

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO**

---

**FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**“PROPUESTA DE UN FORMATO PARA REGISTRAR LAS  
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN TRASLADOS  
INTERHOSPITALARIOS”**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN ENFERMERÍA  
CON OPCIÓN TERMINAL EN: TERAPIA INTENSIVA**

**PRESENTA:**

**Lic. Enf. Angel Albirde Gómez**

**DIRECTORA DE TESIS**

**Dra. En C.S. María Dolores Martínez Garduño**

**REVISORAS:**

**Dra. En Ed. Vianey Méndez Salazar**

**Dra. En A.D. Margarita Calderón Miranda**

**Junio 2017.**

Vivir este proceso me ha permitido crecer en todos los ámbitos, porque ahora tengo más herramientas que me permitirán ayudar. Como decía el filósofo y matemático Blaise Pascal, *“Antes de convencer al intelecto, es imprescindible tocar y predisponer el corazón”*.

## Contenido

Introducción.....	6
Planteamiento del Problema .....	9
Justificación .....	12
Objetivos .....	14
General.....	14
Específicos.....	14
Capítulo I.    Marco legal.....	15
1.1    Disposiciones Internacionales.....	15
1.2    Normatividad Mexicana.....	16
1.3    Regulación de la profesión de Enfermería.....	22
Capítulo II.    Metas internacionales de seguridad del paciente.....	26
2.1. Evaluación, admisión y atención del paciente.....	27
2.2. Evaluación del dolor.....	38
2.3. Riesgo de caídas.....	43
2.4. Traslado de pacientes a otros establecimientos.....	45
2.5. Expediente clínico y consentimiento informado.....	47
Capítulo III. Traslado interhospitalario y registro de intervenciones de enfermería.....	50
3.1. Traslado Interhospitalario.....	50
3.2. Registro de intervenciones de Enfermería.....	56
3.3. Documentos de traslado en campo interhospitalario.....	61
3.4. Registros de Enfermería en hospital público y privado.....	73
Metodología.....	80
Resultados.....	85
Discusión .....	90
Conclusiones .....	94
Sugerencias .....	97
Fuentes de Información .....	98
Anexos.....	104

## **Introducción.**

La Enfermería es una profesión versátil, debido a que desempeña sus funciones no solo en unidades de primer, segundo y tercer nivel de atención para la salud, sino que sus áreas de desarrollo profesional incluyen empresas, escuelas, sector privado, áreas turísticas, entre otras.

Entre los múltiples campos de acción, el traslado interhospitalario de pacientes, ha cobrado mayor relevancia para favorecer la calidad de atención médica al paciente.

Existen documentos empleados por el personal de Enfermería de los cuales no son característicos para el uso en traslados de paciente de un nosocomio a otro. Sin embargo, hemos detectado que, en los formatos utilizados tanto en instituciones públicas como privadas, no se consideran campos específicos para valorar y acentuar las acciones realizadas por el personal de Enfermería durante este procedimiento.

De tal forma que, con base en este problema, se desarrolla la presente investigación, donde se consideran varios aspectos para efectuar un traslado interhospitalario favorable para las condiciones de salud del paciente, así mismo la protección legal y laboral del personal de Enfermería.

El objetivo de este estudio es proponer un formato, donde el personal de enfermería registre sus intervenciones al paciente, durante un traslado interhospitalario.

El estudio se divide en tres capítulos. En el primer capítulo se examinaron las normatividades que rigen la práctica de enfermería. De esta manera, se mencionan las disposiciones de nivel internacional y la ley mexicana en materia de salud. Se destaca como el marco jurídico deja abierta la posibilidad para emplear diversas técnicas e instrumentos para el registro de las intervenciones del profesional de enfermería.

En el segundo capítulo se describen las metas internacionales de seguridad del paciente, donde se ponen en manifiesto las acciones para evaluar la situación de un paciente en relación a riesgos latentes, así como el manejo del contexto administrativo.

En el tercer capítulo de esta investigación, se aborda el Traslado interhospitalario y registro de intervenciones de enfermería, donde se destacan dos aspectos importantes: primero se expone la categorización de los diferentes traslados, centrándonos en el interhospitalario, en el cual se detalla este procedimiento y las características del personal que debe efectuarlo.

Posteriormente, se describieron los formatos de traslado empleados en instituciones pública y privada, además se mencionan los documentos empleados en el área pre e interhospitalaria, destacando el formato utilizado por la Cruz Roja de Colombia.

En la metodología se explica la propuesta del formato. Se destacan dos cualidades. Por un lado, es un registro de las condiciones del paciente y de las intervenciones de enfermería que se podrían realizar durante el traslado interhospitalario. Por el otro, también está diseñado para ser un documento de carácter médico – legal y administrativo.

Esta investigación, presenta un estudio con enfoque metodológico cuantitativo de tipo descriptivo, el objeto de estudio es la hoja de traslados de pacientes.

La muestra de estudio la conformaron 19 profesionales de enfermería que han participado en traslado de pacientes.

El instrumento que se aplicó está integrado por tres apartados. El primero corresponde a datos generales de los participantes, el segundo sobre la experiencia en traslados interhospitalarios, y el último, el registro de intervenciones de enfermería en traslados interhospitalarios.

Para el procesamiento de datos se utilizó la estadística descriptiva con apoyo del programa estadístico SPSS versión 20.

Los resultados muestran la necesidad de contar con un formato de registro para traslado interhospitalario exclusivo para intervenciones de enfermería. Propuesta que finalmente se presenta como producto de esta investigación.

## Planteamiento del Problema

La movilización de pacientes hemodinámicamente inestables por lesiones o enfermedades, conlleva riesgos y complicaciones a su salud al ser trasladados, de esta manera, antes de iniciar un procedimiento que conlleve un desplazamiento, se debe valorar el beneficio, la necesidad y el riesgo que pueda emerger. (Castro, 2002).

A pesar de que la tecnología biomédica ha avanzado, cierto equipo tecnológico aún no puede ser trasladado hasta la propia cama del paciente; para lo cual es necesario desplazar al paciente a estudios de diagnóstico como es el caso de la resonancia magnética, tomografías, la opinión de un médico especialista (valoración médica) en otra unidad de atención y por razones terapéuticas (cirugías) para otorgar un tratamiento médico oportuno.

Los pacientes hemodinámicamente inestables, requieren de cuidados específicos dentro de las unidades críticas como es el área de reanimación en urgencias (área de choque), terapia intensiva, terapia intermedia y quirófano; sin embargo, a causa de las patologías o lesiones que ostenta una persona, es indispensable trasladarla a otro centro de atención médica con la finalidad de realizar una valoración especializada, para efectuar pruebas diagnósticas, o bien, con fines terapéuticos definitivos. (Linares, 2004).

En el año 2001, en Chile, se publicó un estudio que alude el seguimiento médico y de enfermería en pacientes pediátricos en estado crítico, con base en la revisión de una hoja de registro que emplea a nivel nacional este sistema. Con ello, tomaron medidas de mejora, teniendo como objetivos de la investigación, analizar las características clínico-epidemiológicas, los eventos adversos y las intervenciones terapéuticas de Enfermería requeridas durante el traslado interhospitalario de pacientes pediátricos. (Bustos, 2001).

Años más tarde en España, abril de 2008, la revista de medicina intensiva de este país, dio a conocer un artículo especial donde acentuaban las acciones

del profesional de Enfermería en traslados interhospitalarios de pacientes con balón de contrapulsación aórtico, donde dieron importancia y relevancia a las consideraciones de la profesión y enfatizaron aspectos primordiales de un traslado interhospitalario por vía terrestre, la monitorización hemodinámica del paciente, así como las intervenciones propias del personal de Enfermería. (Andreu, 2008).

Las unidades hospitalarias poseen la atribución de puntualizar sus propios registros de enfermería, acoplándose a las normas legales y profesionales autorizadas. El profesional de enfermería tiene la responsabilidad de registrar sus acciones, así como informar al equipo de salud las circunstancias propias del paciente. (NOM-019-SSA3-2013).

En la ciudad de Toluca, Estado de México, en dos hospitales de tercer nivel de atención médica, se efectúan mensualmente alrededor de ochenta traslados interhospitalarios con diferente propósito. En este procedimiento, no se emplean formatos o documentos propios de un registro de las intervenciones de enfermería, sin embargo, en otras instituciones de carácter privado, emplean documentos que reúnen ciertas características de seguimiento, ejemplo de ello, son las ambulancias del sector privado. El personal que conlleva la responsabilidad del paciente durante el traslado, registra determinado suceso en el expediente clínico y hoja de enfermería, sin embargo, no contemplan lineamientos de valoración y registro de eventualidades. Debido a ello, se omite información que puede ser de utilidad al personal médico y de enfermería para dar seguimiento al suceso presenciado durante el traslado.

Esta circunstancia, presenta una limitada condición para registrar apropiadamente las condiciones del paciente al pretender efectuar un traslado interhospitalario, así mismo, las observaciones pertinentes de los posibles cambios hemodinámicos del paciente y las intervenciones médicas realizadas durante este procedimiento. (Albaladejo, 2003).

De la problemática anteriormente descrita, surge la siguiente interrogante:

¿Qué registros de enfermería son necesarios para realizar traslados interhospitalarios?

## **Justificación**

Los registros de enfermería son actualmente de suma importancia, debido al aumento de las circunstancias de carácter médico legal, frente a las cuales, el profesional de enfermería debe poseer una base sustentable del trabajo realizado.

El equipo de salud, al tomar una decisión para la atención del paciente, emplea una gran cantidad de información, dentro de la cual los registros de enfermería son un componente destacado de ella. Una de las funciones importantes de enfermería es el registro de las acciones que realiza. Dado a que es la evidencia legal y administrativa de las intervenciones que efectúa, asimismo, es la referencia para toma de decisiones y dar seguimiento a las condiciones de salud del paciente. De tal forma que, contar con un instrumento de registro de traslado interhospitalario exclusivo para enfermería, representa una necesidad de brindar calidad de atención al paciente.

Los registros deben ser legibles y de fácil acceso; deben favorecer la comunicación entre los componentes del equipo de salud, y deben permitir que se les analicen de igual forma con fines estadísticos, de investigación y para mejora de la atención.

El personal de salud, deberá realizar los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con apego a las disposiciones sanitarias. El acto del cuidado que no se registra, no se realizó.

El registro de enfermería en traslados interhospitalarios, permite identificar al personal que estuvo a cargo de un paciente determinado en dicho procedimiento, se puede analizar la atención de enfermería y realizar las mejoras correspondientes. También, permite hacer un análisis frente a los problemas legales originados por la intervención de enfermería, incidentes o cambios hemodinámicos detectados en el paciente. Un buen registro puede ser una herramienta propicia o esclarecedora de los acontecimientos.

A partir de los resultados, se fundamentará el diseño de un instrumento que contemple los lineamientos que permitan al personal de enfermería realizar un cuidado integral, que incluya la valoración y seguimiento del paciente durante un traslado interhospitalario, conjuntamente este registro será de utilidad para mejorar la calidad de atención y tendrá la finalidad de otorgar protección administrativa y de carácter médico legal.

## Objetivos

### General

Proponer un formato para registrar las intervenciones de enfermería aplicables durante los traslados interhospitalarios.

### Específicos

- a) Describir las características sociodemográficas del personal de enfermería que participa en traslados interhospitalarios
- b) Identificar la experiencia del personal de enfermería que participa en traslados interhospitalarios
- c) Describir los registros de intervenciones de enfermería empleados en traslados interhospitalarios
- d) Diseñar un formato para registrar las intervenciones de enfermería en traslados interhospitalarios.

## Capítulo I. Marco legal

La enfermería como profesión en cualquiera de sus ámbitos de desempeño, cuenta con un marco legal regulado por leyes y reglamentos, los cuales determinan las obligaciones y la responsabilidad civil y penal, de tal forma, que a continuación se mencionan disposiciones internacionales y leyes nacionales que regulan la práctica profesional de enfermería.

### 1.1 Disposiciones Internacionales.

La regulación de la práctica profesional en salud se encuentra en la actualidad influenciada por una serie de factores entre los que se destacan la reforma sectorial, el entorno internacional, las transformaciones en las modalidades de atención y el fortalecimiento de los individuos en el ejercicio de sus derechos en salud. Las políticas regionales y nacionales de orientación de la atención de salud hacia el desarrollo de la profesión, han generado la necesidad de revisar la normativa sobre el ejercicio profesional con el fin de asegurar la calidad y la ética en la toma de decisiones que afectan a los usuarios. Se suma a esto, la necesidad de establecer mecanismos jurídicos para proteger al personal de salud y a los usuarios en relación a garantizarles el derecho a recibir información para tomar decisiones válidas sobre opciones de tratamiento. (OPS. Regulación de enfermería en américa latina, 2011).

El entorno internacional influye en la práctica de los profesionales de salud al crear la necesidad de homologar conocimientos, procedimientos y técnicas, facilitar el movimiento de profesionales y también en este caso, fortalecer las garantías de calidad de las prestaciones. La revitalización de los individuos como sujetos de salud involucra la capacidad de reclamar derechos y ejercer acciones reivindicatorias en torno al acto médico. Se genera así la posibilidad de crear espacios potencialmente conflictivos entre los profesionales de salud y los usuarios de servicios, en lugar de visiones compartidas hacia el logro de los objetivos del sistema de salud: garantizar la calidad y la humanización del trato. (OPS. Regulación de enfermería en américa latina, 2011).

La mencionada situación crea la necesidad de reconocer el carácter de la salud como un bien de interés del profesional de Enfermería y la formulación de documentos de regulación que permitan equilibrar los intereses de los diferentes grupos involucrados.

La regulación de la enfermería en sus distintas dimensiones tiene una tradición moderadamente reciente y progresiva, y ha sido movilizadora principalmente por las organizaciones profesionales, tanto nacionales como internacionales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), el Comité Europeo de Salud (CES) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a través de los Proyectos de Recursos Humanos y de Políticas Públicas e Investigación en Salud basados en la Atención Médica, ha identificado la necesidad de realizar un análisis sobre la regulación en enfermería en los países de América Latina. Lo anterior, al emitir un acuerdo en materia de cooperación internacional para realizar investigación multinacional para introducir cambios que mejoren la práctica de Enfermería, generando líneas de investigación que basan el cuidado en evidencia científica. (ANEAC, 2009).

## **1.2 Normatividad Mexicana.**

En México, el artículo 5to constitucional, hace referencia al ejercicio de las profesiones, dentro del cual enmarca que cualquier profesional debe de contar con título y cedula profesional para el ejercicio de sus labores en distinto campo.

El Artículo 96 de la Ley General de Salud, relativo a la investigación en salud, enmarca en su contexto el estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud. (LGS, 2013).

Las unidades hospitalarias poseen la atribución de puntualizar sus propios registros de enfermería, acoplándose a las normas legales y profesionales autorizadas. El profesional de enfermería tiene la responsabilidad de registrar sus acciones, así como informar al equipo de salud las circunstancias propias del paciente. (NOM-004-SSA3-2012).

La Norma Oficial Mexicana relativa a la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud, establece las características y especificaciones mínimas para la prestación del servicio de enfermería en los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud, así como para la prestación de dicho servicio que en forma independiente otorgan las personas físicas con base en su formación académica. Así mismo, esta Norma es obligatoria en los establecimientos para la atención médica del Sistema Nacional de Salud en donde se presten servicios de enfermería. (NOM-019-SSA3-2013).

Los cuidados de enfermería de alta complejidad se proporcionan al paciente que requiere de atención especializada. Usualmente, es en áreas de atención específica, donde comúnmente el cuidado es individualizado, se apoya con la utilización de equipos biomédicos de tecnología avanzada y personal de enfermería especializado en la rama correspondiente. Los cuidados de mediana complejidad se relacionan con el grado de dependencia de las personas para cubrir sus necesidades de salud, a lo cual el personal de enfermería requiere contar con conocimientos, habilidades y destrezas para la atención integral del paciente, familia o comunidad. Por último, los cuidados de baja complejidad, se brindan al paciente que se encuentra en estado de alerta y hemodinámicamente estable con mínimo riesgo vital. (NOM-019-SSA3-2013).

Relativo a las funciones que desempeña el personal de enfermería, la norma, NOM-019-SSA3-2013. Señala las actividades que realiza el personal de esta profesión, dentro de las cuales hace mención a las funciones administrativas, asistenciales, de investigación y docencia. La función inicial, realiza las acciones para gestionar los recursos materiales, científicos y técnicos de equipo o recurso humano necesario, y complementario acorde a sus competencias y experiencia, para otorgar los cuidados de enfermería y alcanzar los objetivos de la organización y de los prestadores de los servicios.

Lo concerniente a las funciones de carácter asistencial, sus acciones van encaminadas a realizar el cuidado directo o indirecto de las personas, familias o

comunidades, según sea el caso y de acuerdo al ámbito de competencia del personal de enfermería.

La investigación como función de las actividades que realiza el personal profesional de enfermería para aplicar el método científico en sus vertientes cuantitativas o cualitativas para la producción, reafirmación y validación del conocimiento científico de esta disciplina, que permitan su aplicación en los servicios de salud basados en la evidencia científica contribuyendo así, en las mejores prácticas del cuidado de enfermería para contribuir a garantizar la calidad en la atención.

Para la función docente a las actividades que realiza el personal profesional de enfermería, se relacionan a la educación para la salud, la educación continua y para la formación de recursos humanos para la salud. (NOM-019-SSA3-2013).

En el apartado 5.8. De la presente NOM. El personal de enfermería está obligado a verificar oportunamente la existencia y funcionamiento óptimo del equipo que se utiliza para proporcionar el cuidado de enfermería y, en su caso, reportar los faltantes y las fallas que representen un riesgo para los usuarios de los servicios de salud o para el propio personal. En correspondencia, los establecimientos de atención médica proporcionarán los recursos necesarios de material y equipo, verificando con oportunidad el buen funcionamiento de los mismos.

Asimismo, asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos, éticos y humanísticos de acuerdo a su ámbito de competencia. Cumplir con las normas institucionales y de orden técnico en materia laboral, que apliquen en el ámbito específico de su competencia, a fin de contribuir a la seguridad del usuario, la del equipo de salud, así como, para la conservación del medio ambiente. (NOM-019-SSA3-2013).

La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico. incide en la calidad de los registros médicos, así como de los servicios y de sus resultados, toda vez que se requiere de la participación comprometida de médicos,

enfermeras y demás personal del área de la salud, para brindar una atención más oportuna, responsable, eficiente y amable.

El expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.(NOM-OO4-SSA3-2012).

De igual manera, se reconoce la intervención del personal del área de la salud en las acciones de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que se registran y se incorporan en el expediente clínico a través de la formulación de notas médicas y otras de carácter diverso con motivo de la atención médica.

Para la correcta interpretación de esta norma se tomarán en cuenta invariablemente, los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, especialmente el de la libertad prescriptiva del personal médico a través de la cual, los profesionales y técnicos del área de la salud, habrán de prestar sus servicios a su leal saber y entender, en beneficio del usuario, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que presten sus servicios.

En las notas médicas, se expresa el estado de salud del paciente, por lo que también se brinda la protección de los datos personales y se les otorga el carácter de confidencialidad. (NOM-OO4-SSA3-2012).

Para efectos de la NOM-004-SSA3-2012, conceptualiza el Expediente clínico, como el conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-

ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

Derivado de lo anterior, se considerará el apartado número 4.2 de la mencionada NOM-004 referente al consentimiento informado que a la letra dice:

4.2 Cartas de consentimiento informado, son los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.

Para efectos de esta norma, se mencionan cinco apartados de relevancia respecto a la integración del expediente clínico, a los cuales son:

5.9 Las notas médicas y reportes a que se refiere esta norma deberán contener: nombre completo del paciente, edad, sexo y en su caso, número de cama o expediente.

5.10 Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables.

5.11 Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

5.12 De manera optativa, se podrán utilizar medios electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos o de cualquier otra tecnología en la integración de un expediente clínico, en los términos de las disposiciones jurídicas aplicables.

5.13 Los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, podrán elaborar formatos para el expediente clínico, tomando en cuenta los requisitos mínimos establecidos en esta norma.

#### 8.4 Nota de referencia/traslado.

Para efectos del personal de enfermería, es importante señalar los siguientes aspectos en consideración a esta normativa:

#### 9 De los reportes del personal profesional y técnico

##### 9.1 Hoja de enfermería.

Deberá elaborarse por el personal en turno, según la frecuencia establecida por las normas internas del establecimiento y las órdenes del médico y deberá contener como mínimo:

9.1.1 Habitus exterior;

9.1.2 Gráfica de signos vitales;

9.1.3 Ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía prescrita;

9.1.4 Procedimientos realizados; y

9.1.5 Observaciones.

##### 9.2 De los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

Deberá elaborarlo el personal que realizó el estudio y deberá contener como mínimo:

9.2.1 Fecha y hora del estudio;

9.2.2 Identificación del solicitante;

9.2.3 Estudio solicitado;

9.2.4 Problema clínico en estudio;

9.2.5 Resultados del estudio;

9.2.6 Incidentes y accidentes, si los hubo;

9.2.7 Identificación del personal que realizó el estudio;

9.2.8 Nombre completo y firma del personal que informa.

### **1.3 Regulación de la profesión de Enfermería.**

La Comisión Inter-institucional de Enfermería o denominada anteriormente Comisión Permanente de Enfermería (CIE - CPE), en conjunto con la Secretaría de Educación Pública, indican señalar líneas de investigación con un enfoque multidisciplinario denominado: Programa de Mejoramiento del Profesionado (PROMEP), en el cuál en el campo operativo del personal de Enfermería, le atribuyen importancia para colaborar en la formación de recursos humanos para la salud y para la realización de investigaciones de predominio operativo. Su función sustantiva es asistencial y las adjetivas son las docentes, de administración y de colaboración en proyectos de investigación.

El Consejo Mexicano para la Acreditación de Enfermería (COMACE), enmarca los instrumentos de evaluación, las líneas de investigación que cada una de las instituciones debe desarrollar, así como la capacidad de personal de Enfermería que cada organismo académico debe acreditar. Aunado a lo anterior, la Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería (FEMAFEE), marca la integración de cuerpos académicos y las líneas de investigación establecidas en cada dependencia educativa de Enfermería del país.

#### ***Consejo Internacional de Enfermeras (CIE).***

El Consejo internacional de enfermeras (CIE) es una federación de más de 130 asociaciones nacionales de enfermeras (ANE), es la primera y más amplia organización internacional de profesionales de salud de todo el mundo. Dirigido por enfermeras y al frente de las enfermeras en el plano internacional, el CIE

trabaja para conseguir unos cuidados de enfermería de calidad para todos, unas políticas de salud acertadas en todo el mundo, el avance de los conocimientos de enfermería y la presencia mundial de una profesión de enfermería respetada y de unos recursos humanos de enfermería competentes y satisfactorios.

Las prioridades de este Consejo, se reúnen en cuatro temas esenciales conectados entre sí:

La voz global - Conseguir la solidaridad y la cooperación en toda la profesión en colaboración con otros interesados.

Liderazgo estratégico - Ofrecer liderazgo y dirección estratégicos con el fin de empoderar a las enfermeras y a las organizaciones de enfermería para hacer avanzar a la enfermería en todo el mundo mediante una defensa coherente, eficiente, eficaz y sensata por y para las enfermeras, la enfermería y la salud.

Impacto en las políticas - Influir en el diseño y en la aplicación de la política de salud y de otras políticas relacionadas para conseguir mejores resultados de salud.

Diversificación - Identificar, concretizar y diversificar las operaciones y las oportunidades de generación de ingresos para conseguir los objetivos del CIE.

El Código para enfermeras es el fundamento del ejercicio ético de enfermería en el mundo. En todo el mundo se aceptan como base de las políticas de enfermería las normas, directrices y políticas del CIE para la práctica, la formación, la gestión, la investigación y el bienestar socioeconómico.

El CIE impulsa la enfermería y la salud y hace avanzar a las enfermeras mediante sus políticas, colaboraciones, actividades de defensa, desarrollo de liderazgo, redes de contactos, congresos, proyectos especiales y mediante su trabajo en los campos del ejercicio de la profesión. (CIE, 2015).

### *Consejo Mexicano de Certificación de Enfermería. (COMCE)*

Es un organismo auxiliar de la Secretaría de Educación Pública en la Vigilancia del Ejercicio Profesional, a través del Reconocimiento de Idoneidad por contar con procesos idóneos para certificar conocimientos, experiencia y desempeño ético de los profesionales de enfermería.

El Consejo Mexicano de Certificación de Enfermería, A.C. (COMCE) es una asociación civil de carácter: jurídico, técnico, laico, autónomo, no lucrativo y de representación nacional, su finalidad es promover e instrumentar procesos de evaluación de conocimientos, habilidades, destrezas y valores a través de un Sistema Nacional de Certificación y Recertificación Profesional, confiable, transparente, ético, legal y equitativo, se rige por las leyes conducentes y vigentes en los Estados Unidos Mexicanos y por su Estatuto. Sus objetivos de este Consejo Mexicano son:

- Promover e instrumentar procesos de evaluación de conocimientos, habilidades, destrezas y valores a través de procedimientos y esquemas de certificación y recertificación profesional de nivel técnico, técnico superior universitario, licenciatura, especialidad, maestría y doctorado en el área de enfermería.

- Certificar y recertificar a enfermeras extranjeras legalmente establecidas en la República Mexicana, que cuenten con título registrado y cédula profesional, conforme a las leyes y disposiciones en materia de Derecho Internacional y Tratados Internacionales.

- Promover y favorecer la vinculación con organismos educativos y profesionales de enfermería nacionales e internacionales.

- Colaborar con las instituciones de educación y de salud y sus integrantes en materia de evaluación de conocimientos, habilidades y destrezas de las personas físicas que en el área de enfermería realicen su ejercicio profesional, con la finalidad de certificarlas y recertificarlas.

•Promover e impulsar la aplicación del Proceso de Enfermería en el ejercicio profesional de la enfermera (o) para elevar la calidad del cuidado de la sociedad mexicana. (COMCE, 2014).

## Capítulo II. Metas internacionales de seguridad del paciente.

### *Metas internacionales de seguridad del paciente.*

Mejorar la precisión en la identificación de los pacientes para prevenir errores que involucren al paciente equivocado, esto ocurre en prácticamente todas las actividades relacionadas las distintas áreas de los centros de atención médica. Los pacientes pueden estar sedados, desorientados o no del todo alertas, puede que los cambien de cama, de habitación o de lugar dentro del hospital, pueden presentar discapacidades sensoriales o estar en condiciones que pueden inducir a errores en cuanto a la identificación correcta. (Consejo de Salubridad General, 2012).

Las indicaciones verbales y telefónicas, cuando la comunicación es efectiva, oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe, disminuye errores y da como resultado una mejora en la seguridad del paciente. La comunicación puede ser electrónica, oral o escrita.

Las comunicaciones más propensas al error son las órdenes/indicaciones de atención al paciente dadas verbalmente y por teléfono. Otro tipo de comunicación propensa al error es la información de resultados de laboratorio o gabinete, como por ejemplo que el laboratorio clínico llame a la unidad de atención al paciente para informar los resultados de un análisis solicitado por el Servicio de Urgencias, o de otra área crítica. (Consejo de Salubridad General, 2012).

Prevenir errores de medicación con electrolitos concentrados, Cuando los medicamentos forman parte del plan de tratamiento de un paciente, es fundamental manejarlos adecuadamente a fin de garantizar la seguridad del paciente. Un problema frecuente de seguridad de los medicamentos es la administración errónea de electrolitos concentrados, paquetes globulares, concentración de un fármaco, entre otras. Este error puede ocurrir por falta de supervisión del personal de nuevo ingreso, por falta de orientación e inducción del personal que atiende al paciente (sea este propio o subrogado) o por una situación de urgencia mal manejada. El medio más efectivo para disminuir o eliminar esta

ocurrencia es la comunicación escrita y corroborar los datos del paciente y las identificaciones propios a verificar en la administración y ministración de fármacos u otras acciones de procedimientos. (Consejo de Salubridad General, 2012).

Prevenir errores que involucren cirugías en el sitio incorrecto con el procedimiento incorrecto y al paciente incorrecto, La cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto y/o al paciente equivocado son problemas comunes en los hospitales. Estos errores son el resultado de:

- Una comunicación deficiente o inadecuada entre los miembros del equipo quirúrgico,
- La falta de participación del paciente en el marcado del sitio, y
- La ausencia de procedimientos de verificación del sitio de la operación.

Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica a través de un programa efectivo de higiene de manos, La prevención y el control de infecciones asociadas con la atención médica constituye desafíos en la mayoría de las áreas de atención médica. Los índices en aumento de dichas infecciones representan una preocupación importante tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud. Las infecciones asociadas con la atención médica comunes a todas las áreas del hospital incluyen infecciones de las vías urinarias, asociadas con el uso de catéteres, bacteriemias y neumonía.

Evaluar y mitigar el riesgo de caídas en todos los pacientes, Las caídas son una de las causas más comunes que generan lesiones y daños en los pacientes hospitalizados. En el contexto de la población que atiende, los servicios que presta y las características de sus instalaciones, el establecimiento debe evaluar el riesgo de caídas y reducir la probabilidad de la ocurrencia de una caída. (Homero, 2003).

### **2.1. Evaluación, admisión y atención del paciente.**

La evaluación podría incluir los antecedentes de caídas, el estado postquirúrgico, la edad del paciente (por ejemplo: adultos mayores), una revisión del consumo de alcohol y medicamentos, una evaluación de la marcha y el

equilibrio, y los apoyos empleados por el paciente para caminar. La evaluación del riesgo de caídas se realiza como parte del tamizaje en el Servicio de Urgencias y/o la evaluación inicial del paciente hospitalizado; asimismo, se reevalúa a todos los pacientes a intervalos que ayuden a identificar oportunamente cualquier cambio en el estado del paciente; al menos se evalúa a cada paciente: cada cambio de turno, cambio de área o servicio y/o cambio en el estado de salud. El establecimiento implementa un programa de reducción del riesgo de caídas, basándose en políticas y/o procedimientos adecuados. (Consejo de Salubridad General, 2012).

### *Evaluación de pacientes*

Las necesidades de atención médica de todos los pacientes, se identifican a través de un proceso de evaluación inicial.

Cuando un paciente es admitido en un establecimiento para ser atendido, el personal necesita evaluarlo completamente para definir el motivo por el cual el paciente está ahí. La información específica que el establecimiento requiere en esta etapa y los procedimientos para obtenerla dependen de la necesidad del paciente y del área en la cual se está proporcionando la atención. Las políticas y procedimientos del establecimiento definen qué información debe reunirse, cómo obtenerla y dónde documentarla. (Consejo de Salubridad General, 2012).

La evaluación inicial incluye la evaluación de factores culturales, sociales, económicos y psicológicos.

La valoración médica y de enfermería inicial de un paciente, hospitalizado o ambulatorio, son fundamentales para identificar sus necesidades y comenzar el proceso de atención. La evaluación inicial proporciona información para:

- entender la atención que el paciente necesita,
- seleccionar el mejor entorno de atención para el paciente,
- formular un diagnóstico inicial, y
- comprender la respuesta del paciente a cualquier atención previa.

Para obtener esta información, la evaluación inicial incluye una evaluación del estado de salud a través de una exploración física y un interrogatorio sobre la salud del paciente. Una evaluación psicológica de tamizaje determina el estado emocional del paciente (por ejemplo, si está deprimido, temeroso o agresivo y pudiera hacerse daño o hacerle daño a los demás). La información social no está destinada a “clasificar” al paciente, por el contrario, tiene el propósito de conocer los contextos sociales, culturales (como valores y creencias, familiar y económico de un paciente ya que son factores importantes que pueden influir en su respuesta a la enfermedad y al tratamiento.

La evaluación inicial incluye al menos los siguientes elementos:

1. Historia Clínica
2. Exploración Física
3. Evaluación de enfermería
4. Evaluación social
5. Evaluación económica
6. Evaluación cultural (valores y creencias)
7. Evaluación psicológica de tamizaje
8. Evaluación nutricional
9. Evaluación funcional
10. Evaluación de criterios para identificar a los pacientes que requieren evaluaciones especializadas adicionales
11. Evaluación de criterios para identificar a los pacientes que requieren la planeación temprana del alta
12. Evaluación del Dolor

13. Identificación del riesgo de caídas
14. Identificación de las necesidades de educación
15. Evaluación de las barreras para el aprendizaje
16. Evaluación de la disposición para aprender

Las evaluaciones se completan en el marco de tiempo establecido por la organización. (Consejo de Salubridad General, 2012).

El establecimiento de atención médica determina el marco de tiempo para realizar cada uno de los elementos que conforman la evaluación inicial; por ejemplo, se puede determinar que la realización de la historia clínica deberá realizarse en las primeras 8 horas y la nutricional dentro de las primeras 4 horas. El lapso de tiempo depende de una variedad de factores, incluidos los tipos de pacientes que atiende el establecimiento, la complejidad y duración de su atención y la dinámica de las condiciones en torno a su atención. Considerando lo anterior, un establecimiento puede definir distintos marcos de tiempo para completar la evaluación inicial dentro de las primeras 24 horas.

Cuando una evaluación se realiza total o parcialmente fuera del establecimiento los hallazgos se revisan y/o verifican en el momento de la admisión, según sea adecuado para el tiempo entre la evaluación externa y la admisión. (Estándares para la Certificación de Hospitales, 2012).

Los hallazgos de la evaluación inicial y revaloraciones se documentan en el expediente clínico y están a inmediata disposición de los responsables de la atención del paciente.

Los hallazgos de la evaluación inicial y revaloraciones se utilizan durante todo el proceso de atención, para valorar el progreso del paciente y comprender la necesidad de una nueva evaluación. Por lo anterior, resulta fundamental que la evaluación médica, de enfermería y de otras disciplinas, se encuentren bien documentadas y puedan encontrarse fácilmente en el expediente clínico.

En particular, la evaluación inicial se documenta en el expediente clínico dentro de las primeras 24 horas de atención. Las revaloraciones se documentan en el expediente clínico de acuerdo a los marcos de tiempo establecidos por la organización.

Esto no impide la inclusión de valoraciones adicionales, más detalladas, en diferentes lugares dentro del expediente clínico, siempre y cuando queden al alcance de quienes atienden al paciente.

Los resultados de la evaluación médica y pruebas diagnósticas se incluyen en el expediente clínico antes de cualquier tratamiento con anestesia o tratamiento

A todos los pacientes se les realiza una valoración de tamizaje del estado nutricional y de su funcionalidad y, cuando se identifican riesgos, se les realiza para una evaluación exhaustiva. La evaluación inicial puede indicar que el paciente necesita una evaluación más amplia o más profunda de su estado nutricional o funcional. (Consejo de Salubridad General, 2012).

Por lo cual personal calificado ha elaborado criterios para identificar a los pacientes que requieran una evaluación funcional y nutricional exhaustiva.

Como parte de la evaluación inicial, se valoran estos criterios, en consecuencia, a los pacientes con riesgo nutricional y/o funcional, se les realiza una evaluación exhaustiva.

La evaluación inicial identifica la continuidad de la atención requiere una preparación especial, por ejemplo, la planificación del alta. Durante la evaluación inicial se identifican aquellos pacientes quienes necesitarán requerimientos especiales a su egreso. El establecimiento elabora un mecanismo, como una lista de criterios, para identificar aquellos pacientes en quienes la planificación del alta es crítica, ya sea por motivos de edad, falta de movilidad, necesidades de atención médica o de enfermería continuas, asistencia con las actividades de la vida diaria, entre otras.

Como los arreglos para el alta pueden demorar un poco, los procesos de evaluación y planeación se inician tan pronto como sea posible después de la admisión del paciente, identifica aquellos pacientes en quienes es crítico planificar el alta de manera temprana.

En todos los pacientes se busca intencionadamente la presencia de dolor como parte de la valoración inicial (de tamizaje), y cuando hay dolor presente son evaluados. Durante la evaluación inicial y las revaloraciones, el establecimiento identifica a los pacientes que tienen dolor. Cuando se identifica el dolor, se puede tratar al paciente en el establecimiento o derivarlo para que reciba tratamiento. El alcance del tratamiento se basa en el entorno de atención y en los servicios prestados.

Cuando se identifica dolor, se lleva a cabo una valoración más exhaustiva que se adecua a la edad del paciente, la intensidad y las características del dolor (como frecuencia, ubicación y duración). Esta evaluación se registra de modo tal que facilite la revaloración y el seguimiento periódicos conforme a los criterios establecidos por la organización y a las necesidades del paciente.

