

Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica

Volumen 9
Volume

Número 1-4
Number

Enero-Diciembre 2001
January-December

Artículo:

La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico

Derechos reservados, Copyright © 2001:
Sociedad Mexicana de Cardiología

Otras secciones de
este sitio:

- 👉 Índice de este número
- 👉 Más revistas
- 👉 Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- 👉 *Contents of this number*
- 👉 *More journals*
- 👉 *Search*



Medigraphic.com

La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico

Gabriela Méndez Calixto,* Marlene Azucena Morales Castañeda,*
María de Lourdes Preciado López,* María Raquel Ramírez Nuñez,*
Verónica Sosa Gonzaga,* María del Carmen Jiménez y Villegas*

* Escuela de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

RESUMEN

Se realizó la revisión de la trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Urgencias y Unidad Coronaria del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, del 18 de octubre al 5 de noviembre de 1999.

Los registros de enfermería forman parte esencial que se integran en los expedientes clínicos de cualquier institución hospitalaria, considerados como documento médico-legal. Por lo tanto con este estudio se analizan los resultados referentes a la trascendencia de los registros de enfermería en el expediente clínico que contribuyen al establecimiento de guías de acción para abordar esta problemática.

Para la relación del marco conceptual se consideraron referencias de algunos documentos ya publicados como son el folleto elaborado en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez por: El Dr. Chávez Domínguez, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, la Norma Oficial, entre otros, los cuales versan sobre la elaboración y manejo de los registros de enfermería.

Entre los hallazgos más importantes destaca el nivel de conocimiento acorde a la elaboración de los registros de enfermería, no obstante hubo una alta incidencia de enfermeras que no registran los aspectos psicoemocionales, socioeconómicos y espirituales aun cuando se proporcionan al paciente.

Cabe mencionar que el concepto que tienen las enfermeras referente al expediente clínico se tiene que forzar y concientizar el valor que tienen los registros de enfermería dentro de éste.

Palabras clave: Trascendencia, registros, enfermería, expediente clínico.

ABSTRACT

A revision of the transcendence that infirmery records have in the clinical file of hospitalized patients at the "Servicio de Urgencias y Unidad Coronaria" of the "Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez" was carried out from October 18 to November 5, 1999.

The infirmery records which are integrated in the clinical files are an essential part of any hospital institution, and they are considered a doctor-legal document. Therefore, with this study, the results related to the transcendence of the infirmery records in the clinical file that contribute to the establishment of action guides to approach this problem are being analyzed.

For the relationship of the conceptual framework there were references of some published documents already considered such as: the pamphlet elaborated at the "Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez" by Dr. Chávez Domínguez, the "Comisión Nacional de Arbitraje Médico", the "Norma Oficial", among others which deal with the making and handling of infirmery records.

Among the most important findings is the high level of knowledge in the registry of infirmery records, nevertheless, there was a high incidence of nurses who didn't register the psycho-emotional, socio-economic and spiritual aspects, even when provided by the patient. It is important to mention that it is necessary to enforce and to bring to the attention of nurses the concept value that infirmery records have in relation to the clinical files.

Key words: Transcendence, records, nursing, clinical file.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio de investigación es prospectivo, transversal, observacional y comparativo, por medio de

Recibido para publicación: 16 de mayo de 2001.

Aceptado para publicación: 29 de agosto de 2001.

Dirección para correspondencia:

Gabriela Méndez Calixto

Juan Badiano No. 1. Col. Sección XVI. C.P. 14080 Tlalpan, D.F.

Tel: 55732911 Ext.1330

la encuesta como método y como instrumento, la cédula de observación, tiene como finalidad informarnos la importancia que en la actualidad tienen los registros de enfermería en el expediente clínico, al mismo tiempo que el personal de enfermería valore la elaboración de éstos y las repercusiones médico-legales por el mal uso del expediente clínico ya que en ocasiones estos registros sirven para validar las medidas terapéuticas aplicadas por diversos miembros del equipo de salud. El periodo durante el cual investigaremos es del 18 de octubre al 5 de noviembre en el Servicio de Urgencias y Unidad Coronaria del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Los objetivos son: determinar si las enfermeras tienen pleno conocimiento de la importancia de los registros de enfermería que se realizan en el expediente clínico del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, verificar si el contenido de un registro de enfermería cuenta con las características y reglas establecidas para él y dar a conocer tanto a enfermeras, así como a las autoridades correspondientes los resultados obtenidos dentro de nuestra investigación como pueden ser conclusiones, sugerencias e información que de ésta se desglosa.

