



Los registros clínicos de enfermería como proceso social-profesional en la comunicación multidisciplinaria

*Nursing clinical records as a social-professional process
in multidisciplinary communication*

*Registros clínicos de enfermagem como processo sócio-profissional
na comunicação multidisciplinar*

Lizeth Guadalupe López López¹
<https://orcid.org/0000-0001-9311-7571>

Nancy Angélica López Carbajal¹
<https://orcid.org/0009-0000-8535-6329>

¹ Departamento de Educación Continua
en Enfermería, Instituto Nacional de Ciencias
Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Autor de correspondencia: Lizeth Guadalupe
López López

Correo electrónico: lizeth.lopezl@incmnsz.mx

Recibido: 30 abril 2024

Aceptado: 3 septiembre 2024

Publicado: 10 diciembre 2024

ISSN: 2954-4459

Resumen

Introducción: El personal de enfermería desempeña un papel crucial en el registro y documentación por escrito de las intervenciones y cuidados hacia los pacientes en instituciones hospitalarias, pues representan un medio para garantizar la continuidad de la atención entre el equipo multidisciplinario de salud, además de que propician un marco de seguridad durante la estancia de los usuarios. Por el contrario, la falta de

registros claros y completos, así como la variabilidad de su estructura, puede resultar en tratamientos inadecuados, o bien, en comunicación deficiente dentro del sistema de salud.

Desarrollo: Las notas de enfermería deben construirse bajo aspectos cognitivos y propios de la enfermería (Proceso de Atención de Enfermería, juicio clínico, razonamiento diagnóstico, entre otros), así como los que contribuyen en el desarrollo del lenguaje

disciplinar (semántico, gramatical y pragmático) asentados en el género discursivo de la descripción y la argumentación.

Conclusiones: Identificar y construir los registros clínicos y notas de enfermería bajo una construcción social-profesional, permitirá contar con escritos que representan en sí a la profesión y sus acciones profesionales, dentro del sistema de salud.

Palabras clave: Registros de enfermería, continuidad de la atención del paciente, comunicación multidisciplinaria, escritura

Abstract

Introduction: Nursing staff play a crucial role in recording and documenting interventions and care provided to patients in hospital settings. This serves as a means to ensure continuity of care within the multidisciplinary healthcare team, as well as to foster a safety framework during hospitalization. Conversely, the lack of clear and comprehensive records, along with the variability in their structure, can result in treatment errors or communication deficiencies within the healthcare system.

Development: Nursing notes must be constructed based on cognitive aspects intrinsic to nursing, such as the Nursing Care Process, clinical judgment, and diagnostic reasoning. Additionally, other elements that contribute to the development of disciplinary language, including semantics, grammar, and pragmatics, should be incorporated, grounded in the discursive genres of description and argumentation.

Conclusions: Identifying and constructing clinical records and nursing notes within a

social-professional framework will enable the creation of written documents that represent the profession and its professional actions within the healthcare system.

Keywords: Nursing records, patient care continuity, multidisciplinary communication, writing.

Resumo

Introdução: A equipa de enfermagem desempenha um papel crucial no registro e documentação escrita das intervenções e cuidados aos utentes em instituições hospitalares. Isso representa um meio de garantir a continuidade do cuidado entre a equipa multidisciplinar de saúde, além de proporcionar um quadro de segurança durante a permanência. Pelo contrário, a falta de registos claros e completos, e a variabilidade da sua estrutura, podem resultar em erros sobre os tratamentos, ou em deficiências de comunicação dentro do sistema de saúde.

Desenvolvimento: As notas de enfermagem devem ser construídas sobre aspectos cognitivos e de enfermagem, como o Processo de Cuidado de Enfermagem, julgamento clínico e raciocínio diagnóstico, além de outros que contribuam para o desenvolvimento da linguagem disciplinar, como semântica, gramatical e pragmática, baseada no género discursivo da descrição e da argumentação.

Conclusões: Identificar e construir prontuários clínicos e notas de enfermagem sob uma construção sócio-profissional permitir-nos-á ter escritos que representem a profissão e as suas ações profissionais dentro do sistema de saúde.

Palavras-chave: Registros de enfermagem, continuidade do cuidado ao paciente, comunicação multidisciplinar, escrita.