Se revalora a todos los pacientes a intervalos adecuados para determinar su respuesta al tratamiento y para planear el tratamiento o el alta.

La revaloración del paciente por parte de todos los integrantes del equipo de atención es fundamental para comprender si las decisiones de atención son adecuadas y efectivas. Los pacientes son revalorados durante el proceso de atención a intervalos adecuados a sus necesidades y al plan de atención, o según lo definido en las políticas y procedimientos del establecimiento. Los resultados de estas revaloraciones se documentan en el expediente clínico para el uso del personal que atiende al paciente. (Consejo de Salubridad General, 2012).

El personal médico, de enfermería y demás personal responsable de la atención del paciente, colaboran para analizar e integrar las evaluaciones de los seguimientos y procedimientos a otorgar.

### *Admisión y atención del paciente.*

Las políticas, procedimientos, leyes y reglamentaciones correspondientes guían la atención uniforme de todos los pacientes. Los pacientes con los mismos problemas de salud y necesidades de atención tienen derecho a obtener la misma calidad de atención en todo el establecimiento.

A fin de llevar a cabo el principio de “un único nivel de calidad de atención”, es preciso que los líderes planifiquen y coordinen la atención del paciente. En particular, los servicios prestados a poblaciones similares de pacientes en múltiples servicios se guían por políticas y procedimientos que resultan en una atención uniforme. Además, los directores aseguran que esté disponible el mismo nivel de atención todos los días de la semana, y en todos los turnos. (Consejo de Salubridad General, 2012).

Se informa a los pacientes y sus familiares acerca de los resultados de la atención y del tratamiento, incluidos los resultados imprevistos. El proceso de atención y tratamiento es un ciclo constante de evaluaciones, revaloraciones, planificación, prestación de atención y evaluación de resultados. Se informa a los pacientes y familiares acerca de los resultados del proceso de evaluación; así como, sobre la atención y el tratamiento planificados. Por consiguiente, a fin de completar el ciclo es preciso que estén informados de los resultados de la atención y del tratamiento. Esto incluye que sean informados sobre cualquier resultado imprevisto de la atención.

Los pacientes se admiten para recibir atención hospitalaria o ambulatoria conforme a sus necesidades de salud identificadas dichas necesidades coinciden con la misión y recursos del hospital, El hacer coincidir las necesidades del paciente con la misión y los recursos del hospital depende de la obtención de información sobre las necesidades y el estado del paciente mediante una evaluación de tamizaje, por lo general en el momento del primer contacto. El tamizaje puede realizarse mediante criterios de triage, derivados de una evaluación visual, examen físico o los resultados de evaluaciones físicas,

psicológicas, de análisis clínicos de laboratorio o estudios de diagnóstico por imagen.

El tamizaje puede tener lugar en un establecimiento de atención médica de referencia, durante un traslado de urgencia o cuando el paciente llega al hospital. Es importante que las decisiones de tratar, transferir o derivar se tomen sólo después de tener disponibles los resultados de las evaluaciones de tamizaje y los exámenes practicados. Sólo aquellos pacientes para quienes el establecimiento posea la capacidad clínica de proporcionar los servicios necesarios, conforme a su misión, serán tomados en cuenta para su internamiento o para brindarle servicios ambulatorios. Cuando la organización requiera pruebas o evaluaciones especiales antes de la admisión, esto se manifestará en una política escrita. (OMS, 2008).

El establecimiento cuenta con un proceso para la admisión de pacientes que recibirán servicio de hospitalización y ambulatorios, el proceso para la admisión de pacientes que recibirán servicios de hospitalización y ambulatorios está estandarizado mediante políticas y procedimientos escritos. El personal responsable del proceso está familiarizado con dichos procedimientos y los cumple.

Los pacientes que necesiten atención de urgencia o inmediata tendrán prioridad para ser evaluados y tratados, Los pacientes con necesidades de atención de urgencia o inmediata deben ser identificados mediante un proceso de triage, una vez identificados éstos pacientes deben de ser evaluados por un médico u otro personal calificado, antes que, a otros pacientes, accediendo a los servicios auxiliares de diagnóstico lo más rápido posible y comenzar el tratamiento para atender sus necesidades. El proceso de triage se realiza con base en criterios fisiológico, siempre que sea posible y adecuado, y capacita al personal para determinar cuáles son los pacientes con necesidades inmediatas y cómo darle prioridad a su atención.

Cuando el establecimiento no puede atender las necesidades del paciente con una emergencia y se requiere transferirlo a otro nivel de atención, se estabiliza al

paciente antes del traslado, de acuerdo a la capacidad de atención del establecimiento. (OMS, 2008).

Las necesidades de servicios preventivos, paliativos de curación y de rehabilitación de los pacientes serán priorizados según el estado del paciente en el movimiento de la admisión para internamiento en el establecimiento, Cuando los pacientes son admitidos para ser hospitalizados en el establecimiento, la evaluación de tamizaje ayuda al personal a comprender y priorizar los servicios preventivos, paliativos, de curación y de rehabilitación que el paciente necesita; y a seleccionar el servicio o unidad más adecuada para atender las necesidades más urgentes o prioritarias del paciente.

En el momento de la admisión los pacientes y sus familiares recibirán información sobre el diagnóstico presuntivo o de certeza, tratamiento propuesto, hospitalización, resultado de la atención que les apoye en la toma de decisiones, durante el proceso de admisión, el paciente y su familia reciben información suficiente que les permite tomar decisiones. Esta información comprende la atención propuesta, los resultados esperados y cualquier costo que deben afrontar el paciente y/o su familia cuando éste no es pagado por alguna institución pública o privada. Cuando existen restricciones económicas relacionadas con el costo de la atención, el establecimiento busca y orienta al paciente y su familia en diversas formas para superar dichas restricciones. Esta información puede ser dada en forma escrita o de manera verbal, señalándose en el expediente clínico. (OMS, 2008).

El establecimiento buscare reducir las barreras físicas, lingüísticas, culturales y demás barreras al acceso y a la prestación de servicios, los establecimientos de atención médica con frecuencia prestan servicios a comunidades con una población diversa. Los pacientes pueden ser personas mayores, tener discapacidades, hablar varios idiomas, presentar una diversidad cultural u otras barreras que dificulten el proceso de acceso y obtención de atención. La organización está familiarizada con estas barreras y ha implementado procesos para eliminarlas o reducirlas durante el proceso de admisión y en la prestación de

los servicios. La organización también busca disminuir el impacto de estas barreras en la prestación de servicios. (Consejo de Salubridad General, 2012).

El ingreso y egreso hacia o desde unidades que prestan servicios de cuidados intensivos o especializados se determinan mediante criterios estandarizados, las unidades o servicios que proporcionan cuidados intensivos y especializados (por ejemplo, las terapias intensivas, coronarias, la unidad de atención de pacientes quemados o unidades de trasplante de órganos) son costosos y por lo general tienen espacio y personal limitados.

Cada hospital debe establecer los criterios de ingreso y egreso a estas unidades. Para asegurar la consistencia, los criterios deben de tener una base fisiológica cuando sea posible y apropiado. El personal de urgencias o de los servicios intensivos y especializados participa en la elaboración de éstos criterios, los cuales son utilizados para determinar el ingreso directo a una unidad, por ejemplo, directamente desde el servicio de urgencias. También son utilizados para determinar las transferencias a la unidad desde dentro o desde fuera del establecimiento, y para determinar cuándo un paciente ya no necesita los servicios de la unidad y puede ser transferido a otra área del hospital o trasladado a otro establecimiento. (Consejo de Salubridad General, 2012).

El establecimiento diseña y ejecuta procesos para brindar servicios de atención médica a los pacientes coordinados y continuos, dentro del hospital, a medida que los pacientes avanzan en su proceso de atención, desde la admisión hasta el alta o la transferencia, varias áreas o servicios y su personal se ven involucrados, esto implica el hacer coincidir las necesidades del paciente con los recursos del establecimiento o en su caso fuera de él, esto por lo general se logra empleando los criterios que determinan que las transferencias sean adecuadas y oportunas dentro de la organización. (Consejo de Salubridad General, 2012).

Durante todas las fases de la atención hay una persona calificada identificada como responsable de la atención del paciente, a fin de mantener la continuidad de la atención durante la estancia del paciente en el establecimiento, la persona que

tiene la responsabilidad de la atención del paciente o de una fase específica de la misma, está claramente identificada y se documenta en el expediente clínico; esta persona debe ser un médico calificado, quien es responsable de la continuidad, la coordinación, la satisfacción del paciente, la calidad y los resultados en la atención; por lo tanto, es aconsejable que colabore y se comunique con los demás integrantes del equipo de salud.

En relación al alta y seguimiento del paciente, existe una política que establece la referencia o el alta apropiada para los pacientes, referir o dar de alta a un paciente para que vea a un profesional de la atención fuera del establecimiento, esté en otro entorno de atención o, egrese a su hogar, se basa en el estado de salud del paciente y en las necesidades de atención o servicios para su continuidad. El médico responsable del paciente determina y autoriza el alta. También se pueden utilizar criterios para indicar cuando un paciente está listo para su egreso.

Las necesidades para la continuidad de la atención pueden indicar una referencia a un especialista, terapeuta de rehabilitación o incluso necesidades de atención en el hogar, coordinadas con la familia. Se necesita un proceso organizado, para asegurar que, en el hogar, los profesionales o entornos externos cubran las necesidades para la continuidad de la atención. Cuando desde la evaluación inicial se identifique a un paciente que lo requiere, se comienza la planificación del alta lo antes posible en el proceso de atención. La familia debe estar incluida en el proceso de planificación del alta según convenga al paciente y a sus necesidades. (OMS, 2008).

El establecimiento coopera con los profesionales de la salud y con otros establecimientos para garantizar referencias oportunas y adecuadas, la referencia oportuna al médico, establecimiento o institución que mejor cubran las necesidades del paciente para dar continuidad a su atención, requiere de una planificación, para identificar a los diferentes prestadores de servicios en la comunidad, construir relaciones formales e informales con estos prestadores y poder referir de manera adecuada a los pacientes con el personal o a una

institución calificada. Cuando los pacientes vienen de una comunidad distinta, la organización intenta referirlos con una persona o institución en la comunidad del paciente.

Los expedientes clínicos de los pacientes contienen una copia del resumen del alta, se prepara un resumen de la atención del paciente en el momento en que sea dado de alta del establecimiento.

Cualquier médico calificado puede elaborar el resumen del alta, por ejemplo, el médico del paciente, un médico residente u otro médico calificado y autorizado para ello. Si un médico en formación realiza el resumen del alta, es validado por el médico responsable. El resumen del alta de los pacientes hospitalizados es completo, el resumen de alta proporciona una síntesis o panorama general acerca de la atención recibida mientras el paciente estaba hospitalizado. (NOM-004-SSA1-2012).

## **2.2. Evaluación del dolor.**

El dolor en los pacientes críticos puede tener múltiples orígenes (traumatismos, fracturas, inflamación), los procedimientos invasivos que se realizan para su tratamiento como: procedimientos quirúrgicos, colocación de drenajes, son algunas causas que llegan a generar dolor al paciente. Las técnicas necesarias para el manejo de los pacientes como la presencia del tubo orotraqueal, mascarillas de ventilación mecánica no invasiva, colocación y presencia de sondas y catéteres; las técnicas de cuidados de enfermería (aspiración endotraqueal, movilizaciones, curaciones, entre otras) o bien, por la propia enfermedad o lesión que presenten.

El dolor se conceptualiza como una percepción sensorial localizada y subjetiva de carácter molesto o desagradable; es el resultado de una excitación o estimulación de terminaciones nerviosas sensitivas especializadas.

De lo anterior, se describe como aquella experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial, y si persiste, sin remedio disponible para alterar su causa. (Ibarra, 2006).

Las respuestas psicológicas, hemodinámicas, metabólicas y neuroendocrinas provocadas por un control inadecuado del dolor pueden provocar mayor morbilidad e incluso mortalidad. El dolor puede provocar ansiedad, insomnio, desorientación, agitación y delirio. Puede ser responsable de estados depresivos y de una mayor incidencia de dolor crónico.

El estado hiperadrenérgico, consecuencia del dolor, puede producir isquemia miocárdica, disminución del peristaltismo, palpitaciones e inmunodepresión, entre otras manifestaciones. El uso combinado de agentes analgésicos y sedantes disminuye la respuesta de estrés de los pacientes de cuidados intensivos. Pardo (2008).

#### *Escalas de evaluación del dolor.*

El primer paso para el tratamiento del dolor es su detección. La analgesia y sedación deben evaluarse por separado a pesar de su interdependencia. Sólo la ausencia de instrumentos adecuados para monitorizar el dolor puede explicar la injustificable falta de prescripción de analgésicos en situaciones o ante actuaciones dolorosas sobre los pacientes críticos.

La principal barrera en la evaluación del dolor es la diferencia entre lo que valora el personal que atiende al paciente y lo que valora el propio paciente. La mejor forma de evaluar el dolor es preguntar al paciente. El dolor es una sensación subjetiva y, por tanto, las sensaciones referidas por el paciente son la base para tomar decisiones. (Valverde, 2007).

Existen diferentes factores que pueden modificar la percepción dolorosa del paciente, como la edad, su situación cognitiva y el estado emotivo entre otras causas, las experiencias dolorosas previas y su umbral del dolor. Sin embargo, el evaluador debe conocer que también existen otra serie de barreras para una

correcta detección, unas son obvias como la incapacidad de comunicación (inconsciencia, déficit neurológico, sedación profunda, presencia de tubo orotraqueal, entre otras), algunas pueden ser no tan notorias como las barreras culturales, religiosas, el idioma, y la propia comprensión del paciente de su sintomatología. Pardo (2008).

Las escalas ideales de evaluación del dolor deben ser simples, precisas, con mínima variabilidad interpersonal, deben cuantificar el dolor y discernir la respuesta al tratamiento. Estas escalas nos deben servir para comparar diferentes tratamientos.

El manejo del dolor tiene en cuenta el entorno donde se presta la atención o el servicio, el tipo de servicios ofrecidos y la población de pacientes en atención. El establecimiento elabora procesos para manejar el dolor, los cuales:

- Aseguran a los pacientes que su dolor y sus síntomas serán evaluados y manejados debidamente
- Garantizan que los pacientes que padecen dolor sean tratados con dignidad y respeto
- Evalúan a los pacientes con tanta frecuencia como sea necesario para identificar dolor
- Planifican enfoques preventivos y terapéuticos para manejar el dolor
- Educan a los pacientes y al personal acerca del manejo del dolor.

Las escalas de valoración del dolor son métodos de medición de la intensidad de este malestar, y con su empleo podemos llegar a cuantificar la percepción subjetiva de este por parte del paciente, y ajustando así, una forma más exacta el uso de los analgésicos. Recientemente la OMS establece obviar el paso escalonado de los analgésicos, en determinados casos como lo son pacientes que refieran un dolor severo de inicio, esta institución recomienda pasar directamente al tercer escalón de un analgésico, sin necesidad de ensayar los dos escalones previos con el objetivo de evitar períodos de dolor mal controlado. Ibarra (2006).

### *Consideraciones importantes a la hora de evaluar el dolor.*

Explicar al paciente y a su familia la utilidad de evaluar de forma continua los síntomas que presenta (facilita toma de decisiones terapéuticas y el control por parte del paciente). Determinar el estado cognitivo del paciente y su deseo y capacidad para colaborar. (Ibarra, 2006).

Explicar los puntos de anclaje adecuando el lenguaje al estilo cultural del paciente.

- Dejar puntuar al paciente sin interferir ni juzgar.
- Una vez haya puntuado el paciente, validar la puntuación

(Saber si ha comprendido el instrumento y el significado de la puntuación).

- EVA (Escala visual analógica)

El tratamiento analgésico del dolor dependerá sobre todo del tipo de malestar y de la intensidad. De manera que en los dolores con la EVA  $\geq 7$  se debería de iniciar con analgésicos de mayor intensidad de eficacia, obviando los analgésicos que su acción es de dolores considerados como leves. La vía de administración recomendada es la vía parenteral.

Estas escalas de valoración del dolor son generalmente de fácil manejo y entendimiento por parte de los pacientes. Prado (2008).

### *Escala Análoga Visual - EVA*

Permite medir la intensidad del dolor entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o la menor intensidad del dolor, y en el derecho la mayor intensidad. En paciente conciente y con fiabilidad de ninguna alteración neurológica o bajo efectos de fármacos o drogas, se pedirá al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad de su dolor, y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros. Clarett (2012).

Sin dolor \_\_\_\_\_ Máximo dolor

**Escala Numérica (EN).**

Escala numerada del 1-10, donde 0 es la ausencia y 10 la mayor intensidad de dolor, el paciente selecciona el número que mejor evalúa la intensidad del síntoma. Es el más sencillo y el más usado.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor										Máximo dolor

**Escala Categórica (EC).**

Se utiliza si el paciente no es capaz de cuantificar los síntomas con las otras escalas; expresa la intensidad de síntomas en categorías, lo que resulta más sencillo. Se establece una asociación entre categorías y un equivalente numérico

0	4	6	10
Nada	Poco	Bastante	Mucho

**Escala Visual Analógica de Mejora.**

Consiste en la misma línea, en el extremo izquierdo se refleja la no mejora y en el derecho la mejora total. (Valverde, 2007).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No mejora										Mejora

### 2.3. Riesgo de caídas.

Las caídas son una de las principales causas de lesiones, de incapacidad e incluso de muerte en los pacientes de cierto grupo de población, donde principalmente se encuentran los ancianos. En todo paciente que ha caído previamente, se deben valorar las consecuencias y el riesgo de presentar nuevas caídas. Los protocolos de evaluación permiten identificar el mayor número de factores de riesgo de caídas y de presentar consecuencias severas. (Consejo de Salubridad General, 2012).

La creación de unidades de caídas como equipos multidisciplinares destinados de forma específica a la valoración y prevención de caídas, es muy importante que en todo paciente que se cae se debe valorar lo siguiente:

- a) las consecuencias y los factores de riesgo de las caídas,
- b) el riesgo de presentar lesiones severas tras una caída, y
- c) el riesgo de presentar nuevas caídas.