Planteamientos del problema:

Los expedientes clínicos son documentos que se elaboran a todo paciente al ingresar a una institución de salud, el cual debe contener todos los datos generales y específicos de la enfermedad del paciente, entre ellos tenemos: diagnóstico del paciente, historia clínica, observaciones, etc. por lo tanto se dice que es un documento médico-legal clínico, porque con base en él, todo paciente tiene la oportunidad de utilizarlo como un respaldo en el caso de que se presente una negligencia médica. Uno de los documentos más importantes que contiene el expediente clínico son los registros de enfermería ya que son básicos por su contenido, debido a que es una enfermera la persona que tiene una mayor capacidad para dar a conocer momento a momento la evolución del paciente, esta función es realizada como mínima tres veces al día, sin embargo el médico la realiza más esporádicamente. Éste fue el motivo de nuestra preocupación, por lo que investigamos cómo manifiesta la enfermera su interés en los registros que realiza y la utilidad que les dé a éstos en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

Hipótesis de trabajo. La importancia que la enfermera da a los registros de enfermería que elabora en el expediente clínico, determina que los contenidos sean los normados institucionalmente.

Hipótesis nula. La importancia que la enfermera da a los registros de enfermería que elabora en el expediente clínico, no determina que los contenidos sean los normados institucionalmente.

MARCO TEÓRICO

El expediente clínico es utilizado como instrumento legal, en el cual las enfermeras tienen una participación importante por la excelencia de sus registros en él, ya que ellas son las personas que redactan con mayor precisión cada momento de la evaluación del paciente y así puede determinar las necesidades y cuidados que el paciente manifieste, ya sean físicas, sociales o morales y es por ello que es vital la presencia de sus registros en el expediente clínico para llevar un manejo adecuado.

Para el Dr. Chávez Domínguez el expediente clínico es un documento que guarda todos aquellos datos clínicos debidamente ordenados, en el cual se acumulan las opiniones diagnosticadas del paciente por diversas que éstas sean, por lo que es la minuta resultante,¹ en su opinión el significado de un expediente clínico es la base de datos más cercana a la fuente, por lo que proporciona las bases del diagnóstico, y la constancia del trabajo del médico de cabecera y todo aquel material con el cual se delinearán aquel programa de estudio o de tratamiento para un caso en específico.²

Para una instancia jurídica como lo es la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) el significado de un expediente clínico es tomado como otro contenido, esto es que lo toma en un ámbito legal: "el expediente clínico es un conjunto de documentos en el cual se identifica al usuario y se registra su estado clínico, los estudios de laboratorio de gabinete, también los diagnósticos y tratamientos que le fueron proporcionados, así como la evolución de su padecimiento."³

Por lo tanto el expediente clínico juega un papel muy importante ya que es considerado un instrumento jurídico, con carácter de prueba reconstruida, por lo que es utilizado como evidencia entre usuario y prestadores de servicios de salud al permitir evaluar el acto médico.