Introducción

La documentación de los registros clínicos surge gracias a Florence Nightingale, quien comprendió que era necesario recolectar los datos de sus pacientes y organizarlos a través de la escritura. Esta documentación tomaría el nombre de registros de enfermería (RE) que, en términos generales, son documentos que avalan la continuidad de la atención y mejoran la comunicación, evitando errores durante el cuidado en un entorno hospitalario. Esta práctica del registro correcto, en enfermería, serviría para evidenciar y mejorar la atención en los hospitales militares¹. Desde entonces, los RE son relevantes, pues no solo registran hechos, sino que ayudan a tomar medidas correctivas y normativas, mejorando el cuidado de las personas².

Para adentrarse en materia, es sustancial identificar la importancia de la escritura desde la investigación sociocultural, entendida como el proceso tecnológico complejo que resalta el valor de la unión entre la teoría y la práctica, para dar respuesta a necesidades socioculturales, circunstancias humanas y de salud, incluyendo el campo profesional^{3,4}. En cada contexto escribir y leer adopta prácticas propias, en forma de géneros discursivos que cumplen determinadas funciones. Evidencia de ello, en el ámbito de enfermería se recuperan los géneros narrativo, descriptivo, argumentativo y expositivo.

Estos géneros se recuperan en los diferentes grupos y actividades de la comunidad

de enfermería; por citar algunos, administrativos, docentes, investigadores y enfermeras de práctica clínica. Sin embargo, se considera que, dentro del gremio, uno de los grupos más desfavorecidos respecto a la construcción de escritos es el personal de enfermería en la atención directa a los usuarios o de práctica clínica. Esto se debe a que, dentro de sus actividades, se incluye el documentar de manera continua el proceso de atención de los usuarios a su cargo⁵.

Con los cambios y avances profesionales, a la fecha del presente escrito, se debe evidenciar y plasmar en la memoria impresa (llamada expediente clínico) escritos argumentativos y científicos en sus registros clínicos y notas de enfermería. Si bien, los textos descriptivos son relevantes, en ocasiones carecen de un sentido científico o profesional, principalmente cuando no van acorde con los avances en materia de enfermería.

El tema de la escritura disciplinar no es nuevo, pero sí actual, debido a que aún prevalece el hecho de que la falta de claridad, coherencia y precisión en los registros y notas bajo estas características, pueden dar lugar hasta en un 57% a eventos adversos en la administración de medicamentos⁶. En este contexto, Ramos-Silva *et al.* encontraron que más de la mitad de los profesionales en enfermería, de cierta comunidad, desconocía los requisitos legales y científicos para completar sus registros y escribir notas. Esto debido a que, a pesar de tener el conocimiento adecuado, desconocían de qué manera redactar, lo cual resultaba en una baja calidad de la escritura⁷.

El registro de enfermería (RE), en el ámbito hospitalario, es un sistema que mantiene

su propia estructura, transformaciones y desarrollo. En este sentido, se comprenden dos componentes fundamentales; por un lado, se visibiliza la filosofía del cuidado de enfermería y los aspectos inherentes a la profesión, por otro lado, se recuperan las acciones dentro de un sistema. Estas acciones permiten responder el qué, el cómo y el cumplimiento de objetivos alcanzados con respecto a la atención de la salud o enfermedad de una persona en una empresa de servicios de salud.

Los RE, como proceso social, implican comprender la escritura de enfermería como un instrumento que media las relaciones del equipo multidisciplinario de la salud con respecto al seguimiento de la atención del usuario. Por esta razón, la escritura para la profesión no debe ser una actividad mecánica de estímulo-respuesta. Desde esta perspectiva, los registros de enfermería son una actividad integradora que surge de contextos situacionales profesionales, académicos, administrativos de calidad y seguridad en la atención en el contexto hospitalario.