Una valoración exhaustiva (biomédica, funcional, mental, social) permite una mayor exactitud diagnóstica y optimiza la realización de un plan terapéutico. Dentro de esta valoración detallada, se analiza de la siguiente manera:

**Evaluación biomédica.** Se determinan las patologías agudas y crónicas, especialmente las que afectan al sistema cardiovascular, neurológico y osteomuscular. Se debe establecer los tipos de fármacos y reacciones secundarias que se pueden generar. Asimismo, el estado nutricional es también fundamental en los pacientes, la situación nutricional influye sobre la masa y la fuerza muscular.

**Evaluación funcional.** La situación física del paciente va a influir en el riesgo de caídas que presenta. Diversos estudios han puesto de manifiesto la asociación que existe entre la dependencia para las actividades básicas de la vida diaria y un mayor riesgo de caídas. Se debe detectar si el paciente presenta o no deterioro

funcional, principalmente limitaciones de articulaciones por enfermedad, lesión o - edad, así como fuerza muscular.

**Evaluación mental y psicoafectiva.** El deterioro cognitivo de cualquier origen y los estados depresivos son situaciones que se asocian a caídas.

**Evaluación social.** Se recogerán datos sobre el cuidador principal, las características de la vivienda y los recursos sociales que dispone el paciente. (OMS, 2008).

Los factores de riesgo se pueden agrupar en los relacionados con el paciente y con el entorno; estos se combinan para generar cierto nivel de riesgo, se hace necesario evaluar con escalas a un sujeto con riesgo de caídas para definir objetivos y logros en el seguimiento. Existen múltiples escalas, lo cual se considera la de mayor utilidad en los servicios de salud:

Escala del riesgo de padecer caídas de J.H. Downton, valora el riesgo con la intención de reducir aquellos factores de riesgo que pueden contribuir a las caídas. Con una puntuación de 2 o más se considera un riesgo alto; las preguntas incluyen: Caídas previas, consumo de medicamentos, déficits sensoriales, estado mental, deambulación. (Homero, 2003).

### ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS (J.H. DOWNTON)

<b>CAIDAS PREVIAS</b>	NO	0
	SI	1
<b>USO DE MEDICAMENTOS</b>	NINGUNO	0
	TRANQUILIZANTES/SEDANTES	1
	DIURETICOS	1
	HIPOSENSORES NO DIURETICOS	1
	ANTIPARKINSONIANOS	1
	ANTIDEPRESIVOS	1
	OTROS MEDICAMENTOS	1
<b>DEFICIT SENSORIALES</b>	NINGUNO	0
	VISUALES	1
	AUDITIVOS	1
	EXTREMIDADES (ECV, PARESIAS..)	1
<b>ESTADO MENTAL</b>	ORIENTADO	0
	CONFUSO	1
<b>DEAMBULACION</b>	NORMAL	0
	SEGURA CON AYUDA	1
	INSEGURA CON AYUDA/SIN AYUDA	1
	IMPOSIBLE	1
<b>PUNTAJE</b>		0/14
<b>ALTO RIESGO DE CAIDA</b>		>2/14

Escala de riesgo de padecer caída de J.H. Downton, 1993.

#### 2.4. Traslado de pacientes a otros establecimientos

En cuanto los traslados de los pacientes a otros establecimientos, existe una política que guía el traslado de pacientes a otros establecimientos a fin de cubrir sus necesidades y garantizar la continuidad de la atención. El traslado de un paciente a otro establecimiento se basa en su estado de salud y en la necesidad de servicios para la atención o la continuidad de la atención. Dicho traslado puede deberse a la necesidad del paciente de obtener una interconsulta, tratamiento especializado, servicios de urgencia, cuidados intensivos, rehabilitación o cuando se rebasa la capacidad instalada del hospital.

En algunos casos, se traslada al paciente a otro establecimiento sólo por un tiempo definido y regresa al mismo hospital, por ejemplo, para realizar una interconsulta, un estudio de imagen, una valoración especializada, terapias de rehabilitación, entre otros, en estos casos la responsabilidad del paciente continúa siendo del establecimiento donde el paciente se encuentra hospitalizado. (NOM-034-SSA3-2013).

Para lo anterior, es necesario que se tenga definido el proceso de traslado de pacientes a otro establecimiento a fin de asegurar que quien reciba al paciente cubra sus necesidades de atención.

El establecimiento que refiere determina que el que recibe al paciente tiene la capacidad resolutive y aceptara a los pacientes trasladados para atender las necesidades de su atención, al transferir a un paciente a otro establecimiento, la organización que refiere debe determinar si la organización que recibe proporciona servicios que cubran las necesidades del paciente y si tiene la capacidad para recibirlo. La disposición para recibir pacientes y las condiciones de la referencia se describe en convenios formales o informales.

Esta determinación anticipada asegura la continuidad de la atención y que se cubran las necesidades de atención del paciente.

El traslado de un paciente a otro establecimiento de atención médica puede ser un proceso breve con un paciente alerta que puede hablar, o puede involucrar el traslado de un paciente comatoso que necesita supervisión continua, por un médico o una enfermera; en estos casos el paciente necesitará monitorización continua. Por lo tanto, el estado y la condición del paciente determinan las competencias adecuadas del personal encargado de monitorizar al paciente durante el traslado.

Se entrega al establecimiento que recibe al paciente un resumen del estado clínico del paciente y de las intervenciones realizadas por la organización que refiere, a fin de asegurar la continuidad de la atención, la información del paciente se transfiere junto con el paciente. Una copia del resumen del alta, se entrega al

establecimiento receptor, junto con el paciente. El resumen incluye el estado clínico del paciente, los procedimientos y demás intervenciones proporcionadas y las necesidades del paciente para dar continuidad a su atención. (NOM-004-SSA1-2012).

### **2.5. Expediente clínico y consentimiento informado.**

El proceso de traslado a otros establecimientos se documenta en el expediente clínico del paciente. El expediente clínico de cada paciente trasladado a otro establecimiento de atención médica incluye datos sobre el nombre del establecimiento y el nombre de la persona que aceptó recibir al paciente, el o los motivos del traslado, así como cualquier condición especial de la misma y si el estado del paciente cambió durante el traslado (por ejemplo, si el paciente muere o necesita reanimación). Cualquier otra documentación que la política del establecimiento exija (por ejemplo, una firma del personal de enfermería o del médico que reciban al paciente, el nombre de la persona que monitorizó al paciente durante el traslado será incluida en el expediente clínico. (Consejo de Salubridad General, 2012).

El proceso referencia, traslado o alta del paciente tiene en cuenta las necesidades de transporte, el establecimiento debe proporcionar o hacer los arreglos necesarios para transportar a los pacientes (por ejemplo: contactar a la familia o amigos del paciente) que, por su estado y condición de salud, así lo ameriten.

Los servicios de transporte médico cumplen con las leyes, reglamentaciones y los requisitos de licencias pertinentes, las ambulancias, propias o subrogadas, cumplen con las leyes, reglamentaciones y normatividad correspondientes.

Estas leyes y reglamentaciones regulan el nivel de asignación de personal para los distintos tipos de transporte urgente, por ejemplo, el requisito de la presencia de un médico durante el transporte de determinados tipos de pacientes, así como el mantenimiento de los vehículos, las competencias de los conductores

y técnicos en urgencias médicas, o bien cuando un proceso específico de habilitación para las ambulancias. Las ambulancias deberán contener el equipamiento, medicamentos e insumos necesarios para el traslado de acuerdo a las necesidades y al estado de los pacientes. (NOM-237-SSA1-2004).

### *Consentimiento informado*

El consentimiento informado del paciente se obtiene mediante un proceso definido en el establecimiento y lo lleva a cabo personal capacitado.

Una de las principales formas en la que los pacientes se involucran en su proceso de atención es cuando otorgan su consentimiento informado. A fin de que este consentimiento sea válido, es necesario que la información acerca del acto que autoriza sea otorgada por una persona competente, de manera suficiente, veraz y previa al acto autorizado; además, debe ratificarse la comprensión de dicha información por parte del paciente, familiar o responsable legal, según corresponda y deberá formalizarse con su firma, huella digital o algún otro medio aceptado legalmente. (NOM-004-SSA1-2012).

El consentimiento informado puede obtenerse en varios momentos del proceso de atención, por ejemplo: al ingresar a hospitalización o antes de la realización de determinados procedimientos o tratamientos que conlleven un alto riesgo. El proceso de consentimiento está claramente definido por el establecimiento en sus políticas y procedimientos, y cumple con la normatividad vigente.

Se informa a los pacientes y familiares sobre los análisis, procedimientos y tratamientos que requieren su consentimiento, así como la forma en que pueden otorgarlo. Los pacientes y familiares entienden quiénes, además del paciente, pueden otorgar dicho consentimiento. Se capacita al personal involucrado para informar a los pacientes, obtener y documentar su consentimiento.

Los pacientes y familiares reciben información adecuada acerca de la enfermedad, el o los tratamientos propuestos y los prestadores de atención, para que puedan tomar decisiones sobre su atención. (NOM-034-SSA3-2013).

El personal explica claramente todo tratamiento o procedimiento propuestos al paciente y a la familia. La información proporcionada incluye:

- a) el estado del paciente,
- b) el o los tratamientos propuestos,
- c) los beneficios y riesgos,
- d) las posibles alternativas,
- e) las probabilidades de éxito,
- f) los posibles problemas relacionados con la recuperación; y
- g) los posibles resultados de no someterse al tratamiento propuesto.

El personal también informa al paciente el nombre del médico u otro facultativo que tenga la responsabilidad principal de su atención o que esté autorizado a llevar a cabo los procedimientos y/o tratamientos propuestos.

El establecimiento implementa un proceso, dentro del contexto de la ley y la cultura existentes, para cuando otros puedan otorgar el consentimiento.

Puede tomar sus propias decisiones por su condición de salud o cuando el paciente es un menor de edad. Cuando el paciente no puede tomar decisiones acerca de su atención, se identifica a un tercero responsable para la toma de decisiones, en el contexto de la normatividad vigente, de conformidad con lo señalado en el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Cuando el consentimiento es otorgado por un tercero, se documenta en el expediente clínico. (NOM-004-SSA1-2012).

El consentimiento informado que se obtiene al ingreso de pacientes a hospitalización y atención ambulatoria, es claro en cuanto a su alcance y sus

límites, internado o atendido como paciente ambulatorio. Los pacientes obtienen información respecto al alcance de este consentimiento informado, en ocasiones llamado Consentimiento informado general o de ingreso.

Los pacientes también obtienen información sobre los análisis y tratamientos para los cuales se deberá obtener otro consentimiento informado; lo anterior conforme lo señalan los artículos 80 y 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de Servicios de Atención Médica.

El consentimiento general menciona, en los casos que aplique, la probabilidad de participación de estudiantes o practicantes en los procesos de atención.

Se debe contar con lineamientos que definan cómo se documenta este consentimiento en el expediente clínico del paciente.

Se obtiene un consentimiento informado antes de: una cirugía, la aplicación de anestesia o sedación, el uso de sangre y hemoderivados y demás tratamientos y procedimientos de alto riesgo.

## **Capítulo III. Traslado interhospitalario y registro de intervenciones de enfermería.**

### **3.1. Traslado Interhospitalario.**

El traslado de pacientes en estado crítico y no crítico, se clasifican como primario, secundario y terciario. El traslado primario, es aquel en que se realiza a nivel prehospitalario, es decir, desde el lugar donde se produce la urgencia causada por lesiones o patologías hasta la llegada al área de urgencias del hospital receptor. (Linares, 2004).

El traslado interhospitalario o también conocido como traslado secundario, se realiza desde un hospital o unidad de salud a un nosocomio con mayores o iguales posibilidades de atención médica, habitualmente para proporcionar a los pacientes una atención de mayor nivel que en su unidad de atención inicial de tratamiento. Este tipo de traslados se deben realizar como un procedimiento seguro y sin repercusiones para el paciente y para el personal responsable de este procedimiento. (Hernández, 2004).

El traslado intrahospitalario o terciario, se realiza dentro de las unidades de salud, de un área hacia otra de acuerdo a las condiciones de salud del paciente y el propósito de su movilización.

La elección del traslado interhospitalario (secundario) dependerá de las cualidades del hospital y necesidades hemodinámicas del paciente. Los traslados menores a 150km de distancia, se recomiendan para ambulancias terrestres, mientras que recorridos de mayor extensión, se justifica el empleo de transporte aéreo.

La elección de cada medio de transporte, se relaciona con la disponibilidad de los mismos, así como de la distancia entre un punto y otro, condiciones climáticas, tiempo de traslado, estado hemodinámico del paciente, y la relación costo beneficio. (Hernández, 2004).

Habitualmente, el traslado interhospitalario, se realiza para proporcionar una mejor atención para el paciente en un nosocomio de mayor tecnología y con especialidades de interés, sin embargo, este tipo de traslados también se realizan de un nosocomio al domicilio del paciente cuando se ha informado que en el hospital no se pueden realizar otras alternativas de tratamiento en beneficio de la persona, y por consiguiente será inevitable su deceso. (Hernández, 2004).

De acuerdo a la necesidad hemodinámica del paciente, su manejo administrativo y la urgencia de realizar un traslado interhospitalario, se mencionan lineamientos a considerar para realizar este procedimiento:

- 1) Para el traslado de pacientes que necesiten control básico de las vías aéreas, así como control de soluciones intravenosas, se recomienda únicamente de personal técnico en urgencias médicas básicas (Paramédicos).
- 2) Para traslados de pacientes que requieren monitoreo cardíaco, uso de farmacología, control especializado de vías aéreas, y conocimientos de apoyo vital avanzado “ACLS”, es indispensable el personal paramédico de nivel intermedio y personal de enfermería con certificación o especialidad.
- 3) Los traslados de pacientes que requieren monitoreo cardíaco, vigilancia invasiva, farmacología cardiovascular o de uso específico como trombolíticos, vasopresores, administración y ministración de hemoderivados, conocimiento de marcapasos, así como dominio de protocolos de apoyo vital avanzado “ACLS”, y que el tiempo de traslado es un factor vital de supervivencia, para ello es indispensable el traslado terrestre en ambulancia de terapia intensiva con personal de enfermería especialista en urgencias médicas, médico y paramédico con nivel intermedio o avanzado.
- 4) Para pacientes con eventos agudos y el tiempo es factor primordial para la supervivencia, y la distancia del hospital receptor es considerable, se recomienda realizar traslado aéreo con personal capacitado en manejo de lo especificado en el inciso 3, asimismo, se requiere de personal de enfermería especialista en urgencias médicas, médico y paramédico. (NOM-237-SSA1-2004).

Para realizar un óptimo traslado interhospitalario, se determinan ciertas fases para protocolizar el aspecto administrativo y operativo de este procedimiento, contemplando los datos y registros previos de las condiciones hemodinámicas del paciente. (Tintinalli, 2013).

Por consiguiente, se describen las siguientes fases de un traslado interhospitalario:

### *Fase de preparación*

En este apartado, es indispensable conocer el destino del traslado, con ello determinar tiempos y medios de transporte, así como la necesidad o urgencia del procedimiento, determinando si se requiere una ambulancia de apoyo vital básico, ambulancia de terapia intensiva o traslado aéreo con personal capacitado de acuerdo a las condiciones hemodinámicas del paciente.

El transporte interhospitalario es considerado como un procedimiento de urgencia, siendo prioritario su desplazamiento a otro nosocomio, sin embargo, esto no debe dejar sin importancia la fase administrativa, ya que esto respaldará aspectos tanto de índole médica como aspectos del área legal. Asimismo, es indispensable que un familiar directo del paciente, acompañe al personal de salud a bordo de la ambulancia durante el traslado, lo cual es necesario para determinar y autorizar algún procedimiento de urgencia que pueda surgir durante este procedimiento. (Castro, 2002).

La transferencia de los pacientes será responsabilidad del médico a cargo del paciente del hospital emisor, el cual se encargará del trámite administrativo para la recepción del paciente al nosocomio donde se llevará seguimiento al tratamiento secundario para cual fue remitido, o bien para fines diagnósticos que precisen. (Linares, 2004).

En la preparación del paciente para el traslado, se deben considerar la inmovilización adecuada de posibles fracturas, heridas, esguinces, principalmente de cervicales, drenes como una toracotomía, colostomía, y el adecuado manejo de una sonda Foley, drenaje craneal, entre otros. (Linares, 2004).

Por lo anterior, es indispensable transmitir toda la información al hospital receptor de las condiciones hemodinámicas del paciente y el propósito de su envío. Durante esta primera fase, se contempla el suministro de material y medicamentos necesarios de acuerdo a las necesidades de salud y enfermedad del paciente, para llevar a cabo el traslado programado.

Para complementar ésta primera fase, es necesaria una adecuada planeación que evite complicaciones de la salud del paciente durante el traslado, por lo cual se deben contemplar los siguientes rubros:

- 1) Identificar adecuadamente al paciente
- 2) Valoración y estabilización hemodinámica previa
- 3) Informar el procedimiento al paciente (si esta consiente), si no es así, contactar al familiar para que autorice en la hoja de traslado o acta responsiva si es necesario
- 4) Valorar los peligros existentes y potenciales de acuerdo a las necesidades hemodinámicas del paciente
- 5) Disponer el material y medicamento necesario para cualquier intervención posible
- 6) Determinar y comprobar los parámetros ventilatorios y monitorización cardiológica, así como considerar la aspiración de secreciones
- 7) Mantener la vigilancia clínica y el tratamiento instaurado de acuerdo al área donde se esté tratando.
- 8) Observar que las vías de conexión periféricas y centrales estén permeables
- 9) En sondas nasogástricas se debe aspirar el contenido gástrico y pinzar la sonda para evitar derrames
- 10) Determinar las soluciones intravenosas necesarias o indispensables para la realización del traslado
- 11) Asegurar las líneas de medición para presión venosa central, presión intracraneana, presión intra abdominal, entre otras.
- 12) Proteger al paciente de cambios de temperatura, manteniendo el control térmico con utensilios determinados a este fin
- 13) Revisar fijaciones de vías, tubo endotraqueal, drenes, conexiones de bombas de infusión, cierre de bolsas recolectoras, cables de monitoreo
- 14) Registrar los signos vitales previos a la movilización del paciente.  
(Tintinalli, 2013).

### *Fase de traslado.*

Durante esta fase, se lleva a cabo el desplazamiento del paciente del centro sanitario al lugar de recepción. Previamente realizada la fase de preparación, el movimiento del paciente atrae cambios fisiológicos que se deben tener presentes en relación con el medio ambiente del transporte y las características físicas que influyen en los pacientes críticos. Los factores externos que se deben considerar en el transporte terrestre son las vibraciones, iluminación, horario de traslado, ruidos y temperatura (Tintinalli, 2013).

