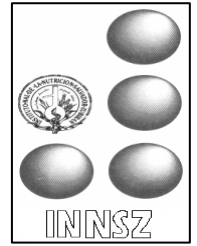




**ESCUELA DE ENFERMERÍA
“MARÍA ELENA MAZA BRITO”
DEL INSTITUTO NACIONAL DE
CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN
“SALVADOR ZUBIRÁN”**



CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM, CLAVE 3049-12

**“CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LA NOM168-SSA1-1998, POR EL
PERSONAL DE ENFERMERÍA, PARA LA ELABORACIÓN DE LAS NOTAS
DE ENFERMERÍA EN EL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DEL
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR
ZUBIRÁN, EN MÉXICO D. F.”**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTAN:

COLUNGA JASSO GEORGINA JUDITH.

No. de CTA. 403501151

Y

ORTIZ VAZQUEZ VIRIDIANA.

No. de CTA. 403562369

DIRECTORA DE TESIS

LIC. ENF. OLIMPIA ORTUÑO SANCHEZ.

México D. F. NOVIEMBRE 2007.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres que me apoyaron para realizar y terminar mi carrera, que estuvieron conmigo día a día, y fueron participes en el desarrollo de este trabajo.

A mis abuelas que se preocuparon por mi durante estos años de la carrera, dándome la fortaleza y apoyando para que no me diera por vencida.

A mis profesoras y profesores que confiaron en mi y me proporcionaron el conocimiento que me llevo hasta donde estoy, así como me mostraron los caminos para llegar al éxito.

A mi asesora de tesis que nos apoyo en todo para la elaboración de este proyecto, dándonos las herramientas para realización de este.

A los compañeros y amigos los cuales fueron importantes en la realización de este trabajo ya que sin ellos no se hubiese podido realizar.

“HAY QUIENES LUCHAN UN DÍA Y SON BUENOS.

**HAY QUIEMES LUCHAN MES Y AÑOS SIENDO MEJORES,
HAY QUIENES LUCAN TODA UNA VIDA Y SON EXCELENTES ENTRE ESOS
ESTARAS TU SI TE ESFUERZAS CON AINCO CADA DIA DE TU VIDA NO
SOLO EN LO PERSONAL, EN LOS PROFESIONAL Y EN TU VIDA DIARIA,
SIGUE ASI Y LLEGARAS LEJOS”**

(AUTOR DESCONOCIDO)

GRACIAS POR TODO CON AMOR:

GEORGINA JUDITH COLUNGA JASSO

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, les doy las gracias a mis señores padres por haberse preocupado e involucrado tanto en la realización de este logro académico al haberme comprendido y apoyado durante tanto tiempo, por estar en mis triunfos y derrotas.

Doy gracias a todos los profesores que intervinieron en mi su enseñanza, por que gracias a su desinteresada ayuda he logrado adquirir conocimiento y realizarme en el ámbito académico.

Por último quisiera dar las gracias a mi familia y asesora de tesis; que siempre creyeron en mí y me apoyaron en los momentos más difíciles

CON MI GRAN AGRADECIMIENTO Y AMOR

VIRIDIANA ORTIZ VAZQUEZ

INDICE	PAGINAS
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	2
2.1. CALIDAD, VALIDEZ Y NORMAS DE UTILIZACIÓN DE LOS REGISTROS CLINICOS	5
2.2. CALIDAD Y VALIDEZ DEL REGISTRO	5
2.3. CRITERIOS DE VALIDEZ	6
2.4. NORMAS DE USO DE LOS REGISTROS CLÍNICOS	6
2.4.1. TIPOS DE REGISTRO	8
2.4.2. REGISTRO DE DATOS POR APARATOS Y SISTEMAS ORIENTADOS AL ORIGEN	8
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
IV. OBJETIVOS	9
4.1 OBJETIVO GENERAL	9
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
V. JUSTIFICACIÓN	10
VI. HIPÓTESIS	10
VII. METODOLOGÍA	10
VIII. UNIVERSO Y MUESTRA	10
IX. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	11
X. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	11
XI. FORMATO 1: “CONOCIMIENTO SOBRE LA NOM168-SSA1”	12
11.1. RESULTADOS DE LA PRIMERA PARTE DE LA TESIS	13
11.2. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	22
XII. FORMATO 2: “LISTA DE VERIFICACIÓN DE: CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA”	23
12.1. RESULTADOS DE LA SEGUNDA PARTE DE LA TESIS	26
XIII. CONCLUSIONES	44
XIV. BIBLIOGRAFÍA	46
XV. ANEXOS	48
ANEXO 1	49
TABLA 1 OBJETIVOS DE LOS INFORMES	49
TABLA 2 DIRECTRICES DE UN REGISTRO CORRECTO	50
TABLA 2.1 DIRECTRICES LEGALES PARA EL REGISTRO	51
TABLA 3 ABREVIATURAS COMÚNMENTE UTILIZADAS	52
TABLA 4 SÍMBOLOS COMÚN MENTE USADOS	54
15.2. ANEXO 2	55
15.2.1 HOJAS DE ENFERMERIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE NUTRICIÓN	56

I. INTRODUCCIÓN

Los registros de enfermería son la forma en la que la enfermera plasma su trabajo en una hoja de papel, la cual tiene un formato a seguir para la realización de sus reportes; en el Instituto como en cualquier institución se llevan a cabo registros por todas las enfermeras, registros que también son de gran importancia para el expediente clínico, que como la mayoría de los documentos encontrados ahí explican la evolución del paciente. Estos registros son de suma importancia; pero cabe mencionar que si estos no están elaborados correctamente son obsoletos y no tendrían un fin, es decir que sin su elaboración adecuada no serán útiles para nadie, solo serían papeles.

La tesis que leerán a continuación nos da un panorama amplio de la forma en como es necesario que se lleve un formato universal para la realización de las notas de enfermería siguiendo un lineamiento que está plasmado y aceptado como es la Norma Oficial NOM168-SSA1-1998 y combinado con los lineamientos que pide el Departamento de Enfermería del Instituto para la realización de dicho formato. Se podría capacitar a las enfermeras para revalorar un formato adecuado para la realización de dichos registros.

El presente estudio se realizó en dos fases, primero se tomó al azar un grupo de enfermeras de diferentes servicios del Departamento de Enfermería, a las cuales se les aplicó un cuestionario para evaluar si se tiene el conocimiento de dicha norma, posteriormente se graficaron los resultados y de acuerdo a ellos se propuso la capacitación del personal de enfermería para realizar adecuadamente los registros en las hojas de enfermería; en la segunda fase se dio seguimiento a la elaboración de registros de enfermería a través de los expedientes de pacientes internados en los diferentes servicios del Departamento de Enfermería para valorar si en verdad se obtuvo el objetivo planteado.

II. MARCOTEÓRICO

La documentación de enfermería continúa evolucionando como componente esencial en el floreciente sistema sanitario; y se ha convertido en un vínculo fundamental entre prestación y evaluación de la atención. (Iyer y Camp, 1995).

La documentación es todo aquello escrito o impreso que se considera como un registro de seguridad de seguridad a personas autorizadas. Esta refleja la calidad de los cuidados, y proporciona una evidencia de responsabilidad de cada miembro del equipo asistencial en la prestación de cuidados.

El propósito del registro del paciente estriba en proporcionar información para comunicación, educación, valoración, investigación, recursos financieros, auditoria y documentación legal. (ver tabla 1 en el anexo1).

Siempre que se efectúa una entrada en un registro, la enfermera debe seguir ciertas directrices básicas, para asegurar que el resultado sea correcto. (Ver tabla 2 y 2.1 en el anexo 1).

Estas directrices son esenciales para que el documento cumpla la legalidad. Si la enfermera no cumple estas directrices, pueden cometerse errores en la forma de registrar los datos o en su interpretación posterior. ⁽¹⁾

Debido a que la historia clínica es un documento legal y puede emplearse como prueba ante un tribunal, debe cumplir con los estándares legales, como son de acceso restringido, uso de tinta, firma del personal que anota los registros, errores, espacios en blanco, exactitud, propiedad, uso de terminología estándar y brevedad. ⁽²⁾

Cada enfermera debe conocer el reglamento de la institución en la que trabaja, pero además a la hora de registrar la información deberá considerar otros puntos, sobre todo teniendo en cuenta factores éticos y legales a la hora de manejar los registros. ⁽³⁾

Para que se obtengan datos precisos es necesario que cumplan con los requisitos éticos y legales como son:

- ☞ **Uso de tinta:** Todas las anotaciones que se realizan en la hoja de enfermería se realizan con tinta oscura de forma que el registro sea permanente y puedan identificarse los cambios. La letra debe ser legible y entendible.

-
1. Potrees Perry, "Documentación", Fundamentos de Enfermería, ED. Harcourt/Océano, Vol.1, 5ª edición. 2002, pp. 511-535.
 2. Kozier Bárbara, "Documentos y Registros", Técnicas en enfermería clínica, ED. Mc Graw-Hill Interamericana, Cáp. 3, Vol. 1, Madrid España 2000, pp. 45-64.
 3. Winter Beberly y Duglas, "Técnicas de registro", Tratado de Enfermería Práctica, ED. Mc Graw-Hill Interamericana, 4ª edición, México DF. 2000, pp166-171.

- ☞ **Firma:** El registro de las notas de enfermería debe continuar con nombre, titulación y firma de la enfermera a cargo del paciente. Las abreviaturas a utilizar son:

EG	ENFERMERA GENERAL
EE	ENFERMERA ESPECIALISTA
ED	ENFERMERA DIPLOMADA
EC	ENFERMERA COLEGIADA
AE	AUXILIAR DE ENFERMERÍA
EE	ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA
LEO	LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
PLEO	PASANTE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
LE	LICENCIADA EN ENFERMERÍA
PLE	PASANTE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
ME	MAESTRA EN ENFERMERÍA
DE	DOCTORA EN ENFERMERÍA
EEPED	ENFERMERA ESPECIALISTA EN PEDIATRIA
EASE	ENFERMERA ESPECIALISTA EN LA ADMO. DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA
EMI	ENFERMERA ESPECIALISTA EN MATERNO-INFAMTIL
EEGER	ENFERMERA ESPECIALISTA EN GERIATRIA
EECARDIO	ENFERMERA ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA
EEQx	ENFERMERA ESPECIALISTA EN CIRUGIA
EEUTI	ENFERMERA ESPECIALISTA EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA
EEUN	ENFERMERA ESPECIALISTA EN URONEFRO
EEP	ENFERMERA ESPECIALISTA EN PSIQUIATRA
EED	ENFERMERA ESPECIALISTA EN DOCENCIA
EECANCER	ENFERMERA ESPECIALISTA ENCANCER

- ☞ **Errores:** Estos no deben borrarse, ni empalmarse, de forma que no dejen lugar a duda sobre el grado de enfermería.
- ☞ **Espacios en blanco:** Si aparece un espacio en blanco en una anotación, la enfermera traza una línea a lo largo del espacio en blanco de forma que no pueda registrarse información adicional en otro momento por otra persona y firma al final de la anotación.

- ☞ **Exactitud:** Las anotaciones exactas consisten en hechos u observaciones exactas, en lugar de opciones o interpretaciones de una observación. Las anotaciones u observaciones pueden o no ser exactas. De igual forma, cuando un cliente expresa su preocupación respecto al diagnóstico o problema, esto se debería citar directamente en el registro usando “afirmó, refirió, etc”. Las enfermeras deben registrar lo que oyen además de lo que observan.
- ☞ **Propiedad:** La enfermera registra solo información que pertenece a los problemas y cuidados de salud del cliente.
- ☞ **Secuencia:** El registro debe de ser ordenado cronológicamente de acuerdo a los acontecimientos sucedidos.
- ☞ **Integridad:** La información de los registros ha de ser completa y útil para el cliente, los médicos y para los demás miembros del equipo de salud que intervengan en la asistencia sanitaria. La información esencial de un registro comprende lo siguiente:
 1. Cualquier cambio conductual.
 2. Cualquier cambio en el funcionamiento físico.
 3. Cualquier signo o síntoma físico.
 4. Cualquier intervención de enfermería proporcionada.
 5. Visitas de un médico de otros miembros del equipo de salud.
- ☞ **Uso de terminología:** La enfermera a de emplear solo las abreviaturas, símbolos y términos aceptados que estén especificados por la institución. Así si el registro se utiliza ante un tribunal como prueba, otros profesionales responsables de la interpretación de los datos, podrán hacerlo de forma correcta. Muchas abreviaturas son estándares y se emplean de forma universal, otras se usan en ciertas áreas geográficas. La terminología médica constituye generalmente de raíces, prefijos y sufijos. Una raíz puede derivar del latín o del griego. Un prefijo es una secuencia de letras que van delante de la palabra y que, a menudo, describen una variación de lo normal. Un sufijo es una secuencia de letras que se ponen al final de la palabra; a menudo se describe un estado o acto realizado sobre la raíz.
- ☞ **Brevidad:** Los registros han de ser breves, además de complementos para evitar perder tiempo en la comunicación. Se omiten el nombre del paciente y la palabra cliente / paciente.
- ☞ **Conciencia legal:** una documentación completa y exacta debe proteger legalmente a la enfermera; el resto de cuidadores del cliente, a la institución y al propio cliente. Admisible como prueba jurídica. ⁽²⁾

1. Kozier Bárbara, “Documentos y Registros”, Técnicas en enfermería clínica, ED. Mc Graw-Hill Interamericana, Cáp. 3, Vol. 1, Madrid España 2000, pp. 45-64.

2.1. CALIDAD, VALIDEZ Y NORMAS DE UTILIZACIÓN DE LOS REGISTROS CLINICOS.⁽⁶⁾

En cuanto a la consideración de un registro como elemento de un sistema de información clínica, es necesario plantearse cada uno de los elementos del sistema de información clínica al que pertenece:

1. FINALIDAD DE LA INFORMACIÓN QUE CONTENDRÁ EL REGISTRO:

La finalidad de un registro clínico de enfermería es solo aquel cuya finalidad es servir de soporte de información necesaria para que las enfermeras realicen su trabajo. Los registros de enfermería pueden servir para:

- ☞ Facilitar la emisión de juicios clínicos de enfermería.
- ☞ Dejar constancia escrita del plan de cuidados, evolución del paciente, situación del apaciente en el momento de alta o del traslado de unidad, y por ultimo la ejecución de actividades de enfermería.

2. COSTE DE LA INFORMACIÓN:

Inicialmente poca información aporta muchos beneficios, pero, al aumentar la cantidad de la misma esto va disminuyendo proporcionalmente.

Es importante señalar que los registros deben ser confeccionados para realizar una buena reseña.

Esta confección debe tener una buena reseña:

- ☞ El tiempo necesario para el cumplimiento.
- ☞ La dificultad para la obtención de la información.

3. PROFESIONALES QUE REGISTRAN Y UTILIZAN LA INFORMACIÓN:

Los registros clínicos de enfermería pueden ser usados por el equipo multidisciplinario implicado en la atención del paciente.

4. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN:

“Todos tienen derecho a la confidencialidad de toda la información relacionada con sus procesos y con su estancia en instituciones sanitarias publicas y privadas que colaboran el sistema publico” (LGS Art. 10).

2.2. CALIDAD Y VALIDEZ DEL REGISTRO

Cada registro clínico debe cumplir unos criterios de calidad y su validez ha de ser determinada antes de su implantación y periódicamente después de la misma.⁽⁶⁾

Los criterios de calidad con los cuales vamos a evaluar los registros son los siguientes:

a. COHERENCIA INTERNA Y EXTERNA

- ☞ Entre el registro y modelo de enfermería.
- ☞ Entre el registro y el resto de registros de enfermería.
- ☞ Entre la finalidad, decisiones que facilita e información que contiene.

b. ESTRUCTURA

- ☞ Orden lógico, que facilite la puesta en relación de datos.

- ☞ Posibilidad de que las anotaciones se realicen en orden cronológico.
- ☞ Espacio para ampliar y añadir información.
- ☞ Facilidad de manejo.
- ☞ Facilidad de cumplimiento.
- ☞ Espacios para identificación del cliente y ubicación.
- ☞ Espacios para registro de firmas o iniciales de quienes realizan anotaciones.
- ☞ Espacios para registro de fechas y horas en que se realizan las anotaciones.

c. **CONTENIDO**

- ☞ Terminología técnicamente correcta, comprensible y precisa, poco margen para juicios de valor e inferencias.
- ☞ Explicación del significado de siglas y abreviaturas en un lugar visible.
- ☞ Uniformidad de estilo en la redacción de los ítems (preguntas, anomalías).
- ☞ Observación del principio de no duplicación de información.
- ☞ Observación del principio de no transcripción de información por el riesgo de error y la magnitud de las consecuencias del mismo.
- ☞ Observación del principio de respeto a valores, creencias e intimidad de los pacientes y familia, que se objetiva por la no inclusión de ítems, que supongan la solicitud de información que pueda suponer la vulnerabilidad del derecho de la intimidad y a la imagen.

2.3. CRITERIOS DE VALIDEZ

- a. Existencia de una guía de cumplimiento.
- b. Formación adecuada de las enfermeras.
- c. Disponibilidad de tiempo para cumplir y nivel de comprensión de los conceptos y términos en la práctica y reconocida por la enfermera.

2.4. NORMAS DE USO DE LOS REGISTROS CLINICOS

Como documento jurídico-legal es importante que siga con las siguientes normas:

☞ **Normas para realizar anotaciones:**

- Solo podrán realizar anotaciones los profesionales autorizados por la dirección de enfermería, en función de su puesto de trabajo.
- Las anotaciones sobre un paciente deben ser registradas por el profesional que ha realizado la valoración o la actividad. Solo en situaciones de emergencia y siempre que este presente una enfermera podrá realizar anotaciones sobre la actividad que realiza la otra.

Normas sobre el cumplimiento:

- Las normas deben de referirse al estado del paciente y de la familia, a las órdenes médicas especiales y a las llamadas al médico de guardia.
- Las anotaciones de enfermería han de recoger información objetiva, ajustada a los hechos. Una anotación objetiva depende de que la enfermera sea capaz de registrar con precisión lo que ha percibido con sus sentidos, sin caer en el error de incluir apreciaciones, opiniones personales o juicios de valor. Los comentarios del paciente y de la familia se pueden hacer constar textualmente, entrecomillas y especificado.
- Los términos usados en las anotaciones de enfermería han de ser precisos.
- Las anotaciones de enfermería han de ser técnicamente correctas, legibles y concisas. Solo se utilizaran abreviaturas estandarizadas, es conveniente recordar que un registro clínico solo ha de incluir aspectos relacionados directamente con el cuidado del paciente y que, aunque deben observarse normas de ortografía y redacción, en el registro no un relato.
 - Cada anotación clínica debe ir acompañada de la fecha y hora en que se ha realizado y de las iniciales o firma del profesional que ha realizado. La firma ha de ser legible y no se usan iniciales.
 - Las anotaciones deben registrar el orden cronológico, sin dejar líneas en blanco entre ellas. Si se omite inadvertidamente una anotación, después de registrarla se ha de consignar la hora junto a ella. ⁽⁶⁾

Las enfermeras que intervienen en el cuidado directo de los clientes se responsabilizan del registro mediante: valoración del estado del paciente, descripción de los cambios de su estado, justificación de las terapias aplicadas, valoración de la responsabilidad del cliente. A los cuidados la dirección de enfermería de cada institución sanitaria selecciona el método utilizado para la documentación de los cuidados del paciente y este debe reflejar la filosofía del servicio de enfermería y debe incorporar los estándares de cuidados y practicas del departamento.

