



*El ritual del papeleo es quizá el procedimiento que más mortifica a la enfermera clínica. Como informar es cada vez más una obligación ineludible, la solución al problema pasa por garantizar la utilidad de los registros, o lo que es lo mismo, escribir en beneficio propio.*

## *La calidad en la documentación clínica de enfermería*

DEL PAPELEO A LOS REGISTROS PARA EL CUIDADO

*Manuel Amezcua\**

### Introducción

Cuando hablamos de registrar, habitualmente nos referimos a anotar algo de lo que interesa que quede constancia escrita, pero, como tantas palabras que han evolucionado, con anterioridad ha significado algo diferente. El viejo diccionario castellano de Autoridades (s. XVIII) definía en su primera acepción el acto de registrar como «mirar con cuidado y diligencia alguna cosa», o también «examinar o especular alguna cosa»<sup>1</sup>. Será por ello que la gente de mi pueblo, cuando acuden al médico, no le piden que les explore o les reconozca, como hacemos habitualmente, sino que usando de sus arcaísmos le solicitan que les registre tal o cual parte del cuerpo que tienen dolorida.

Para los ilustrados españoles, como para los de mi pueblo, el registro implicaba un acto preliminar a la escritura, que es la observación detenida, el examen pormenorizado, una acción por otra parte bien conocida para los profesionales de enfermería, ya que con ella se inicia el proceso científico de los cuidados. Es importante comenzar con esta sutil apreciación porque a lo largo de este trabajo intentaré demostrar que los registros de enfermería pueden ser la cosa más inútil del mundo si no tenemos la precaución de ubicarlos entre los límites de las acciones razonables.

*¿Has visto el nuevo estadillo?, no hay por donde meterle mano. Estos burócratas han perdido la cabeza, nos están inundando de papeles, terminaremos como simples secretarias, aquí lo que menos cuenta es el enfermo.* Discursos como éste son habituales en las salas del hospital o en los centros de salud. El profesional sanitario, y el profesional de enfermería en particular, tiene un apego demasiado estrecho al pragmatismo como para ocuparse también del cuidado de los papeles. De esta forma el papeleo, que nace con la sana intención de dejar constancia de las cosas importantes, se convierte en el principal estorbo de la práctica clínica, en un inútil procedimiento con la única función de proporcionar materia de entretenimiento a una pléyade de oficinistas holgazanes y archiveros desocupados que viven a expensas del sistema sanitario, como lo podían estar del más funesto departamento de la administración pública.

\*Coordinador de Enfermería del Distrito Sanitario de Santa Fe (Granada), Servicio Andaluz de Salud. Director de *Índice de Enfermería*.

## REVISIONES

Los profesionales de enfermería, sobre todo los de corte antiguo, han sabido despachar con mucha más agilidad sus necesidades de información sin menester tanto papel, haciendo uso de un estilo bien implantado en las enfermerías, el «estilo compadre», basado en la comunicación interpersonal directa, que alcanza su máxima plenitud cuando dos enfermeras se cruzan en el vestuario al tiempo del cambio de turno y se comunican las incidencias. Tiras de blanco esparadrado hipoalérgico, como pálidos pergaminos, inundan los utilajes y alicatados de la sala con mensajes tan escuetos como imperativos: números de habitaciones o secuencias horarias que una mentalidad esotérica confundiría con fórmulas cabalísticas. Un paisaje de anotaciones realizadas al anverso de formularios prehistóricos que señalan el itinerario clínico que la enfermera sigue cotidianamente en cada turno.

### La danza del papel y la enfermera

Las resistencias tradicionales del profesional de enfermería a la utilización de registros están motivadas por una doble problemática: la actitud negativa de los profesionales y la inadecuación de los documentos. Sobre la primera, podemos avanzar algunas causas. Si no se ha registrado más es, entre otras cosas, porque no se necesitaba. Es evidente que el desempeño de un trabajo basado exclusivamente en la realización de una serie de tareas aisladas a la cabecera del paciente no implica otra necesidad que la de cumplimentarlas con el mayor decoro y profesionalidad posibles, y es inevitable reconocer que hasta hace muy poco tiempo ese modelo de enfermería ha impregnado la práctica asistencial tanto en el hospital como en la atención primaria.