### *Vibraciones.*

Las vibraciones tienen efectos para el paciente que pueden conllevar a diagnosticar erróneamente una alteración cardíaca, esto manifestándose a que el equipo no funcione adecuadamente dado al movimiento irregular del vehículo de traslado. Así, en este factor, también es indispensable vigilar y asegurar adecuadamente el tubo endotraqueal del paciente para evitar con ello la extubación accidental que pueda ocurrir durante el trayecto, a lo cual puede lesionar la laringe y presentar una situación de urgencia al no tener una vía aérea segura. (Tintinalli, 2013).

Algunos pacientes de acuerdo a su lesión o enfermedad, son demasiado sensibles a las vibraciones o movimientos del vehículo, como en los pacientes donde la presión intracraneana se encuentra elevada, por ello la conducción del vehículo de transporte deberá ser lo menos perceptible posible.

El movimiento originado al momento de la aceleración y desaceleración del vehículo de motor, aun realizados de forma cortés, se presentan imprevistos que puedan generar una desaceleración repentina originando caídas de aparatos electromédicos o de otros objetos mal ubicados o colocados, para lo cual se debe tener presente, los lugares clave para la ubicación del material e instrumental. (Pérez, 2009).

### *Iluminación.*

La iluminación del interior de la cabina de atención del medio de transporte, debe de estar en óptimas condiciones al realizarse un traslado, teniendo como base sustentable si el paciente se encuentra en estado crítico. Lo anterior, con la finalidad que el personal responsable del paciente durante el traslado visualice el espacio interior y pueda ubicar adecuadamente los aparatos electromédicos, asimismo, en caso de cualquier alteración hemodinámica del paciente, puedan observar y disponer adecuadamente los fármacos e instrumental necesario para realizar un procedimiento. (NOM-237- SSA1-2004).

Preferentemente la iluminación debe de contener 2 tonos de luz que son: Luz tenue, que brindara tranquilidad y relajación durante el traslado al personal médico y demás ocupantes, y luz fuerte o de mayor intensidad, la cual brindará una iluminación correcta o ideal para que se pueda efectuar apropiadamente cualquier procedimiento. (Vergara, 2008).

### *Horario de traslado.*

Durante un traslado interhospitalario, es importante tener presente el horario en el cual se efectuará éste procedimiento, puesto que es más estresante durante horarios de entrada y salida de estudiantes y trabajadores, la concurrencia de vehículos y el ruido alteraran al personal de salud, así mismo al familiar y paciente en estado crítico o no, y en caso de urgencia se retrasará el tiempo de llegada al hospital receptor.

En los horarios nocturnos se deberá considerar la necesidad o la urgencia de realizarlo, puesto que es indispensable determinar desde las condiciones del paciente, cansancio del personal a cargo del traslado, condiciones climáticas en las cuales se incluyen el frío, lluvia, posible neblina, entre otras. La disposición del hospital receptor para poder otorgar un servicio de estudio y de personal nocturno. (Vergara, 2008).

El traslado en ambulancia en horarios nocturnos, puede conllevar a un manejo más tranquilo, sin embargo, no se descartan las condiciones de las avenidas a transitar que pueden pasar desapercibidas, como los desniveles y otras alteraciones en la calle que propicien un movimiento brusco de la unidad, asimismo, el riesgo que conlleva al encontrarse con conductores en estado inapropiado para conducir que no respeten las señales de tráfico e incluso los vehículos de emergencia. Por lo anterior, es indispensable valorar las condiciones climáticas en horario nocturno para realizar un traslado interhospitalario. (Vergara, 2008).

#### *Ruidos.*

Dentro de los factores que pueden alterar las condiciones del paciente durante un traslado, son los sonidos de altos decibeles, el ruido, principalmente el que surge de los automóviles como es el motor, tubos de escape, y música con volumen elevado, así como los propios sonidos que emanan los vehículos de emergencia, como lo son las sirenas, estos sonidos pueden incitar periodos de ansiedad, agitación y de estrés al personal, familiar y al propio paciente, si su condición lo percibe, esto se intensifica más cuando el paciente se encuentra consciente y presenta patologías cardiovasculares o del sistema nervoso. (Pérez, 2009).

### *Temperatura.*

La condición ambiental, en la cual se da prioridad a la temperatura en el interior del vehículo de transporte, se deberá evitar alteraciones como hipotermia, vasoconstricción periférica, retraso en llenado capilar, posible bradicardia y cianosis. El caso contrario, la hipertermia podría causar vasodilatación, diaforesis, entre otras causas. Para ello, se debe contar con el uso de sábanas térmicas u otros utensilios para mantener temperaturas ideales para el paciente, especialmente se deben considerar su uso en niños y adultos mayores, dado a que son más vulnerables a cambios de temperatura corporal. (Vergara, 2008).

En esta fase de traslado, se deben atender los puntos anteriores de los factores externos, es indispensable que el paciente reciba los mismos cuidados y monitorización que se le estaban brindando en el hospital. Todo paciente en estado crítico deberá ser monitorizado electrocardiográficamente, donde se pueda también valorar la saturación de oxígeno mediante el oxímetro de pulso, vigilar parámetros ventilatorios, medición de la presión arterial ya sea de manera invasiva o manual, control térmico, entre otras. Durante el traslado se deberá administrar y ministrar el tratamiento prescrito y aplicar las medidas necesarias para la estabilización hemodinámica del paciente. (NOM-237- SSA1-2004).

### *Fase de regreso al hospital emisor.*

Teniendo presentes los cuidados y procedimientos anteriores, se deberá realizar el traslado interhospitalario al hospital remitente si se ameritara el regreso, como anteriormente se mencionó la finalidad del traslado donde el propósito del mismo fuese para proporcionar un diagnóstico, tratamiento o valoración médica especializada, en el cual el paciente se retornará al hospital emisor para seguir con su tratamiento si así se ameritara.

En esta fase de regreso al hospital emisor, se mantendrán los cuidados propios al paciente los cuales se mencionaron anteriormente, con ello, para mantener el estado hemodinámico. Siguiendo el principio de que dicho paciente debe de mantener el mismo cuidado que se le ha otorgado en la unidad donde se inició con

tratamiento médico, asimismo se mantendrán los horarios de administración y ministración de medicamentos siempre y cuando las condiciones del paciente lo ameriten. (Vergara, 2008).

### **3.2. Registro de intervenciones de Enfermería**

El área de la salud es sumamente exigente tanto en sus acciones y sus redacciones, siendo así, que pueden ser penalizadas las omisiones o negligencias, de ahí que sea de suma importancia, tener claros los procedimientos y las notas que se lleven a cabo de acuerdo a las intervenciones, indicaciones, e información transmitida.

Los registros de enfermería se emplean como un documento legal y pueden emplearse para afrontar una acción penal en beneficio del centro asistencial y del personal de salud. (Urbina, 2009).

Evidentemente los registros de enfermería forman parte del expediente clínico. La NOM 004-SSA1-2012, del expediente clínico refiere que, Es el conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

Lo anterior, enmarca que todo documento en el cual contenga información de un paciente como son los procedimientos, intervenciones o estudios de laboratorio o de cualquier otra índole se incluye dentro del expediente clínico, y por consiguiente tiene un carácter de responsabilidad médico legal.

Los cuidados de Enfermería durante un traslado interhospitalario, dan continuidad a la atención médica proporcionada al paciente en el hospital de origen. Debido al desplazamiento del paciente en este tipo de traslado, el personal de enfermería proporciona los cuidados e intervenciones propias de la profesión, para lo cual, debe emplear los formatos idóneos para registrar sus acciones. Estos registros describen las intervenciones de enfermería, siendo así un documento de

carácter médico legal, útil para brindar información al equipo de salud, teniendo presente que es una de las bases fundamentales para la toma de decisiones, establece el desarrollo de programas de mejora, sea para fines estadísticos o bien, de investigación.

Los criterios establecidos en la NOM-004SSA1-2012, inciden en la calidad de los registros médicos, de enfermeras y demás personal del área de la salud, para brindar una atención oportuna, responsable, eficiente y amable.

Por necesidades del hospital y del estado de salud del paciente, se considera que este último debe ser trasladado a otra unidad de salud para fines terapéuticos, de diagnóstico o bien de consulta de médico especialista, a lo cual se debe tener presente que el traslado interhospitalario es un procedimiento que incluye la manipulación y desplazamiento del paciente, por lo cual, la responsabilidad del estado de salud del paciente repercute en el personal que autorice y realice este procedimiento, así como la autorización del familiar directo. (Urbina, 2009).

La responsabilidad de realizar un traslado interhospitalario, tiene ciertos puntos a considerar dentro de cada institución, dado a que se debe tener presente las personas indicadas para este procedimiento. Ciertas instituciones contemplan personal de salud exclusivo para realizar traslados interhospitalarios, tanto personal médico, paramédico y de enfermería, sin embargo, otras instituciones no cuentan con personal específico para realizar este procedimiento.

El personal de salud debe contar con un documento específico para notificar cualquier eventualidad durante el procedimiento de llevar a cabo un traslado interhospitalario. Dicho documento tendría la capacidad de contener las condiciones en las que egresa el paciente, comportamiento hemodinámico durante el traslado, dichas anotaciones incluyen el monitoreo cardíaco y de signos vitales, saturación de oxígeno y parámetros respiratorios, así como registro de dosis de los fármacos que se encuentren contemplados para mantener un equilibrio hemodinámico, entre otras.

En estos registros, se debe incluir un apartado para realizar las anotaciones pertinentes de los procedimientos necesarios que se lleven a cabo, dichas anotaciones pueden incluir como ejemplo, paro cardiorespiratorio en el cual fuera necesario brindar apoyo vital básico y apoyo vital cardiovascular avanzado, así como los fármacos empleados, dosis, cantidad de soluciones intravenosas, entre otras notas que el personal de salud considere necesarias de acuerdo a su intervención. (Bustos, 2001).

Todas las maniobras, técnicas y procedimientos que se realicen al paciente, deben ser registradas en la hoja de traslado, ya que es sumamente importante mantener un adecuado registro de las intervenciones que se llevaron a cabo.

Se registrarán los horarios exactos en los cuales se llevó a cabo el traslado, incluyendo la hora de salida del hospital emisor, llegada al hospital receptor, tiempo que tardo el estudio, valoración o intervención de un especialista. En caso de que el paciente sea regresado al hospital emisor, se registrara la hora de salida del hospital receptor y la llegada al hospital de origen. (Carrera, 2011).

El uso del expediente clínico resulta imprescindible, donde se destacan algunos aspectos del estado de salud y enfermedad del paciente, cuyo registro se considera de la mayor relevancia para su correcta integración, en el cual se procesa la atención y se generan los mayores beneficios.

En el marco del ejercicio de los derechos del paciente, se ratifica la importancia de que la autoridad en salud garantice la libre manifestación de la voluntad del paciente de ser o no atendido a través de procedimientos clínicos o quirúrgicos, para lo cual, el personal de salud debe recabar su consentimiento informado, o del familiar directo si las condiciones del paciente impiden su voluntad, previa información y explicación de los posibles riesgos y beneficios esperados. (Urbina, 2009).

Un aspecto fundamental de un buen expediente, es el reconocimiento de la titularidad del paciente sobre los datos que proporciona al personal del área de la salud. En ese sentido, se han considerado aquellos datos que se refieren a su

identidad personal y los que proporciona en relación con su padecimiento; a todos ellos, se les considera información confidencial. Lo anterior ratifica y consolida el principio ético del secreto profesional.

De igual manera, se reconoce la intervención del personal del área de la salud en las acciones de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que se registran y se incorporan en el expediente clínico a través de la formulación de notas médicas y otras de carácter diverso con motivo de la atención médica. En ellas, se expresa el estado de salud del paciente, por lo que también se brinda la protección de los datos personales. (NOM-004-SSA3-2012).

En este sentido se espera que el contenido se convierta en una firme aportación a los esfuerzos y procesos de integración funcional y desarrollo del Sistema Nacional de Salud, se emplea el expediente clínico convencional en el ámbito de la atención médica y orientando el desarrollo de una cultura de la calidad, permitiendo los usos: médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico principalmente. (NOM-004-SSA3-2012).

Es importante señalar los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, especialmente el de la libertad prescriptiva del personal médico a través de la cual, los profesionales y técnicos del área de la salud, habrán de prestar sus servicios a su leal saber y entender, en beneficio del usuario, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que presten sus servicios. (NOM-004-SSA3-2012).

La Norma Oficial Mexicana relativa al expediente clínico, alude en algunos de sus apartados, ciertos criterios para llevar a cabo la adecuada administración de la prestación de servicios de salud, para lo cual, se mencionan algunas de las fracciones que aluden al tema principal:

5.8 Las notas médicas, reportes y otros documentos, deberán apegarse a las disposiciones jurídicas que resulten aplicables, relacionadas con la prestación de servicios de atención médica.

5.9 Las notas médicas y reportes deberán contener como mínimo: nombre completo del paciente, fecha, hora, edad, sexo y en su caso, número de cama o expediente.

5.11 Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

5.12 De manera optativa, se podrán utilizar medios electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos o de cualquier otra tecnología en la integración de un expediente clínico, en los términos de las disposiciones jurídicas aplicables.

5.13 Los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, podrán elaborar formatos para el expediente clínico, tomando en cuenta los requisitos mínimos establecidos.

5.14 Cuando en un mismo establecimiento para la atención médica, se proporcionen varios servicios, deberá integrarse un solo expediente clínico por cada paciente, en donde consten todos y cada uno de los documentos generados por el personal que intervenga en su atención.

## 9 De los reportes del personal profesional y técnico

9.1 Hoja de enfermería. Deberá elaborarse por el personal en turno, según la frecuencia establecida por las normas internas del establecimiento y las órdenes del médico y deberá contener como mínimo:

9.1.1 Datos generales del paciente

9.1.2 Gráfica de signos vitales;

9.1.3 Ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía prescrita;

9.1.4 Procedimientos realizados; y

9.1.5 Observaciones.

Es de suma importancia situar de forma clara y organizada, el nivel de responsabilidad que el personal de enfermería tiene en el esquema estructural de los establecimientos para la atención médica en los sectores público, social y privado, así como los que prestan sus servicios en forma independiente. Ya que en la medida en que cada integrante forje su labor, la calidad en los servicios de salud por parte del profesional de enfermería se verá favorecida y el usuario recibirá mayores beneficios. (NOM-019-SSA3-2013).

Actualmente, se realizan los registros o anotaciones de un traslado interhospitalario en la hoja de enfermería o bien en el expediente clínico directamente por el médico, sin embargo, ambos documentos se encuentran en formatos que no fueron diseñados para ello. Por lo tanto, se visualizan algunos formatos que son empleados en diferentes instituciones para realizar traslados interhospitalarios, en los cuales se mencionarán ciertas observaciones para el registro de un paciente principalmente de carácter crítico o hemodinámicamente inestable, así como la información considerable que cuente dicho formato.

### **3.3. Documentos de traslado en campo interhospitalario.**

Los formatos o documentos empleados en el área prehospitalaria, son de diversa variedad de acuerdo al lugar e institución que los respalda, sin embargo, para su propósito se acoplan a lo esencial que indica la Norma Oficial Mexicana, asimismo, estos documentos regularmente se emplean en su llenado al realizar traslados de carácter interhospitalario. A lo cual, se describen algunos de ellos, y se ejemplifica uno de uso internacional de la Cruz Roja Colombiana, el cual es empleado en traslados de carácter primario y secundario.

**Formato de registro de ambulancias TIME.**

## AMBULANCIAS TIME, S.A. DE C.V.

**Antonio Salanueva No. 113 Col. Benito Juárez  
Toluca, México. C.P. 50190  
Tels. 212 90 53 y 523 73 92 722 244 18 92**

### SOLICITUD Y ENVIO DE SERVICIO


UNIDAD QUE CUBRE _____ CENTRAL <input type="checkbox"/> BASE <input type="checkbox"/>		DIA _____	MES _____	AÑO _____
PROGRAMADA	ESTUDIO DE GABINETE <input type="checkbox"/> EVENTO <input type="checkbox"/> CONSULTA <input type="checkbox"/>	SOLICITUD		
URGENCIA	T. INTENSIVA <input type="checkbox"/> T. INTERMEDIA <input type="checkbox"/> T. SENCILLA <input type="checkbox"/>	HRS. _____		
DOMICILIO _____		KM. _____		
COLONIA _____ ESTADO _____		SALIDA DE AMB. HRS. _____		
C.P. _____ TELEFONO _____		KM. _____		
NOMBRE _____ EDAD _____		LLEGADA DE AMB. HRS. _____		
ANTECEDENTES _____		KM. _____		
PADECIMIENTO _____		T R A S L A D O		
ALERGIAS _____ MEDICO TRATANTE _____		I HRS. _____		
TRASLADO DE: _____		HRS. _____		
SOLICITANTE: _____ NOMBRE _____		F HRS. _____		
TEL.: _____ CARGO _____ FACTURA# _____		KM. _____		
FAMILIAR RESPONSABLE: _____		T E R M I N O		
TEL.: _____ PARENTESCO _____ FIRMA _____		HRS. _____		
SEGURO _____ POLIZA# _____ AUTORIZACION# _____		KM. _____		
ASEGURADORA <input type="checkbox"/> CONVENIO <input type="checkbox"/> MEMBRESIA <input type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/>		E. DE COMA GLASGOW		
PAGADO <input type="checkbox"/> EFECTIVO <input type="checkbox"/> CHEQUE <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DESCUENTO <input type="checkbox"/>		APERTURA OCULAR		
PENDIENTE <input type="checkbox"/> COSTO \$ _____ I.V.A. \$ _____ TOTAL \$ _____		ESPONTANEA 4		
MEDICO GRAL. Y/O ESPEC. _____ ENFERMERA _____ OPERADOR _____		ESTIMULO VERBAL 3		
RADIO OPERADOR _____ TURNO _____ RECIBO AL PACIENTE _____		DOLOR 2		
OBSERVACIONES _____		NINGUNA 1		
COMENTARIOS _____		R E S P U E S T A M O T O R A		
NOTA: FACTURACION 15 DIAS HABILIS A PARTIR DE LA FECHA DEL SERVICIO, PRECIO MAS I.V.A., POSTERIORMENTE NO SE ADMITEN RECLAMACIONES.		OBEDECE ORDENES 6		
		LOCALIZA DOLOR 5		
		FLEXION NORMAL 4		
		FLEXION ANORMAL 3		
		EXTENSION 2		
		NINGUNA 1		
		R E S P U E S T A V E R B A L		
		ORIENTADA 5		
		CONFUSA 4		
		INAPROPIADA 3		
		INCOMPRESIBLE 2		
		NINGUNA 1		
		T O T A L		
		[ ]		

Fuente: Administración general de Ambulancias TIME.