Los datos de valoración se registran para ofrecer a todos los miembros del equipo asistencial una base de datos de la que extraen conclusiones sobre los problemas del cliente.

Las notas de evolución son una forma de registro que documenta la evaluación del paciente y faculta encontrar e identificar acontecimientos relativos.

Cualquier miembro del personal será capaz de leer una nota de evolución y comprender el tipo de problema que tiene el paciente, los cuidados proporcionados y los resultados de las intervenciones.

2.4.1. TIPOS DE REGISTRO

Los tres principales tipos de registro de datos son los registros orientados al problema y los registros por computadora.

El sistema más común es el de registros orientados al origen, que reciben dicho nombre debido a que la información se organiza y se registra de acuerdo con su origen.

El segundo sistema para la organización de los registros es el que se orienta al problema, ésta enlista el problema (real o potencial, identificados en el paciente).

El tercer tipo de organización es el que registra todo en la computadora.

2.4.2. REGISTRO DE DATOS POR APARATOS Y SISTEMAS ORIENTADOS AL ORIGEN

Los registros de datos por aparatos y sistemas, representan la manera más común y eficiente de organizar la información del paciente en los registros de enfermería tomando en cuenta cada servicio, podemos decir que los registros se deben adoptar de acuerdo a sus necesidades y a la de los pacientes.

6. Tomas Vidal Antonia María, "Plan de Cuidados de Enfermería", Modelo de referencia, Métodos e Instrumentos, ED. Olalla, Madrid España 1996, pp. 75-80.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Hemos observado dentro de las prácticas clínicas en los diferentes servicios del Departamento de Enfermería, que la realización de las notas de enfermería son iguales para todos los pacientes, sin tomar en cuenta que cada paciente es individual y responde a las mismas necesidades de diferente forma requiriendo se le proporcione cuidados especializados y de alta calidad intra- hospitalarios.

1. ¿Existe relación entre el conocimiento de la NOM168-SSA1-1998 y su aplicación en los registros de enfermería?
2. ¿Quiénes conocen los lineamientos de la NOM168-SSA1-1998 lo aplican?

VI. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

- ✓ Identificar el conocimiento y aplicación de la norma oficial para la elaboración de las notas de enfermería; siguiendo los registros del personal del departamento de enfermería del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, con la finalidad de mejorar la calidad de las notas de enfermería de dicho Departamento.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir la relación entre conocimiento de la NOM168-SSA1-1998 y su aplicación en las notas de enfermería.
- Aplicar un instrumento de evaluación al personal de enfermería sobre el conocimiento de los lineamientos para la realización de las notas de enfermería según la norma oficial.
- Evaluación de los puntos que deben cubrir las notas de enfermería según la norma oficial, mediante un instrumento que nos permita saber que tanto se aplican dichos criterios en la realización de las notas.
- Proponer un formato para el procedimiento de elaboración correcta de la nota de enfermería.

V. JUSTIFICACIÓN

Al realizar prácticas clínicas en los diferentes servicios del Departamento de Enfermería hemos percibido la importancia que conlleva utilizar de manera correcta la hoja de enfermería, siendo esta un documento médico legal en el cual se registran datos sobre la evolución del paciente, por lo tanto de no aplicarse la NOM168-SSA1-1998 no se contará con un apoyo legal, en caso de requerir hacer una aclaración en una implicación legal, puede incluso ser éste el motivo para recibir una sanción administrativa o penal por uso indebido de éste documento; además de ser un instrumento de trabajo para el que existe una norma oficial que lo rige y que a través de éste se puede comunicar el equipo multidisciplinario.

Por tal motivo consideramos relevante la realización de éste estudio a fin de mejorar la calidad de la atención que se brinda en cada uno de los servicios a los diferentes usuarios; y que al registrarse adecuadamente brindará más información valiosa para el resto del equipo multidisciplinario, encargado de la atención del paciente.

VI. HIPÓTESIS

H₁ El personal del Departamento de Enfermería del Instituto, a pesar de que conoce los lineamientos de la NOM168-SSA1-1998, no lo aplican en las notas de enfermería.

H_a A mayor conocimiento de la NOM168-SSA1-1998; mayor aplicación.

H_o A menor conocimiento de la NOM168-SSA1-1998; menor aplicación.

VII. METODOLOGÍA

La presente investigación, se realizará con un diseño de tipo correlacional-cualicuantitativo prospectivo. Es correlacional cuantitativo por tener como propósito; evaluar la relación que exista entre el conocimiento y la aplicación de los lineamientos de la NOM168-SSA1-1998 en los registros de enfermería, este estudio mide el grado de relación entre las variables.

VIII. UNIVERSO Y MUESTRA

El universo de estudio será del 10% de la plantilla de personal del Departamento de Enfermería de un total de 543 enfermeras, se aplicará un cuestionario a 54 enfermeras de diferentes categorías y antigüedad, posteriormente dependiendo de los resultados, la propuesta es que si desconocen los lineamientos de la norma Oficial se capacitará al personal de

los diferentes servicios del Departamento de Enfermería, en los diversos turnos matutino, vespertino, nocturno y Jornada Acumulada.

IX. CRITERIO DE INCLUSIÓN

- ☞ Enfermeras (os) que manejan la hoja de enfermería y realizan las notas de enfermería.
- ☞ Enfermeras (os) generales, licenciadas y pasantes según grado académico.
- ☞ Enfermeras (os) sin considerar la edad que tengan.
- ☞ Enfermeras (os) que pertenezcan al Departamento de Enfermería.

X. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ☞ Enfermeras (os) que no pertenezcan al Departamento de Enfermería.
- ☞ Auxiliares de enfermería.
- ☞ Enfermeras (os) que suplan guardias.

FORMATO 1

XI. ESCUELA DE ENFERMERÍA MARIA ELENA MAZA BRITO DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN CONOCIMIENTO SOBRE LA NOM168-SSA1-1998

FECHA: _____ No. FOLIO: _____

CATEGORÍA: _____ ANTIGÜEDAD: _____

SERVICIO: _____ TURNO: _____

NOMBRE DE QUIÉN APLICA EL INSTRUMENTO: _____

OBJETIVO: Identificar el conocimiento que demuestran las enfermeras del Departamento de Enfermería del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, acerca de la NOM168-SSA1-1998, y conocen los lineamientos para la realización de sus registros en las hojas de enfermería.

- | | | |
|---|----|----|
| 1.- ¿Conoces la NOM168-SSA1-1998? | SI | NO |
| 2.- ¿Sabes de que habla? | SI | NO |
| 3.- ¿Sabes que dentro de la NOM168-SSA1-1998 existe un apartado para la realización de los registros de enfermería? | SI | NO |
| 4.- ¿Aplicas la NOM168-SSA1-1998 en tus registros? | SI | NO |
| 5.- ¿Consideras que los lineamientos deben darse a conocer al personal del servicio? | SI | NO |
| 6.- ¿Crees que los lineamientos según la NOM168-SSA1-1998 se plasma en las notas de enfermería? | SI | NO |
| 7.- ¿Consideras que esta norma esta hecha de acuerdo a las necesidades de Enfermería? | SI | NO |
| 8.- ¿Consideras que es importante hacer las notas de enfermería según la NOM168-SSA1-1998? | SI | NO |

NOTA: SI equivale a que las enfermeras conocen la NOM168-SSA1-1998, NO equivale al desconocimiento de la misma, basaremos la investigación a estudiar a aquellas que la conocen. En caso de que ninguna enfermera lo conozca, se capacitará al personal y posteriormente pasaremos al siguiente cuestionario.

11.1 RESULTADOS DE LA PRIMERA PARTE DE LA TESIS

Para la primera parte de la investigación se tomo EL 10% de una población total de 543 enfermeras, pertenecientes al Departamento de Enfermería del INCMNSZ, a esta muestra de 54 enfermeras se les aplicó el cuestionario del Formato1, en los servicios de Urgencias, Terapia Intensiva, Estancia Corta, Cirugía, 1° piso Hospitalización, 2° piso Hospitalización, 3° piso Hospitalización y 4° piso Hospitalización. Las siguientes tablas y graficas muestran los resultados obtenidos y como se calcularon.

<u>NUMERO DE CUESTIONARIOS</u>	<u>CARACTERISTICAS</u>	<u>PORCENTAJES</u>
54	TOTAL DE CUESTIONARIOS	100%
46	CONTESTADOS	85%
5	NO CONTESTADOS	9%
3	NO ENTREGADOS	6%

TABLAS DE ACUERDO A LOS REACTIVOS

GRADO ACADEMICO	
PLE	4
EG	28
EE	3
LIC. ENF	11
TOTAL	46

ANTIGÜEDAD	
0-5 años	20
6-10años	9
11-15años	5
>15años	10
TOTAL	46

SERVICIOS	
Urgencias	5
Terapia Intensiva	8
Estancia Corta	6
Cirugía	5
1° piso Hospitalización	6
2° piso Hospitalización	8
3° piso Hospitalización	3
4° piso Hospitalización	5

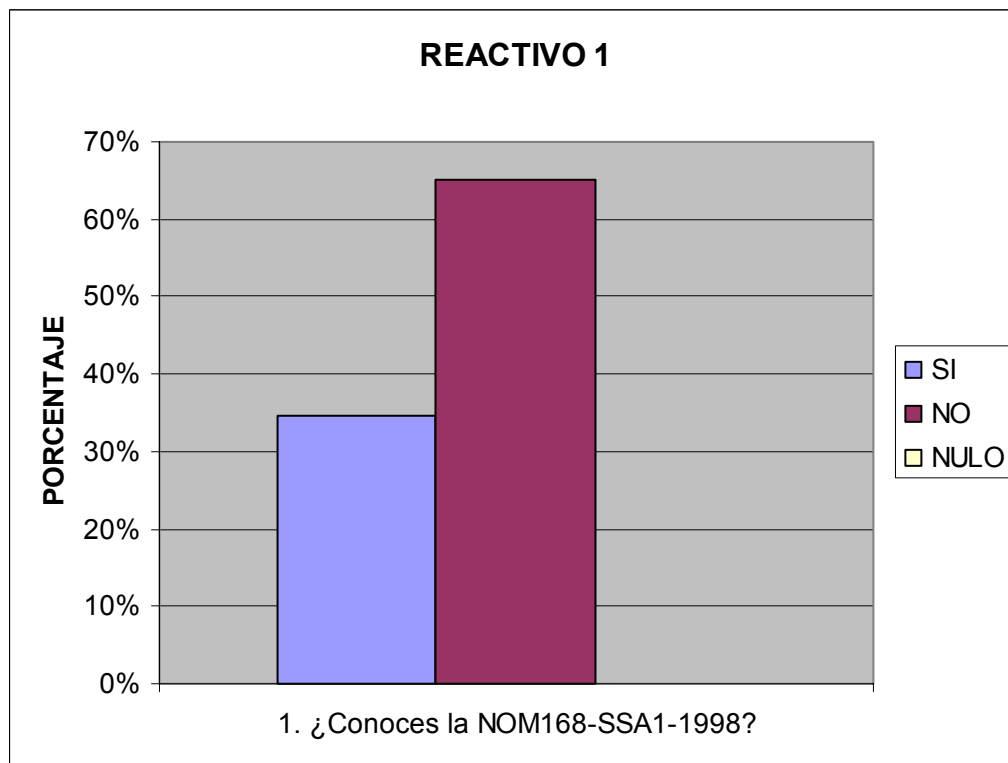
TURNOS	
MATUTINO	17
VESPERTINO	20
NOCTURNO	6
NO REGISTRADO	3

TOTAL: 46

46

REACTIVOS

<u>REACTIVO</u>	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NULO</u>
1. ¿Conoces la NOM168-SSA1-1998?	<u>34.7%</u>	<u>65.2%</u>	

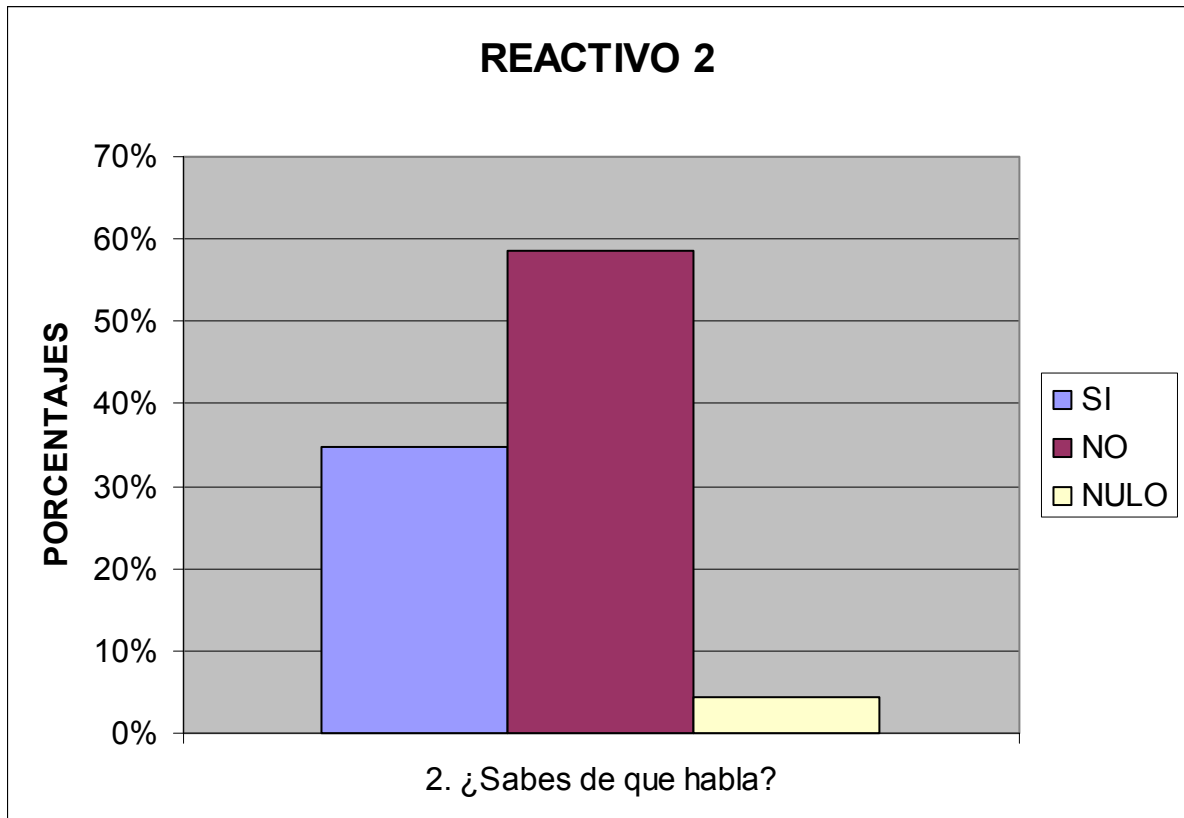


Fuente: ESCUELA DE ENFERMERÍA MARIA ELENA MAZA BRITO DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN; CONOCIMIENTO SOBRE LA NOM168-SSA1-1998, 2007

ANÁLISIS:

Se muestra en la gráfica que el 65.2% de la población evaluada no conoce la norma, y el 34.7% de las personas evaluadas afirmaban que tal vez la conocen pero no están seguras de que sea la misma.

<u>REACTIVO</u>	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NULO</u>
2.¿Sabes de que habla?	<u>34.7%</u>	<u>58.6%</u>	<u>4.3%</u>

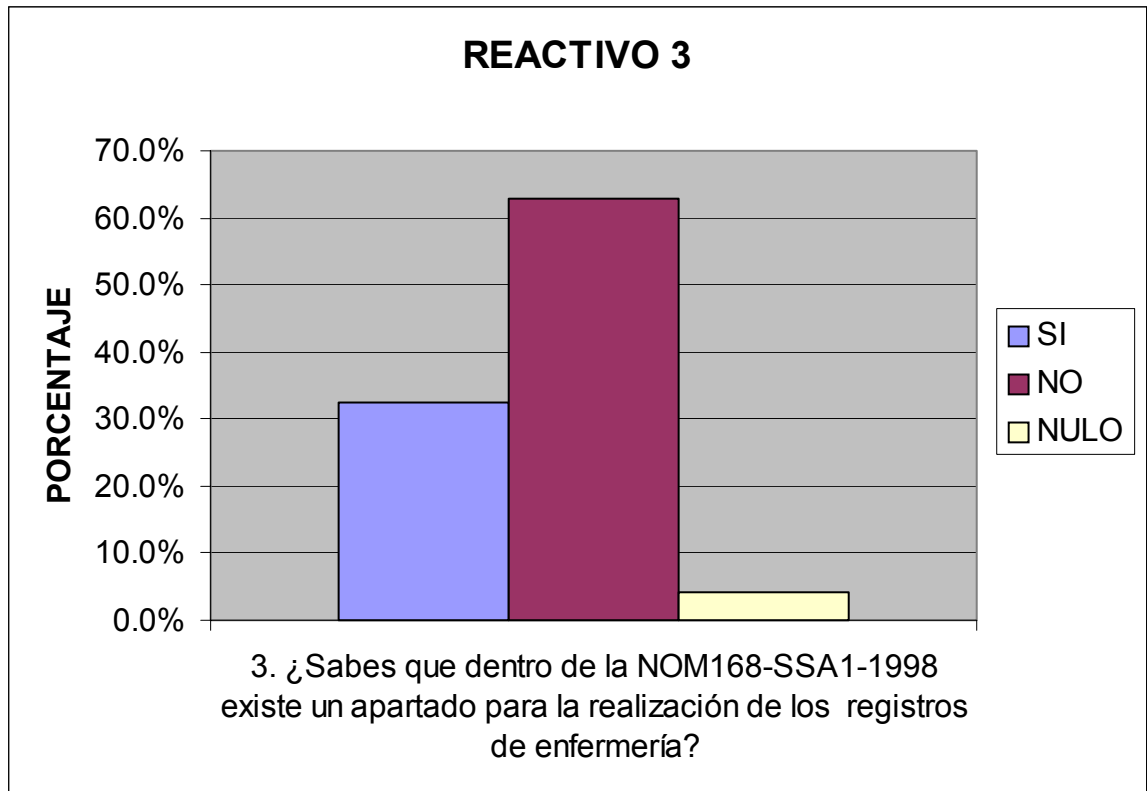


Fuente: ESCUELA DE ENFERMERÍA MARIA ELENA MAZA BRITO DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN; CONOCIMIENTO SOBRE LA NOM168-SSA1-1998, 2007

ANÁLISIS:

Por lo mismo que no la conocen el 58.6% respondió que no a la pregunta ¿Sabes de que habla?.