En cuanto al personal de enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, piensan que el valor del expediente clínico posee otras características, ya que sus registros suelen ser muy importantes por las anotaciones realizadas como son: signos vitales, diuresis, funciones intestinales y estados mentales del paciente entre otros.⁴

El Dr. Chávez Domínguez considera que el Departamento de Archivo Clínico del Instituto Nacional de

Cardiología Ignacio Chávez, es el depositario del expediente clínico, que lo guarda, conserva, clasifica, ordena y mantiene en circulación activa y presto a ser consultado por el usuario.⁵

El expediente clínico es el conjunto de formas específicas de papelería que integran la historia clínica del enfermo; cada institución usa sus hojas especiales, por lo que hay que revisarlas todas en cada campo clínico donde se hacen las prácticas.⁶

En el expediente están anotados en forma exacta los resultados de la medicación y el tratamiento, por lo que mantiene al médico constantemente informado sobre el estado del paciente, es material de consulta para trabajos de investigación, todos en el progreso de métodos de diagnóstico y tratamiento, y para la enseñanza, de médicos, enfermeras y demás personal de hospital, es testimonio importante en asuntos legales, como en caso de litigios por tratamiento equivocado.

El expediente del paciente es útil a la comunidad, ya que pone de manifiesto sus propios problemas de salud pública y señala la manera de resolverlos. Aunque éste contiene muchas hojas para diferentes anotaciones, como la de antecedentes personales, la historia clínica, los resultados de pruebas diagnósticas y datos del examen físico, en las más importantes las que contienen las anotaciones de los cuidados de enfermería.

Estas notas de la enfermera ayudan a elaborar el diagnóstico y a valorar el tratamiento, hace mucho tiempo que el médico ha reconocido su importancia y utilidad.⁷

Cuando se realiza la elaboración del expediente clínico en la práctica pública, el médico o la enfermera hace anotaciones de los antecedentes sobre la salud del paciente, familia e historia clínica de la enfermedad que ocasiona la presencia del paciente.

En los Estados Unidos de Norteamérica el manual de acreditación para hospitales menciona que los expedientes clínicos pueden variar, pero todos deben de contener datos sobre la identificación y formas de consentimiento, historia clínica del paciente, informe de la exploración física, diagnóstico y órdenes terapéuticas, observaciones, informes de funciones y hallazgos y conclusiones.⁸

También se menciona la importancia de contabilidad, actualización y precisión de los registros que se contiene, entre los que se encuentran los de enfermería, también señala que los expedientes en el hospital deben ser detallados para proporcionar una atención continua y eficiente.

Para otras instancias como es la CONAMED el expediente clínico debe contener los siguientes docu-

mentos: notas iniciales, historia clínica, hoja frontal, notas médicas, notas de ingreso, notas de revisión, notas de evaluación, notas de interconsulta, notas preoperatorias, notas preanestésicas, notas posoperatorias, notas posanestésicas, notas de egreso, informes de resultado de laboratorio y gabinete.

La Secretaría de Salud realiza un proyecto de forma oficial del expediente clínico. Destaca por su importancia, el presente ordenamiento dirigido a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas, y rehabilitatorias y que se constituye como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

Define al expediente clínico como los conjuntos de documentos escritos, gráficos e imagenológicos en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

Esta norma representa el instrumento para la regulación del expediente clínico y orienta el desarrollo de una cultura de calidad, permitiendo los usos: médico, jurídico, de enseñanza, investigación, administrativo y estadístico.

Todos los expedientes clínicos, deberán tener los siguientes datos generales:

- Tipo, nombre y domicilio del establecimiento, y en su caso nombre de la institución a la que pertenece.
- En su caso, la razón y denominación social del propietario concesionario.
- Nombre, sexo, edad y domicilio del usuario.
- Los expedientes clínicos son propiedad del prestador de servicios médicos sin embargo, y en razón de tratarse de instrumentos expedidos en beneficio de los pacientes, deberán conservarlos por un promedio mínimo de cinco años, contados a partir de la fecha del último acto médico.
- Los demás que se señalen en las disposiciones sanitarias.
- El médico, así como otros profesionales, técnico y auxiliar que intervengan en la atención del paciente, tendrán la obligación de cumplir los lineamientos de la presente norma, en forma ética y profesional.
- Los prestadores de servicios otorgarán la información verbal y los resúmenes clínicos en caso de ser solicitados por el paciente, familiar, tutor, representante jurídico o autorizado competente.