El presente formato empleado en las unidades del medio particular de ambulancias TIME, anexa datos generales relacionados a la fecha en la que se llevó a cabo el servicio de traslado, horario de inicio y término, tanto de carácter prehospitalario así como interhospitalario, integra a su vez, el tipo de ambulancia y la finalidad por la cual se efectúa el procedimiento. Se Incluyen los datos generales del paciente incluyendo su anamnesis referente a su historial clínico. En caso necesario, se escribe el nombre del médico tratante, enfermera en turno, lugar de origen y destino del traslado. Dando lugar a ciertos criterios a desarrollar para redacción de acontecimientos o circunstancias propias del traslado realizado.

Aunado a lo anteriormente mencionado, hace referencia al aspecto administrativo del interesado, así como el empresarial. El presente formato carece de ciertos criterios para describir procedimientos efectuados, así como para realizar una valoración integral de las condiciones de salud y enfermedad del paciente, mismo que no proporciona una secuencia para protocolizar las acciones propias del personal de enfermería o del equipo de salud, a lo cual, se puede observar la escala de coma de Glasgow como valoración neurológica, quedando nula para un paciente en estado crítico y con sedación en un traslado interhospitalario.

# Formato de registro de Ambulancias LIFE



### MANEJO PREHOSPITALARIO

<input type="checkbox"/> APOYO VENTILATORIO	<input type="checkbox"/> COLLARIN CERVICAL	<input checked="" type="checkbox"/> OXIGENO
<input type="checkbox"/> INMOVILIZACION EXT.	<input type="checkbox"/> LINEA I.V.	<input type="checkbox"/> PANT. ANTISHOCK
<input type="checkbox"/> RCP BASICA	<input type="checkbox"/> EMPAQUETAMIENTO	<input type="checkbox"/> CURACION
<input type="checkbox"/> DESFIBRILADOR	<input type="checkbox"/> RCP AVANZADA	<input type="checkbox"/> EKG
<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS	<input type="checkbox"/> MONITOREO SIGNOS VITALES	<input type="checkbox"/> NINGUNO

Especifique Tratamiento: \_\_\_\_\_

Interpretación EKG: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS PREVIOS	HORA	DOSIS	VIA

---

### DATOS DE ATENCION

1. Unidad: \_\_\_\_\_ 2. Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ 3. Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_  
DIA MES AÑO HRS. MINS.

4. No. de Servicio: \_\_\_\_\_

5. Autorización: \_\_\_\_\_ 6. Siniestro: \_\_\_\_\_

7. Motivo de Atención:  
 URGENCIA  CONSULTA  TRASLADO PROGRAMADO  AEREO  EVENTO

8. Ubicación: \_\_\_\_\_  
entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_  
Colonia: \_\_\_\_\_

9. Delegación o Municipio: \_\_\_\_\_

10. Lugar:  
 VIA PUBLICA  TRABAJO  ESCUELA  RECREO  TRANSPORTE PUBLICO  HOGAR  
 OTRO ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

11. Operador: \_\_\_\_\_  
TUM: \_\_\_\_\_  
Médico y Ced. Prof.: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL PACIENTE

1. Nombre: \_\_\_\_\_

2. Sexo:  M  F 3. Edad: \_\_\_\_ Años

4. Antecedentes Personales:

ALERGICO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____
ASMA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____
ARRITMIAS	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____
ISQUEMIA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____
HIPERTENSION ARTERIAL	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____
CA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____
DIABETES	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____
NOC	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____
CIRUGIAS PREVIAS	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____
TRAUMATISMOS PREVIOS	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____
HIPERCOLESTEROLEMIA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____
TABAQUISMO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____

5. Signos Vitales:

HORA	FR	FC	TA	SpO2	Temp.	Glucosa

<b>Apertura Ocular</b> <input checked="" type="checkbox"/> 4 ESPONTANEA <input checked="" type="checkbox"/> 3 AL HABLARLE <input type="checkbox"/> 2 AL DOLOR <input type="checkbox"/> 1 NINGUNA	<b>Respuesta Verbal</b> <input checked="" type="checkbox"/> 5 ORIENTADA <input type="checkbox"/> 4 CONFUSA <input type="checkbox"/> 3 PALABRAS INAPROPIADAS <input type="checkbox"/> 2 SONIDOS INCOMPRESIBLES <input type="checkbox"/> 1 NINGUNA	<b>Respuesta Motora</b> <input checked="" type="checkbox"/> 6 OBEDECE ORDENES <input type="checkbox"/> 5 LOCALIZA <input type="checkbox"/> 4 RETIRA <input type="checkbox"/> 3 FLEXION ANORMAL <input type="checkbox"/> 2 EXTENSION ANORMAL <input type="checkbox"/> 1 NINGUNA
--	---	--

Escala de Glasgow:  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12  13  14  15

6. Afiliado:  SI  NO  
 ASEGURADORA  COMPAÑIA  MEMBRESIA

7. Especifique: \_\_\_\_\_ Póliza: \_\_\_\_\_

---

### DATOS DEL PACIENTE

1. Nombre: \_\_\_\_\_

2. Sexo:  M  F 3. Edad: \_\_\_\_ Años

4. Antecedentes Personales:

NEUROLOGICA	<input checked="" type="checkbox"/>	CARDIOVASCULAR	<input type="checkbox"/>	RESPIRATORIA	<input type="checkbox"/>
DIGESTIVA	<input type="checkbox"/>	METABOLICA	<input type="checkbox"/>	RENAL	<input type="checkbox"/>
UROGENITAL	<input type="checkbox"/>	GINECO-OBSTETRICA	<input type="checkbox"/>	PSIQUIATRICA	<input type="checkbox"/>
SISTEMICA	<input type="checkbox"/>	INFECCIOSA	<input type="checkbox"/>	EMOCIONAL	<input type="checkbox"/>

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

### TRASLADO

SI Hospital: \_\_\_\_\_  
 NO  NO AMERITA TRASLADO  NO SE ENCONTRO EL PACIENTE  
 SE NEGÓ AL TRASLADO  SERVICIO CANCELADO  FALLECIO EN EL DOMICILIO

### ENFERMEDAD

1. Producto:  VIVO  MUERTO 2. Sexo:  MAS.  FEM. Apgar.: \_\_\_\_\_

### TRAUMATISMO

1. Lesiones por Area Corporal:

AREA CORPORAL	CONT.	HER.	Fx.	ESG.	LUX.	QUEM.
CRANEO						1 2 3
CARA						1 2 3
CUELLO						1 2 3
CLAVICULA	D I					1 2 3
BRAZO	D I					1 2 3
ANTEBRAZO	D I					1 2 3
MANO	D I					1 2 3
DEDOS	D I					1 2 3
PELVIS						1 2 3
MUSLO	D I					1 2 3
RODILLA	D I					1 2 3
PIERNA	D I					1 2 3
PIE / DEDOS	D I					1 2 3
TORAX	SUP PRO SUP PRO					1 2 3
ABDOMEN	SUP PRO SUP PRO					1 2 3
GENITALES						1 2 3
COL. VERTEBRAL						1 2 3

Especifique Lesiones: \_\_\_\_\_

# Hoja Médica

Folio No. **34772**

## 2. Agente Causal:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ARMA DE FUEGO | <input type="checkbox"/> OBJETO PUNZOCORTANTE | <input type="checkbox"/> AUTOMOTOR      |
| <input type="checkbox"/> BICICLETA     | <input type="checkbox"/> MOTOCICLETA          | <input type="checkbox"/> MAQUINARIA     |
| <input type="checkbox"/> HERRAMIENTA   | <input type="checkbox"/> FUEGO                | <input type="checkbox"/> SUST. CALIENTE |
| <input type="checkbox"/> SUST. TOXICA  | <input type="checkbox"/> ELECTRICIDAD         | <input type="checkbox"/> EXPLOSION      |
| <input type="checkbox"/> PERSONA       | <input type="checkbox"/> ANIMAL               | <input type="checkbox"/> ATROPELLADO    |
| <input type="checkbox"/> AGRESION      | <input type="checkbox"/> CAIDA                | <input type="checkbox"/> OTRO           |

Especifique: \_\_\_\_\_

## 1. Tiempos del servicio:

LLAMADA	UNIDAD	CUBRIENDO	ESCENA	TRASLADO	HOSPITAL	DISPONIBLE

## DATOS LEGALES

### 1. Autoridades:

SEGURIDAD PUBLICA  PFP  JUDICIAL  MILITAR  OTRA \_\_\_\_\_

Unidades: \_\_\_\_\_

Personal: \_\_\_\_\_

### 2. Vehiculos Involucrados:

	TIPO Y MARCA	PLACAS			
1					
2					
3					

## SELLO O FIRMA DEL HOSPITAL

Entrega Paciente  
Life Support Ambulances

Medico / Hospital o Familiar Paciente

Hora: \_\_\_\_\_

Nombre y Firma

Nombre y Firma

## LIBERACION DE RESPONSABILIDAD

En virtud de que no es deseo del Sr. (a) \_\_\_\_\_ en su calidad de paciente  familiar , seguir las instrucciones y recomendaciones de: **Atención y Tratamientos Médicos**  **Traslado al Hospital**  del personal de **Life Support Ambulances**, en este momento libero a esa empresa de cualquier responsabilidad que pudiera derivársele de conformidad a lo dispuesto por el artículo 2615 del código civil vigente para el distrito federal y los demás relativos aplicables de la República Mexicana.

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Manifiesto que he sido enterado y se me ha explicado amplia y detalladamente por parte del personal de **Life Support Ambulances** acerca de los diagnósticos, estado clínico actual, evolución y tratamiento de mi persona o familiar durante el traslado, además de las complicaciones, manejo y desenlace de la misma (en caso de haber existido). Así mismo, manifiesto estar enterado y haber comprendido las condiciones y estado clínico del paciente, por lo que libero de toda responsabilidad médica, legal, penal o civil a **Life Support Ambulances** y a su personal. Acepto la atención médica y/o el servicio de traslado proporcionados por esta empresa a mi persona o familiar, haciéndome responsable a partir de este momento de las consecuencias que esto implique.

Nombre y Firma de Familiar / Responsable \_\_\_\_\_

## RECETA MEDICA

Dr.: \_\_\_\_\_ Ced. Prof.: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

EN TODOS LOS CASOS EL PACIENTE DEBERÁ ACUDIR LO MAS PRONTO POSIBLE CON SU MÉDICO TRATANTE CON EL OBJETIVO DE DAR CONTINUIDAD AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. En caso de requerir factura de los servicios que ha recibido, favor de solicitarla en el mes en que fue hecho su pago, según la Ley del Impuesto al Valor Agregado (LIVA) Art. 1B. Fuera de este tiempo, sin excepción, no podremos facturarle. Facturación y atención a clientes al 24 55 35 22.

COPIA

Fuente: administración empresarial de Ambulancias LIFE

Ambulancias de LIFE SUPPOT AMBULANCES, por medio de este tipo de formato, realiza las funciones de brindar servicios de traslado de carácter primario y secundario, el presente documento envuelve ciertos parámetros más completos que el anterior para desarrollar un traslado secundario, dado a que solicita los datos generales del paciente y personal de salud responsable durante el traslado interhospitalario, así mismo incluye un apartado para la anotación de los signos vitales por horario, un lugar para antecedentes del historial clínico, y la escala de coma de Glasgow para valoración neurológica.

Anexa relativos indicadores para dar a conocer que el paciente se encuentra o no con apoyo ventilatorio, asimismo, si se efectúan maniobras de urgencia como un RCP básico o avanzado en caso de un paro cardiorespiratorio u otra urgencia cardiovascular, el empleo de un desfibrilador, accesos intravenosos y administración de fármacos.

En situación de urgencia por las condiciones del paciente, el presente documento refleja con un apartado para especificar el tratamiento que se llevó a cabo, mismo que al presentar una urgencia cardiovascular exhibe con un apartado para describir el ritmo o interpretación electrocardiográfica y los fármacos que se emplearon en caso necesario. Adjuntando a estos últimos apartados, se incluye una zona para el registro de la hora, dosis y vía de ministración de fármacos y procedimientos efectuados.


En la segunda página de este formato, incluye la redacción para deslindar responsabilidades o bien denominada aquí liberación de responsabilidad, la cual a su vez puede fungir como consentimiento informado, en el cual se da conocimiento al familiar sobre los riesgos de llevar a cabo el procedimiento de traslado interhospitalario. Aunado a lo anterior, firma el familiar responsable y el personal de salud que se involucre en este procedimiento.

# Formato de registro de Ambulancias de ISEM – SUEM.



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO



Parte de Ambulancia								Folio No. 129304		
SALIDA BASE	LLEGADA EVENTO	SALIDA EVENTO	LLEGADA HOSPITAL	SALIDA HOSPITAL	AMBULANCIA	BASE	FECHA	RADIO OPERADOR		
Solicitado por: <input type="radio"/> 066 <input type="radio"/> 060 <input type="radio"/> Usuario <input type="radio"/> Cruz Roja <input type="radio"/> Otro:										
<b>I. Datos Del Servicio</b>										
LUGAR DEL ACCIDENTE:			TRASLADADO A:			TIPO DE SERVICIO:			Accidente de Trafico	
<input type="radio"/> Hogar			<input type="radio"/> Hospital ISEM			<input type="radio"/> Traslado			<input type="radio"/> Choque	
<input type="radio"/> Escuela			<input type="radio"/> Hospital Particular			<input type="radio"/> Caído			<input type="radio"/> Volcadura	
<input type="radio"/> Trabajo			<input type="radio"/> ISSEMYM			<input type="radio"/> Quemado			<input type="radio"/> Atropellado	
<input type="radio"/> Vía Pública			<input type="radio"/> ISSSTE			<input type="radio"/> Herido			<input type="radio"/> Caído de Moto	
<input type="radio"/> Carretera			<input type="radio"/> IMSS			<input type="radio"/> Golpeado			<input type="radio"/>	
<input type="radio"/> Centro Deportivo			<input type="radio"/> Atención en el lugar			<input type="radio"/> Inconsciente				
<input type="radio"/> Otro: _____			<input type="radio"/> Otro: _____			<input type="radio"/> Enfermo			<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>			<input type="radio"/>			<input type="radio"/> Otro			Cinturón de Seguridad <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Nombre del Hospital:						Ubicación: Calle y Municipio				
<b>II. Datos Del Paciente</b>										
Nombre:						Edad:		Género: <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M		
Ocupación: <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Ama de casa <input type="radio"/> Comerciante <input type="radio"/> Empleado <input type="radio"/> Desempleado <input type="radio"/> Otro: _____										
Estado Civil: <input type="radio"/> Soltero (a) <input type="radio"/> Unión Libre <input type="radio"/> Casado					Domicilio particular:					
<input type="radio"/> Sin Signos										
Signos Vitales										
Hora	T.A	F.R.	F.C.	% Sat O <sub>2</sub>	Glucemia	Temp	Escala De Glasgow			
0'							Anterior			
5'							Posterior			
10'							Apertura Ocular			
Tipo De Lesión							Respuesta Motriz			
Traumáticos			Enfermedades			Respuesta Verbal				
<input type="radio"/> Contusión			<input type="radio"/> U. cardiovascular			4 Espontáneamente				
<input type="radio"/> Esguince			<input type="radio"/> U. Respiratoria			3 A una orden verbal				
<input type="radio"/> Luxación			<input type="radio"/> U. Gineco-Obstetricia			2 Al dolor				
<input type="radio"/> Quemadura			<input type="radio"/> U. Gastrointestinal			1 No responde				
<input type="radio"/> Mordedura			<input type="radio"/> U. Metabólica			6 Reaccion ante estímulo doloroso				
<input type="radio"/> Picadura			<input type="radio"/> U. Neurológica			5 Localiza el dolor				
<input type="radio"/> Fractura			<input type="radio"/> EVC			4 Se retira al dolor				
<input type="radio"/> Intoxicación			<input type="radio"/> U. Psiquiátrica			3 Flexion anormal				
<input type="radio"/> Prensado			Parto			2 Rigidez del cuerpo				
<input type="radio"/> Herida por arma de fuego			<input type="radio"/> OVIVO <input type="radio"/> O MUERTO			1 Sin respuesta				
<input type="radio"/> Herida por arma blanca			<input type="radio"/> O F <input type="radio"/> M <input type="radio"/> Aggr: _____			5 Orientado y conversa				
			<input type="radio"/> Otro: _____			4 Desorientado y hablando				
						3 Palabras inapropiadas				
						2 Sonidos incomprensibles				
						1 Sin respuesta				
						Aliento Etílico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
<b>Probable Diagnóstico:</b>										
<b>III. Manejo Prehospitalario</b>										
<input type="checkbox"/> A			<input type="checkbox"/> B			<input type="checkbox"/> C				
<input type="checkbox"/> Cánula orotraqueal			<input type="checkbox"/> Oxígeno _____ lt./min.			<input type="checkbox"/> Punzocat no. _____				
<input type="checkbox"/> Tubo laríngeo no. _____			<input type="checkbox"/> Mascarilla simple			<input type="checkbox"/> Solución NAACL 0.9 % _____ ml.				
<input type="checkbox"/> Mascarilla laríngea no. _____			<input type="checkbox"/> Puntas nasales			<input type="checkbox"/> Solución Hartmann _____ ml.				
<input type="checkbox"/> Collarín cervical rígido			<input type="checkbox"/> Mascarilla con reservorio			<input type="checkbox"/> Solución glucosa 5% _____ ml.				
<input type="checkbox"/> RCP Básico			<input type="checkbox"/> Ambú			<input type="checkbox"/> Solución glucosa 50% _____ ml.				
<input type="checkbox"/> Empaquetamiento			<input type="checkbox"/> Ventilador (AMV)			<input type="checkbox"/> Vendaje				
<input type="checkbox"/> Curación						<input type="checkbox"/> Medicamentos				
Hora		Medicamento		Dosis		Via				
<b>IV. Relación De Pertenencias</b>										
Nombre y firma de la persona a quien se entregaron las pertenencias y parentesco:						<input type="radio"/> Sin relación de pertenencias				
<b>V. Otros Datos</b>										
Tipo De Vehículo: <input type="radio"/> Bicicleta <input type="radio"/> Motocicleta <input type="radio"/> Automóvil <input type="radio"/> Taxi <input type="radio"/> Camioneta <input type="radio"/> Autobús <input type="radio"/> Tráiler <input type="radio"/> Otro: _____										
Marca			Placas			Color		Ruta		
<b>VI. Regulación Del Servicio Por CCH</b>										
Unidad Hospitalaria:						Hora:				
Médico Que: <input type="radio"/> Autoriza <input type="radio"/> Recibe:						Gestionado Por: <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> TUM				
Nombre y Cargo:						Nombre:				
<b>VII. Personal Que Cubrieron El Servicio</b>										
Nombre y Firma					Nombre y Firma					
Cargo: <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Paramédico					Cargo: <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Paramédico					
Nombre y Firma					Observaciones:					
Cargo: <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Paramédico					Admisión al hospital					
UNIDAD DE LA POLICIA EN EL LUGAR: <input type="radio"/> Federal <input type="radio"/> Estatal <input type="radio"/> Municipal <input type="radio"/> Otra					Médico que recibe, Nombre y Firma					
Numero de patrulla _____										
Oficial, Nombre y Firma _____										

**RECHAZO DE ATENCIÓN.**

Por el presente rechazo a toda atención médica de urgencia y/o traslado a algún centro de atención médica ofrecida por el personal de la Subdirección de Urgencias del Estado de México, se me ha advertido de los efectos adversos y/o nocivos que pueden ser resultado de mi negativa para aceptar el traslado o servicio prehospitalario de urgencia previamente ofrecidos.