<u>REACTIVO</u>	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NULO</u>
3. ¿Sabes que dentro de la NOM168-SSA1-1998 existe un apartado para la realización de los registros de enfermería?	<u>32.6%</u>	<u>63.0%</u>	<u>4.3%</u>

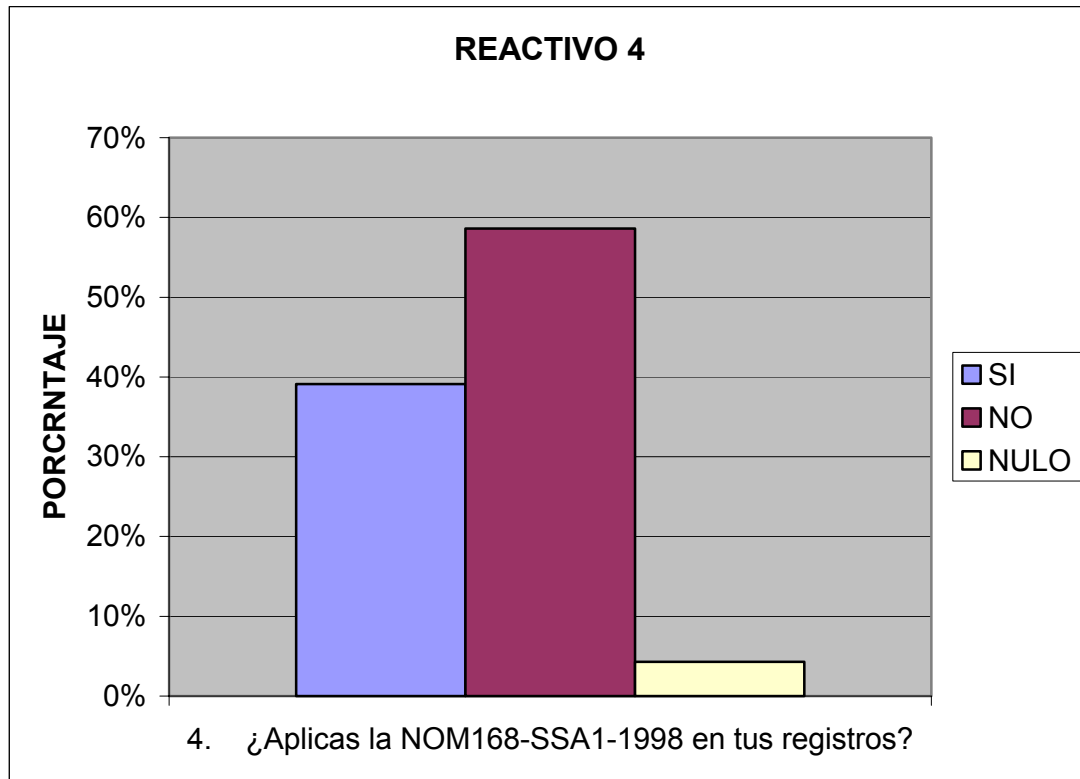


Fuente: ESCUELA DE ENFERMERÍA MARIA ELENA MAZA BRITO DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN; CONOCIMIENTO SOBRE LA NOM168-SSA1-1998, 2007

ANÁLISIS:

Se muestra que el 63% de la población desconoce el apartado para la realización de los registros de enfermería, el 32.6% contestó que tal vez si pero como no la conocía no sabia si en verdad existía dentro de dicha norma.

REACTIVO	SI	NO	NULO
I. ¿Aplicas la NOM168-SSA1-1998 en tus registros?	<u>39.1%</u>	<u>58.7%</u>	<u>4.3%</u>

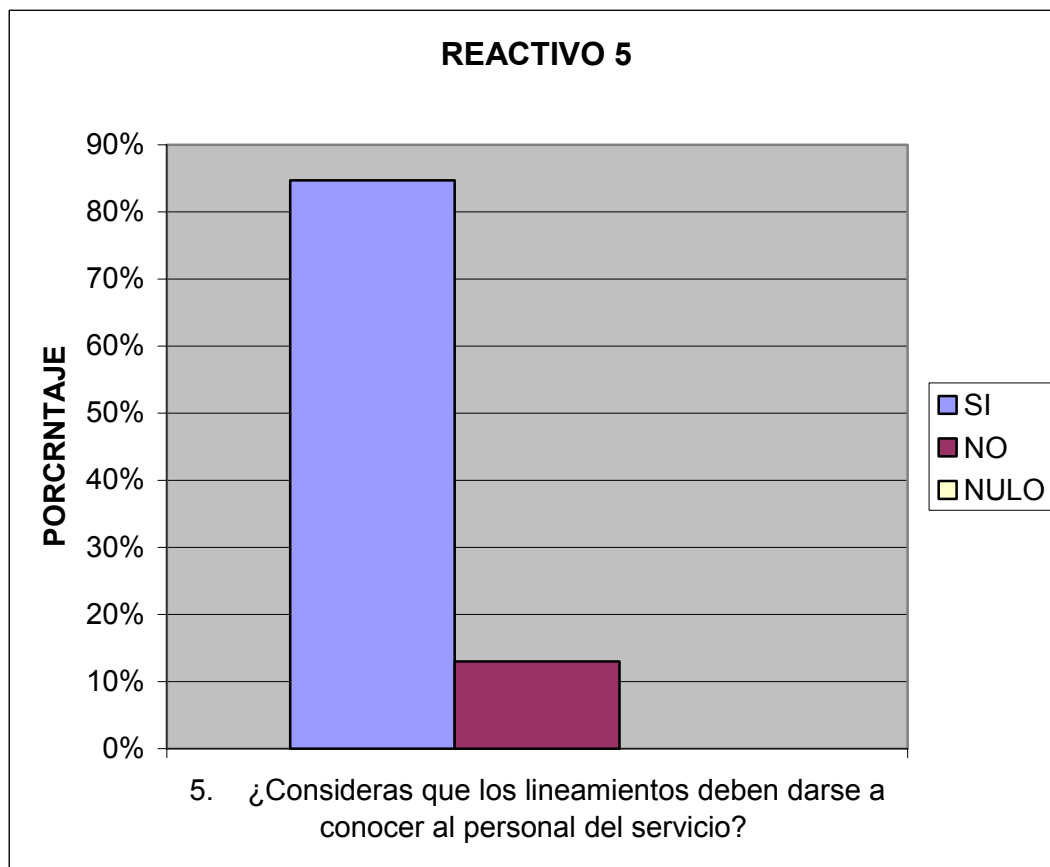


Fuente: ESCUELA DE ENFERMERÍA MARIA ELENA MAZA BRITO DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN; CONOCIMIENTO SOBRE LA NOM168-SSA1-1998, 2007

ANÁLISIS:

El 58.7% de los encuestados contestaron que no aplican la norma en sus registros, por desconocerla y solo el 39.1% la aplican.

REACTIVO		SI	NO	NULO
II.	¿Consideras que los lineamientos deben darse a conocer al personal del servicio?	84.7%	13%	

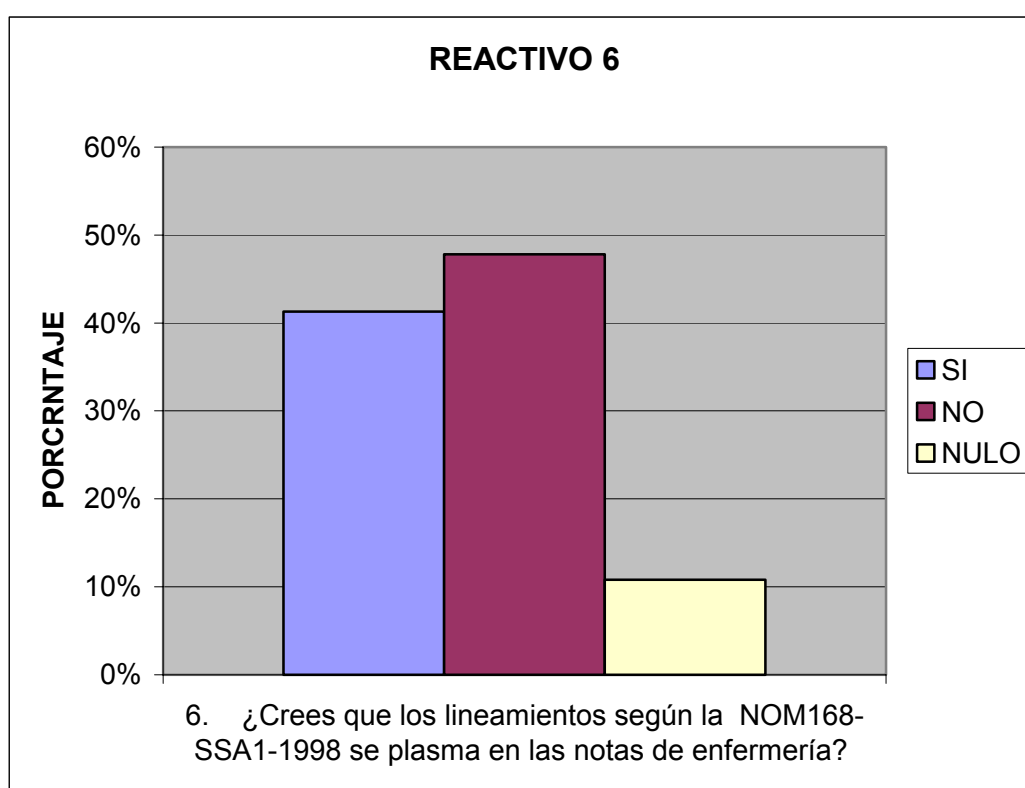


Fuente: ESCUELA DE ENFERMERÍA MARIA ELENA MAZA BRITO DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN; CONOCIMIENTO SOBRE LA NOM168-SSA1-1998, 2007

ANÁLISIS:

El 84.7% de nuestra población muestra afirmo que si considera que es importante que se diera a conocer para poder aplicarla en los registros.

REACTIVO	SI	NO	NULO
III. ¿Crees que los lineamientos según la NOM168-SSA1-1998 se plasma en las notas de enfermería?	41.3%	47.8%	10.8%

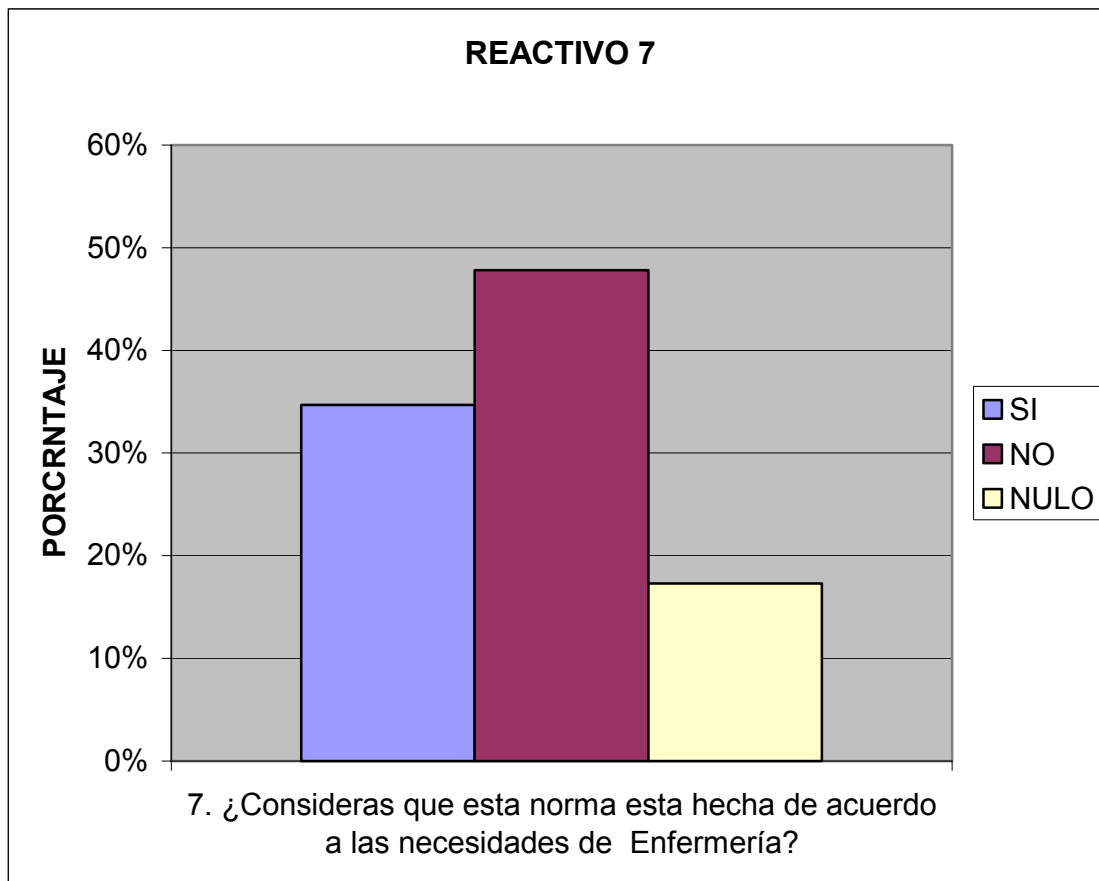


Fuente: ESCUELA DE ENFERMERÍA MARIA ELENA MAZA BRITO DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN; CONOCIMIENTO SOBRE LA NOM168-SSA1-1998, 2007

ANÁLISIS:

El 47.8% dudaba al contestar esta pregunta ya que afirmaban que si no la conocían entonces talvez no la utilizaban, solo el 41.3% de los que la conocían afirmaban que inconscientemente la aplicaban.

<u>REACTIVO</u>	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NULO</u>
7. ¿Consideras que esta norma esta hecha de acuerdo a las necesidades de Enfermería?	<u>34.7%</u>	<u>47.8%</u>	<u>17.3%</u>

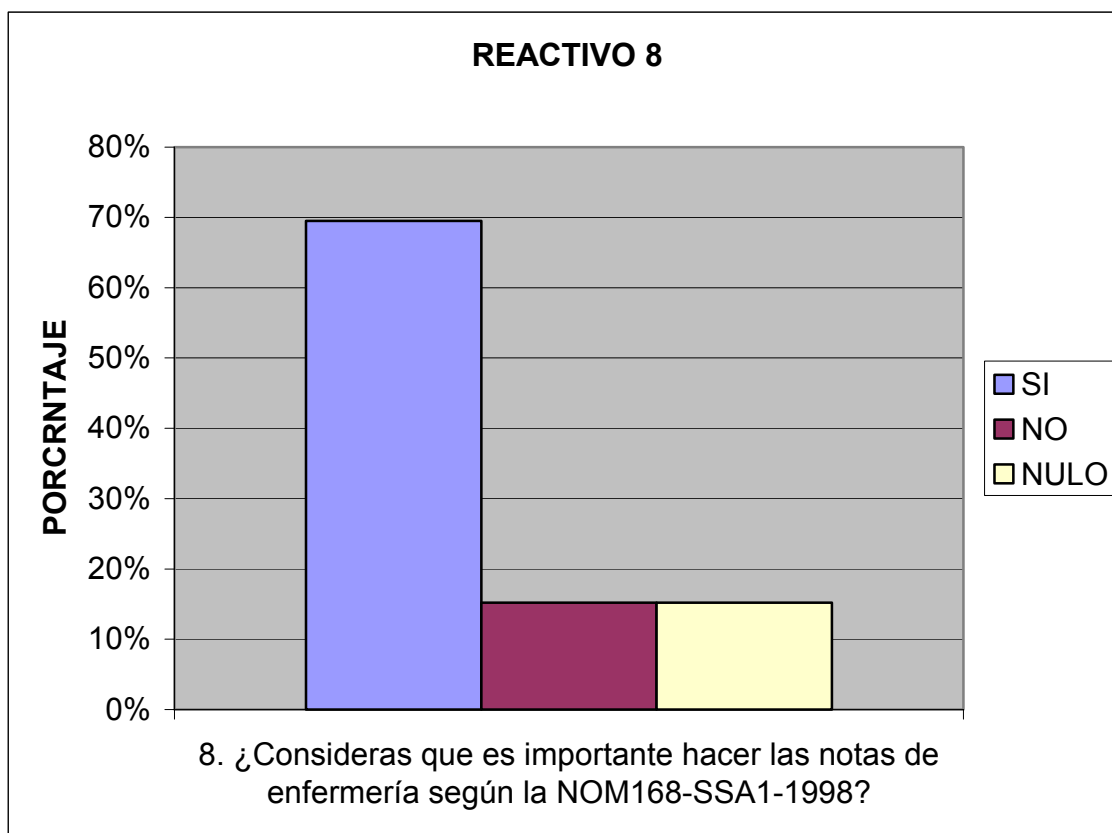


Fuente: ESCUELA DE ENFERMERÍA MARIA ELENA MAZA BRITO DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN; CONOCIMIENTO SOBRE LA NOM168-SSA1-1998, 2007

ANÁLISIS:

El 47.8% de los encuestados dijeron que no consideran que este de acuerdo a las necesidades de enfermería, pero el 34.7% si la consideran hecha de acuerdo a las necesidades de enfermería pero explican que esta norma no es conocida.

REACTIVO	SI	NO	NULO
8. ¿Consideras que es importante hacer las notas de enfermería según la NOM168-SSA1-1998?	69.5%	15.2%	15.2%



Fuente: ESCUELA DE ENFERMERÍA MARIA ELENA MAZA BRITO DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN; CONOCIMIENTO SOBRE LA NOM168-SSA1-1998, 2007

ANÁLISIS:

Esta pregunta se planteo debido a que la certificación del hospital se presentaba en ese momento y el 69.5% de los encuestados dijeron que deberíamos de tener un lineamiento oficial para realizar los registros.

11.2.1. CONCLUSIONES

Al finalizar esta primera parte del estudio realizado, nos lleva a pensar que a pesar de que se realizan todos los días las notas de enfermería, no se tiene un linimiento general para la realización de dichos registros, ya que como observamos en las gráficas los más altos porcentajes indican el desconocimiento de la norma y su aplicación en los registros de enfermería.

11.2.2. SUGERENCIAS:

Esta situación se puede mejorar capacitando al personal sobre la manera de realizar sus registros, de tal manera que se unifiquen los criterios para que en la mayoría de los servicios de Enfermería se lleven acabo los registros de forma adecuada siguiendo un lineamiento general, que se apegue a la norma oficial, pero no dejando atrás los reglamentos institucionales.

Por lo que se sugiere la implementación de un curso-taller que se aplique en los diferentes servicios y turnos del Departamento de Enfermería, dirigido a las personas responsables de la elaboración de los registros de enfermería. Posteriormente se monitoreara a través de los expedientes clínicos en el lapso de un mes para corroborar la aplicación de dicha norma; así como la obtención de datos por medio de un formato que ayudara a la recolección de estos; para graficarlos y obtener los resultados.

FORMATO 2

XII ESCUELA DE ENFERMERÍA MARIA ELENA MAZA BRITO DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

LISTA DE VERIFICACIÓN DE: CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA

FECHA: _____ No. FOLIO: _____

SERVICIO: _____ Turno: _____

NOMBRE DE LA ENFERMERA RESPONSABLE: _____

NIVEL DE PREPARCIÓN: _____

OBJETIVO: Identificar la presencia de los criterios establecidos en esta investigación para determinar la calidad de los registros de enfermería, en función de contenido en la información requerida, así como el apego a la Norma Oficial Mexicana 168-SSA1-1998.

a. Identificación del paciente

Nombre y apellido del paciente	SI	NO
Fecha	SI	NO
Edad	SI	NO
Días hospital	SI	NO

Total:

b. Gráfica de Signos Vitales

¿Registro de temperatura (grafica corrida)?			
¿Registro de temperatura (color rojo)?			
¿Registro de pulso (grafica corrida)?			
¿Registro de pulso (color azul)?			
¿Registro de tensión arterial?			
¿Registro de frecuencia respiratoria?			