Las instituciones de salud cuentan con expedientes clínicos con los que el personal, en particular enfermería, completa sus registros; no obstante, la capacitación y el seguimiento del llenado es responsabilidad de cada institución. De esta manera, según la Norma Oficial Mexicana de la Secretaría de Salud⁸ y el Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC)⁹, es obligatorio rellenar los siguientes apartados: identificación del paciente, habitus exterior, gráfica de signos vitales, administración de medicamentos y sus correctos, procedimientos realizados y valoración de algunas escalas, como el dolor,

nivel de riesgo de caídas, observaciones relevantes y nombre completo, así como la firma del personal de enfermería en turno. En el caso de la redacción de notas de enfermería han surgido diversas propuestas. De las cuales se destacan el modelo SOAPIE, cuyo significado, por sus siglas es: S (datos subjetivos), O (datos objetivos), A (análisis de los datos), P (plan de atención), I (intervención o ejecución), y E (evaluación de los resultados esperados); y el modelo VDPIE (Valoración, Diagnóstico, Planeación, Intervención y Evaluación): ambos guiados a través de las etapas del Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

El presente artículo aborda el tema desde el constructo teórico de los criterios de las reglas morfosintácticas y el Proceso de Atención de Enfermería, como los elementos que guían el orden y estructura bajo el lenguaje técnico de la profesión y del contexto hospitalario.

Principales debilidades en los registros

A medida en que los profesionales de enfermería visualizan la relevancia de sus propios escritos y su contribución al bienestar del paciente, recuperan y analizan datos de sus prácticas hospitalarias. De igual forma, tendrán herramientas necesarias para demostrar que los cuidados de enfermería marcan la diferencia en la atención al paciente¹⁰.

Gracias a la investigación y evaluación en la calidad de los registros se detectó que las principales áreas de oportunidad se centran en notas incompletas, falta de coherencia, escritura poco legible y en la identificación del paciente, así como la valoración de enfermería y evaluación (dos de las etapas principales del PAE). Por ello,

queda en duda la calidad de la planificación y, por lo tanto, de las intervenciones hechas al paciente¹¹. Es evidente que como profesionales de enfermería, el modelo que guía los cuidados es el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), entonces ¿por qué cuesta trabajo plasmar por escrito lo que profesionalmente sabemos hacer?

Algunas de las limitantes que se presentan durante la práctica y que generan riesgo de accidentes, así como de iatrogenias nosocomiales, son: la falta de simultaneidad en el registro; datos inexactos de los usuarios; ausencia de información sobre antecedentes clínicos por una lectura inadecuada del expediente, asignaciones repentinas de pacientes, el desconocimiento de alergias medicamentosas, revisión de equipos y material a utilizar; así como la revisión de procedimientos de gabinete o cirugías.

Así, ciertos factores se asocian con la producción y calidad de los registros enfermeros: factores institucionales, ambiente laboral, ausentismo, carga de trabajo, así como instrucciones de redacción; además, las circunstancias personales como la motivación, el tiempo de servicio y la identidad profesional. Por consiguiente, existe una relación directa y significativa entre dichos factores y el nivel de calidad de los registros¹².

Así pues, también existe la minusvaloración del RE por parte del personal de enfermería, quienes desestiman la documentación de sus tareas, anteponiendo la presión de las otras actividades que realizan⁷; la existencia de un formato base (o machote) genera una acción mecánica de copiar y pegar, en la que no se reflexiona o delibera respecto del seguimiento profesional para los usua-

rios, por lo que se ha identificado que la problemática radica en la dificultad para plasmar por escrito las acciones y cuidados realizados.

Por ello, surge la pregunta de si el personal hospitalario requiere de un modelo instruccional que contrarreste las prácticas inadecuadas del RE y que, simultáneamente, atienda los principales indicadores de calidad en el ámbito institucional y disciplinario. Siguiendo esta línea, las áreas de oportunidad no solo derivan de la carga de trabajo y de la falta de habilidades escriturales para tal fin, sino de que las instituciones de salud y la Academia no fomentan la creación de modelos educativos para la escritura adecuada de RE (y que éstos, a su vez, atiendan las necesidades de cada institución).

De este modo, se favorece la identidad y el crecimiento de la profesión de enfermería, al igual que se refuerzan las bases del PAE para enfatizar: la planificación de las dinámicas laborales; la responsabilidad de valorar a los pacientes; y el conocimiento o desconocimiento de su evolución (que se ve reflejada en la ausencia de RE, lo que constituye una falta legal y ética)¹³.

Identidad profesional en los riesgos clínicos

Para la profesión de enfermería, la escritura es idónea, pues permite la visibilización de las acciones profesionales en el entorno hospitalario, además de que establece la filosofía y la identidad en equipo. Si bien ésta ha jerarquizado socialmente a las personas, también ha permitido la caracterización profesional dentro de la comunidad de salud¹⁴.