Por el presente libero y me comprometo con la Subdirección de Urgencias del Estado de México y a su personal de toda demanda y responsabilidad de cualquier naturaleza, por cualquier efecto adverso o nocivo que pudiera resultar de mi negativa a aceptar el traslado y atención de urgencia ofrecido.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma

FUENTE: Departamento de enseñanza del Servicio de Urgencias del Estado de México.

El Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) por parte del Servicio de Urgencias del Estado de México (SUEM), emplea un documento que contempla lo esencial para el registro de un traslado de carácter prehospitalario, sin embargo, este formato a su vez, es empleado para efectuar el registro de un traslado de carácter interhospitalario. El ISEM, propiamente en sus hospitales o centros de salud, carecen de un documento específico para el registro de un traslado interhospitalario, asimismo, no contempla personal especializado para desempeñar este procedimiento en particular.

El documento empleado en este instituto, incluye horarios de servicio, fecha y número de unidad en la que se realizó el procedimiento. En el apartado uno del presente formato, anexa el lugar donde se solicitó el servicio al cual se acudió.

En el siguiente apartado de este formato, se incluyen los datos generales del paciente, signos vitales, tipo de lesión, en el cual se especifica si se trata de paciente de trauma o paciente clínico, escala de coma de Glasgow y probable diagnóstico.

La terapéutica o manejo empleado, mencionado en el apartado número tres, se incluyen aspectos a resaltar como lo es el uso de medicamentos, donde se especifica hora, dosis, vía de ministración, así como otros puntos de tratamiento relacionados con un RCP y ventilación manual o con un dispositivo mecánico.

Posteriormente alude al personal que otorgó el servicio, a lo cual redacta el nombre, firma y cargo, esto permite identificar a los integrantes de la atención médica.

Al final de este formato, redacta una liberación de responsabilidades con un apartado que denomina – Rechazo de atención- en el cual deslinda al personal de la atención médica en caso de urgencia y/o traslado de responsabilidad médica y legal que pudiese resultar.

El presente formato reúne características propias para un traslado primario y atención de urgencia prehospitolaria, no obstante, queda carente para efectuar un óptimo registro de un traslado de carácter secundario.

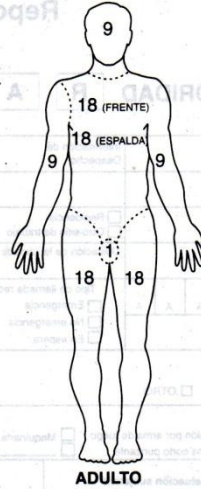


**MÓVIL NUMERO 11**

**CÓDIGOS DE DISPOSICIÓN NO HOSPITALARIOS**

ANCIANATO.....	001
OTRA INSTITUCIÓN MÉDICA.....	002
RESIDENCIA.....	003
TRATADO POR ESTA UNIDAD, PERO	
TRANSPORTADO POR OTRA.....	004
RECHAZO DE ASISTENCIA	
MEDICA/TRANSPORTE.....	005
SERVICIO CANCELADO.....	006
EN ESPERA (NO HAY PACIENTE).....	007
NO SE ENCUENTRA PACIENTE.....	008
FALSA ALARMA.....	009
OTRO.....	010

**La Regla de Nueve**  
Estimación de Superficie  
Corporal Quemada  
(Porcentaje)



**PERSONAL QUE RECIBE EL PACIENTE**

NOMBRE CARGO CODIGO

**ESCALA DE COMA GLASGOW (GCS)**

ADULTO / NIÑO INFANTE

**EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDADES**  
**RECHAZO DE SERVICIOS MÉDICOS / TRANSPORTE**  
**LLENE ÚNICAMENTE LA PRIMERA COPIA**

Mediante la presente declaro que me niego a aceptar el tratamiento / traslado a un hospital y reconozco a si mismo que el médico o personal de la ambulancia recomendó este tratamiento / traslado. Consiguientemente, eximo a dichas personas de toda responsabilidad por haber respetado y cumplido mis deseos expresos.

Firma: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

Oculomotor	Espontáneo	4	Espontáneo	4
	A voz	3	A voz	3
	A dolor	2	A dolor	2
	Ninguna	1	Ninguna	1
Verbal	Orientado	5	Sonríe, interactiva	5
	Confundido	4	Se puede consolar	4
	Palabras inapropiadas	3	Llora al dolor	3
	Sonidos incomprensibles	2	Gemido al dolor	2
	Ninguna	1	Ninguna	1
Locomotor	Obedece órdenes	6	Movimiento norm. Espont.	6
	Localiza dolor	5	Localiza dolor	5
	Retira al dolor	4	Retira al dolor	4
	Flexión al dolor	3	Flexión anormal	3
	Extensión al dolor	2	Extensión anormal	2
	Ninguna	1	Ninguna	1

**QUEMADURAS**

- SUPERFICIAL (1)  PARCIAL (2)  COMPLETA (3)  
 TERMICA-FRIO / CALOR  
 ELECTRICA  
 QUIMICA-NOMBRE CONC. \_\_\_\_\_

**PORCENTAJE TOTAL DE QUEMADURA=** \_\_\_\_\_

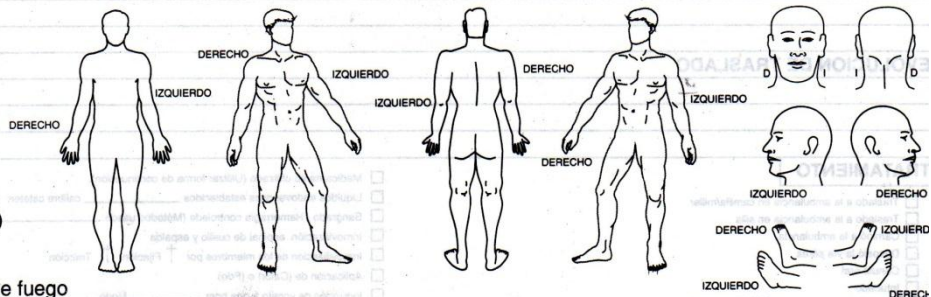
DIBUJAR LOCALIZACIÓN DE QUEMADURAS EN TODAS LAS COPIAS

**RTS ESCALA DE TRAUMA REVISADA**

Tensión Arterial	Frec. Resp.	ECG	Puntaje
>89	10-29	13-15	4
79-89	>29	9-12	3
50-78	0-9	6-8	2
1-49	1-5	4-5	1
0	0	3	0

**Localización de Lesiones**

- E Escoriación
- C Contusión
- H Hematoma
- F Fractura
- L Laceración
- I Inflamación
- S Sensibilidad
- D Dislocación
- D Dolor
- Q Quemadura (123)
- Hem Hemorragia
- AMP Amputación
- LAF Lesión de arma de fuego
- LCP Lesión corto punzante



**COMENTARIOS:**

Colombia, a través de la cruz roja Colombiana seccional de Caldas, contribuyó a esta investigación otorgando un reporte de atención del servicio que se brinda en ese país.

En el análisis de este documento se describen aspectos sumamente detallados para describir el grado de urgencia y condiciones del paciente, asimismo, relata su lugar de procedencia.

En la descripción de un paciente de trauma, donde es de suma importancia el mecanismo de lesión, este documento contempla la cinemática del mismo para describir las posibles lesiones que presenta una persona, por igual, hace mención al tiempo y material necesario para su atención o extracción en caso que fuese preciso de una atención prehospitalaria. En sus apartados evoca aspectos del historial clínico y al registro de signos vitales, así como la escala de coma de Glasgow para valoración neurológica, datos para registrar hallazgos dentro de una exploración física. Todo ello hace un registro óptimo para un traslado de carácter primario.

Concerniente a los aspectos de un traslado interhospitalario, contempla un apartado en el cual se describe el motivo del mismo, medicamentos que se emplearon, la observación física, las condiciones actuales del paciente, así como un área para relatar la evolución del paciente durante el traslado.

En uno de sus apartados, incluye el tratamiento en el cual se ejemplifica el tipo de urgencia, tratamiento que se otorgó y quien lo otorgó, contemplando en forma superficial un área para indicar que se conoce de una urgencia ginecológica, si así se contemplara. Integra como escala de valoración la regla de los 9s para pacientes quemados, en valoración neurológica incluye la escala de coma de Glasgow, como escala de pronóstico contempla la escala de trauma revisada – Trauma Score -.

Aunado a lo anterior, se mencionan las probables causas que hayan inducido una quemadura, ejemplificando las lesiones en el cuerpo humano de acuerdo a las imágenes diseñadas para ello. Se finaliza con un espacio destinado para efectuar comentarios en el cual el personal de salud contemple la necesidad de plasmar una descripción.

Enmarcando en este formato, se exhibe la exoneración de responsabilidades, o bien, que puede encuadrar un documento médico legal por rechazo de atención médica, lo cual es protección hacia el personal de salud para responder a una contrariedad legal, dado a que el mencionado es similar a un consentimiento informado, donde se exponen las condiciones de salud o enfermedad. Aunado a ello, se solicita la autorización del paciente o familiar directo, así como su firma de aceptación o rechazo de atención con previo conocimiento de lo antes mencionado.

### **3.4. Registros de Enfermería en hospital público y privado.**

Las intervenciones de Enfermería, engloban una amplia variedad de conocimientos forjados en acciones. Dado a su complejidad, es arduo mencionar cada procedimiento realizado a un paciente, sin embargo, todas las acciones, procedimientos, intervenciones y lo relacionado directa o indirectamente con la atención del paciente, es de relevante importancia para labrar esas acciones en un documento como prueba del ejercicio proporcionado.

A lo anterior, se da paso el mencionar y ejemplificar los documentos que el personal de Enfermería recurre para su llenado al realizar un traslado de pacientes de un establecimiento sanitario a otro con diferente propósito, a lo cual, se ejemplifica un documento de uso hospitalario de carácter público, y uno de carácter privado.

# Hoja de registro de Enfermería en hospital público

## Hoja de Registro Clínico de Unidad de Cuidados Intensivos

Nombre _____	Sexo _____	Edad _____	Cama _____
Expediente _____	Peso Real _____	Peso Ideal _____	Talla _____
Fecha _____	Fecha de Ingreso _____	SC _____	Días de Estancia _____

Diagnóstico \_\_\_\_\_

APACHE \_\_\_\_\_

Agua Metabólica \_\_\_\_\_ ml  
 P. Insensibles \_\_\_\_\_ ml  
 P. Anormales Fiebre \_\_\_\_\_ ml  
 P. Anormales Sudor \_\_\_\_\_ ml  
 P. Anormales Taquipnea \_\_\_\_\_ ml

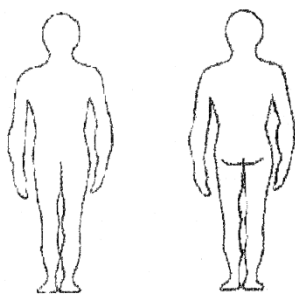
Kcal Totales \_\_\_\_\_  
 % HCO \_\_\_\_\_  
 % Proteínas \_\_\_\_\_  
 % Lípidos \_\_\_\_\_  
 Rel Kcal/No proteicas: Nit \_\_\_\_\_

**Ingresos Totales**  
 Líquidos \_\_\_\_\_ ml  
 Sodio \_\_\_\_\_ mEq/l  
 Cloro \_\_\_\_\_ mEq/l  
 Potasio \_\_\_\_\_ mEq/l

**Egresos Totales**  
 Líquidos \_\_\_\_\_ ml  
 Sodio \_\_\_\_\_ mEq/l  
 Cloro \_\_\_\_\_ mEq/l  
 Potasio \_\_\_\_\_ mEq/l

**Balanco 24hrs.**  
 Líquidos \_\_\_\_\_ ml  
 Sodio \_\_\_\_\_ mEq/l  
 Cloro \_\_\_\_\_ mEq/l  
 Potasio \_\_\_\_\_ mEq/l

**VALORACION DE LA PIEL**



Observaciones: \_\_\_\_\_

LABORATORIOS			
HORA			
Hematocrito			
Hemoglobina			
Leucocitos			
Plaquetas			
Creatinina			
Urea			
Bun			
Sodio			
Potasio			
Calcio corregido			
Magnesio			
Fosforo			
Bilirubina Total			
Bilirubina Directa/Indirecta			
Albumina			
TP			
TPT			
INR			
TGO/TGP			
Amilasa			
Lipasa			
Glucosa			

Imágenes: \_\_\_\_\_

Infectología: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico (Turno Matutino) _____	Nombre del Médico (Turno Vespertino) _____	Nombre del Médico (Turno Nocturno) _____
--	--	--







El formato anterior perteneciente a un hospital público, se exponen cuatro apartados, donde hace referencia a este diseño que se denomina hoja de registro clínico de unidad de cuidados intensivos, siendo esta para uso del personal de enfermería.

En la hoja frontal de este formato, se visualiza como primer punto, los datos generales y específicos del paciente, así como su diagnóstico. Aunado a este primer apartado, contiene un balance de ingresos y egresos de líquidos, un área para efectuar las anotaciones correspondientes a una valoración de la piel en situaciones de escaras o úlceras, o bien, otra alteración dérmica. Un apartado destinado a resultados de laboratorio, imágenes y finalmente para asentar el nombre del médico tratante en turno.

En la hoja dos, presenta el área para el registro de signos vitales, anotaciones de diferentes presiones a monitorear, apartado para hemodinámica, ingresos y egresos para balance de líquidos por hora y turno. Para la hoja tres de este formato hace mención a los parámetros ventilatorios, nivel de dependencia del paciente según la valoración clínica de enfermería, así como los diagnósticos y estándares clínicos de esta profesión.

Por último, reseña una zona para describir los medicamentos empleados, vía, dosis y horario, así como las intervenciones específicas de enfermería, las observaciones realizadas por el profesional, y los procedimientos de carácter invasivo que se hayan realizado, contempla la fecha de instalación, sitio de aplicación, vía de acceso, y nombre del profesional quien realizó el procedimiento.

Por lo anteriormente descrito, este diseño de formato reúne las características para la valoración y manejo de un paciente en estado crítico dentro de un área hospitalaria, mismo que podría ser de utilidad para el desarrollo de un traslado de carácter secundario, sin embargo, descarta algunos puntos, dado a que no está diseñado para el fin de realizar un traslado interhospitalario.

## **Hoja de registro de Enfermería en hospital privado**

El presente diseño empleado en un hospital de carácter privado, ilustra al ser utilizado en una unidad de cuidados intensivos neonatales, su primer fragmento del cual se hace mención a los datos generales del paciente, mismos que enmarcan la fecha de ingreso, diagnóstico, días de estancia, y propiamente los antecedentes oportunos de un recién nacido como lo es el APGAR, edad gestacional, somatometría, género, entre otros puntos de tratamiento en materia de ser realizados.

Posteriormente, dentro del mismo fragmento, se hace mención a los signos vitales, valoración de apneas, ciertos reactivos de carácter metabólico y técnicas de alimentación. Por último, reiteran los datos generales del paciente.

En el segundo apartado del presente diseño, evidencia la valoración clínica de enfermería neonatológica, donde en síntesis evidencia las necesidades universales como lo es la respiración, alimentación, termorregulación, eliminación urinaria e intestinal, entre otras.

Incluye en el presente apartado una sección denominada: necesidades en la desviación de la salud, en la cual, el estado de alerta, crisis convulsivas secreciones por diversas vías y parte de una anamnesis hace mención a este apartado, al cual se recurre el carácter administrativo de los antecedentes descritos.

La evaluación del dolor y una observación general, concluyen con la valoración de enfermería del registro presentado, a lo cual, su empleo es poco profundo para la valoración integral del profesional de enfermería.

De lo anteriormente descrito, los registros empleados por el profesional de enfermería, son de gran utilidad para reafirmar y acentuar las acciones propias del área, sin embargo, carecen de ciertos lineamientos para recurrir al procedimiento de un traslado de carácter interhospitalario, teniendo presente que no fue diseñado para ello, pero es empleado para este fin.

## **Metodología**

### **Diseño del estudio**

Este estudio se realizó con un enfoque metodológico cuantitativo, es de tipo descriptivo y transversal. Se inserta en la línea de investigación de administración de los servicios de enfermería.

### **Descripción del universo de trabajo**

Lo componen 900 enfermeras de dos hospitales de tercer nivel de salud en la ciudad de Toluca.

### **Muestra**

19 enfermeras de los hospitales de tercer nivel de salud, con experiencia en traslados interhospitalarios. Dos auxiliares de enfermería general, siete enfermeras generales, tres licenciadas en enfermería, cinco especialistas y dos enfermeras jefe de piso.