Total:

IV. Actividades derivadas de la terapéutica médica

¿Glucosa capilar o en orina?			
¿Cifras de glucosa periférica?			

Dieta

¿Registra tipo de dieta?			
¿Cuantificación ingesta de la dieta (objetivo)?			
¿Cuantificación ingesta de la dieta (subjetivo)?			

Líquidos parenterales

Tipo de soluciones infundidas			
Hora de inicio de las soluciones			
Tiempo de duración de las infusión			
Hora de término de la soluciones			

Transfusión

Cantidad y tiempo indicado de infusión			
Hora de inicio y término			

Oxigenoterapia

Tipo de terapia			
Esquema (continuo. Intermitente, PRN)			

Estudios Radiográficos y/o de Laboratorio

Tipo			
Hora de realización			

Procedimientos realizados

Tipo de procedimientos			
Hora de realización			

Egresos por turno

Registro de orina (cantidad)			
Registro de orina (características)			
Registro de heces (cantidad)			
Registro de heces (características)			
Registro de vómito (cantidad)			
Registro de vómito (características)			
Registro de drenajes (tipo)			
Registro de drenajes (cantidad)			

Total: **V. Identificación del paciente**

Nombre genérico			
Presentación			
Dosis			
Vía			
Horario			
Señal ética de administrado			

Total: **VI. Notas de Enfermería**

Uso de color tinta normado por la Institución de acuerdo al turno			
Información de cuidados proporcionados			
Registra actividades en la secuencia cronológica en que las efectúa			
Registra estado de conciencia			
Registra situaciones específicas			

Registra actividades de higiene y confort			
Registra información de sueño y reposo			
Repite información registrada en otros apartados de la hoja de enfermería			
Anota observaciones de forma objetiva, precisa, completa y oportuna			

Total:

VII. APEGO A LA NOM 168-SSA1-1998

Uso de tinta o bolígrafo			
Anotaciones con letra clara			
Presencia de borrones o enmendaduras			
Fecha de realización del registro			
Hora de realización del registro			
Uso de abreviaturas			
Uso de corrector líquido			
En caso necesario, aplica la técnica correcta para marcar o identificar los errores			
Presencia de espacios en blanco entre cada registro			
Anota nombre completo y firma al finalizar			

Total:

OBSERVACIONES:

RESPONSABLE DEL LLENADO

FECHA DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN: _____¹

¹ Lic. Enf. Abelardo Rosillo Mendieta Master en Administración de la Atención de Enfermería de la UASLP
 NOTA: ESTE CUESTIONARIO FUE PROPORCIONADO POR LA FACULTAD DE ENFERMERIA DE SAN LUIS POTOSÍ. ESTE CUESTIONARIO PERMITIRA EVALUAR SI CUMPLEN CON LOS REQUISITOS DE LA NORMA , SE DIVIDIERON EN DATOS PERSONALES, SIGNOS VITALES, OTRAS ACTIVIDADES DE LA TERAPEUTICA, ADMINISTRACIÓN DE MEDICANTOS, LA NOTA COMO TAL, Y LOS LINEAMIENTOS SEGÚN LA NORMA OFICIAL.

RESULTADOS DE LA SEGUNDA PARTE DE LA TESIS

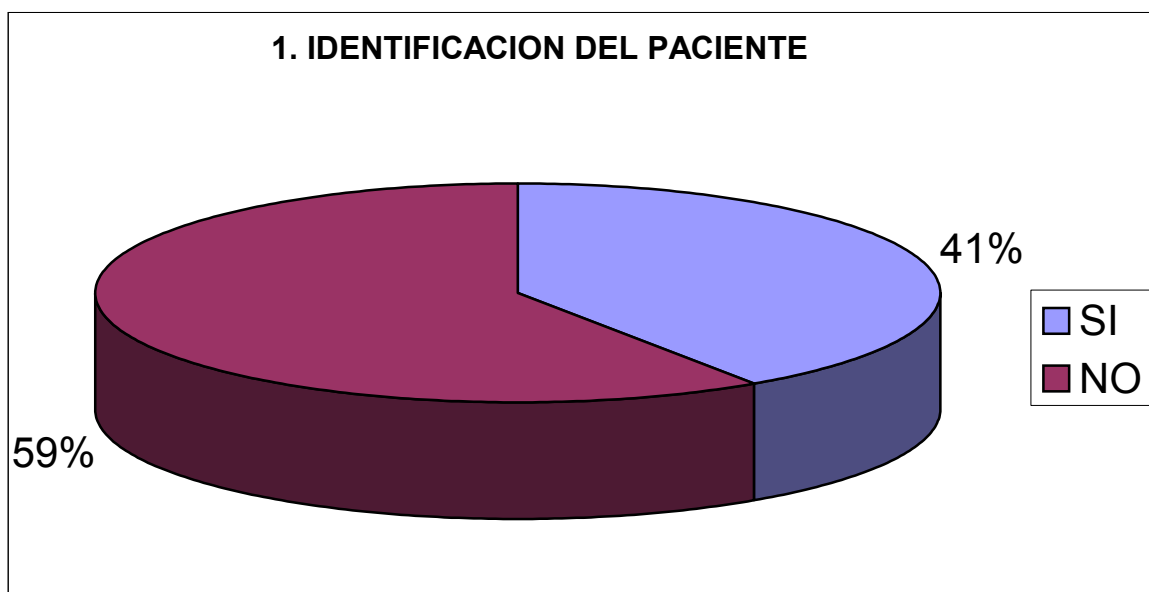
Para la segunda parte de la investigación, se realizó el curso - taller “Elaboración de los registros de enfermería con apego a la norma oficial”, se proporcionó al personal de Enfermería de los 8 servicios del Departamento de Enfermería; posterior a la capacitación sobre la norma **NOM168-SSA1-1998** de los registros de enfermería se tomo de una muestra del 10% de la población total, de 397 egresos en el mes de julio, que corresponden a 91 expedientes revisados en el periodo del 1º al 31 de julio del 2007 y se obtuvieron los siguientes resultados.

<u>NUMERO DE CUESTIONARIOS</u>	<u>CARACTERISTICAS</u>	<u>PORCENTAJES</u>
91	Total cuestionarios de	100%

REACTIVOS DE LA EVALUACIÓN

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Si	40.65%
No	59.34%



Fuente: ESCUELA DE ENFERMERÍA MARIA ELENA MAZA BRITO DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN; LISTA DE VERIFICACIÓN DE: CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA

ANÁLISIS:

Esta gráfica muestra que en 59% de las hojas revisadas no cumplían con el llenado adecuado de la identificación del paciente como es nombre y apellido del

paciente, Fecha, Edad, Días hospital, que aun que parece innecesario se tiene que seguir según la norma

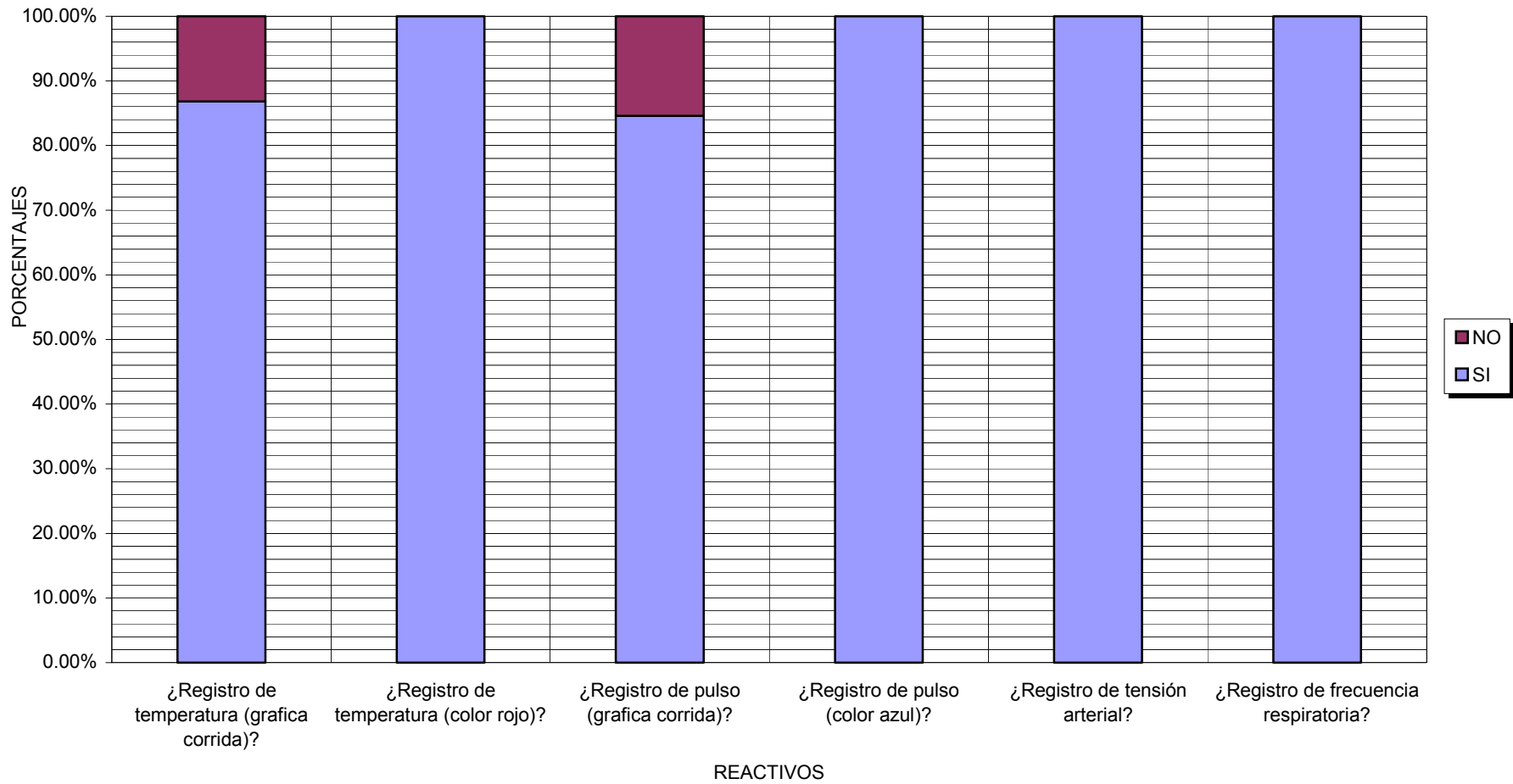
2. GRAFICA DE SIGNOS VITALES

REACTIVO	RESPUESTA	PORCENTAJE
• ¿Registro de temperatura (grafica corrida)?	SI	86.8%
	NO	13.18%
• ¿Registro de temperatura (color rojo)?	SI	100%
	NO	0%
• Registro de pulso (grafica corrida)?	SI	84.61%
	NO	15.38%
• Registro de pulso (color azul)?	SI	100%
	NO	0%
• Registro de tensión arterial?	SI	100%
	NO	0%
• ¿Registro de frecuencia respiratoria?	SI	100%
	NO	0%

ANÁLISIS DE LA GRAFICA SIGUIENTE:

La grafica representa lo evaluado en cuanto a los signos vitales, de los cuales se observan los siguientes datos, lo más relevante es el registro de temperatura y pulso en cuanto al registro y correr la grafica en el que se observa el 86.8% y 84.6% respectivamente que sí se registra y se corre la gráfica.

GRAFICA DE SIGNOS VITALES

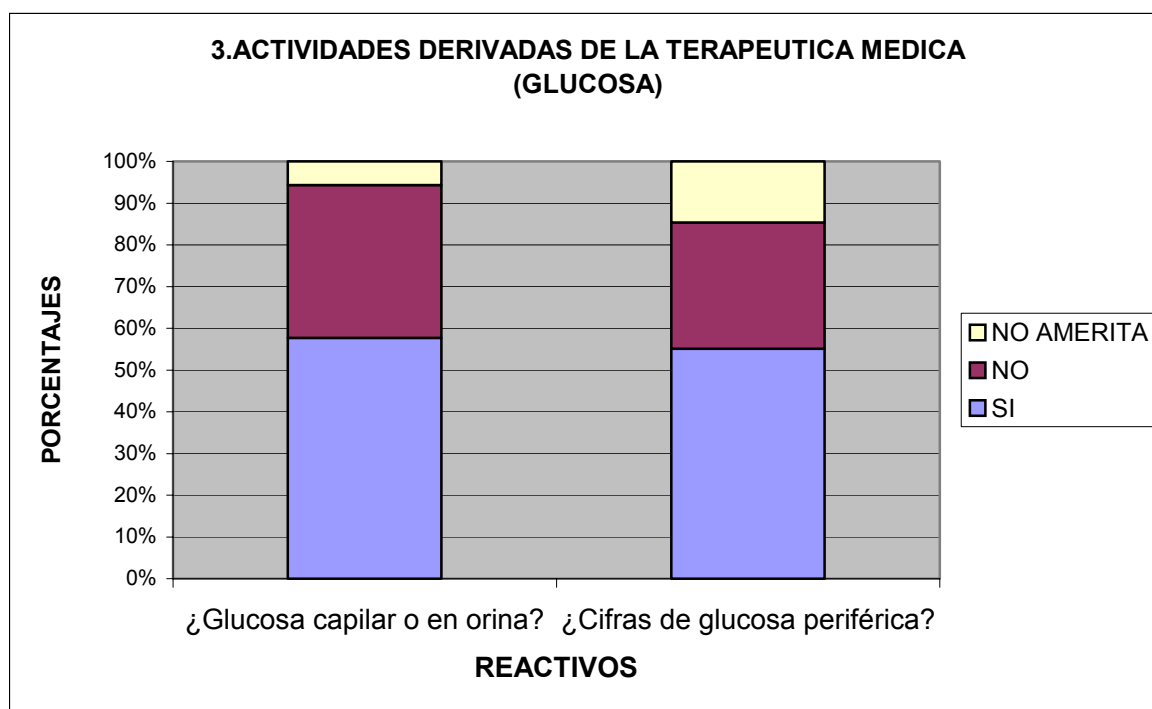


Fuente: ESCUELA DE ENFERMERÍA MARIA ELENA MAZA BRITO DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN; LISTA DE VERIFICACIÓN DE: CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA

3. ACTIVIDADES DERIVADAS DE LA TERAPEUTICA MEDICA

➤ GLUCOSA

REACTIVO	RESPUESTA	PORCENTAJE
¿Glucosa capilar o en orina?	SI	57.14%
	NO	36.26%
	NO AMERITA	5.59%
¿Cifras de glucosa periférica?	SI	66.15%
	NO	36.26%
	NO AMERITA	17.58%



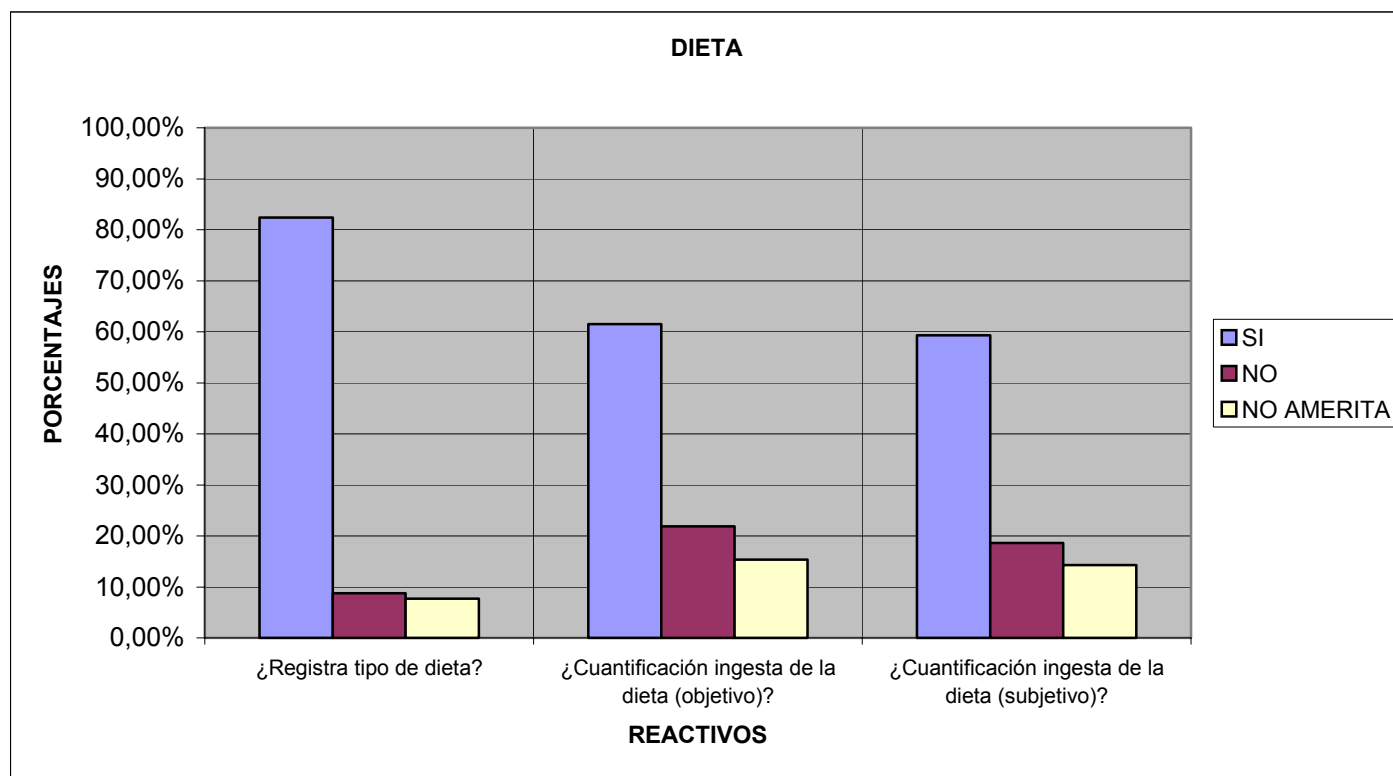
Fuente: ESCUELA DE ENFERMERÍA MARIA ELENA MAZA BRITO DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN; LISTA DE VERIFICACIÓN DE: CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA

ANÁLISIS:

En esta gráfica se observa que en un 57.14% y en 66.15% de las hojas revisadas si cumplen con el llenado adecuado de el rubro de glucosa, cabe mencionar que en algunas de las hojas no se registraba ya que no era indicación medica la toma de glucosa.