En el ámbito profesional, los RE visibilizan el rol autónomo del personal de enfermería y evidencian el cuidado que proporcionan; también implican la documentación escrita, completa y exacta de los acontecimientos, al igual que las necesidades de atención, planeación y administración de intervenciones profesionales requeridas para la obtención de resultados benéficos para el paciente, las cuales se proporcionan dentro de un marco de calidad y seguridad¹⁵.

La importancia de la calidad y seguridad del paciente se constata a través de los aspectos legales. Según la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en México (CONAMED), la cuarta parte de expedientes clínicos, cuyas quejas fueron atendidas mediante arbitraje, evidenció que los RE no cumplieron con lo establecido en la normativa oficial, por lo que implican un factor de riesgo para la seguridad del paciente y un documento que, por su estructura y falta de información o coherencia, pueden contraer implicaciones legales para el personal de enfermería¹⁶.

La mayoría de las evaluaciones de los RE son cuantitativas, pues se concentran en el llenado completo de los formularios y no en la calidad de la escritura y la correlación clínica entre lo plasmado y el estado actual de los usuarios; algunos autores, como Julia Evetts, refieren que la identidad profesional es un proceso de carácter dinámico

mediante el cual el sujeto adquiere formas de entender conocimientos técnicos comunes, así como maneras coincidentes de percibir los problemas y sus posibles soluciones dentro de un espacio de trabajo¹⁷, un grupo o un colectivo profesional.

Esto permite interactuar con otros a través de la comunicación escrita para el establecimiento del objeto de estudio y las convenciones que definen a la profesión. Por ello, los registros son considerados como herramientas que proyectan a la enfermería y permiten dar cuenta de los cuidados brindados, a la vez que reflejan el carácter científico, profesional, ético, legal, humano y práctico, y que también informan sobre el tratamiento y rehabilitación del usuario.

Cabe resaltar que los principales modelos de enfermería fueron desarrollados hace más de veinte años, y que respondieron a un contexto histórico concreto. Por tanto, debe cuestionarse si los modelos responden actualmente al carácter dinámico de la construcción de la identidad profesional enfermera y a sus formas de entender los saberes relacionados (sumando a ello los avances tecnológicos que permiten la transmisión y procesamiento de la información científica a una velocidad nunca vista).

Cumplimiento de aspectos legales y administrativos

Las instituciones de salud buscan la mejora continua en la atención hacia el paciente, puesto que es mandatorio brindarles atención de alta calidad. De acuerdo con lo reportado en investigaciones ante demandas y problemas legales médicos, los RE son auditados con mayor rigurosidad, por lo que se encuentran deficiencias durante

su evolución. De esta manera, los registros en las hojas de enfermería (ya sea en formato físico o digital) son el soporte de los cuidados que se brindan a cada una de las personas que son asignadas en una jornada laboral; lo cual los convierte en un elemento importante para la toma de decisiones durante la gestión del cuidado, convirtiéndose así en un registro esencial de gran valor legal e indicador de calidad¹⁸.

Aunado a lo anterior, los RE constituyen un instrumento de gestión que respalda el quehacer profesional en una jornada de trabajo, pues están integrados en el expediente clínico del paciente. Por consiguiente, están sujetos a la normatividad establecida que, en caso de no cumplirse, conllevan una serie de repercusiones y responsabilidades de índole profesional y legal; en México, la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico que, en relación con la hoja de enfermería, puntualiza lo siguiente: "Deberá elaborarse por el personal de turno, según la frecuencia establecida por las normas del establecimiento y las órdenes del médico y deberá contener como mínimo: habitus exterior, gráfica de signos vitales, ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía, procedimientos realizados y observaciones"¹⁸.

Entre los factores institucionales se incluyen el ambiente laboral inestable y la falta de personal profesional que, al ser inadecuados, influyen desfavorablemente en la actuación del personal de enfermería, lo que provoca la sobrecarga de pacientes, así como la saturación de la actividad asistencial del servicio. En consecuencia, el incumplimiento de los registros genera la falta de continuidad en la atención a la salud.

En el ámbito laboral-administrativo los profesionales de la salud, como médicos y nutriólogos, identifican y perciben una elevada utilidad del expediente y los registros clínicos, por otro lado, el personal de enfermería percibe menos utilidad del expediente clínico y existe, por ende, una menor consulta¹⁹.

