir una mejor fluidez de las respuestas.

La misión del investigador fue guiar al participante sobre el tema, procurando que las preguntas fueran de forma abierta, para que se expresaran libremente, sin que el investigador interviniera continuamente, así, se mantuvo el registro de notas referentes a situaciones importantes que se mencionaran durante la charla.

En una segunda etapa, las entrevistas se transcribieron por el equipo de investigación, para llevar a cabo la clasificación de los datos, apoyados en el software Atlas ti. Este software facilitó el análisis cualitativo, principalmente, de grandes volúmenes de datos textuales. Dado que su foco de atención es el análisis narrativo, no pretende automatizar el proceso de análisis, simplemente ayudar al investigador agilizar considerablemente muchas de las actividades implicadas en el análisis cualitativo y la interpretación, entre otras cosas, integrar toda la información de la cual se dispone (datos, fichas, anotaciones entre otras), facilitando organización, búsqueda y recuperación.

El resultado es un archivo, en el disco duro, compuesto por una serie de elementos. El archivo se denomina *Unidad Hermenéutica*; sus componentes principales fueron los siguientes: 1) Documentos primarios 2)

Citas 3) Códigos 4) Memos y 5) Networks (redes conceptuales).

1) Los Documentos Primarios. Son la base del análisis, es decir, los "datos brutos", las entrevistas tal cual fueron grabadas y transcritas.

2) Las Citas. Son fragmentos de los Documentos Primarios que con base a criterios de investigación, tiene algún significado, es decir, son los segmentos significativos de los Documentos Primarios. Se entienden como una primera selección del material de base, una primera reducción de los datos brutos.

3) Los Códigos. Suelen ser la unidad básica de análisis. Habitualmente el análisis se basará en ellos. Podemos entenderlos como conceptualizaciones, resúmenes o agrupaciones de las Citas, lo que implicaría un segundo nivel de reducción de datos. Aun así, se debe tener en cuenta que no necesariamente tienen que estar relacionados con las Citas, es decir, los Códigos pueden utilizarse también como "conceptos" útiles para el análisis que no necesariamente tienen una relación directa con fragmentos de texto.

4) Los Memos son los componentes principales, junto a Documentos, Citas y Códigos. Aunque cada uno de los componentes anteriores pueden tener asociado un Comentario, podemos identificar los Memos como comentarios de un nivel cualitativamente superior, puesto que son todas aquellas anotaciones que realiza el investigador durante el proceso de análisis y que pueden abarcar desde notas recordatorias, hipótesis de trabajo, hasta explicaciones de las relaciones encontradas y conclusiones, entre otras. Este material puede ser utilizado como punto de partida para la redacción de un informe. Adicionalmente, los Memos pueden ser empleados, a su vez, como documento primario. Esto último implica la posibilidad de profundizar en el análisis.



5) Los Networks. Son uno de los elementos principales del trabajo conceptual. Permiten representar información compleja de una forma intuitiva mediante representaciones gráficas de los diferentes componentes y de las relaciones que se hayan establecido entre ellos. Para terminar la Unidad Hermenéutica, es en el fichero en el que se graba toda la información relacionada con el análisis, desde los Documentos Primarios hasta los Networks. Es decir, es el equivalente a un fichero que incluirá documentos primarios, citas, códigos, anotaciones, relaciones, familias y representaciones.

RESULTADOS

Se realizaron seis entrevistas semiestructuradas a enfermeras generales y licenciadas de los servicios de urgencias, terapia intensiva, medicina interna y rehabilitación. El material audiograbado sumó 197 minutos. Se identificaron 69 códigos entre todas las entrevistas, pero por similitud se unificaron 36, se obtuvieron 120 citas y se realizaron 23 memos.

El orden de presentación de los resultados será el siguiente: 1) Citas, 2) Códigos, 3) Networks (redes conceptuales). Por fines de publicación, no se presentarán los documentos primarios y los memos, solo se mostrarán de los demás elementos, lo más representativo.

1) *Citas*. Se presentan algunas de las citas más interesantes y entre paréntesis se relacionan a alguno de los códigos identificados:

-En donde me encuentro si es de mi agrado, porque en otro servicio no me sentiría segura de los medicamentos-. (Código: Satisfacción-seguridad).

-El turno que ahorita estoy llevando es el de la tarde, fines en el hospital y en la clínica es de lunes a viernes, tener mucho trabajo pudiera afectarme a cometer errores-. (Código: Estrés-sobrecarga de trabajo)

-Cuando llegas a un lugar en donde no sabes algunas cosas o entras como en shock cuando llega un paciente el cual no sabes ni por dónde empezar, en algún momento nos hace fallar-. (Código: aprendiz-Ignorancia).

-Cuando tienes pacientes graves o en recuperación y tiene que pasarles medicamentos a más pacientes, llegan los familiares, los médicos, tus propias compañeras en el cambio de turno, te preguntan... a veces no sabes ni que medicamento le seguirá posteriormente, solo pienso en paciente correcto, fecha, hora correcta, dosis correcta, medicamento correcto, vía correcta, velocidad correcta...- (Código: Distractores-responsabilidad-conocimientos).