He tomado la táctica de desconfiar de todo aquel que, señalándome con el índice su venerable cabeza, afirma que no necesita registrar nada porque todo lo que de importancia ha de saber sobre sus pacientes lo tiene impecablemente archivado en su prodigiosa testa. Esta actitud, tan frecuente en profesionales con una cierta experiencia, implica un complejo de superioridad, el de la inmutabilidad o la inmortalidad del cuerpo, además de poner trabas al trabajo en equipo, pues impide el acceso a la preciada información del paciente si no es a través de un particular derecho de pernada.

Sospecho que en el fondo del problema subyace precisamente lo contrario: el eterno complejo de inferioridad de las enfermeras, el pensar que el gesto de escribir es más propio de disciplinas superiores, sentimiento acentuado por haber servido el documento escrito como medio habitual de transmisión de las órdenes médicas. Ponerse a escribir podría resultar hasta sospechoso, un atrevimiento de la enfermera inconformista que podría situarle al borde del intrusismo. De esta forma el bolígrafo, como el fonendo, podría ser un instrumento peligroso en manos de la

enfermera si ésta se atreviese a sobrepasar unos límites previamente marcados: el de la escritura intrascendente, como el procedimiento rutinario de la toma de la temperatura o la presión arterial. Lo cierto es que, a estas alturas en que tales apreciaciones están más que superadas, aún me cuesta conseguir que las enfermeras de mi centro de trabajo se hagan acompañar de un simple lapicero cuando son congregadas para las sesiones de formación continuada.

Como es lógico la falta de hábito de escribir lleva aparejado el miedo al ridículo, el contemplar el blanco papel no como el reflejo de la memoria, sino como ese retrato traicionero que nos toma en una postura desprevenida, pensando que siempre habrá un malintencionado que satirice sobre nuestro improvisado gesto. Como no nos enseñaron a escribir con letra ininteligible como a los médicos, la alternativa es tirar de la retórica más seca hasta para las anotaciones rutinarias, un esfuerzo imposible cuando el quehacer oprime los horarios, por lo que la segunda opción es dejar que el bolígrafo siga adornando el bolsillo de la bata, argumentando falta de tiempo.

La segunda problemática se refiere a los documentos en sí, sobre los que pesa una leyenda negra marcada por la inutilidad. Este sentimiento se acentúa por la costumbre que los gestores tienen de ordenar registros a los profesionales sin explicarles la finalidad de la información y sin solicitar su colaboración tanto en el diseño del instrumento como en el procedimiento de recogida de datos. El problema se agrava cuando no se garantiza la retroalimentación, con lo cual el profesional nunca sabrá para quiénes ni para qué cosa está empleando ese tiempo suplementario que le quita a la atención directa, o simplemente al bocadillo.

En otras ocasiones la enfermera registra datos que no están en relación con el plan de cuidados, sino que se derivan de las necesidades de información de otras disciplinas. Recientemente, un grupo de trabajo de La Rioja, ha estimado que la burocracia médica supone un 19% de su actividad clínica, lo que significa que los cuidados de enfermería están condicionados por los registros de otros<sup>2</sup>.

La verticalidad en el trasiego de la información hace sufrir a los profesionales los problemas propios de la descoordinación entre niveles, con la consiguiente duplicidad de los datos. Un simple acto de aplicar una vacuna habrá que registrarlo para tener constancia en la ficha individual del niño, en el cartoncito que se da a la madre como recordatorio, en el parte que se da a la oficina de programas y en la hoja de consumo que se pasa periódicamente a farmacia. Ello sin tener en cuenta las veces que habrá que facilitar la información agregada del programa en forma de memorias o anuarios a distintos demandantes a lo largo del año. El papel autocalcable ha aliviado sólo en parte el problema y desde luego dista mucho de esa ficción que es por ahora la informatización de los procedimientos de enfermería.