Las investigaciones sobre la percepción de la utilidad de los RE por otras profesiones también son limitadas. Sin embargo, se reconoce que su interés se centra en los gráficos de constantes vitales, el registro del cumplimiento de las indicaciones médicas y en los controles de ingresos y egresos de líquidos. Por tanto, las acciones enfermeras evidenciadas en otras secciones del formato no suelen ser relevantes para dar continuidad a la atención interprofesional, al menos no de forma cotidiana. Pese a ello, estos registros están sujetos a escrutinio y evaluación frente a situaciones específicas, como la presentación de eventos adversos, auditorías externas o protocolos de investigación retrospectivos²⁰.

En los últimos años se ha impulsado, desde diferentes instancias nacionales e internacionales, el uso de un lenguaje estandarizado enfermero dentro de los registros clínicos para evidenciar el cuidado y las intervenciones (dependientes e interdependientes), así como la evolución del estado del paciente²¹. De este modo, se espera que este lenguaje documente la aplicación del proceso de enfermería y que, a la vez, valide su utilidad dentro de las instituciones de salud.

Es necesario mencionar que los formatos en papel (al igual que en los sistemas electrónicos) se han adaptado en diferentes niveles

para favorecer la aplicación de modelos conceptuales, tanto para los registros de la etapa de valoración como para el desarrollo de diagnósticos de acuerdo con la taxonomía de NANDA y los correspondientes planes de cuidado con el uso de NOC y NIC. Estos proyectos han afrontado tres problemáticas principales: a) la heterogeneidad en el nivel de conocimientos de los profesionales de enfermería respecto a los componentes, la aplicación del proceso de enfermería y el uso de taxonomías; b) la percepción de utilidad de las mismas por el propio gremio; y c) el desconocimiento de los lenguajes enfermeros por parte de otras profesiones del área de la salud. A estas problemáticas se suman investigaciones como la de Carrington²², quien plantea los desafíos semánticos en la aplicación de las taxonomías NANDA-NOC-NIC y su limitación en la comunicación entre enfermeras en torno a eventos clínicos.

Respecto a la auditoría de los RE en el ámbito laboral, los requisitos de la NOM 004, apartado 9, no solicitan el empleo de taxonomías, ni el uso conceptual de elementos de algún modelo de enfermería, por lo que vale la pena cuestionar la utilidad y la necesidad de separar lo que es propio de la escritura académica y de los requerimientos de los textos administrativos y legales de las instituciones.

El papel de las instituciones de Salud y de la Universidad

Como una acción remedial, las instituciones laborales de salud se han dedicado por años a la evaluación de los RE; sin embargo, no se han encontrado investigaciones que se ocupen de la escritura de los mismos. Si bien, a las instituciones laborales les aqueja

cumplir con estándares de calidad por la atención a la salud de las personas, no todo corresponde a tratar de desaparecer las lagunas en este ámbito

A pesar de ello, como organización laboral, está obligada a proveer de cualquier recurso a los trabajadores para eficientizar el desempeño de sus labores. Por su parte, a la Universidad le corresponde fomentar la creación de escritos o registros de cada disciplina, así como su lectura especializada e interpretación. De modo que se requiere el fomento de procesos metacognitivos para una construcción estructurada del método científico, argumentada y adaptada al contexto (así como al emisor en un lenguaje especializado y coherente).

Escribir permite incidir sobre el propio conocimiento; en este sentido, poner por escrito una serie de conceptos implica comprender mejor la acción, que cuando simplemente se realiza de manera mecánica (cuidado directo), ya que la coherencia de un texto exige establecer las relaciones de esos conceptos entre sí y entre el conocimiento previo de quien escribe²³.

Elementos a considerar para la escritura enfermera

En la escritura de los registros, notas y otros documentos (como los reportes de investigaciones), se han encontrado múltiples situaciones que limitan la comunicación dentro del equipo de salud. Por ejemplo, la falta de planeación del escrito, párrafos extensos y con ideas incompletas, dificultad para identificar la idea central, uso inadecuado de un lenguaje técnico enfermero estandarizado, ausencia de elementos argumentativos, debilidades gramaticales y ortográficas, así como una limitada incorporación de elementos que, desde la evidencia científica, visualizan los beneficios de los cuidados o intervenciones por parte del personal de enfermería.