-Hay quienes cometen errores, no se dan cuenta de quién es la persona a quien se le está administrando (el medicamento), el no ponerle la cantidad correcta, es decir más de la indicada, ser distraída, no aplicar todos los procedimientos, afectan los problemas personales, no te concentras-. (Código: Distractores, Ética).

-No, si cometen un error no lo mencionan, primero porque su trabajo está en juego, después la familia sobre ella (refiriéndose a demandas), si es que el paciente muere todo lo que puede venir por su distracción las consecuencias que trae su error-. (Código: consecuencias-temor-legalidad).

2) *Códigos*. A continuación se definen algunos de los códigos que los investigadores adoptaron de acuerdo a los conceptos o dimensiones hallados en los documentos primarios referente al fenómeno de estudio.

-Calidad: lo que la enfermera considera que es la percepción que el paciente tiene de su servicio, fijación mental del paciente hospitalizado que asume conformidad con los cuidados de sus salud y la capacidad de la enfermera para satisfacer sus necesidades como el administrar un medicamento.



-Conocimiento: habilidades, actitudes y competencias para poder administrar correctamente un fármaco.

-Desinterés: El desinterés es la apatía o falta de disposición para proporcionar el cuidado de enfermería en ciertas situaciones de estrés.

-Experiencia: La experiencia es el hecho de haber presenciado, sentido, vivido o conocido un efecto adverso propio o ajeno en la administración de fármacos.

-Legalidad: Presencia de un sistema de leyes que debe ser cumplido y que otorga la aprobación o desaprobación a determinadas acciones como los errores en la administración de medicamentos y que puede ser penalizado.

-Responsabilidad: Es un valor que está en la conciencia de la enfermera al efectuar correctamente sus cuidados. Le permite reflexionar, orientar y valorar las consecuencias al administrar un fármaco.

-Causantes: todo aquello que se considera como el fundamento o el origen de un error de medicación.

-Consecuencias: Correspondencia lógica entre la mala administración de un fármaco por parte de enfermería y el resultado adverso del mismo.

-Distractores: todo aquel objeto, pensamiento, material o sentimiento que desvía la atención o concentración de la enfermera al administrar un medicamento.

-Exceso de trabajo: situaciones laborales que salen de los límites de lo normal o de lo lícito (como el exceso de pacientes, falta de recursos materiales y físicos mínimos para trabajar y jornadas de más de 40 horas a la semana.

-Falta de conocimiento: Ignorancia de no saber cuáles son las consecuencias de un error de medicación.

-Preocupaciones: Sentimiento de inquietud, temor o intranquilidad que la enfermera tiene por una situación personal y que podría desviar la concentración de administrar correctamente un medicamento.

3) Networks (redes conceptuales).

Para poder observar la totalidad de los códigos se presenta la siguiente figura No. 1.

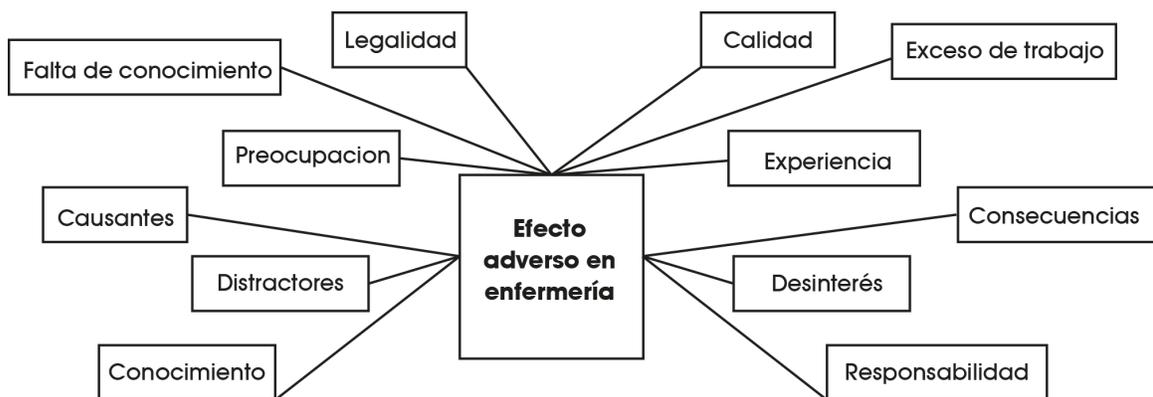


Figura 1.