### Los registros y los documentos

Llegados a este punto es necesario identificar los diferentes documentos que se pasean por el área asistencial y establecer algunas tipologías, con el objeto de continuar hacia unas propuestas utilitarias. Dejando a un lado el papeleo propiamente administrativo y centrados en el que se vincula a la asistencia, se pueden establecer de forma quizá demasiado sintética tres tipos de documentos claramente diferenciados:

1. *Documentos para el cuidado*, que forman parte de la historia personal de cada paciente: hojas de valoración y evolución, gráficas clínicas, protocolos de programas, etc. Su necesidad viene determinada por la práctica asistencial y en su diseño y manejo ha de intervenir exclusivamente el criterio de los profesionales responsables del cuidado del paciente, ya que son quienes únicamente los utilizarán.

2. *Documentos de derivación entre profesionales*, referidos siempre a información del paciente: informes clínicos, partes de incidencias en el servicio, hojas de alta hospitalaria, derivación médico-enfermera y biceversa, etc. Su implantación y utilización racional implica ideales como el trabajo en equipo o la coordinación entre niveles de asistencia. Su diseño debiera ser el resultado de un trabajo previo de colaboración entre los profesionales o servicios implicados y nunca un invento unilateral que refleje ideales no consensuados (es inútil que un hospital implante una hoja de alta de enfermería si en su área de influencia no hay enfermeras que estén dispuestas a leerla).

3. *Registros de actividades*, que son consecuencia de la implantación de sistemas de información encaminados a la evaluación del aparato asistencial. Se registran las actividades asistenciales (número de consultas, visitas domiciliarias, urgencias, etc), los procedimientos clínicos (inyectables, curas, sondajes, etc), las actividades encuadradas en programas de salud (vacunaciones, control del niño sano y de embarazadas, atención a crónicos, etc), actividades de formación, etc. Dependiendo del nivel de gestión que los promueve, su finalidad será valorar las cargas asistenciales, establecer relaciones de coste-beneficio, y en general evaluar aspectos del sistema. Esta información suele emplearse para acciones como la dotación de recursos, la determinación de plantillas, la asignación de productividad, etc. Como es lógico, el papel del profesional asistencial en este tipo de registros es secundario, si bien no escusa su participación en algunas fases del diseño, debiendo garantizarse el derecho a la retroalimentación.

En resumidas cuentas, es posible atribuirle a este simple esquema un sentido jerárquico. Si es representado en forma de pirámide, situando en la base los registros para el cuidado y en el vértice los de actividades, podríamos determinar que la implicación del profesional varía desde el proyecto individual en la base (sin llegar al «cada maestrillo con su librillo») hasta un proceso de negociación con otros

profesionales y niveles que se complica en la medida que nos acercamos al vértice (ver fig. 1).



Fig. 1: Tipos de documentos que se pasean por el área clínica

### Garantizar la utilidad de los registros

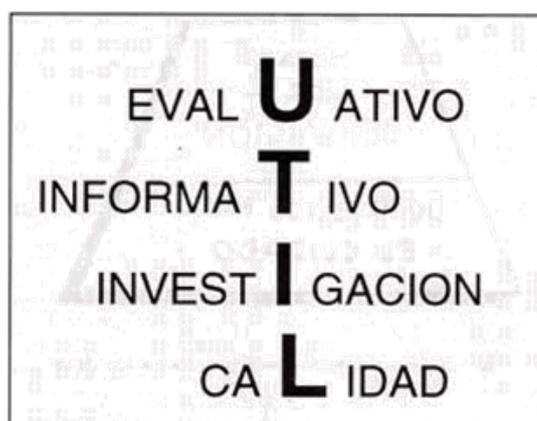
De todo lo dicho hasta ahora se desprende que el registro no debe convertirse en un fin por sí mismo. Una buena medida para evitar el papeleo es cuestionar con un sentido crítico la utilidad de cada documento que nos obligamos a utilizar. Algunos profesionales tienen la sensación de que a través de los registros de actividades van a ser sometidos a un proceso intensivo de evaluación individual y anotan con una pulcritud notarial hasta los pensamientos que les asaltan durante su horario de trabajo. Otros en cambio escatiman información y dejan sin registrar multitud de observaciones que serían de indudable interés para conocer la evolución clínica del paciente.