La escritura de enfermería tiene sus propias normas y estándares que deben seguirse para asegurar la calidad y la validez de los textos. Sin embargo, existen algunas variaciones entre las normas para registros clínicos, notas de enfermería y artículos de revistas, entre otros, las cuales son identificables de acuerdo con el soporte o canal en el que se colocarán para ser leídos. Así, se mencionan los elementos que, a razón de las autoras, deben ser las competencias que el profesional de enfermería debe tener para escribir registros y notas adecuados. Se destaca que, preferentemente, la enseñanza de la escritura debe ser otorgada por personal de enfermería con experiencia hacia quienes poseen menor competencia en este ámbito.

En general, éstas son las propiedades discursivas que los textos deben considerar para su construcción: *coherencia*²⁴, que refiere a la planificación y el orden lógico

de las ideas que se pretenden comunicar. Estableciendo la idea central y las ideas derivadas, siendo estas últimas las que respalden o contradigan la idea principal; asimismo, al redactar el texto es importante tener en cuenta la cohesión, que refiere el uso adecuado de conectores entre oraciones y párrafos, al igual que el uso correcto de los signos de puntuación entre todas las partes del registro²⁵.

Por otro lado, para llegar a un juicio clínico, se deben contemplar los principios investigativos, teniendo como punto de partida la etapa de valoración del Proceso de Atención de Enfermería, así como la gestión de la información y las competencias para obtener el razonamiento diagnóstico a partir del análisis de la información²⁶.

El presente artículo proporciona un acercamiento para la construcción de textos de calidad y lo que el personal de enfermería debe considerar al escribir lo propio. En primer lugar, de tipo cognitivo, se debe tomar en cuenta la producción de significados para cumplir con el objetivo. En segundo lugar, se implican acciones morfosintácticas, puesto que el texto exige un orden y una conformación. En tercer lugar, acciones semánticas, cuando se organiza el texto se establecen relaciones entre sus elementos para darle significado y, de esta manera, hacer que sea coherente y tenga sentido. Por último, se contemplan las acciones pragmáticas cuando buscamos que el texto tenga relación con la situación comunicativa y la intención de la enfermera o enfermero³.

En otras palabras, en el escrito se ejecutan acciones que requieren la realización de operaciones cognitivas, lingüísticas y socio-culturales que hacen posible el proceso de producción del registro.

Por ende, escribir es una actividad de producción de sentido que implica la realización de procesos cognitivos, como la interpretación textual, la reflexión, la revisión y la textualización.

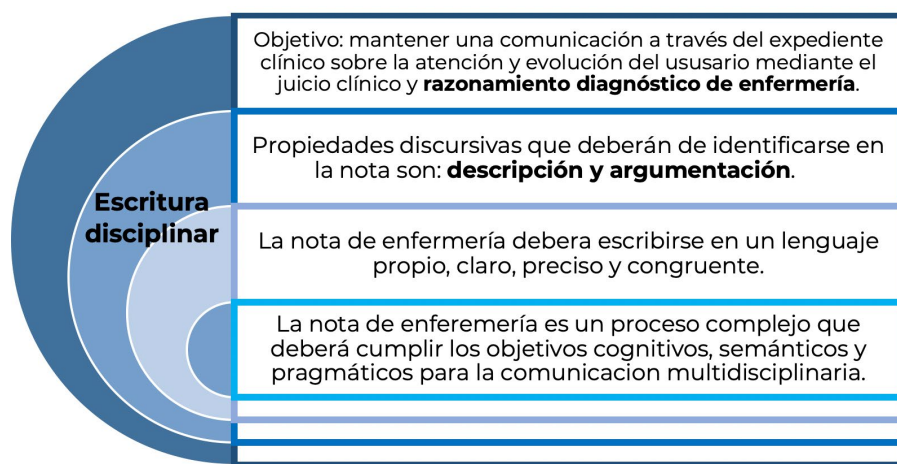


Figura 1. Elaboración propia de las autoras, 2024.

Conclusiones

Los RE son documentos esenciales que respaldan la calidad y continuidad de la atención que, a la vez, mejoran la comunicación y evitan errores durante el cuidado del paciente. La importancia de éstos radica en que sirven como base de información para determinar el estado de salud de los usuarios, así como para probar factores asociados y evaluar la calidad de los servicios de salud²⁷. Los registros son fundamentales para evidenciar la calidad de cuidados en hospitales y deben enseñarse en instituciones de salud y universidades, por las y los mismos profesionales de enfermería.