➤ **DIETA**

REACTIVO	RESPUESTA	PORCENTAJE
¿Registra tipo de dieta?	SI	82.41%
	NO	8.79%
	NO AMERITA	7.69%
	NULO	1.09%
¿Cuantificación ingesta de la dieta (objetivo)?	SI	61.53%
	NO	21.91%
	NO AMERITA	15.38%
	NULO	1.09%
¿Cuantificación ingesta de la dieta (subjetivo)?	SI	59.34%
	NO	18.61%
	NO AMERITA	14.28%
	NULO	7.69%



Fuente: ESCUELA DE ENFERMERÍA MARIA ELENA MAZA BRITO DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN; LISTA DE VERIFICACIÓN DE: CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA

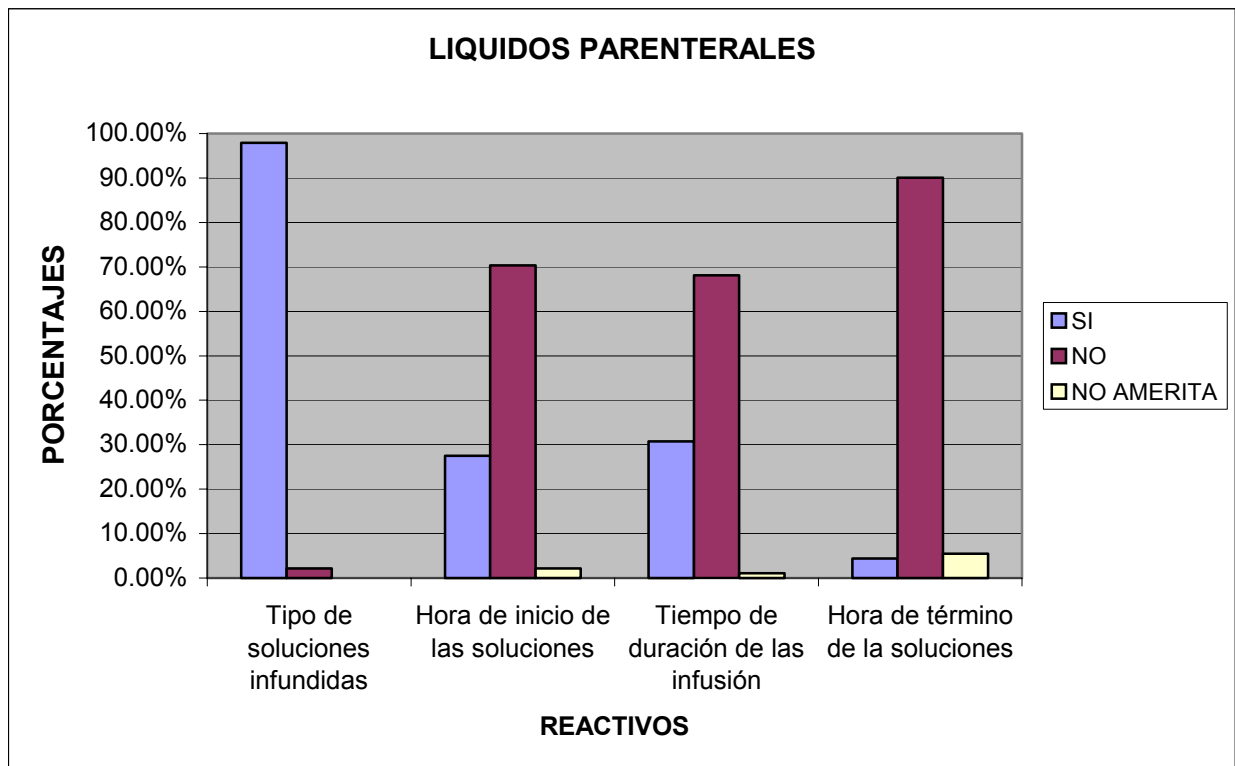
ANALISIS:

En este rubro en las hojas de enfermería revisadas marcaban el tipo de dieta, la cantidad de la ingesta de tipo objetivo y la cantidad de la ingesta de tipo subjetivo, en

los siguientes porcentajes: 82.41%, 61.53% y 59.34%, se lleve acabo el llenado de dicho rubro.

➤ **LÍQUIDOS PARENTERALES**

REACTIVO	RESPUESTA	PORCENTAJE
Tipo de soluciones infundidas	SI	97.88%
	NO	2.19%
	NO AMERITA	0%
Hora de inicio de las soluciones	SI	27.47%
	NO	70.32%
	NO AMERITA	2.19%
Tiempo de duración de las infusión	SI	30.76%
	NO	68.13%
	NO AMERITA	1.09%
Hora de término de la soluciones	SI	4.39%
	NO	90.1%
	NO AMERITA	5.49%



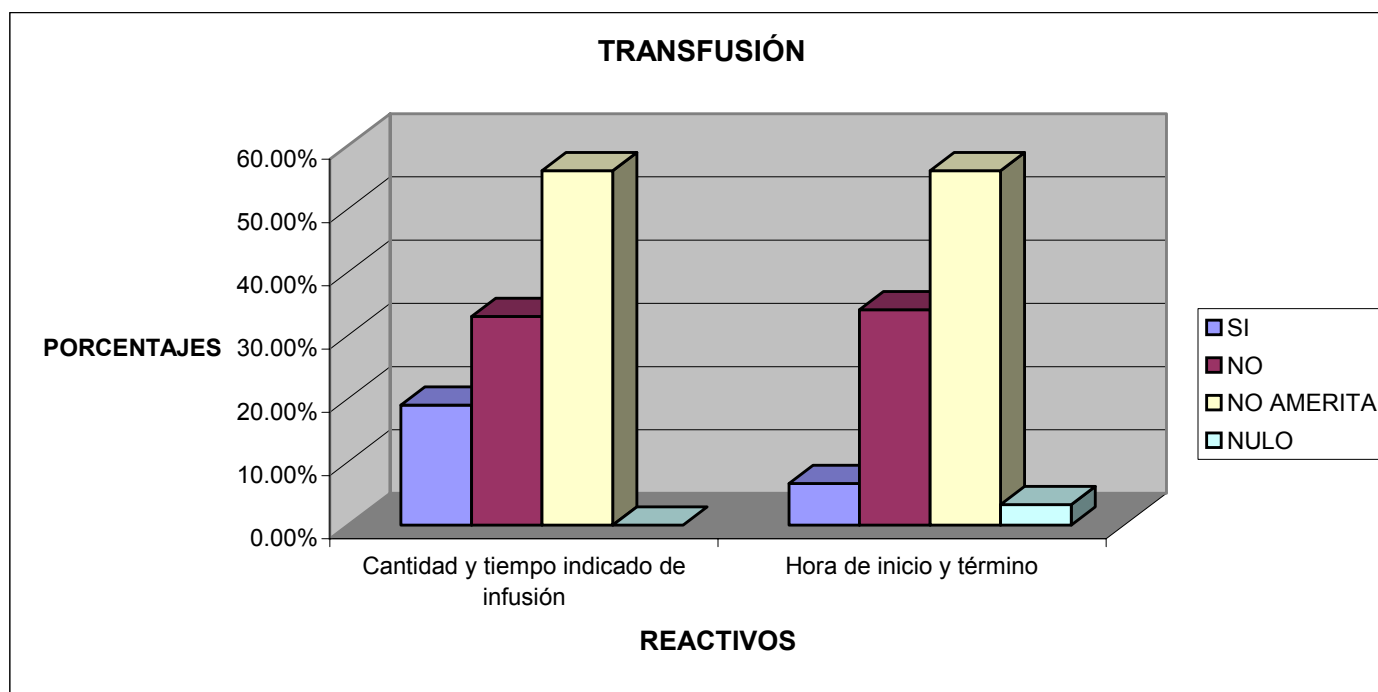
Fuente: ESCUELA DE ENFERMERÍA MARIA ELENA MAZA BRITO DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN; LISTA DE VERIFICACIÓN DE: CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA

ANALISIS:

En un 27.47% de las hojas revisadas podemos observar que olvidaban poner las horas de inicio; en algunas de ellas se registraban con una marca y en otras solo se seguía la cuantificación. El tiempo y las horas de termino también se olvidaban de ponerlas en un 68.13% y 90.1%.

➤ **TRANSFUSIÓN**

REACTIVO	RESPUESTA	PORCENTAJE
Cantidad y tiempo indicado de infusión	SI	18.98%
	NO	32.96%
	NO AMERITA	56.04%
	NULO	0%
Hora de inicio y término	SI	6.59%
	NO	34.06%
	NO AMERITA	56.04%
	NULO	3.22%



Fuente: ESCUELA DE ENFERMERÍA MARIA ELENA MAZA BRITO DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN; LISTA DE VERIFICACIÓN DE: CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA

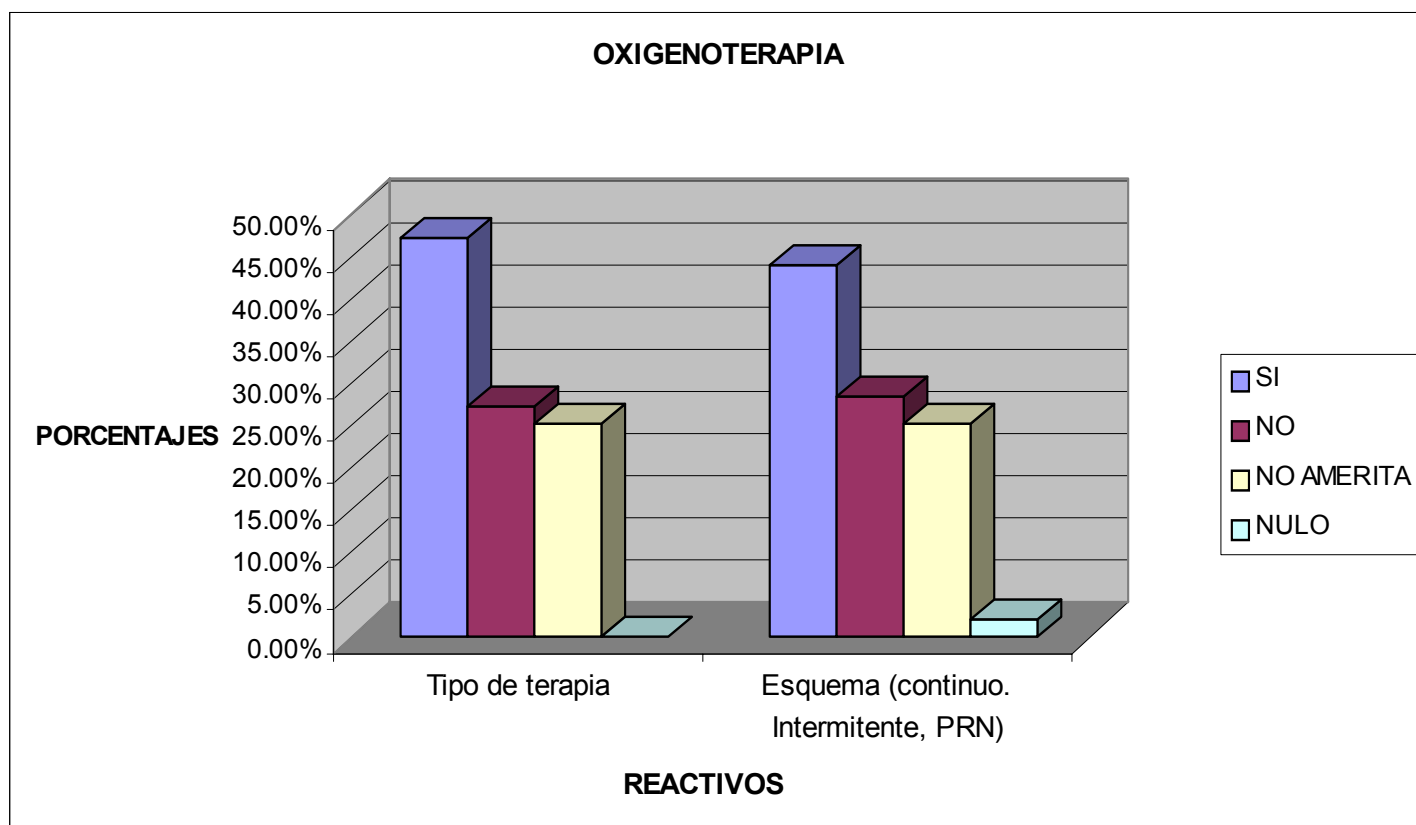
ANALISIS:

Esta grafica se observa que en un 56.04% de las hojas no se ameritaba anotar ni la cantidad, ni la hora de la transfusión ya que la institución cuenta con un formato especial para la anotación de los hemoderivados, así como la hora de inicio y terminó

de la infusión y en la hoja de enfermería solo se registra el hemoderivado y la cantidad total de lo transfundido.

➤ OXIGENOTERAPIA

REACTIVO	RESPUESTA	PORCENTAJE
Tipo de terapia	SI	47.25%
	NO	27.47%
	NO AMERITA	25.27%
	NULO	0%
Esquema (continuo. Intermitente, PRN)	SI	43.96%
	NO	28.57%
	NO AMERITA	25.27%
	NULO	2.19%



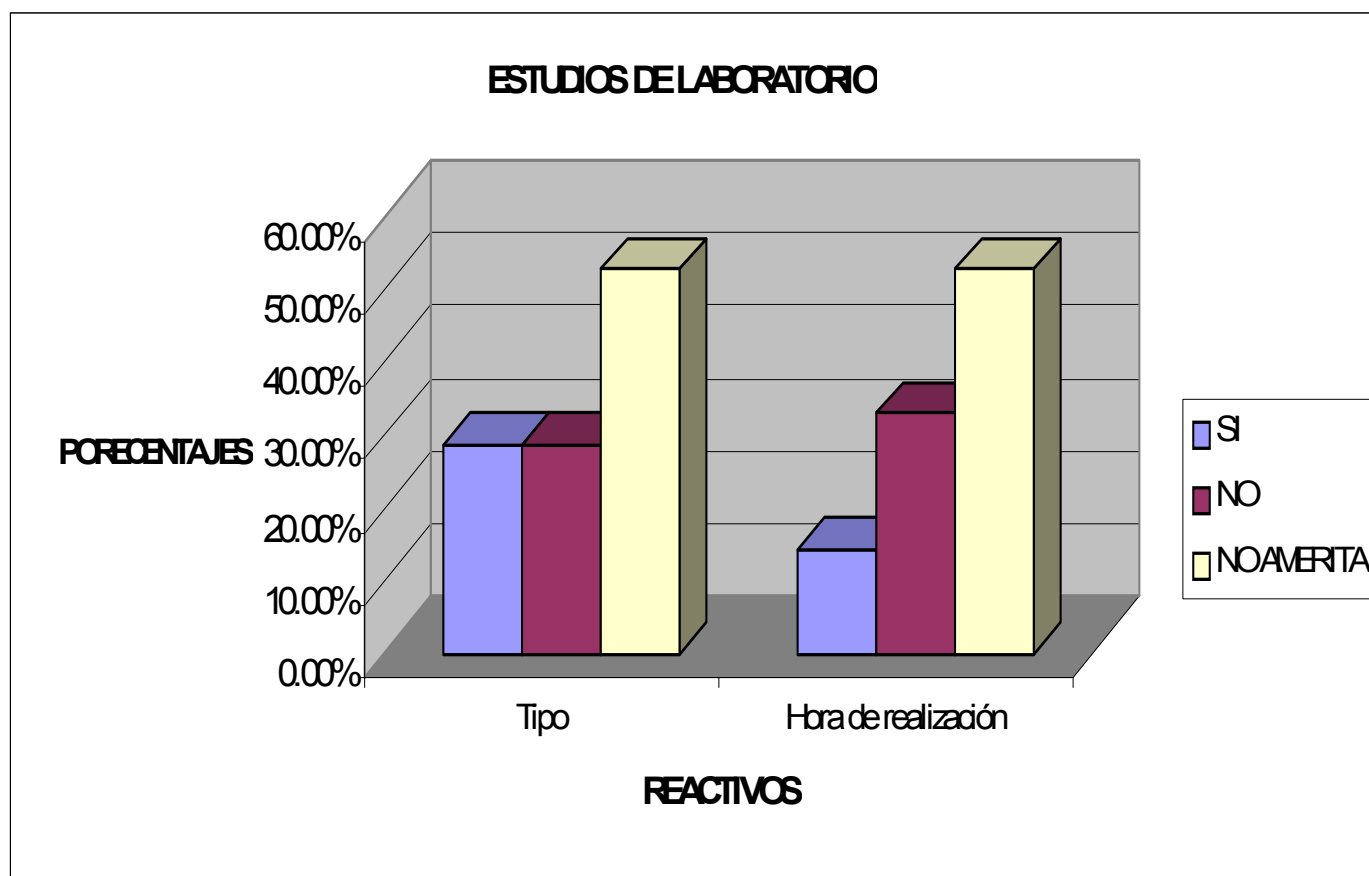
Fuente: ESCUELA DE ENFERMERÍA MARIA ELENA MAZA BRITO DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN; LISTA DE VERIFICACIÓN DE: CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA

ANALISIS:

En esta otra grafica se observa que en un 47.25% y 43.96% de las hojas de enfermería se registra el tipo de oxigenoterapia y el esquema que se establece para cada paciente.

➤ ESTUDIOS RADIOGRÁFICOS Y/O DE LABORATORIO

REACTIVO	RESPUESTA	PORCENTAJE
Tipo	SI	28.57%
	NO	28.57%
	NO AMERITA	52.74%
Hora de realización	SI	14.28%
	NO	32.96%
	NO AMERITA	52.74%



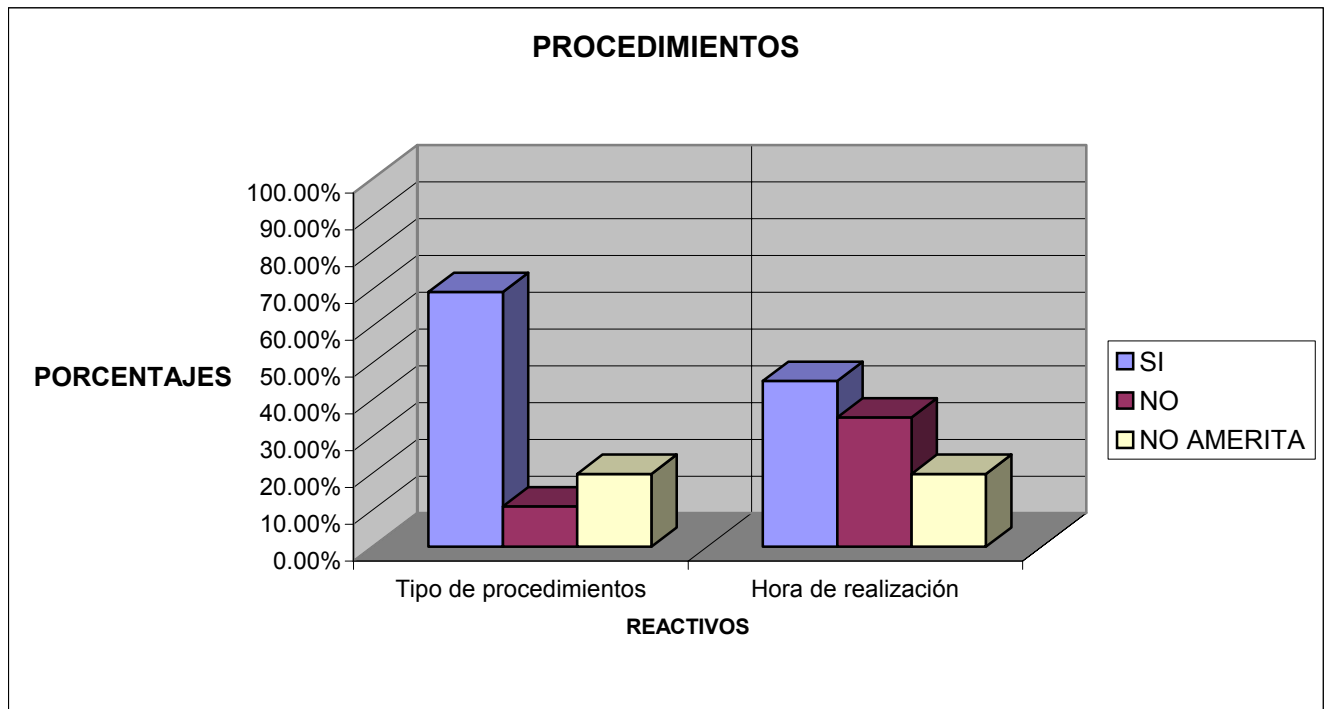
Fuente: ESCUELA DE ENFERMERÍA MARIA ELENA MAZA BRITO DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN; LISTA DE VERIFICACIÓN DE: CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA

ANALISIS:

En este rubro cabe mencionar que en un 28.57% y 32.96% de las hojas revisadas no se observaba que acudieran los pacientes a algún procedimiento tanto radiológico como de laboratorio.