- En todos los establecimientos para atención médica, la información contenida en el expediente clínico será manejada con discrecionalidad, confiabilidad, atendiendo a los principios científicos y técnicos que se orientan a la práctica médica y sólo podrá ser dada a conocer a terceros mediante orden de autoridad competente.
- Las notas médicas, reportes y otros documentos que surgen como consecuencia de la aplicación de la presente norma, deberán apegarse a los procedimientos que dispongan las normas oficiales mexicanas relacionadas con la prestación de servicios de atención médica cuando sea el caso.
- Las notas médicas y reportes que se refieren a esta norma, deberán contener: nombre completo del paciente, edad, sexo y en su caso número de cama o expediente.
- En los casos en que medie un contrato suscrito por las partes para la prestación de servicios y de atención médica deberá existir, invariablemente, una copia de dicho contrato en el expediente.⁹⁻¹⁰

Notas de enfermería

En las hojas del expediente que llevan el encabezamiento "notas de las enfermeras" se escriben las observaciones hechas por la enfermera y la manera como proporciona los cuidados al paciente.

En general las notas de enfermería sirven para registrar cinco clases de informes: medidas terapéuticas aplicadas por diversos miembros del equipo profesional, medidas terapéuticas ordenadas por el médico y aplicadas por el personal de enfermería, medidas planeadas y ejecutadas por la enfermera que no fueron ordenadas por el médico, conducta del paciente y otras observaciones en relación con su estado de salud y respuestas específicas del paciente al tratamiento y los cuidados.¹¹

Registros de enfermería

Al llegar a la cabecera del enfermo, la enfermera observará y después registrará lo realizado al paciente, pues en ella es donde principia y finaliza su trabajo diario, ya que en ella deberá atender todo lo relacionado al enfermo en el transcurso del día.

El registro de la enfermera deberá iniciarse con el ingreso del paciente al hospital; el registro se deberá escribir con "letra legible" usando tinta azul para las anotaciones correspondientes al día y tinta roja para las correspondientes a la noche. Se deberá anotar el método de admisión; ambulancia, ambulante, silla de ruedas etc., se anotan los signos y síntomas, objetivos y subjetivos; observaciones du-

rante el día, color de piel, lesiones, etc; así como depresión, inquietud, etc.

Sobre los tratamientos se debe anotar el tipo de tratamiento y el tiempo en el cual se administra, la hora y la reacción del enfermo por la medicina.

Con relación a las dietas se anotará si el paciente la toma con satisfacción, o bien si se ha omitido la dieta, así como la razón por la cual no se otorgó. Se realizarán las anotaciones acerca de la hora que se dieron los tratamientos, curaciones, removimiento de suturas, etc.

Ante la presencia de signos y síntomas varios, como:

- Convulsiones: registrar hora, relación y en la región del cuerpo que se produjo, o si fue total.
- Escalofríos: hora, duración, intensidad, esputos; frecuencia, olor, aspecto purulento, sanguinolento, etc.
- Dolor: hora, región donde se produjo, duración, intensidad, si es continuo o intermitente.
- Hemorragia: hora, cantidad, procedencia, descripción.

En relación con un órgano, como los ojos: pupilas dilatadas, contraídas, enrojecimiento, lagrimean, lagañas, etc.

- Sueño: horas exactas que el paciente duerme tanto en el día como en la noche, clase de sueño, tranquilo o inquieto.

Entre los registros de mayor importancia y que se realizan en cualquier hospital tenemos: respiración, la presión arterial, el pulso, la temperatura, los ingresos y egresos.

Al llegar el médico a la cabecera del paciente, la enfermera deberá tener a la mano el registro de enfermería y estar atenta a las indicaciones del médico así como tomar notas de ella en la tarjeta de control de medicamentos.¹²

Hoja de atención de enfermería

La hoja de atención integral de enfermería es el resultado de las necesidades manifestadas por el personal de enfermería en el área existencial, administrativa y docente, tiene como finalidad integrar en un solo documento el mayor número de datos del paciente para realizar una valoración completa y de esta manera establecer medidas terapéuticas y cuidados específicos para el paciente de forma rápida y eficaz; por otra parte también permite disminuir el tiempo que la enfermera dedica a las actividades administrativas y este tiempo le dedica a la atención di-

recta del paciente en las áreas físico-emocional, social y espiritual, y no sólo atienda su "enfermedad".¹¹

De acuerdo a la secretaría de salud un proyecto realizado en el año de 1998 de la norma oficial mexicana NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico; la hoja de enfermería deberá elaborarse por el personal en turno, según la frecuencia establecida por las normas del establecimiento y las órdenes del médico y deberán contener como mínimo: hábitos exterior, gráfica de signos vitales, administración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía, procedimientos realizados, observaciones.