De lo anterior se resume que la escritura de enfermería es una actividad compleja que debe cumplir con objetivos cognitivos, morfosintácticos, semánticos y pragmáticos para la comunicación multidisciplinaria en el sistema hospitalario. Asimismo, las y los escritores de enfermería deben fortalecer competencias profesionales propias, como la utilización del Proceso de Atención de Enfermería, para desarrollar un razonamiento diagnóstico, al igual que juicio clínico y los elementos que deben incorporarse en los textos.

Por ende, la problemática en torno a los registros es tal, que se han desarrollado varios

modelos para mejorar la calidad y la eficacia de las notas de enfermería, pero será decisión de cada institución el uso del modelo que convenga a sus necesidades. De igual forma, algunas instituciones de salud han tenido la necesidad de mejorar las prácticas de escritura a través de cursos que, de preferencia, deberían ser impartidos por las mismas enfermeras.

Para concluir, un registro clínico adecuado garantiza una atención segura y de calidad, así como el seguimiento de la evolución del paciente y un valor científico para futuras investigaciones. Elementos clave en la comunicación del equipo de salud que promueven la confianza, el respeto y la comprensión en el cuidado profesional; además de que expresan una interacción recíproca y precisa del hecho de cuidar²⁸.

Referencias

1. Nightingale F. Notas sobre enfermería: Qué es y qué no es. España: MASSON; 1991, p.172.

2. Soza C.D.F, Bazán A.C.L, Díaz R.J. Percepción de las enfermeras sobre el uso de sus registros para garantizar la continuidad del cuidado [Internet]. 2020; 14(1). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000100012
Acceso: enero, 2024.

3. Ávila N, Calle L. Contextos, relaciones, escritores: hacia un modelo complejo del estudio y de la enseñanza de la escritura. Pensamiento Educativo Revista de Investigación Educativa Latinoamericana [Internet]. 2022;59(2):1-11. Disponible en: <https://>

www.scielo.cl/pdf/pel/v59n2/0719-0409-pel-59-02-00101.pdf

Acceso: enero, 2024.

4. Pérez J. El enfoque sociocultural del lenguaje: más allá de lo lingüístico y lo comunicativo. Enunciación [Internet]. el 29 de julio de 2022;27(2):186-199. Disponible en: <https://revistas.udistrital.edu.co/index.php/enunc/article/view/19166/18345>

Acceso: enero, 2024.

5. Serra M.E. Enseñanza de escritura académica en la formación de enfermería neonatal [Internet]. 2022; (40): 30 - 35. Disponible en: https://ia601407.us.archive.org/12/items/enf-neonatal-40-2022-30-35_20221205/Enf%20Neonatal%2040-2022_30-35.pdf

Acceso: febrero, 2024.

6. Santos I., Santos J.M, Mendoza E.J, Vega M.Á. Conocimiento científico y de implicación legal en el cumplimiento de los registros de enfermería [Internet]. 2022; 27(2): 57 - 62. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2022/con222b.pdf>

Acceso: enero, 2024.

7. Ramos E., Nava M.G., San D. Conocimiento y percepciones de la adecuada cumplimentación de los registros de enfermería en un centro de tercer nivel [Internet]. 2011; 21(3): 151 - 158. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-conocimiento-percepciones-adecuada-cumplimentacion-los-S113086211000568>

Acceso: marzo, 2024.