Un buen registro de enfermería debiera ser aquel que recogiese la información suficiente como para permitir que otro profesional de similar cualificación asumiera sin dificultad la responsabilidad del cuidado del paciente. En cualquier caso la garantía de utilidad debiera ser la condición necesaria para permitir la presencia de los papeles en el área asistencial.

Los términos en que se determina la utilidad de un registro se cifran en la finalidad real o potencial que se le atribuye. El registro se implanta porque se desea disponer de una información actualizada que va a servir para evaluar y

## REVISIONES

como consecuencia para tomar decisiones, tanto de cara a la atención directa al individuo como en el ámbito de la planificación o la gestión. Pero existe otra utilidad de los registros que en el campo de la enfermería queda aún por desarrollar, que es en la investigación: unos buenos registros sobre los cuidados permitirán realizar estudios, incluso retrospectivos, sobre las necesidades de salud de la población, manejando indicadores diferentes y complementarios a los tradicionales de morbilidad, mortalidad, etc<sup>3</sup>. Todos éstos son argumentos sobrados como para plantear la necesidad de garantizar también la calidad de los registros en enfermería.



### Calidad asistencial y calidad de los registros

De la misma forma que el mejor redactor científico será incapaz de salvar con su impecable escritura una investigación pésimamente realizada, un registro no podrá anteponer su calidad intrínseca a la de una actividad mediocre. Lo que quiero decir es que antes de hablar de calidad de los registros de enfermería será necesario plantearse si partimos de una atención de enfermería de calidad.

Es evidente que en nuestro país no se ha podido hablar de control de calidad en enfermería, y por tanto medir su aportación específica a la salud de la comunidad, hasta que en la década de los setenta no se introduce un cambio sustancial en la práctica de esta disciplina, basada ahora en la valoración de necesidades e identificación de problemas en los pacientes y en la aplicación de planes de cuidados<sup>4</sup>. La utilización del Diagnóstico de Enfermería, piedra angular del nuevo modelo, implica la evaluación de la eficacia de las intervenciones que se dirigen a mejorar el estado de salud del individuo, con lo cual es en la década de los ochenta cuando se editan en nuestro país los primeros manuales foráneos sobre calidad de la atención enfermera<sup>5</sup>,

y seguidamente cuando aparecen los primeros estudios con sello propio.

Siguiendo el esquema que introdujo Donabedian para estudiar la calidad en sus tres dimensiones, estructura, proceso y resultados<sup>6</sup>, comienzan a proliferar las investigaciones aplicadas a los aspectos de la práctica clínica enfermera que suscitan mayor interés, como el seguimiento de crónicos<sup>7,8</sup>, la atención a los ancianos<sup>9,10</sup>, o la satisfacción del usuario<sup>11</sup>. También se abordan estudios más complejos sobre la calidad de la atención de enfermería tanto en el ámbito comunitario<sup>12</sup> como en el hospitalario<sup>13</sup>, y en éste último sobre técnicas de enfermería en particular<sup>14,15</sup>.

Algunos de estos estudios ponen de manifiesto problemas que tienen que ver con la documentación enfermera, como la infrutilización de la historia personal, la inadecuación de los sistemas de registro a las necesidades de información, el insuficiente adiestramiento de los profesionales en su manejo, etc<sup>12</sup>. Parte de las investigaciones se dirigirán desde entonces a valorar la calidad científica de los documentos de enfermería.