DISCUSIÓN

Utilizar paradigmas emergentes en la descripción de las implicaciones subjetivas de un EA, podrían ayudar a generar una cultura donde las enfermeras puedan informarse sobre sus problemas y errores, para adoptar políticas y procedimientos en sus centros interinstitucionales, con la meta de reducir la incidencia de riesgos y sus consecuencias. La generación de los códigos no pretenden reflejar la realidad del fenómeno del EA, sin embargo es una aproximación a la misma de la experiencia del actor principal. Queda claro que los errores en la medicación son comunes, no son reportado por temor a represalias e implican más allá de ignorar los cinco correctos. Por un lado, los códigos generados implican ideas, sentimientos, situaciones, estrés, personalidades de las propias enfermeras, ignorancia. Pero por otro lado, en las entrevistas, se denotaron códigos que para enfermería son la esencia de su quehacer profesional, las enfermeras entrevistadas denotaban su buena labor al momento de administrar medicamentos a pesar de los distractores, o problemas personales, implicaba, profesionalismo, ética, conocimiento, amor, vocación, experiencia, calidad, cualidades, actitud, seguridad, satisfacción, empatía, situaciones que caracterizan a la profesión de enfermería por encima de las demás ciencias de la salud, por el simple hecho de trabajar con personas, antes que con pacientes. La esencia de enfermería estriba en otorgar cuidados éticos, espirituales y con base científica.

CONCLUSIÓN

Dado que la observación participante y las estrategias de la fenomenología otorga las herramientas para poder hacer conjeturas en "in situ" al analizar la información, a manera de conclusión se plantea la siguiente hipótesis: Si los efectos adversos dependen de las condiciones laborales, personales y de conocimiento, entonces el error en la administración de medicamentos se debe al exceso de pacientes por enfermera, inexperiencia en el cuidado, desconocimiento de cierta especialización, sentimientos de preocupación que generan estrés que condicionan la concentración en la preparación y administración de fármacos, además que los errores no se reportan debido a las consecuencias que representa el incumplimiento con aspectos de responsabilidad, reglas y principios profesionales que no desean evidenciarse.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Secretaria de Salud. (Internet). México: SS; 2005 (consulta el 14 de julio de 2013). Disponible en: https://www.amis.com.mx/InformaWeb/Documentos/Archivos/Dra._Odet_Sarabia_Seguridad_del_Paciente.pdf
2. Fajardo GE. Calidad de la atención médica, evento adverso, error médico y autocuidado de la seguridad del paciente. CONAMED. 2008; 13 (1):3-5.
3. Hernández CA, Mendoza RE, Cabrera PF, Ortega VC. Eventos adversos en el cuidado de enfermería. Rev. Enfermería Cardiológica. 2011; 14: 70-74.
4. Hicks R, Becker Sh. An Overview of Intravenous-related Medication Administration Errors as Reported to MEDMARX(R), a National Medication Error-reporting Program. Journal of Infusion Nursing. 2006; 29(1): 20-27.
5. López R, Ponce G, Salazar T. Eventos adversos en Pediatría y Medicamentos de Alto riesgo. Revista Universitaria. 2001; 8(3):28-35.
6. Merino P, Martín M, Alonso A, Gutiérrez I, ^lvarez J, Becerril F. Medication errors in Spanish intensive care units. Med Intensive. 2013; (8).
7. Franke HA, Woods DM, Holl JL. High-alert medications in the pediatric intensive care units. Pediatr Crit Care Med. 2009; 124(1):324-32.
8. Pharmacology & Toxicology. BioMed Central (Internet). 2009 (consulta el 01 Agosto de 2013). Disponible en: HYPERLINK "<http://www.biomedcentral.com/1472-6904/9/9>" www.biomedcentral.com/1472-6904/9/9
9. Gaitán DH, Eslava SJ, Rodríguez MN, Forero SV, Santoñio SD. Incidencia y Evitabilidad de Eventos Adversos en Pacientes Hospitalizados en tres Instituciones Hospitalarias en Colombia durante el 2006. Rev. Salud Pública. 2008; 10(2):215-26.
10. Cárdenas SP, Zarate GR. Calidad en la administración de medicamentos intravenosos y su efecto en la seguridad del paciente. Enfermería Universitaria. 2009; 6(2):22-8.
11. Colegio Profesional de Enfermería de Valladolid. Séptima reunión Anual del Foro Europeo de las Asociaciones de Enfermería y Matronas y la Organización Mundial de la Salud (Internet). Valladolid: PEV; 2013 (consulta el 4 de julio de 2013). Disponible en: <http://www.enfermeriavalladolid.com/modules.php?name=New&file=article&cid=33>
12. Donoso FA, Fuentes RI. Eventos Adversos en la UCI. Rev. Chilena de Pediatría. 2004; 75(3):233-39.
13. Parshuram SC. Evaluación en forma Sistemática de los errores que ocurren durante la preparación de la medicación intravenosa. Canadian Medical Association or its licensors (CMAJ). 2008; 178(1):42-8.
14. Fernández BN. Los eventos adversos y la calidad de atención. Estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes. Rev. Argentina de Pediatría. 2004; 102(5):402-10.
15. Séptima Reunión Anual del Foro Europeo de las Asociaciones de Enfermería. (Internet). Europa: FAE; 2003; (Consulta el 26 de junio de 2013). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261/el-foro-europeo-las-asociaciones-enfermeria-matronas-13048765-internacional-2003?bd=1>
16. Hernández SR, Baptista LP, Fernández CC. Metodología de la investigación. México: Mc Graw- Hill. 5ªed. México: Mc Graw-Hill; 2010.