➤ **PROCEDIMIENTOS REALIZADOS**

REACTIVO	RESPUESTA	PORCENTAJE
Tipo de procedimientos	SI	69.23%
	NO	10.98%
	NO AMERITA	19.78%
Hora de realización	SI	45.05%
	NO	35.16%
	NO AMERITA	19.78%



Fuente: ESCUELA DE ENFERMERÍA MARIA ELENA MAZA BRITO DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN; LISTA DE VERIFICACIÓN DE: CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA

ANALISIS:

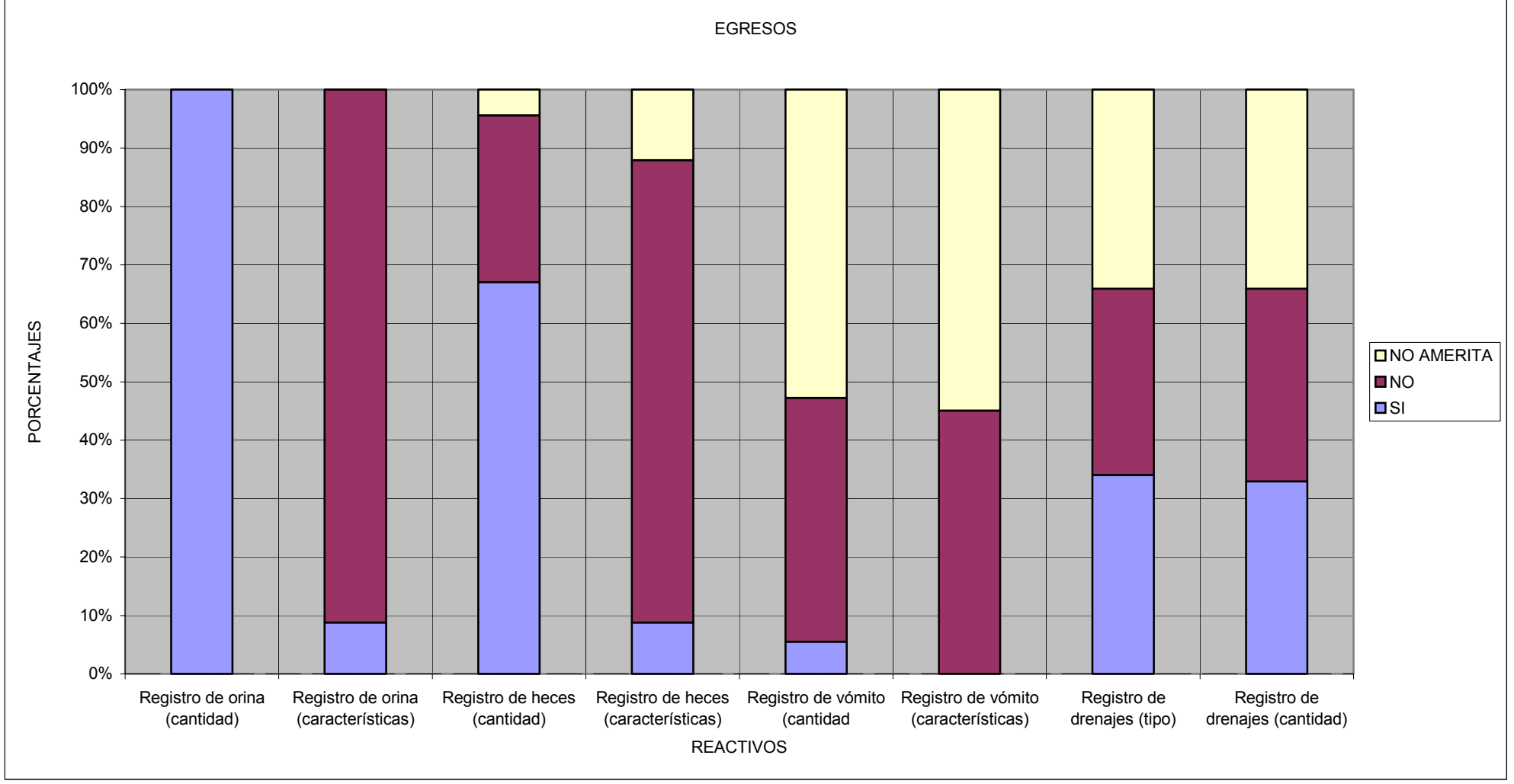
Sin embargo para el rubro de procedimientos se registraron en un porcentaje 69.23% y 45.05%, ya que en la hoja de enfermería se registra en un apartado en el cual se dijo que se anotarán los procedimientos y las horas o tipo de estudio específicamente.

➤ **EGRESOS**

REACTIVO	RESPUESTA	PORCENTAJE
Registro de orina (cantidad)	SI	100%
	NO	0%
	NO AMERITA	0%
Registro de orina (características)	SI	8.79%
	NO	91.2%
	NO AMERITA	0%
Registro de heces (cantidad)	SI	67.03%
	NO	28.57%
	NO AMERITA	4.39%
Registro de heces (características)	SI	8.79%
	NO	79.12%
	NO AMERITA	12.08%
Registro de vómito (cantidad)	SI	5.49%
	NO	41.75%
	NO AMERITA	52.74%
Registro de vómito (características)	SI	0%
	NO	45.05%
	NO AMERITA	54.94%
Registro de drenajes (tipo)	SI	34.06%
	NO	31.86%
	NO AMERITA	34.06%
Registro de drenajes (cantidad)	SI	32.96%
	NO	32.96%
	NO AMERITA	34.06%

ANÁLISIS DE LA GRAFICA:

En la siguiente grafica se muestra que en los rubros evaluados los mas altos porcentajes muestran que si se registran cantidades y características de los puntos a evaluar.



Fuente: ESCUELA DE ENFERMERÍA MARIA ELENA MAZA BRITO DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN; LISTA DE VERIFICACIÓN DE: CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA

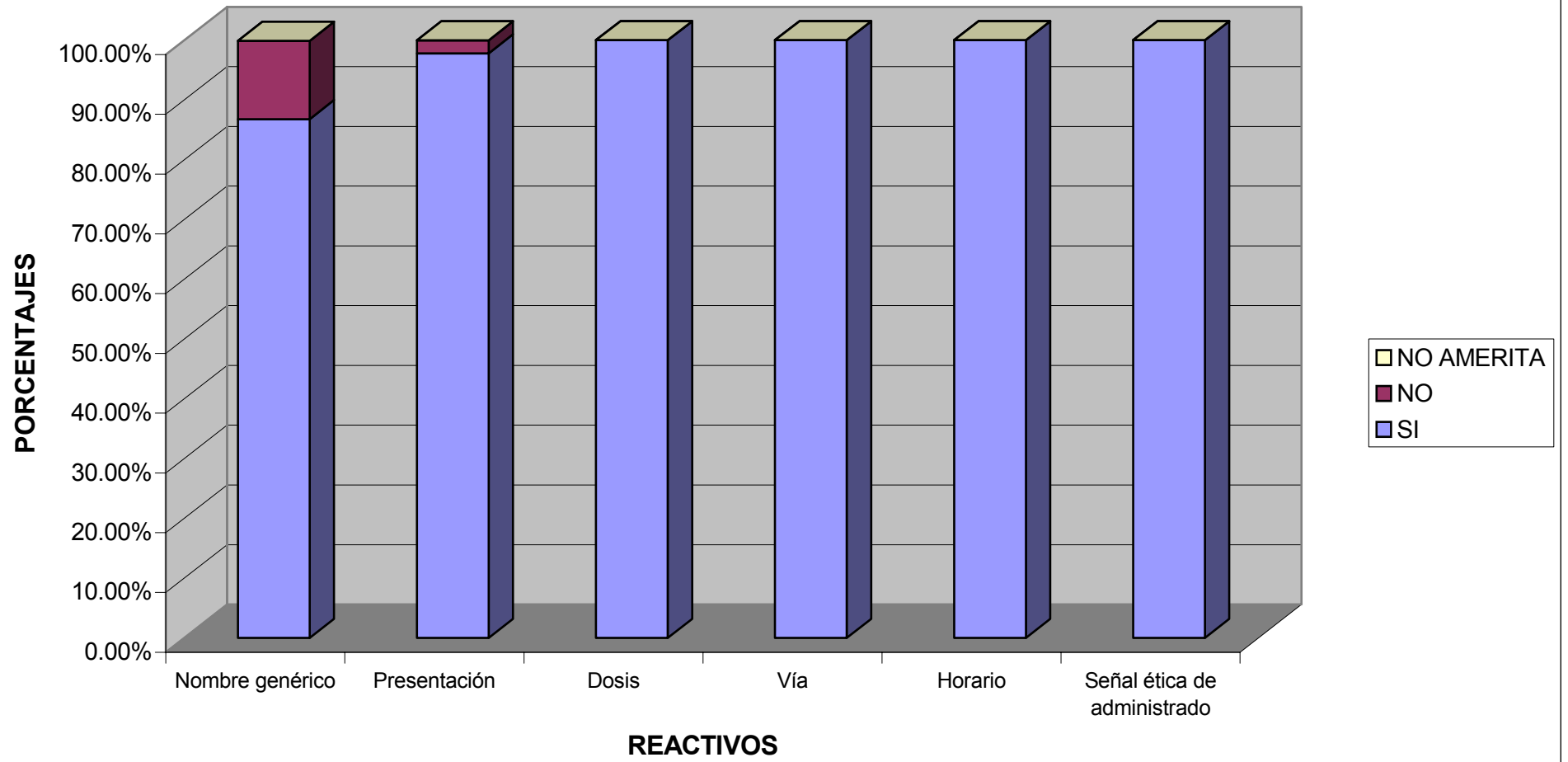
4. MEDICAMENTOS

REACTIVO	RESPUESTA	PORCENTAJE
Nombre genérico	SI	86.8%
	NO	13.1%
	NO AMERITA	0
Presentación	SI	97.8%
	NO	2.19%
	NO AMERITA	0
Dosis	SI	100%
	NO	0
	NO AMERITA	0
Vía	SI	100%
	NO	0
	NO AMERITA	0
Horario	SI	100%
	NO	0
	NO AMERITA	0
Señal ética de administrado	SI	100%
	NO	0
	NO AMERITA	0

ANÁLISIS DE LA GRAFICA:

En la siguiente grafica se observa que en cuanto a dosis, vía, horario y señal ética de administrado los medicamentos, sí se cumplen en un 100%, y nombre genérico y presentación de los mismos 86.8% y 97.8% se cumplen.

5. MEDICAMENTOS



Fuente: ESCUELA DE ENFERMERÍA MARIA ELENA MAZA BRITO DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN; LISTA DE VERIFICACIÓN DE: CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA

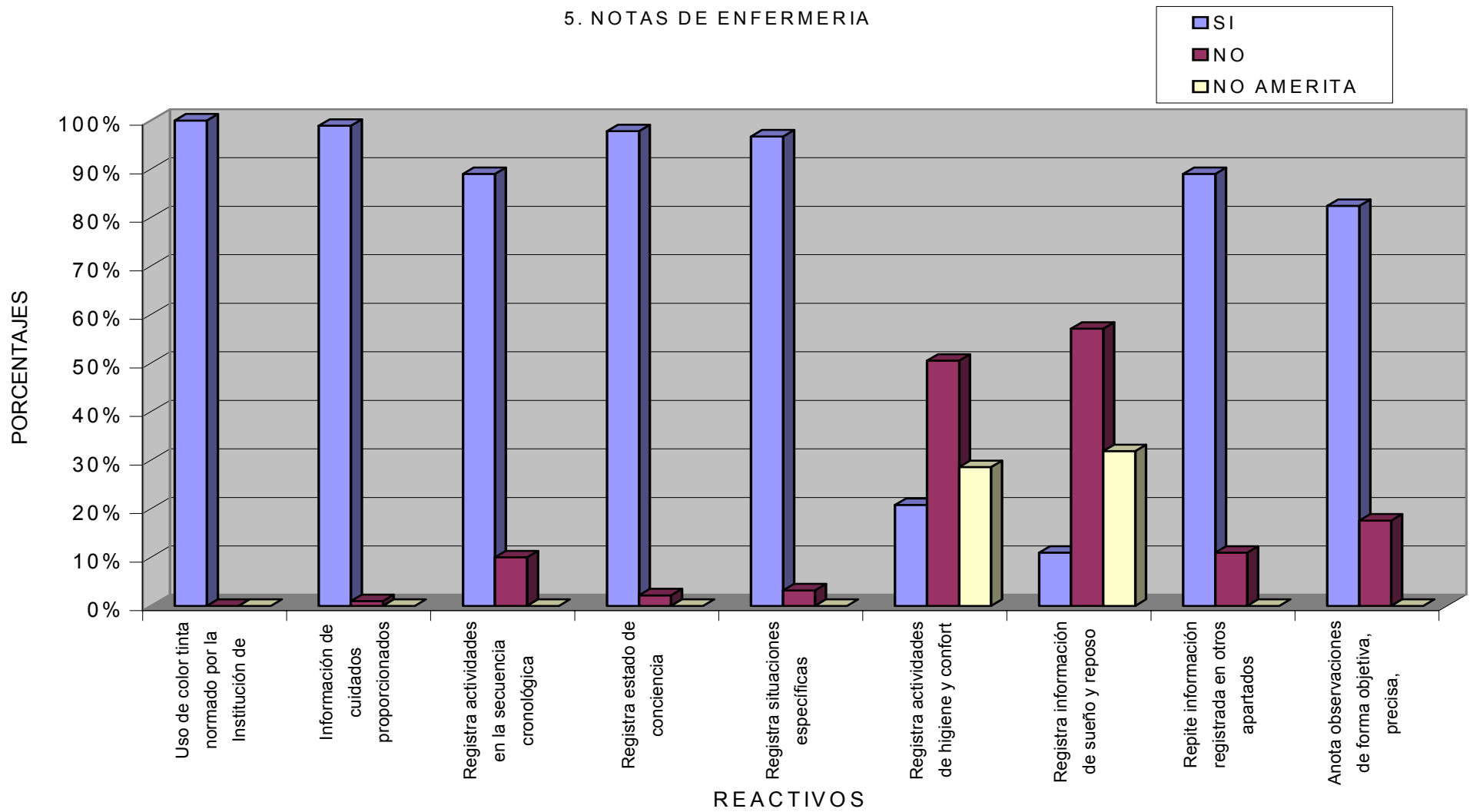
5. Notas de Enfermería

REACTIVO	RESPUESTA	PORCENTAJE
Uso de color tinta normado por la Institución de acuerdo al turno	SI	100%
	NO	0%
	NO AMERITA	0%
Información de cuidados proporcionados	SI	98.90%
	NO	1.00%
	NO AMERITA	0%
Registra actividades en la secuencia cronológica en que las efectúa	SI	89%
	NO	10.00%
	NO AMERITA	0%
Registra estado de conciencia	SI	97.80%
	NO	2.19%
	NO AMERITA	0%
Registra situaciones específicas	SI	96.70%
	NO	3.20%
	NO AMERITA	0%
Registra actividades de higiene y confort	SI	20.80%
	NO	50.50%
	NO AMERITA	29%
Registra información de sueño y reposo	SI	10.98%
	NO	57.10%
	NO AMERITA	31.86%
Repite información registrada en otros apartados de la hoja de enfermería	SI	89%
	NO	10.98%
	NO AMERITA	0%
Anota observaciones de forma objetiva, precisa, completa y oportuna	SI	82.40%
	NO	17.58%
	NO AMERITA	0%

ANALISIS:

En la siguiente grafica observamos una mejoría en la realización de las notas así como del llenado de los rubros que integran la hoja de enfermería, esto fue posterior a la impartición del Curso-Taller sobre la norma oficial, en los únicos puntos evaluados en las que el porcentaje es menor al 11% fue en el rubro de reposo y sueño; es importante mencionar que en cirugía no se puede valorar por el tiempo-estancia del paciente, sin embargo en los de más servicios de hospitalización se omite su registro.