De los servicios de auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

Deberá elaborarlo el personal que realizó el estudio y deberá contener como mínimo: fecha y hora del estudio, identificación del solicitante, estudio solicitado, problema clínico en el estudio, resultados del estudio, incidentes si los hubo, identificación personal que realiza el estudio, nombre completo y firma del personal que informa.¹²

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Diseño de estudio: Es prospectivo, transversal por encuesta, y observacional.

Universo: Todo el personal profesional de enfermería de la Unidad Coronaria del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" y expedientes clínicos.

Muestra: Probabilística porque se tomarán las enfermeras que laboran en los servicios de urgencias y unidad coronaria del 18 de octubre al 5 de noviembre de 1999.

Criterios de inclusión: Todas las enfermeras profesionales que laboren en el periodo antes mencionado.

Los expedientes de los pacientes que se encuentren hospitalizados en la unidad coronaria en el periodo del 18 de octubre al 5 de noviembre de 1999.

Criterios de exclusión: Toda aquella enfermera auxiliar de la unidad coronaria.

Toda aquella enfermera que no elabore registros de enfermería en el expediente clínico.

Enfermeras que laboren en la unidad coronaria pero su labor dentro de ella sea de supervisoras o jefe de servicio.

Enfermeras que laboren dentro de la unidad coronaria y que durante el periodo de investigación se encuentren de vacaciones, becadas o incapacitadas.

Variables: Los registros de enfermería en el expediente clínico.

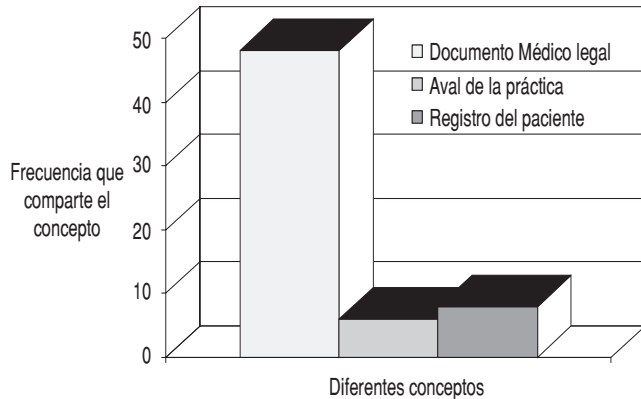
PRUEBA PILOTO

Se elaboraron 2 instrumentos, un formulario de entrevista y una cédula de observación, los cuales fueron validados mediante una prueba piloto en el Servicio de Cardiopediatría, los resultados obtenidos se modificaron para posteriormente ser aplicados en el Servicio de Urgencias y Unidad Coronaria, quedando así el formulario de entrevista en el cual se encuestó a las enfermeras sobre una cédula de observación con la que se analizó la elaboración de éstos.

RESULTADOS

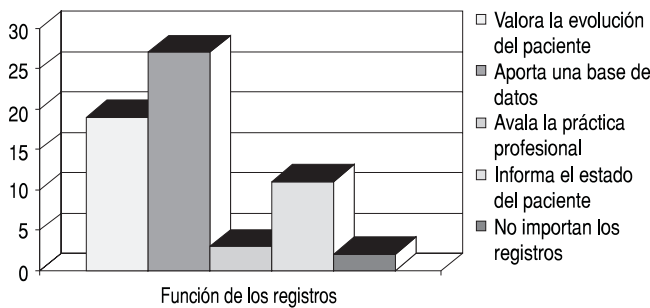
Se realizó una investigación prospectiva, transversal, observacional y comparativa sobre la trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico, esto consistió en aplicar un formulario de entrevista así como una cédula de observación a 62 enfermeras del Servicio de Urgencias y Unidad Coronaria, durante el periodo comprendido del 18 de octubre al 5 de noviembre de 1999.