En el año 1987 el Hospital Marqués de Valdecilla (Santander) pone en marcha la Unidad de Control de Calidad de Enfermería, que contempla la cumplimentación de los registros enfermeros como un indicador de calidad sometido a estudio a la par que otros indicadores tradicionales, como las lesiones por presión o los accidentes que sufren los pacientes durante la hospitalización<sup>16</sup>. También en Atención Primaria los registros de enfermería han desempeñado un papel importantísimo, tanto para potenciar las nuevas modalidades de atención como para la definitiva implantación de la investigación en este medio<sup>3</sup>, llegando a diseñarse instrumentos precisos para auditar los registros enfermeros<sup>17</sup>.

Recientemente se han publicado dos trabajos que intentan valorar la utilización que se hace de los registros de enfermería en el hospital<sup>18</sup> y en el centro de salud<sup>19</sup> respectivamente. Ambos coinciden en la problemática descrita anteriormente<sup>12</sup>, pero de modo muy especial en las dificultades que los profesionales tienen para aplicar el método de trabajo, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

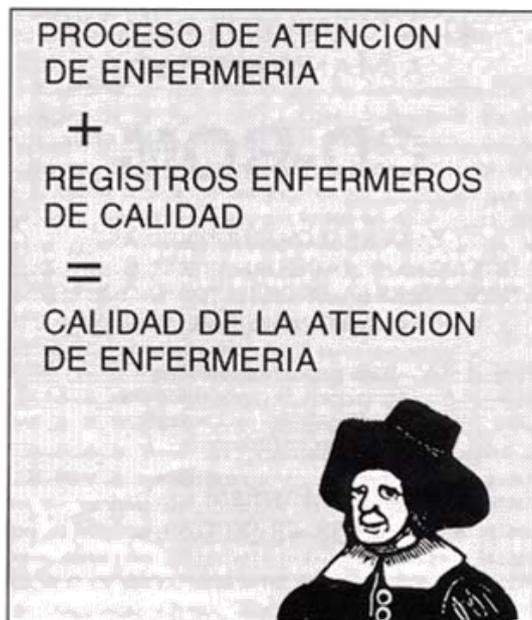
En el hospital el 90% de las enfermeras encuestadas reconocían tener dificultades para expresar correctamente un diagnóstico de enfermería, bien por falta de costumbre, por falta de tiempo o por carecer de los conocimientos precisos para hacerlo<sup>18</sup>. Otro estudio centrado en la adecuación de la historia clínica de enfermería estimaba que un 91,7% de las enfermeras precisaban reciclaje debido a los errores advertidos<sup>20</sup>. La dificultad para identificar los problemas de enfermería está condicionada por la persistencia de una estructura mental que considera todavía al paciente por aparatos, agravándose el problema cuando se trata de valorar según patrones funcionales, como la actividad-ejercicio o el cognitivo-perceptivo<sup>18</sup>.

En los centros de salud, donde los profesionales de

## REVISIONES

enfermería comparten con los médicos el mismo sistema de registro (la historia clínica personal y familiar), uno de los problemas encontrados es el anonimato del profesional que registra, así como la diversidad e imprecisión de la terminología empleada<sup>19</sup>. En este caso la exploración física y valoración del patrón nutrición-metabolismo alcanza un nivel de calidad óptimo, a diferencia de otros indicadores referidos a la metodología de trabajo (entrevista, formulación de diagnósticos, objetivos y plan de cuidados, evaluación, etc)<sup>19</sup>.

Ambos estudios están de acuerdo en que la formación continuada de los profesionales es la única alternativa para mejorar el rigor científico de los registros de enfermería, y en el primero se sugiere como estrategia coadyuvante la utilización de documentos de enfermería informatizados, planes de cuidados estandarizados que si bien ponen en riesgo la autonomía derivada de la experiencia profesional, en cambio tendrían indudables beneficios, como obtener unos registros rápidos, claros y concisos, facilitar la continuidad de los cuidados, evitar repetir datos y proveer de fuentes de investigación y formación continuada, así como ayudar al cálculo de costos de los servicios de enfermería<sup>18</sup>. Mientras esto llega y la utilización del papel continúa siendo inevitable, hay quienes, alarmados ante el creciente aumento de documentos que invaden principalmente los hospitales, sugieren utilizar la informática para establecer sistemas de control que permitan racionalizar la creación de documentos y la anulación de aquellos cuyo contenido haya dejado de ser útil<sup>21</sup>.