5. NOTAS DE ENFERMERIA



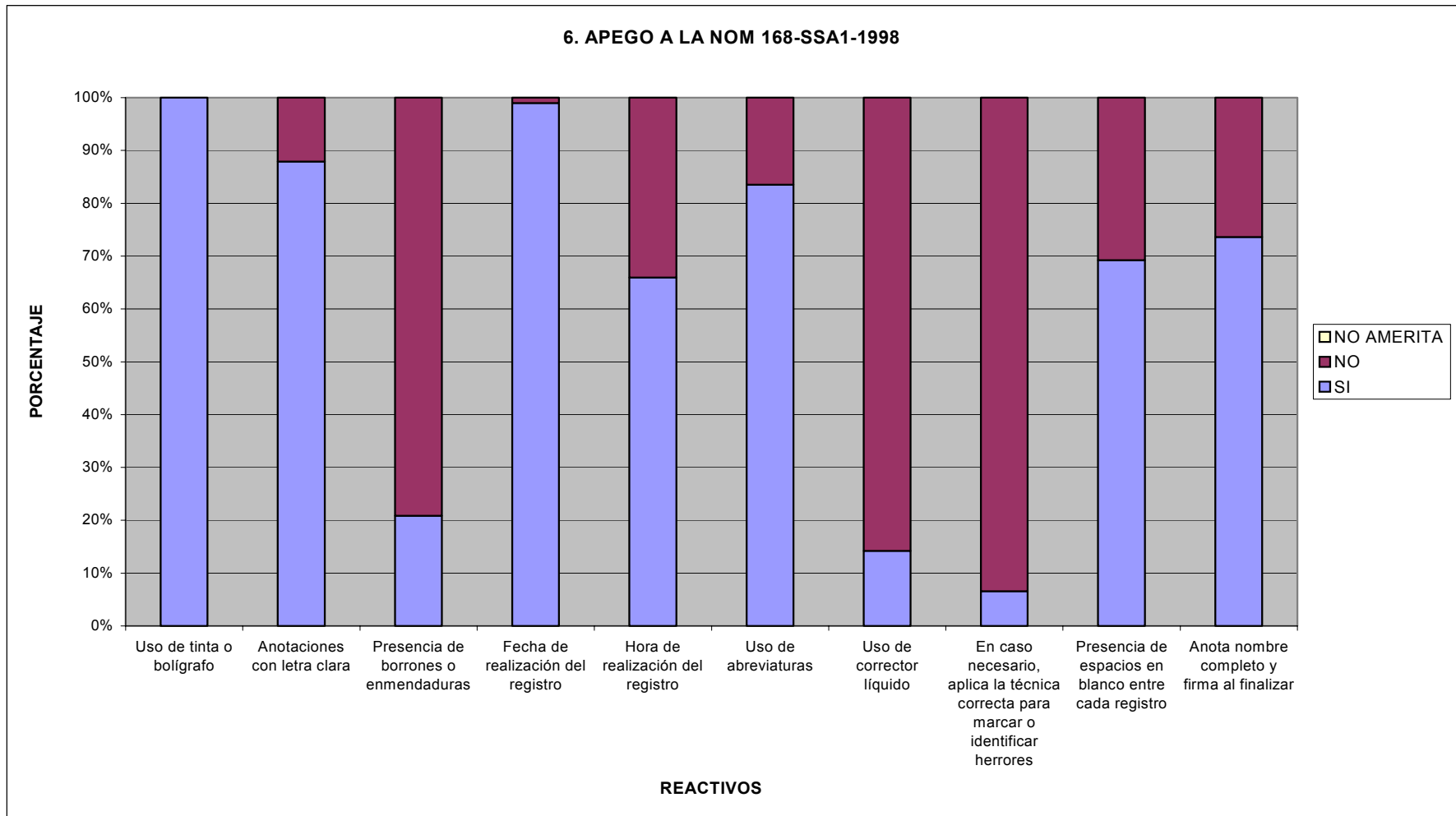
Fuente: ESCUELA DE ENFERMERÍA MARIA ELENA MAZA BRITO DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN; LISTA DE VERIFICACIÓN DE: CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA

6. APEGO A LA NOM 168-SSA1-1998

REACTIVO	RESPUESTA	PORCENTAJE
1. Uso de tinta o bolígrafo	SI	100%
	NO	0%
	NO AMERITA	0%
2. Anotaciones con letra clara	SI	87.9%
	NO	12.08%
	NO AMERITA	0%
3. Presencia de borrones o enmendaduras	SI	20.87%
	NO	79.12%
	NO AMERITA	0%
4. Fecha de realización del registro	SI	98.9%
	NO	1%
	NO AMERITA	0%
5. Hora de realización del registro	SI	65.9%
	NO	34%
	NO AMERITA	0%
6. Uso de abreviaturas	SI	83.5%
	NO	16.48%
	NO AMERITA	0%
7. Uso de corrector líquido	SI	14.2%
	NO	85.7%
	NO AMERITA	0%
8. En caso necesario, aplica la técnica correcta para marcar o identificar los errores	SI	6.59%
	NO	93.4%
	NO AMERITA	0%
9. Presencia de espacios en blanco entre cada registro	SI	69.2%
	NO	30.76%
	NO AMERITA	0%
10. Anota nombre completo y firma al finalizar	SI	73.6%
	NO	26.37%
	NO AMERITA	0%

ANÁLISIS:

En la siguiente grafica observamos que en los rubros 8 y 9 evaluados aún falta hacer hincapié en el uso de corrector y en el marcado de los errores, ya que el 93.4% no aplica la técnica correcta para marcar los errores y el 69.2 % presenta espacios en blanco entre cada registro.



Fuente: ESCUELA DE ENFERMERÍA MARIA ELENA MAZA BRITO DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN; LISTA DE VERIFICACIÓN DE: CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA

XIII. CONCLUSIONES

El resultado de la presente investigación nos permite corroborar la hipótesis alterna que dice “A mayor conocimiento de la NOM168-SSA1-1998; mayor aplicación” ya que el resultado arrojado posterior a la capacitación del personal de enfermería con respecto a la aplicación de la norma fue positivo al mejorar significativamente, esto nos permite sugerir que la capacitación continua en el servicio respecto a este conocimiento debe ser permanente, estructurada y sistemática.

Este tema fue una idea sobre el conocimiento y aplicación de los registros de enfermería. Por lo que dicha investigación fue propuesta para profundizar sobre este tipo de herramientas con las que contamos, y que en ocasiones son desconocidas para la mayoría de la población de enfermería, con la finalidad de mejorar la calidad de los registros de enfermería en el ambiente laboral y profesional.

Durante el proceso de investigación se observó, que 46 personas de la población evaluada, correspondiente al 10% de la plantilla existente en el Departamento de Enfermería, siendo ésta la primera parte de la investigación; no conocían la existencia de dicha norma, sin embargo 80% se llevaba a cabo sin ningún fundamento que avalara la aplicación de la misma.

Al término de esta primera fase se propuso la alternativa de capacitar en los servicios evaluados, con respecto al manejo de la NOM168-SSA1-1998, lo que ocurrió en un 90%, al término de la capacitación se procedió a evaluar los resultados en una segunda fase.

Posterior a la fase de capacitación del manejo de la NOM168-SSA1-1998, se aplicó el cuestionario “LISTA DE VERIFICACIÓN DE: CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA”, para evaluar los resultados en los registros de enfermería de acuerdo a los lineamientos establecidos para el llenado de las hojas y registros de enfermería en la Norma. Arrojando los siguientes resultados:

1. La población estudiada, en los apartados Identificación del paciente, Gráfica de Signos Vitales, Actividades derivadas de la terapéutica médica, Identificación del paciente y Notas de Enfermería cumplían con los lineamientos establecidos, cabe mencionar que en las hojas de enfermería no se cuenta con un apartado específico para el registro de la terapéutica ventilatoria, por lo que el personal lo registraba donde lo creía conveniente.
2. Con respecto al apego a la norma oficial se observó que se tenía el apego en promedio de 75.5% de las hojas evaluadas, pero aun no se puede erradicar el uso del corrector líquido, el uso de borrones, tachaduras y enmendaduras, a pesar que el personal tiene el conocimiento de que no se deben de realizar dichas acciones.

3. Es importante resaltar que al dar nosotras la capacitación surgieron dudas sobre el formato que se lleva a cabo en el instituto sobre el llenado de las hojas, del cual no hubo ningún formato en el que nosotros nos pudiéramos apoyar para mostrárselos como tal.

4. Se observó interés por parte de los compañeros al recibir la información y al tener una visión más amplia sobre los temas que tratamos.

XIV. BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

1. Kozier Bárbara, "Documentos y Registros", Fundamentos de enfermería, conceptos, procesos y práctica. ED. Mc Graw-Hill Interamericana, 5° edición, Cáp. 1, Vol. 1, México D.F. 2002, pp. 177-198.
2. Kozier Bárbara, "Documentos y Registros", Técnicas en enfermería clínica. ED. Mc Graw-Hill Interamericana, Cáp. 3, Vol. 1, Madrid España 2000, pp. 45-64.
3. Smith Sandra, "Documentos y Registros", Enfermería Básica y Clínica. ED. Manual Moderno, México DF. 1996, 3° edición.
4. Kozier, Erb, Oliveri, "Registros", Fundamentos de enfermería, conceptos, procesos y práctica. ED. Mc Graw-Hill Interamericana, 4° edición, México D.F. 1994, pp. 156-159.
5. Winter Beberly y Duglas, "Técnicas de registro", Tratado de Enfermería Práctica. ED. Mc Graw-Hill Interamericana, 4° edición, México DF. 2000, pp.166-171.
6. tomas Vidal Antonia María, "Plan de Cuidados de Enfermería", Modelo de referencia, Métodos e Instrumentos. ED. Olalla, Madrid España 1996, pp. 75-80.
7. Potrees Perry, "Documentación", Fundamentos de Enfermería, ED. Harcourt/Océano, Vol.1, 5° edición. 2002, pp. 511-535.
8. Hernández Samperi Roberto, Metodología de la investigación. Mc Graw-Hill, 2003, México DF., 3ra edición, pp.121-126.
9. Cornejo Judith y Cortés José Alfredo, Manual de conceptos básicos sobre métodos de la investigación. Unidad de investigación hospitalaria infantil de Tamaulipas, ED. 2000.

REVISTAS

1. González Sánchez, José Ángel, "Registros de enfermería convencional frente a informatizado. Unidad de Cuidados Críticos", Enfermería Intensivista. Madrid España, 2004, núm. 15, Vol. 2, ISSN1130-2399.pp. 61.
2. López Montesinos Maria José, "Evaluación de la calidad de los registros de enfermería", Enfermería Científica. marzo-abril 2001, ISSN1132-1296, edición digital ISSN1699-5988, pp. 228-229.
3. Pulido Justicia Rita, "Registros de enfermería adaptados a nuestra realidad asistencial", Enfermería Científica. marzo-abril, 353-253, ISSN1132-1296 pp. 49-54.
4. Navarro Arnedo Jesús m., De Haro María Salvador, "Evaluación del informe de enfermería de alta de la unidad de cuidados intensivos como instrumento para garantizarla con la continuidad de asistencia", Enfermería Clínica. España, 2004,; 14(2):61-9, ISSN1697-638x. pp. 7.
5. Bjorvell Catrín, "Aumento de la calidad de la documentación de enfermería a largo plazo, efectos de una intervención comprensiva", JONA (Journal of Advances Nursing). 2002:16, ISSN03009-2402. pp. 34-42.

6. Ehrembere Ana, "Documentación de enfermería en registros de pacientes: experiencia del uso del modelos vips.", JONA (Journal of Advances Nursing), 1996, 24:, ISSN03009-2402. pp. 853-867.
7. Allan Jeniffer, "Patient-centered documentation", JONA (Journal of Advances Nursing), 2000, 30;2 February:, ISSN03009-2402. pp. 9.
8. López Coig M. L, "Categorización de los registros escritos de ENFERMERÍA en la UCI del Hospital General de Alicante" Enfermería Intensivista, Madrid España, 1995, Vol. 6, núm. 2, ISSN1130-2399. pp. 59-62.
9. Bernavent Garcés María Amparo y Leal Cercós Maria Isabel, "Los registros de enfermería; consideraciones ético-legales", 18-febrero-2006, 19:34, www.bioeticawed.com
10. NOM 168-SSA1-1998
11. Chaparro Díaz Lorena, García Ureña Diana Carolina, "Registros del Profesional de enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado", Actualizaciones en enfermería, 2003;6(4) 16-21, ISSN0123-5583.
12. Currell R, "Resumen: Sistema de registros: Efectos sobre la práctica de enfermería y resultados en la asistencia sanitaria", Biblioteca Cochrane, 2005, Oxford, update sofwer, ISSN174-9990.
13. García Silvia y Meza Angélica, "Análisis de los informes de enfermería de los hospitales públicos de la ciudad de Corrientes", Universidad Nacional del Norte, "comunicaciones científicas y tecnológicas 2003".. resumen m-028, ISSN1900-6624.
14. Méndez Calixto Gabriela, "La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico", Revista Mexicana de Enfermería Cardiológico, 2001;9(1-4); pp. 11-17, ISSN0188-2198.
15. Ruiz Hontangas Antonio, "Calidad en los registros de enfermería", 4º congreso virtual de cardiología, Revista en enfermería cardiovascular.
16. Alegria Capel A., "Registros de enfermería en la UCI", Enfermería Global, Núm. 2, mayo 2003, ISSN1695-5141.

XV. ANEXO

15.1. ANEXO 1

Tabla 1

OBJETIVOS DE LOS INFORMES	
OBJETIVO	DESCRIPCIÓN
COMUNICACIÓN	El registro es un medio para que los miembros del equipo asistencial comuniquen la evolución de los cuidados del cliente (p. ej., terapias individuales, educación del cliente, interconsultas). Además, proporciona una descripción de la evolución del paciente. Todo el personal que lea el registro se informará con claridad del plan de cuidados.
EDUCACIÓN	El registro contiene información diversa, como: diagnósticos médicos y enfermeros, terapias con y sin éxito, hallazgos diagnósticos y conductas del cliente. Las estudiantes de enfermería, medicina y otras disciplinas relacionadas con la salud utilizan registros como recursos docentes.
VALORACIÓN	Los registros proporcionan datos que las enfermeras utilizan para identificar y corroborar diagnósticos enfermeros y para planificar una intervención asistencial apropiada. La información de los registros se añade a las propias observaciones y a la valoración de la enfermera. La información contenida en las notas de evolución médica permite que la enfermera prevea el estado del cliente y efectúe una valoración que aumente, revalide y confirme los hallazgos médicos.
INVESTIGACIÓN	Los datos estadísticos relacionados con la frecuencia de los trastornos clínicos, complicaciones, empleo de terapias médicas y enfermeras específicas, fallecimientos y resolución de la enfermedad pueden recopilarse a partir de los registros del cliente. Los registros son unos recursos para la descripción de las características de los clientes en una institución sanitaria.
PAGO FINANCIERO	El registro médico es un documento que demuestra el grado en que se han de reembolsar los servicios del hospital. Para que el departamento obtenga un reembolso completo, es necesario que el registro demuestre que todas las órdenes médicas se completaron de forma adecuada y correcta, y también que se reflejen los resultados de las mencionadas órdenes.

AUDITORÍA	Una revisión regular de la información contenida en los registros del cliente proporciona una base para la evaluación de la calidad e idoneidad de la atención prestada en una institución. Los supervisores requieren que las instituciones asistenciales sanitarias establezcan programas de valoración y mejora de la calidad, con el propósito de efectuar revisiones continuas y objetivas de la atención de los registros, puede revelar información acerca de los procesos y resultados de la atención.
DOCUMENTACIÓN LEGAL	Un registro médico debe ser exacto, ya que se trata de un documento legal. En caso de litigio médico, no el enfermero. Es posible que los cuidados, enfermeros hayan sido excelentes; sin embargo, en lo que se refiere a un juzgado, los cuidados no documentados son una no prestada

TABLA 2
DIRECTICES DE UN REGISTRO CORRECTO

DIRECTIZ	ACCIÓN CORRECTA
No borre, ni aplique líquido corrector, ni tache los errores cometidos mientras se redacta el registro.	Trace una línea sobre el error, escriba encima la palabra "error" y firme con su nombre o iniciales. A continuación, redacte correctamente la nota.
No deje espacios en blanco en las notas de las enfermeras.	Trace una línea horizontal en el espacio y firme con su nombre al final.
Registre todas las entradas de forma legible y permanente.	Emplee tinta negra o azul en todas las entradas (averigüe cuál es la política de la institución respecto al tipo de tinta preferida); nunca utilice lápiz que pueda borrarse.
Comience cada entrada con el horario y finalice con su firma y título (a las estudiantes se les puede requerir que firmen y escriban una abreviatura de su facultad).	Firme escribiendo su primera inicial, apellido completo y título (C.Romero, ED. Por ejemplo).

Tomado del libro fundamentos de ENFERMERÍA 1.⁽⁷⁾.

TABLA 2.1
DIRECTICES LEGALES PARA EL REGISTRO

DIRECTICES	BASE LÓGICA	ACCIÓN CORRECTA
No borrar, utilizar líquido corrector o tachar los errores hechos durante el registro.	El registro en el gráfico se vuelve ilegible, puede parecer que la enfermera estuviera intentando ocultar información o desfigurar el registro.	Trazar una línea única sobre ella; después escribir correctamente la nota.
No escribir comentarios ofensivos o críticos sobre el cliente o cuidados de otros profesionales sanitarios.	Las afirmaciones se pueden usar como evidencia de conducta no profesional o mala calidad de los cuidados.	Introducir solo descripciones objetivas de la conducta del cliente.
Corregir todos los errores precozmente.	Los errores en el registro pueden llevar a errores en el tratamiento.	Evitar precipitarse para completar el gráfico asegurarse de que la información es correcta.
Registrar todos los hechos.	El registro debe de ser exacto y fiable.	Asegurar de que la entrada es objetiva, no suponer o especular.

Tabla 3
ABREVIATURAS COMÚNMENTE UTILIZADAS

ABREVIATURA	TÉRMINO	ABREVIATURA	TÉRMINO
Abd	Abdomen	ml	Mililitros
ABO	grupos sanguíneos principales	PO	Por la boca (Per os)
ac	antes de comidas (<i>ante cibuin</i>)	POST	Postoperatorio
ad lib	como desee (<i>ad libitum</i>)	PREOP	Preoperatorio
Adm	admisión o ingreso	PREP	Preparado
A.M.	admisión o ingreso	PRN	Por razón necesaria
amb	ambulatorio	qid	4 veces al día
Aprox	aproximadamente (alrededor de)	q/d	Quejas de
AVD	actividades de vida diaria	RAC	Reposos absoluto en cama
Bid	dos veces al día (<i>bis in die</i>)	RC	Reposo en cama
C (C)	con	RSC	Recuento sanguíneo completo
C	Celsius (centígrados)	S(s)	Sin (sine)
cant	Cantidad	S(susp)	Suspender
c/	cada (<i>quaque</i>)	SN (S/N)	Salina normal
c/d	cada día (<i>quaque die</i>)	STAT	Enseguida, inmediatamente (statim)
c/h	cada hora (<i>quaque hora</i>)	SV TA	Signos vitales Tensión arterial
c/2, c/3, etc.	Cada 2 horas, 3 horas, etc.	Tid	Tres veces al día
c/hs	cada noche al acostarse (<i>quaque hora somni</i>)	TPR Tr Vend	Temperatura, pulso, respiración Tintura Vendaje
Der (dcho, D)	Derecho	ax	Axilar
DST	dieta según tolere	EVAC	Evacuación
Dx	Diagnóstico	PIB	Puede ir al cuarto de baño
ECG (EKG)	Electrocardiograma	Ca	Cancer
EF (Exp)	Exploración física	H. C	Hematimetría completa
F	Fahrenheit	CC	Centímetros cúbicos
FDC	fuera de cama	PPI	Potencialmente infectante
FUR	fecha última regla	ICC	Insuficiencia cardíaca congestiva
GE	gravemente enfermo	s/q	Sin queja
GI	Gastrointestinal	EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva

ABREVIATURA	TÉRMINO	ABREVIATURA	TÉRMINO
Gtt	gotas (<i>guttae</i>)	ACV	Accidente cerebrovascular
H (hr)	Hora	DEST	Destilado
H ₂ O	<i>agua</i>	S.U	Sala de urgencias
hs	Al acostarse	EXAM	Examen
I y D	Ingesta y diuresis	GU	Genitourinario
IV	Intravenoso	alt - cal	Alta en calorías
IZQ	Izquierdo	VIT	Vitaminas
J.E	Jefe de equipo	I y E	Ingreso y eliminación
LAB	Laboratorio	IM	Intramuscular
LIQ	Líquido	Invol	Involuntario
LN	En límites normales	Irrig	Irrigar
m	Muestra	Kg	Kilogramo
meds	Medicamentos	E.I.I	Extremidad inferior izquierda
MG	Médico general	C.I.I	Cuadrante inferior izquierdo
MI	Movimiento intestinal	G.S.I	Extremidad superior izquierda
MINI	Mini-manejo	C.S.I	Cuadrante superior izquierdo
ml	Mililitro	Min	Minuto
mod	Moderado	Noc	Nocturno
n.	Número	OB	Obstetricia
NEG	Negativo	Qx	Quirófano
Nil (o)	Ninguno	Od	Ojo derecho
NPO (NPB)	Nada por la boca	NPVO	Nada por vía oral
O ₂	Oxígeno	Oi	Ojo izquierdo
Od	Diariamente	PED	Pediatría
OD	Ojo derecho	PSIC	Psicología/psiquiatría
os	Boca	FISIOT	Fisioterapéutica
OS	Ojo izquierdo	G.R	Glóbulos rojos
OV	Orden verbal	E.I.D	Extremidad inferior derecha
P	Peso	CID	Cuadrante inferior derecho
PA	Privilegios de aseo	ESD	Extremidad superior derecha
PTE	Paciente	SC	Subcutáneo
PC	Después de la comida	PER	Por o a través de
PET	Petición	PM	Por la tarde
CV	Constantes vitales	Ds (DISC)	Discontinuos
DLN	Dentro de los límites normales	EF (EX)	Exploración física
ESP	Espécimen muestra	CCT	Cuidado cariñoso y tierno

Tabla 4
SÍMBOLOS COMÚNMENTE USADOS

SIMBOLO	TERMINO	SIMBOLO	TERMINO
>	Mayor que		a
<	Menor que	0	O
=	Igual	Ss	½
↑	Aumento/ alto	I	1
↓	Disminución/ bajo	II	2
	Mujer	III	3
	Hombre	IV	4
°	Grado	V	5
#	Número, factura	VI	6
ʒ	Dram	VI	7
℥	Onza	VIII	8
X	veces	IX	9
		X	10

15.2. ANEXO 2

HOJAS DE ENFERMERIA

UTILIZADAS EN

EL INCMNSZ

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
INFORME DE ENFERMERIA

Cama: _____

Nombre: _____		Registro: _____				Sector: _____				Fecha de ingreso: _____				Fecha: _____															
Diagnóstico: _____																													
	T	FC-TA	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7			
T +	40	180																											
	39	140																											
FC •	38	100																											
TA ↓	37	60																											
	36	20																											
PVC																													
Frec. respiratoria																													
Peso/Per. abdominal																													
Glasgow																													
Dextrostix																													
Gluco-cetomuria																													
Sangre oculta heces																													
Ingresos			8	9	10	11	12	13	14	T	15	16	17	18	19	20	21	T	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	T
Via oral/enteral																													
Soluciones																													
Balance parcial ingresos			1º turno					2º turno					3º turno					Total											
Egresos																													
Sangrado																													
Diuresis (número o ml)																													
Drenajes																													
Vómito																													
Pérdidas insensibles																													
Evacuación (número-ml)																													
Balance parcial egresos			1º turno					2º turno					3º turno					Total											
Balance total de ingresos								Balance total de egresos										Balance total (ingresos - egresos)					Balance acumulado						

20005700

CARA ANTERIOR HOJA USADA PARA HOSPITALIZACIÓN Y ESTANCIA CORTA.