El 53% del personal tiene una edad comprendida entre 23-27 años de edad. En cuanto a la antigüedad del personal el 58.1% respondió tener 4 años como máximo de servicio en el Instituto. De acuerdo al año de titulación un 35.5% del personal que labora en este servicio aún no es titulado, cabe mencionar que en los tres turnos de trabajo en índice enfermera-paciente es igual pero existen diferencias en la forma de registrar la atención. El 90.3% de las enfermeras sabe que es un expediente clínico y sólo el 9.7% no tiene claro este concepto (*Figura 1*). Las enfermeras conocen en un 77.4% como está conformado el expediente clínico del Instituto y sólo el 22.6% lo desconoce. Para el 96.6% es muy importante el registro de enfermería como parte del expediente clínico, no así para un 3.2% del personal (*Figura 2*). El 4.8% del personal desconoce por completo la forma de elaborar la hoja de observaciones y el 48.4% no proporcionó la información completa y al compararla con los datos observados notamos que un 99.8% no valora la importancia de la atención socioeconómica, atención espiritual y psicoemocional del paciente al realizar sus registros (*Figura 3*). Hace uso adecuado de abreviaturas el 56.5% del personal de enfermería no así el 43.5% que desconoce su utilización. Con respecto a los datos registrados en la hoja de atención de enfermería se obtuvo



Fuente: Cédulas de observación y entrevista aplicada por los investigadores.

Figura 1. Concepto del expediente clínico.



Fuente: Cédulas de observación y entrevista aplicada por los investigadores.

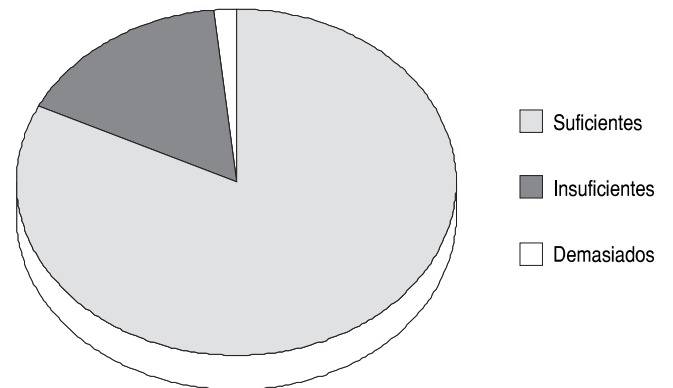
Figura 2. Importancia de los registros de enfermería en el expediente clínico.

que un 43.6% lo menciona de forma incorrecta y al compararlo con la cédula de observación se determinó que los errores más frecuentes recaen en que no anotan el grupo sanguíneo y en un 32.8% no anotan el médico tratante, pérdidas insensibles así como el 50% no registra observaciones. Un 80.6% del personal desconoce las normas elaboradas para los registros de enfermería y sólo un 19.4% tiene conocimiento de éstas (Figura 4). Las enfermeras opinan que lo que ubican dentro de la hoja de atención de enfermería son suficientes, esto fue en un 82.3%. El 90.3% externa la sugerencia de no realizar cambios en las hojas de sus anotaciones sin embargo, el 9.7% opina que se deberían omitir algunos puntos (Figura 5). La presencia de dificultades se manifiesta en un 45.2% en las enfermeras del servicio antes mencionado al realizar la elaboración de sus registros. En lo referente a un paciente grave el 41.8% de las enfermeras opina que todos los datos son importantes. Dentro de nuestro estudio de ob-

servación se obtuvo la siguiente información, un 62.3% de las enfermeras no realiza las anotaciones con referencia al nombre completo de quien realiza y colabora en algún procedimiento, cabe destacar de manera precisa los errores del personal al elaborar sus registros en la hoja de diabetes mellitus, ya que el 12.7% no anota el número de cama, así como la fecha en un 56.3% omite la dosis total de hipoglucemiantes y el 52.3% no menciona la dieta que ingiere el paciente.