## Conclusiones

Es costumbre cada vez que se aborda el problema de los registros en enfermería realizar una apología de la importancia que este instrumento tiene de cara al desarrollo inminente de la disciplina. En un trabajo reciente, García Martín y colaboradores lo han hecho de manera convincente y aplicada al contexto de los cuidados intensivos, describiendo las definiciones, objetivos y características que debieran poseer los registros para lograr la anhelada utilidad<sup>22</sup>. López García y colaboradores hicieron lo mismo llevando sus argumentos al terreno de la Atención Primaria, basando su análisis en la aplicación a un caso clínico de las tres características que según la OMS debe tener todo registro clínico: la permanencia, permitir la identificación personal y tener la intención de efectuar acciones posteriores<sup>23</sup>. A ellos, y a otros autores citados y ausentes en este trabajo, remito al lector que desee profundizar en la materia. Por mi parte y por aquello de que estas divagaciones no caigan en saco roto, terminaré realizando unas reflexiones sobre la actitud que el profesional debiera tener ante el hecho hoy ya indiscutible de registrar información, aunque antes no me resistiré a proponer en forma de aforismos algunas estrategias que pueden resultar útiles para huir de la burocracia como si la peste se tratara.

*Para combatir de la burocracia*

-Recele de todo documento que le entreguen para complimentar si antes no le han informado para qué sirve. Si nadie logra explicárselo en términos razonables, hará un favor al sistema con arrojarlo a la papelera. La misma estrategia puede aplicar a aquellos otros que usted mismo genera en momentos de iluminada debilidad.

-Venza sus ansias de modificar todo registro que le llegue a la mano, con un poco de comprensión y buena voluntad podrá adaptarse mentalmente al documento evitando papeleo alternativo y contribuyendo de paso a un encomiable proyecto ecológico. A veces la mejor hoja de registro es un folio en blanco.

-Niéguese sin pudor a suministrar dos veces la misma información: que los responsables de los distintos departamentos administrativos se pongan de acuerdo para pedirla, y si no que se busquen los unos a los otros, que ellos no tienen pacientes que atender.

-Ponga fecha de caducidad a los registros, de otra forma terminarán con los años apoderándose de su voluntad. Simule cada cierto tiempo que olvida mandar el estadillo mensual, si alguna vez nadie lo reclamara, no se empecine en enviar los papeles por correo a la papelera.

*Elogios del documento escrito*

-No se asuste ante una hoja en blanco, sobre ella se han escrito los momentos más hermosos de la historia.

-Venza su miedo a escribir huyendo del rebuscamiento: la sencillez es siempre la clave de su éxito literario y ello se consigue con el simple procedimiento de escribir las cosas tal y como las piensa. De paso hará un favor a los colegas que están obligados a entenderle.

-Escriba sólo las cosas importantes, especialmente aquellas que impliquen una acción.

-Registre como cosa hecha sólo lo que ya ocurrió y no lo que piensa hacer más adelante, si se descuida el destino le puede jugar una mala pasada.

-No diga que no tiene tiempo para escribir, ¿se imagina el cirujano aguantando la interminable lista de espera porque los recuentos de pacientes y revisiones de instrumental no le dejan tiempo para operar?. Seguramente tendrá cerca alguien a quien delegar las tareas rutinarias, y si no lo tiene, no las anteponga a su verdadera función: el cuidado directo del paciente, y de ello es necesario dejar constancia escrita.

-Ante cualquier duda sobre su actuación profesional, el documento escrito será siempre su principal aliado y defensor.

-Tenga confianza en sí mismo: la escritura es una cuestión de habilidad y en poco tiempo escribirá sus observaciones sin darse cuenta.

-Piense que al escribir deja constancia de su estilo personal de entender el quehacer profesional y a la historia le da la oportunidad de que otros estudien la excitante época de la enfermería que le ha tocado vivir.