Catéteres y sondas (fecha de instalación)			Muestras y cultivos													Estudios, valoraciones y procedimientos										
Medicamento	Dosis	Vía	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7
Observaciones del primer turno					Observaciones del segundo turno										Observaciones del tercer turno											

CARA ANTERIOR, HOJA USADA PARA HOSPITALIZACIÓN Y ESTANCIA CORTA.

CARA FRONTAL, HOJA USADA EN QUIROFANO.

**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION
SALVADOR ZUBIRAN**

HOJA DE ENFERMERIA MEDICINA CRITICA

NOMBRE: _____ CAMA: _____ No. REG. _____ SALA: _____
 FECHA: _____ HOJA No.: _____ EDAD: _____ PESO: _____

INGRESOS															TOT.															TOT.	TOTAL 24 HORAS					
																															H ₂ O					
																															Na					
																															K					
																															Nitrógeno					
																															Calorías					
TOTAL X TURNO															TOT.															TOT.	TOTAL 24 HORAS					
EGRESOS															TOT.															TOT.	TOTAL 24 HORAS					
ORINA																																				
VOMITO																																				
EVAC/GUAYACO																																				
TOTAL X TURNO																																				
HORA	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	BALANCE											
V																									TOTAL 24 HORAS											
▲																									H ₂ O											
T.A.																									Na											
▲																									K											
●																									BALANCE ACUMULADO											
X																									H ₂ O											
PULSO																									Na											
TEMP.																									K											
RESPIRACION																									Nitrógeno											
PVC																																				
PSYPDP																																				
FMP/PCP																																				
Glucó/Cetonuria																																				
DESTROSTIX																																				

200058001

CARA ANTERIOR

DIAGNOSTICOS		ACCESOS VASCULARES EN SALA	
PRE OPERATORIO:		<input type="checkbox"/> CATETER SWAN GANZ <input type="checkbox"/> LINEA ARTERIAL <input type="checkbox"/> CATETER CENTRAL <input type="checkbox"/> VIA PERIFERICA	
POST OPERATORIO:		OBSERVACIONES:	
TRANSFUSIONES EN SALA			
PAQ. GLOBULAR	No. _____		
PLASMA	No. _____		
PLAQUETAS	No. _____		
OTROS	No. _____		
MEDICAMENTOS			
1º	2º	3º	
OBSERVACIONES EN SALA			
1º	2º	3º	
OBSERVACIONES EN RECUPERACION			
1º	2º	3º	

CARA 2

ingresos	8	9	10	11	12	13	14	T	15	16	17	18	19	20	21	T	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	T									
Ingreso parcial:	1 ^{er} turno								2 ^o turno								3 ^{er} turno								Ingreso total:											
Egresos	8	9	10	11	12	13	14	T	15	16	17	18	19	20	21	T	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	T									
Diuresis																																				
Evacuaciones																																				
Sangrado																																				
Drenajes	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/									
Vómito	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/									
Hemodálisis/Diálisis																																				
Otro:																																				
Egreso parcial:	1 ^{er} turno								2 ^o turno								3 ^{er} turno								Egreso total:											
Balance total:								Balance acumulado:																												
Medición	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7												
Per. Abdominal/ Peso																																				
Glucocetonuria	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/											
Dextrostix																																				
Guayaco																																				
Signos vitales	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7												
<table border="1"> <tr><td>Pulso</td><td>0</td><td>X</td></tr> <tr><td>Temperatura</td><td>X</td><td></td></tr> <tr><td>TA</td><td></td><td></td></tr> </table>	Pulso	0	X	Temperatura	X		TA			39°	180																									
	Pulso	0	X																																	
	Temperatura	X																																		
	TA																																			
38°	140																																			
37°	100																																			
36°	60																																			
Cardiopulmonar	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7												
Frec. respiratoria																																				
SpO ₂ / FIO ₂	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/												
PEEP	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/												
TAMPVC	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/												
I ¹ SP/PMVP	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/												
PDP/PCP	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/												
GC/ SvO ₂	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/												
ETCO ₂	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/												

CARA 3

Parámetros																	GsQExtO ₂																
Hora																																	
TAS/TAD																	IDO ₂ /IVO ₂																
TAM/FC																	PAO ₂ /DAaO ₂																
PVC/PCP																	IR/Kirby																
PMP/PPDP																	FiO ₂ /I/E																
GCNC																	P.pico/P.mes																
VL/IVL																	P.media/VC																
ITVD/ITVI																	PEEP _c /PEEP _i																
IRSV/IRVP																	DD/DE																
Hg/Temp																	M.vent/V.min																
PaO ₂ /PvO ₂																	P.asist/FR																
PaCO ₂ /PvCO ₂																	Dopa/Dohuta																
HCO ₃ /A. Gap																	Norepi/Adrena																
pHa/pHv																	NTG/Npris																
SaO ₂ /SvO ₂																	PCO ₂ pr/pHpr																
CaO ₂ /CvO ₂																	EB/Lactato																
CcO ₂ /DavO ₂																	SiO ₂ /PIC																
Nutricional	Calonias:				Calorimetria				Harris-Benedict																								
ORAL	Via Oral				Sonda nasogástrica																												
Carbohidratos					Lípidos				Proteínas				Líquidos																				
Azúcares simples					Colesterol				Fibras				Sodio																				
Potasio					Magnesio				Calcio				Fósforo																				
ENTERAL	Nasocentral				Gastrostomía				Yeyunostomía																								
Fórmula					Concentración				Volumen				Velocidad																				
PARENTERAL	Periférica				Central																												
Cal no proteicas					Rel. cal no P/Pro				Rel. HC/proteas				Nil/Prot Kg																				
Aminoácidos					Dextrosa al 50%				Lípidos				Gluconato de calcio																				
Magnesio					Cloruro de potasio				Fosfato de potasio				Cloruro de sodio																				
Heparina					Insulina				Agua bidestilada				Ranitidina																				
Zinc					Selenio				Carnitina				Vitamina C																				
Vitamina K					MVI 12				Tracefusin				Glutamina																				
Acido fólico					Cianocobalamina																												
Neurológico	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7									
Glasgow																																	
Crisis convulsivas																																	
Encefalopatía (grado)																																	
Ramsay/BIS																																	
T.O.F																																	
Infectológico	Fecha				Resultado				Sensibilidad																								
Hemocultivo:																																	
Urocultivo:																																	
Exocloración:																																	
Catéter																																	
Otros																																	
Fecha de instalación de cánulas, sondas y catéteres																																	
Cánula endotraqueal					Traqueostomía				Introducción				Swan-Ganz																				
Línea arterial					SNG				SNE				Drenaje 1																				
Sonda Foley					Catéter central				Catéter periférico				Drenaje 2																				
Mahurkar					Tenchkoff				Hickman				Drenaje 3																				

CARA 4

Laboratorio	Hora	Hora
Eritrocitos (4.1-6.0 cel x 1 000 000/mm ³)		Calcio (9.5-11.2 mg/dl)
Hemoglobina (13-15 F, 14-17 M g/dl)		Calcio Ionizado (4.6-5.3 mg/dl)
Hematócrito (38-46 F, 42-52 M, %)		Fósforo (2.2-4.3 mg/dl)
VGM (83-98 fl)		ALT (TGP) (12-59 U/l)
CMHC/ HCM (32-34%) / (27-34 pg)		AST (TGO) (13-56 U/l)
Leucocitos (4.0-12.0 cel. X 1000/mm ³)		Bilirrubina total (0.6-1.5 mg/dl)
Neutrófilos/Bandas (39-89%) / (0-3%)		Directa/Indirecta (0.0-0.2 / 0.5-1.3 mg/dl)
Linfocitos/ Monocitos (11-54%) / (1-14%)		Fosfatasa alcalina (35-153 mg/dl)
Eosinófilos/Basófilos (3-6%) / (1-2%)		Gamaglutamiltranspeptidasa (7-64 mg/dl)
Reticulocitos (0.5-2.8 %)		CPK (57-263 mg/dl)
Plaquetas (150-450 cel. X 1000/ mm ³)		CPK-MB (2.3-9.5 mg/dl)
BUN (8-22 mg/dl)		Troponina T (neg)
Creatinina (0.6-1.2 mg/dl)		DHL (109-197 mg/dl)
Acido úrico (2.9-8.9 mg/dl)		Proteínas totales (6.4-8.4 g/dl)
Glucosa (70-100 mg/dl)		Albumina/Globulina (3.6-5 / 2.8-4.8 g/dl)
Sodio (135-147 mEq/l)		Amilasa (25-125 U/L)
Potasio (3.5-5.0 mEq/l)		Lipasa (8-57 U/L)
Cloro (95-105 mEq/l)		T. protrombina (12-15 seg)
CO ₂ (22-28 mEq/l)		T. parcial tromboplastina (31-39 seg)
Magnesio (1.7-2.8 mg/dl)		INR (0.6-1.2)
Otros:		

Densidad u. (1.010-1.030)	pH (5-7)	Proteínas (neg)	Glucosa (neg)	Cetonas (neg)	Sodio
Urobilinógeno (<1.0 U.E.)	Nitritos (neg)	Hemoglobina (neg)	Bilirrubina (neg)	Leucocitos (< 5/c)	Potasio
Eritrocitos (0-3/c)	Células (1-2/c)	Cilindros (0/c)	Bacterias (0)	Cristales	Calcio

P. V. E. Hora	Líquidos:
FR	
VC	
VM	
FI	
FE	

Gabinete

Electrocardiograma
Tele de tórax
Imagenología
Patología
Ecocardiografía
Hemodinamia
Endoscopia

Observaciones de enfermería

Primer turno	Segundo turno	Tercer turno

CARA 1



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION
SALVADOR ZUBIRÁN**

CAMA

SERVICIO DE URGENCIAS

P.P.I. SI NO

FECHA:

NOMBRE:	EDAD:	SEXO:	REGISTRO:
PESO TALLA:	SUP. CORPORAL:	IMC:	APACHE II: TISS:
ALERGIAS:	ESTADO DE SALUD:		
PERSONA RESPONSABLE:	TELÉFONO:		
MÉDICO RESPONSABLE:	RESIDENTE RESPONSABLE:		
Ocupación:	ESCOLARIDAD:	RELIGIÓN:	CASO MÉDICO LEGAL: SI NO
DIAGNÓSTICO:	DÍAS DE ESTANCIA:		

Ayuno	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Vendaje miembros pélvicos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Posición			Ejercicios respiratorios	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Frecuencia de signos vitales	cada	hora (s)	Fisioterapia pulmonar	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Balance hídrico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Puritan continuo	<input type="checkbox"/> SI, al	<input type="checkbox"/> % NO
Presión venosa central	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Estado de conciencia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Drenaje por sondas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Dextrostix preprandial	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Peso diario	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Dextrostix	cada	hora (s)
Perimetro abdominal	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Glucosuria/cetonuria	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Cuantificar diuresis	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Sangre oculta en heces	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Recolección orina de 24 hrs.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Otros sangrados	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Cuantificar evacuaciones	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Hemocultivar si temperatura > 38.3° C	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Movilización periódica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Soluciones por indicación médica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Dieta:

Ventilación mecánica		Modo:	PEEP:	PS:	FiO ₂ :	FR:	VC:	PP:	PM:	I:E:
Hora	INDICACIONES	Depuración de creatinina:				ml/min	Horario de administración			

Exámenes de laboratorio y estudios de gabinete solicitados para mañana:

CARA 2

Ingresos	8	9	10	11	12	13	14	T	15	16	17	18	19	20	21	T	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	T	
Ingreso parcial:	1º turno							2º turno							3º turno							Ingreso total:						

Egresos	8	9	10	11	12	13	14	T	15	16	17	18	19	20	21	T	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	T	
Diuresis																												
Evacuaciones																												
Sangrado																												
Drenajes																												
Vómito																												
Hemodálisis/Dálisis																												
Otro																												
Egreso parcial:	1º turno							2º turno							3º turno							Egreso total:						

Balance total:																	Balance acumulado:															
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Medición especial	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	
Per. Abdominal/ Peso																									
Glucocetomía																									
Dextrostix																									
Guayaco																									

Signos vitales	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	
Temperatura X °C Pulso TA	39° 180																								
	38° 140																								
	37° 100																								
	36° 60																								

Cardiovascular	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	
PVC/TAM																									
PSP/PDP																									
PMP/PCP																									
GC/IC																									
IRVS/IRVP																									
DO ₂ /VO ₂																									

CARA 3

Pulmonar	Hora																			
M. vent / FIO ₂	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
VM / VC	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
P. pico / PEEP	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Dis. D. / Dis. E.	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
P. asistida	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
SIMV / FR	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
CV / F. inspirada	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
FR / VC	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
PAO ₂	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
PaO ₂ / PaCO ₂	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
HCO ₃ / CO ₂	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
pHa / pHv	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
PvO ₂ / PvCO ₂	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Sat aO ₂ / Sat vO ₂	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
EBL lactato	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Nutricional	Calorias	Calorimetría	Hans Benedict
ORAL	Via Oral	Sonda nasogástrica	
Carbhidratos	Lípidos	Proteínas	Líquidos
Azúcares simples	Colesterol	Purinas	Sodio
Potasio	Magnesio	Calcio	Fosforo
ENTERAL	Nasoenteral	Gastrostomía	Yeyunostomía
Fórmula	Concentración	Volumen	Velocidad
PARENTERAL	Periférica	Central	
Cal. no protéicas	Rel. cal no P/Pro	Rel. HCl/lípidos	Nit/Prot Kg
Aminoácidos	Dextrosa al 50%	Lípidos	Gluconato de calcio
Magnesio	Cloruro de potasio	Fosfato de potasio	Cloruro de sodio
Heparina	Insulina	Agua bidestilada	Ranitidina
Zinc	Selenio	Carbón	Vitamina C
Vitamina K	MVI 12	Tracefusin	Glutamina
Acido fólico	Cianocobalamina		

Neurológico	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	
Glasgow																									
Crisis convulsivas																									
Encefalopatía																									
Ramsay																									
T.O.F.																									

Infectológico	Fecha	Resultado	Sensibilidad
Hemocultivo:			
Urocultivo			
Expectoración:			
Cateter:			
Otros			

Fecha de instalación de cánulas, sondas y catéteres			
Cánula endotraqueal	Traqueostomía	Introducción	Swan Ganz
Línea arterial	SNG	SNE	Drenaje 1
Sonda Foley	Catéter central	Catéter periférico	Drenaje 2
Mahurkai	Tenchkoff	Hickman	Drenaje 3

CARA 4

Laboratorio	Hora	Hora
Eritrocitos (4.1-6.0 cel x 1 000 000/mm ³)		Calcio (9.5-11.2 mg/dl)
Hemoglobina (13-15 F, 14-17 M, g/dl)		Calcio ionizado (4.5-5.3 mg/dl)
Hematócrito (38-46 F, 42-52 M, %)		Fósforo (2.2-4.3 mg/dl)
VGM (83-96 fl)		ALT (TGP) (12-59 U/l)
CMHC/ HCM (32-34%) / (27-34 pg)		AST (TGO) (13-56 U/l)
Leucocitos (4.0-12.0 cel. X 1000/mm ³)		Bilirrubina total (0.5-1.5 mg/dl)
Neutrófilos/Bandas (39-69%) / (0-3%)		Directa/Indirecta (0.0-0.2 / 0.5-1.3 mg/dl)
Linfocitos/ Monocitos (11-54%) / (1-14%)		Fosfatasa alcalina (38-153 mg/dl)
Eosinófilos/Basófilos (3.6%) / (1-2%)		Gamaglutamiltanspeptidasa (7-64 mg/dl)
Reticulocitos (0.5-2.6 %)		CPK (37-263 mg/dl)
Plaquetas (150-450 cel. X 1000/ mm ³)		CPK-MB (2.3-9.5 mg/dl)
Acido úrico (2.9-8.9 mg/dl)		Troponina T (Neg)
Creatinina (0.6-1.2 mg/dl)		DHL (109-197 mg/dl)
BUN (8-22 mg/dl)		Amilasa (25-125 U/L)
Glucosa (70-100 mg/dl)		Lipasa (8-57 U/L)
Sodio (135-147 mEq/l)		Proteínas totales (6.4-8.4 g/dl)
Potasio (3.5-5.0 mEq/l)		Albúmina/Globulina (3.6-5.1 / 2.8-4.8 g/dl)
Cloro (95-105 mEq/l)		T. protrombina (12-15 seg)
CO ₂ (22-28 mEq/l)		T. parcial tromboplastina (31-39 seg)
Magnesio (1.7-2.8 mg/dl)		INR (0.8-1.2)
Otros:		

Densidad u. (1.010-1.030)	pH (5-7)	Proteínas (neg)	Glucosa (neg)	Cetonas (neg)	Sodio
Urobilinogeno (<1.0 U.E.)	Nitritos (neg)	Hemoglobina (neg)	Bilirrubina (neg)	Leucocitos (< 5/c)	Potasio
Eritrocitos (0-3/c)	Células (1-2/c)	Cilindros (0/c)	Bacterias (0)	Cristales	Calcio

Gabinete
Electrocardiograma
Tele de tórax
Imagenología
Patología
Ecocardiografía
Hemodinamia
Endoscopia
Otros

Observaciones de enfermería	Segundo turno	Tercer turno
Primer turno		