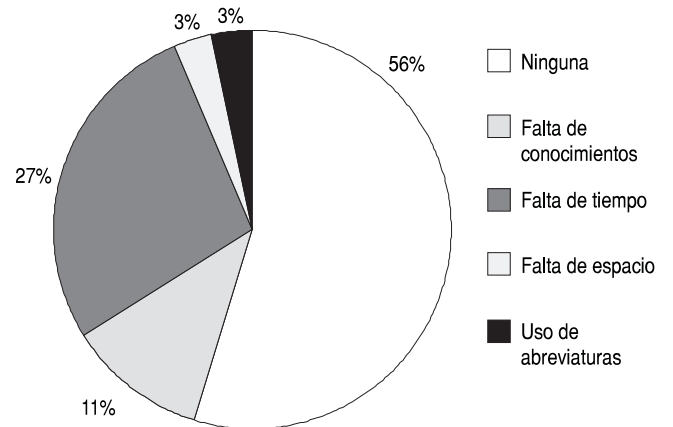
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

De acuerdo con lo que se cita anteriormente y basándonos en nuestro estudio tanto de observación así como de entrevista, llegamos a la conclusión de que dentro del Instituto Nacional de Cardiología “Igna-



Fuente: Cédulas de observación y entrevista aplicada por los investigadores.

Figura 3. Cantidad de registro en la Hoja de Atención de Enfermería.



Fuente: Cédulas de observación y entrevista aplicada por los investigadores.

Figura 4. Dificultades en la realización de los registros de enfermería.

cio Chávez”, labora personal que desempeña algunas actividades de manera errónea, ya que en diversos porcentajes se confirma que las enfermeras llevan a cabo sus funciones en cuanto al trato o atención directa al paciente de forma adecuada, no así, al realizar sus anotaciones correspondientes, destacando los siguientes puntos:

Una parte importante cuenta con escasa experiencia en el manejo de los registros de enfermería y no le da la debida importancia a éstos, ignorando por completo los aspectos psico-emocionales, socio-económicos y espirituales, lo cual trae como consecuencia que los registros y/o anotaciones tengan deficiencias, por tanto, se sugiere a las autoridades correspondientes tener un mayor control del personal de enfermería, creando diversas formas tanto de supervisión así como de apoyo, con la realización de programas de enseñanza continua donde se incluya la importancia del expediente clínico y las normas con las cuales se deben elaborar los registros de enfermería para lograr un reconocimiento de éste y ponderar la importancia del uso de los registros que constituyen un instrumento de comunicación entre

enfermeras, logrando una atención de cantidad y calidad al paciente, ya que sus registros son la identidad que las hace presentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chávez DR. *Epidemiología y archivo clínico* pp 5. Impreso INCICH.
2. *Opinión técnica* Ed. CONAMED pp6.
3. Chávez DR. *Epidemiología y archivo clínico*.
4. Price LA. *Tratados de enfermería*. Ed. Interamericana. 3ª ed.
5. Freman BR. *Enfermería de Salud Pública*, Ed. Interamericana. 1971: 423.
6. Henderson N. *Enfermería teórica y práctica*. Ed. Científica la prensa. 1987. Vol.
7. Henderson N. *Enfermería teórica y práctica*. Ed. Científica la prensa. 1987. Vol.
8. Price LA. *Tratados de enfermería*. Ed. Interamericana. Ed. 3.
9. Witter DB. *Tratados de enfermería para práctica*. Ed. Interamericana. Ed. 3ª 1979: pp158.
10. Konstman. *Cursos de enfermería teórica*. Ed. ST. Joseph Shools. Ed. 3ª México 1970: pp8, 9.
11. Jiménez VMC y cols. *Hojas de atención de enfermería*, Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” Depto. de Enfermería pp21.
12. *Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico*.