8. Secretaría de Salud (SS), Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Informe de Actividades 2021 del Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC) [Internet]. 2022. Disponible en: <https://desdgces.salud.gob.mx/mecic/index.php> Acceso: febrero, 2024.
9. Diario Oficial de la Federación [DOF]. Norma Oficial Mexicana Del Expediente Clínico [Internet]. NOM-004-SSA3-2012, 2010. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787 Acceso: febrero, 2024.
10. Torres D., Zurita M.A., Vicente M.A., Hernández IA.. Indicadores de evaluación de los registros clínicos de enfermería: Implementación de una herramienta tecnológica [Internet]. 2021; 20(3): 315 - 328. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.19136/hs.a20n3.3938> Acceso: febrero, 2024.
11. Leon A.T, Mayma Z.N.C, García J.D.L, Chachi R.D.P.T. Personal and institutional factors associated with the quality of nursing notes recording in hospitalized oncology patients [Factores personales e institucionales asociados a la calidad del registro de notas de enfermería en pacientes oncológicos hospitalizados]. J Med Surg Public Health [Internet]. 2022;6(2):103-113. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.32829/ghmj.v6i2.179> Acceso: enero, 2024.
12. Nuñez A.R., Rodríguez L.D., Díaz RJ., Cervera M.F., Constantino F. Incorporando las anotaciones de enfermería tipo SOAPIE en el servicio de pediatría [Internet]. 2018; 5(2): 66 - 73. Disponible en: <https://doi.org/10.35383/cietna.v5i2.181> Acceso: febrero, 2024.
13. Lorenzo P.L. La escritura y el proceso social [Internet]. 1997; (3): 37 - 41. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5983970> Acceso: febrero, 2024.
14. López J.J., Moreno M.G., Saavedra C.H., Espinosa A.L., Camacho J.U. La importancia del registro clínico de enfermería: un acercamiento cualitativo [Internet]. 2018; 15(93): 1 - 9. Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1326/827> Acceso: febrero, 2024.
15. Hirsch A. Elementos teóricos y empíricos acerca de la identidad profesional en el ámbito universitario [Internet]. 2013; 35(140): 63 - 81. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22201/iisue.24486167e.2013.140.38843> Acceso: febrero, 2024.
16. García S., Navío A.M., Valentin L. Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería [Internet]. 2007; (28): 1 - 8. Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/335> Acceso: febrero, 2024.
17. Diario Oficial de la Federación [DOF]. Norma Oficial Mexicana, Del Expediente Clínico [Internet]. NOM-168-SSA1-1998, 1998. Disponible en: <https://salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html> Acceso: febrero, 2024.

18. Merino MJ., Ruiz J.H, Demanos A., Martínez A.I., Martínez A.A., Vives T., et al. Percepción de la Utilidad del Expediente Clínico Electrónico en un Instituto Nacional de Salud [Internet]. 2016; 21(4): 186 - 191. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7299217.pdf>

Acceso: febrero, 2024.

19. Comisión de Arbitraje Médico. Manual para la mejora de la supervisión y enlace de turno: 50 estándares para la capacitación continua en la práctica de enfermería. Secretaría de Salud (SS); 2017.

20. González N.H., Castañeda H.H. Proceso de Enfermería. España: Elsevier; 2023.

21. Carrington J.M. The Usefulness of Nursing Languages to Communicate a Clinical Event. CIN: Computers, Informatics, Nursing [Internet]. 2012; 30(2): 82 - 90. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/NCN.0b013e318224b338>

Acceso: febrero, 2024.

22. Carlino P. Enseñar a escribir en la universidad: ¿Cómo lo hacen en Estados Unidos y por qué? Uni-Pluri/Versidad [Internet]. 2002; 2(2): 57 - 67. Disponible en: <https://www.aacademica.org/paula.carlino/205.pdf>

Acceso: febrero, 2024.

23. Martínez F, González F. La escritura de textos científico-académicos. Dossier de trabajo [Internet]. Universitat de Barcelona; 2023. (Dipòsit digital). Disponible en: <http://hdl.handle.net/2445/202660>

[net/2445/202660](http://hdl.handle.net/2445/202660)

Acceso: febrero, 2024

24. Serna G., Gutiérrez G., Zenozain C., Damián R., Yanowsky, G., Vargas-Portugal K. Artículos científicos: Preparación, diseño y publicación [Internet]. 2023 Perú: Instituto Universitario de Investigación Ciencia y Tecnología Inudi. Disponible en: <https://doi.org/10.35622/inudi.b.084>

Acceso: febrero, 2024.

25. López N.A. El razonamiento diagnóstico y el juicio clínico como base fundamental para el desarrollo de planes de cuidados [Internet]. 2024; (12): 41 - 43. Disponible en: https://www.revistamexicanaenfermeria.org/frame_esp.php?id=28

Acceso: febrero, 2024.

26. Castillo J. Registros de salud: evaluación estadística de su calidad [Internet]. 1997; 5(2): 17 - 21; Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12591997000200003&lng=en

Acceso: enero, 2024.

27. Ochoa-Vigo K., Pace A.E., Santos C.B. Análise retrospectiva dos registros de enfermagem em uma unidade especializada [Internet]. 2003; 11(2): 184 - 191. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n2/v11n2a07>