**Bibliografía**

1. Diccionario de la Lengua Castellana. Madrid: Real Academia Española, 1737, vol. V.
2. Grupo 6, D.E.R. El peso de los registros de otros. *Crónicas de Enfermería*, 1995; VI(12): 19.
3. Aparicio Casals MR, Martorell Poveda A. Registros de Enfermería en la Atención Primaria: pieza clave de la investigación. *Enfermería Científica*, 1993; 133:11-14.
4. Jiménez M, Ruiz E. Consulta de enfermería en consultorios. Cuadernos de Salud, 3. Sevilla: Consejería de Salud, 1986.
5. Mason EJ. Normas de calidad de Enfermería. Métodos de elaboración. Barcelona: Doyma, 1988.
6. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definiciones y métodos de evaluación. México: La prensa médica mexicana, 1980.
7. Mogas M, et al. Calidad de la atención de Enfermería en enfermos con EPOC. Instrumento de evaluación de proceso. III Jornadas sobre optimización de los servicios sanitarios. Barcelona: EADA, 1988.
8. Barcelona A, Salas E. Control de calidad en una consulta de enfermería. *Educación Diabetológica Profesional*. 1991 jul-sept; 1(3):22-7.
9. Ara AC, Bellósta M, Noguez L, Sebastián F, et al. Control de calidad de la atención enfermera. *Rev ROL Enferm*. 1992; 45:61-77.
10. Mateo de Miguel MJ, Cambra E, Blasco RM, Buisan MC. Evaluación de la calidad asistencial al anciano en la atención domiciliar de enfermería. *Salud y Ciencia*, 1993; 2(4):147-9.
11. Calero MJ, Calero MD. Control de calidad asistencial. Evaluación de

12. Frías Osuna A. Control de calidad en enfermería comunitaria. Criterios y estándares de proceso. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
13. Rosales Calvo MI. Evaluar la calidad. Una condición para la eficacia. *Rev ROL Enferm*. 1994; 189:33-8.
14. Fraile A. Control de calidad y análisis comparativo de los cuidados de enfermería a pacientes sometidos a derivación urinaria. *Revista de la Asociación Española de ATS en Urología*. 1992; 45:61-77.
15. Peña P, García J, Torres J, et al. Control de calidad en hemodiálisis. *Enfermería Científica*, 1993; 132:41-3.
16. Gópez Peral P, García Ordorica R, Vidal Monfort C y del Río Saiz FJ. Control de calidad de los registros de enfermería. *Control de calidad asistencial*, 1993; 8(2-3):40-5.
17. Romera Rufián PF. GARE. Guía de Auditoría de los Registros Enfermeros. *Index de Enfermería*, 1993; 6:36-40.
18. Serrano Sastre R, Saracibar Razquín MI, Díaz Navarraz MT, Tina Majuelo P, Narvaiza Solis MJ. ¿Dónde comienza la calidad científica de los documentos de Enfermería?. El reto de la documentación. *Rev ROL Enferm*, 1994; 191-2:33-40.
19. Romera Rufián PF. Evaluar la calidad de los registros enfermeros. Estudio piloto de dos CAPs. *Rev ROL Enferm*. 1993; 183:38-47.
20. González Pérez MC, Lidueña González T, Moreno Rodríguez C, Berger Ochoa MP. Historias de Enfermería: una evaluación de calidad. *Sesiones para la Salud*, 1994; 9:8-11.
21. Un circuito de creación y un registro informatizado: dos sistemas de ayuda para el control de la documentación médica. *Control de Calidad Asistencial*, 1989; 4(2):52-54.
22. García Martín N, Gutiérrez Palacios MP, Sanz Rosillo C, Varez González E. Registros de Enfermería. *Enfermería Intensiva*, 1995; 6(1):14-19.
23. López García G, Pérez Fernández M, Gervás J. Registros de Enfermería. Elementos clave en Atención Primaria. *Rev ROL Enferm*, 1988; 135:15-19.