### **Muestreo**

No probabilístico, intencional o selectivo (Rojas, 2001).

### **Instrumento**

El instrumento que se aplicó, se estructuró con tres apartados, el primero corresponde a datos generales, el cual contempla género, edad, antigüedad laboral, categoría dentro de su centro de trabajo, y nivel académico, el segundo contempla la experiencia en realizar traslados interhospitalarios, el tercer y último indicador, se refiere a información sobre el uso y manejo de formatos de registro específicos de traslado para enfermería. (Anexo 1).

Los tipos de preguntas fueron: 6 abiertas y 5 cerradas, de las cuales dicotómicas y dos de opción múltiple. Con lo anterior, se toma la decisión de dar a conocer el formato de proyecto para traslados interhospitalarios de uso para

enfermería. Esto enriqueció nuestro proyecto, contemplando sugerencias de las enfermeras para favorecer nuestro formato.

Para el diseño de la propuesta para el diseño de la hoja para traslados, se consideraron los resultados de este estudio y se realizó una revisión bibliográfica de la NOM-019, como base legal del ejercicio profesional de enfermería, asimismo, se consultaron algunos formatos de registro para traslados de pacientes como las empleadas en el Instituto de Salud del Estado de México, Cruz Roja Mexicana, ambulancias particulares como TIME y LIFE, así como hojas de enfermería de uso en unidades médicas particulares y públicas, a partir de las cuales se elaboró un formato de registro de intervenciones de enfermería en traslados interhospitalarios.

Una vez diseñada la propuesta de hoja de registros de enfermería para los traslados, se procedió a la validación de éste, por el método Delphi, en el cual participaron las tres enfermeras con el grado de licenciadas en enfermería con experiencia en traslados interhospitalarios.

La propuesta de hoja de registro de enfermería para los traslados contiene un apartado de datos institucionales, datos del paciente, escala de coma de Glasgow, escala de Ramsay, escala de medición para pacientes quemados, parámetros ventilatorios y de signos vitales de egreso, de traslado e ingreso, indicadores de procedimientos invasivos, manejo farmacológico, escala de riesgos de caídas, escala del dolor, control de líquidos, evolución de traslado y consentimiento informado de traslado de conocimiento al familiar del paciente.

### **Método Delphi**

Los criterios para la elección del personal experto, se basaron en la experiencia, así como en el desarrollo de registros de sus intervenciones en traslados interhospitalarios. Quienes asumieron la responsabilidad de emitir sus acciones en un documento. El tiempo estimado de colaboración fue de aproximadamente diez minutos, la utilidad de los resultados y el medio de comunicación establecido fue acorde para la comprensión de cada experto.

## **Procedimiento**

Para la fundamentación de este estudio, se consultó bibliografía existente en la facultad de enfermería y bibliografía personal, en el buscador google académico y en la base de datos como son redalyc. Las palabras clave de búsqueda fueron: registros, traslados, enfermería.

Para la aplicación del instrumento, se solicitó la autorización firmada en el consentimiento informado, consecutivamente se prosiguió a responder el cuestionario. Posteriormente al llenado de los cuestionarios y obtener sus respuestas, se diseñó la propuesta de un formato de registro, el cual se les entregó a cada una de las participantes para obtener información relacionada con observaciones de mejoras, sugerencias, opiniones e ideas, de las cuales solo se generaron cuatro análisis, que fueron atendidos. Una vez que las enfermeras estuvieron de acuerdo, se obtuvo la validación por parte de tres licenciadas en enfermería

## CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO

Nombre del experto: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_

Cédula profesional: \_\_\_\_\_

Ejerciendo como: \_\_\_\_\_

Por medio del presente, hago constar que realicé la revisión de la propuesta referente a \_\_\_\_\_ elaborado por el estudiante de maestría \_\_\_\_\_ quien realiza un trabajo de investigación titulado:

“ \_\_\_\_\_ ”

Una vez indicadas y evaluadas las correcciones pertinentes, considero que dicho proyecto es válido para su aplicación.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del experto.

Toluca México, agosto de 2016.

## **Aspectos bioéticos**

La Ley General de Salud en su artículo 100, cita que se deberá contar con consentimiento por escrito de la persona a quien se realizará la investigación, y por ende describe a que la investigación en seres humanos deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica y podrá efectuarse solo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos y daños innecesarios al sujeto en experimentación. (Ley General de Salud, 2008).

Otro fundamento ético legal, es el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, en sus artículos 13, 14 , 16, 17, 21 y 22, donde menciona que una investigación sin riesgo se considera a: estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos, y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. (Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación).

## Resultados

En este estudio se observa una mayor frecuencia en la participación de traslados interhospitalarios del género femenino con un 68.4%, mientras que al masculino corresponde el 31.6%.

El nivel académico del profesional de Enfermería participante en este estudio, se observan tres niveles de preparación: Enfermería General, Licenciatura en Enfermería y Enfermera Especialista. A lo cual, en lo que respecta a la experiencia que contemplan en la realización de traslados interhospitalarios es muy similar entre los tres niveles de preparación, sobresaliendo el personal con Enfermería General con (36.8%) y Licenciatura en Enfermería con igual porcentaje del (36.8%). El pos técnico en Enfermería contribuye a un (26.4%) en la realización de este procedimiento.

Las categorías del personal Enfermería en las que han participado en traslados interhospitalarios son las siguientes: Auxiliar de Enfermería General, (10.5%), Enfermería General (36.8%), Licenciatura en Enfermería (15.8%), Enfermera Especialista (26.3%) y Jefe de Piso (10.5%). Con relación a la antigüedad laboral, se encontró una mínima de 5 años y una máxima de 20. Con una media de 15.7. (Tabla 1).

**Tabla 1.** Datos sociodemográficos del personal de enfermería que participa en traslados interhospitalarios.

**N = 19**

<b>Género</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>		
Femenino	13	68.4		
Masculino	6	31.6		
<b>Edad</b>				
Femenino	14	73.6		
Masculino	5	26.3		
<b>Nivel Académico</b>				
Enfermería General	7	36.8		
Licenciatura en Enfermería	7	36.8		
Pos técnico	5	26.3		
<b>Categoría</b>				
Auxiliar de Enfermería	2	10.5		
Enfermería General	7	36.8		
Licenciatura en Enfermería	3	15.8		
Especialista	5	26.3		
Jefe de piso	2	10.5		
	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Antigüedad Laboral	15.79	7.7	5	20

Fuente de información: Cuestionarios aplicados.

El número de traslados en los que ha participado el personal de enfermería, es un mínimo de 2 y un máximo de 20. Con una media de 9, + - 6.1. Observamos en esta investigación, qué al realizar un traslado interhospitalario, prevalecen tres áreas hospitalarias en el manejo de pacientes en estado crítico o hemodinámicamente inestables, estas áreas son: Urgencias, área de choque y la unidad de cuidados intensivos. La primera área indicada representa un 31.6%, la unidad de cuidados intensivos atribuye el 10.5% para este procedimiento, y 57.9% es en el área de choque, lo anterior para realizar traslados de carácter interhospitalario.

La finalidad con la que se realiza un traslado interhospitalario, regularmente es para otorgar al paciente un tratamiento de un especialista, lo cual indica el 42.1%. Al referir al paciente a una consulta especializada es del 42.1%, la misma cantidad de porcentaje que el dato anterior, y para realizar al paciente un estudio de diagnóstico, es del 15.8%.

La valoración hemodinámica del paciente, se realiza antes de iniciar el traslado interhospitalario, a lo cual el 63.2% del personal de Enfermería realiza este procedimiento, el 5.3% refiriere nunca realizarlo, y el 31.6% lo realiza casi siempre. El personal de enfermería verifica que los registros y anotaciones, coincidan con los parámetros hemodinámicos del paciente en un 68.4%. Se observa que el restante 31.6% casi siempre realiza esta labor.

El 100% del personal de enfermería que participó en este estudio, no conoce algún documento específico para realizar registros de enfermería en un traslado interhospitalario en materia legal en un 63.2%, a lo cual el 36.8% lo piensa sustentable en cuestión legal. El documento que emplea el personal de

Enfermería en un traslado interhospitalario es del 84.2% al uso de la hoja de Enfermería hospitalaria, y un 15.8% no emplea ningún documento.

La finalidad que consideraría necesaria emplear el personal de enfermería el uso de un documento específico de esta área es del 26.3%, con el mismo porcentaje del 26.3% cree que la utilidad se emplearía para obtener un control administrativo de los traslados efectuados, y el 47.4% representa el empleo del documento para sustento legal de las intervenciones del personal de Enfermería. (Tabla 2).

**Tabla 2.** Experiencia de enfermería en traslados interhospitalarios

	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Número de traslados	9	6.1	2	20
<b>Área de inicio de traslado</b>		<b>Frecuencia</b>		<b>Porcentaje</b>
Urgencias		6		31.6
Área de choque		11		57.9
UCI		2		10.5
<b>Finalidad del traslado</b>				
Estudios Diagnósticos		3		15.8
Tratamiento Especializado		8		42.1
Consulta de Especialista		8		42.1
<b>Valoración Hemodinámica</b>				
Nunca		1		5.3
Casi Siempre		6		31.6
Siempre		12		63.2
<b>Verificar Registros</b>				
Casi Siempre		6		31.6
Siempre		13		68.4
<b>Conocimiento de Documento</b>				
No		19		100
Si		0		0
<b>Documento Legal</b>				
Si		7		36.8
No		12		63.2
<b>Documento Empleado</b>				
Formato Específico de Enf.		5		26.3
Control Administrativo		5		26.3
Documento Legal		9		47.4

Fuente de información: Cuestionarios aplicados.

## Discusión

En este estudio se observó que un poco menos de la tercera parte del personal que participa en traslados interhospitalarios son hombres, proporción mayor a lo que reporta en el censo de población de 2015, donde se hace referencia a un 15% de enfermeros a nivel nacional, y un 85% del género femenino. (INEGI. 2015). Esta situación pone en evidencia mayor participación de personal de enfermería del género masculino. Esto puede obedecer a que los hombres se ven poco a poco más involucrados en realizar traslados interhospitalarios de pacientes, dado probablemente a su compleción física, y a la movilidad de pacientes que esto genera.

Los diversos niveles académicos de enfermería en los participantes del proceso de traslado interhospitalario, son enfermeras generales, licenciadas y especialistas en enfermería, lo cual, se asocia y visualiza la complejidad de este procedimiento, el cual, no se debe responsabilizar a una enfermera auxiliar para desarrollar un traslado interhospitalario.

Las categorías laborales en enfermería, no coinciden con el nivel académico que presentan, dado a que en traslados interhospitalarios han participado auxiliares de enfermería, sin embargo, su nivel académico es superior. En este procedimiento, observamos que participan enfermeras especialistas y jefes de piso, lo cual reafirma la complejidad del traslado interhospitalario.

En el estudio se encontró una antigüedad mínima laboral como personal de enfermería de dos años, y un máximo de 20 años, en los cuales, han tenido la experiencia de participar en traslados interhospitalarios. Lo cual, enmarca un amplio margen de participación y práctica en el desarrollo de este procedimiento. (Cuestionarios aplicados).

Las áreas críticas de atención al paciente, enmarcan una prioridad de atención para realizar estudios o diagnósticos en un tiempo corto, con la finalidad de proporcionar un tratamiento oportuno y temprano para el mejoramiento de las

condiciones de salud del paciente, aumentando con ello las posibilidades de recuperación. Prevalciendo el punto anterior, el área de choque es el lugar donde se realizan con mayor frecuencia los traslados interhospitalarios con un 57.9% en cotejo con el mínimo que es 10.5% en el área de unidad de cuidados intensivos. (Tabla 2).

A lo cual, en 1987 Olson, publica un trabajo basado en la evaluación del transporte de 100 pacientes en el servicio de urgencias, maneja la prioridad para intervenir precozmente y diagnosticar la patología por la cual ingresa el paciente al área de choque. (Márquez, F. 2008).

Dando seguimiento al punto anterior, para brindar un tratamiento adecuado, el 42.1% de los traslados en nuestra encuesta, se realizan para otorgar un tratamiento especializado, y con el mismo porcentaje, se realiza el traslado interhospitalario para consulta con un especialista, con ello, poder brindar oportunidades favorables para la condición de salud del paciente. Para estudios diagnósticos, se observa un 15.8%, a lo cual, se observan las tres alternativas principales para poder efectuar un traslado interhospitalario que son: estudio de diagnóstico, consulta con un médico especialista, y proporcionar un tratamiento especializado. (Márquez, F. 2008).

Una valoración hemodinámica del paciente antes de movilizarlo y realizar un traslado interhospitalario, es esencial para determinar las prioridades y cuidados hacia el paciente, a lo cual, el 63.2% del personal encuestado, realiza este proceso antes de realizar un traslado interhospitalario, el 31.6% lo realiza en ciertas ocasiones, y un mínimo de 5.3% no realiza este procedimiento de cuidado. Carrera, menciona la importancia de conocer patológicamente al paciente incluso antes de tener contacto físico con él y realizar un procedimiento. Así mismo, cita el observar y determinar las conexiones que estén en contacto al paciente, así como los medios invasivos y de cuidado previo a cualquier desplazamiento que se tenga predicho realizar. (Carreras, 2011).

Es importante verificar que las hojas y registros del paciente, coincidan con sus condiciones de salud y enfermedad, las mismas, que tengan un adecuado registro de las intervenciones de enfermería, el 68.4% del personal encuestado en esta investigación, realiza cuidadosamente esta revisión, y cerciora los datos registrados con las condiciones hemodinámicas del paciente. Un 31.6% casi siempre realiza este protocolo de acción.

Podemos referir en este apartado, que la acción de no verificar los datos registrados con las condiciones hemodinámicas del paciente, puede deberse a que la misma enfermera al cuidado del paciente va a realizar el traslado interhospitalario, o bien, que las condiciones hemodinámicas del paciente no sean de gravedad, y por ello pase este dato como un punto no considerable. Urbina, hace mención a la importancia de tener presentes los procedimientos y notas acerca de las intervenciones, indicaciones e información que compete hacia y con el paciente. (Urbina, 2009).

El personal participante en este estudio, en su totalidad, desconocen de la existencia de un documento específico para realizar traslados interhospitalarios, así mismo, refiere el 63.2% que no sería sustentable para su defensa ante un aspecto legal, sin embargo, el 36.8% cree que emplear un documento en este tipo de procedimiento, es importante para un aspecto legal en defensa de sus intervenciones. Los registros deben incluir acotaciones pertinentes para escribir los procedimientos necesarios y lo que el personal de enfermería considere relevante para sus registros. (Bustos, 2001).

El personal participante opino en el siguiente apartado: El documento que emplea el personal de Enfermería al realizar el registro de sus acciones en un traslado interhospitalario, no lo cree suficiente para dar un seguimiento puntual y preciso para la seguridad del paciente; igualmente es insuficiente para protección legal de la enfermera, debido a que faltan parámetros de vigilancia que deben ser reportados en un traslado interhospitalario y que se es más importante tener un escrito que ampare sus acciones en un aspecto legal para su defensa, dando preferencia a este punto el 47.4%. El 26.3% se relataba a un mejor control

administrativo para obtener una estadística del procedimiento. El 26.6% restante, comento que es importante resaltar las hojas de enfermería determinadas de en cada área de desempeño laboral, y en los diferentes departamentos donde enfermería ejerce sus funciones. A lo anterior, Urbina, refiere a un registro como; un documento legal para afrontar acción penal en beneficio del centro asistencial y del personal de salud. (Urbina, 2009).

Los registros de enfermería forman parte del expediente clínico, mencionado en la NOM 004-SSA1-2012 del expediente clínico. Donde se hace mención a los documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de otra índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer registros, anotaciones y certificaciones de su intervención. (NOM 004-SSA1-2012).

## Conclusiones

El área del traslado interhospitalario es un campo poco explorado en sus labores, principalmente del área de enfermería. Se pudo constatar en este trabajo de investigación, las características sociodemográficas de la participación del personal de enfermería en los traslados interhospitalarios, a lo cual existe mayor afluencia el género femenino. Así mismo, se destaca que el personal que realiza los traslados interhospitalarios presentan niveles académicos de cierta índole como lo son: enfermería general, licenciatura y especialistas, con diferente categoría laboral en su institución.

Se establece la experiencia del personal de enfermería que ha realizado los traslados interhospitalarios con diferente finalidad, así mismo, las áreas de inicio de los traslados y los documentos que emplean al realizar dicho procedimiento para registrar sus intervenciones.

Realizar un registro detallado sobre las intervenciones de Enfermería que se llevan a cabo durante un traslado interhospitalario es de suma importancia, dado a que las anotaciones que se derivan constituyen información esencial para el continuo tratamiento del paciente, así mismo, forma parte del expediente clínico.

Como se ha demostrado, existen varios formatos que no incluyen campos específicos para registrar las intervenciones que efectuó el personal de Enfermería durante el traslado interhospitalario.

Se compararon formatos hospitalarios para uso de Enfermería y formatos de traslado con la finalidad de describirlos, mostrar sus fortalezas y retomarlas para crear un instrumento eficaz, que le permita al personal de Enfermería, comisionado para llevar a cabo los traslados, registrar todas sus intervenciones.

Son claras las finalidades del documento que se ha diseñado. Por una parte, se pretende que aporte información para el seguimiento del tratamiento del paciente, por el otro, este formato tiene validez jurídica, ya que es un documento

que se anexa al expediente clínico del paciente y por consiguiente es de carácter médico legal.

Se considera pertinente incluir el carácter jurídico en este formato. En las diferentes normatividades, nacionales e internacionales, se hace hincapié en las responsabilidades éticas y profesionales del personal del área de la salud., pero sin embargo se encuentra escasa una legislación que ampare a este personal. Dicho de otra manera, existen huecos que pueden ser aprovechados para violentar los derechos humanos del profesional de Enfermería.

El consentimiento informado, es una herramienta que establece un amparo para quienes realizan el traslado lo cual permite contar con un respaldo en caso de una eventualidad que comprometa la tranquilidad del personal de salud respecto a sus acciones hacia el paciente. Por esta razón, es fundamental que se haga conciencia sobre el uso de los formatos, los cuales coadyuvan al proceso del tratamiento., pero al mismo tiempo, constituye una forma de salvaguardar los derechos del profesional de salud encargado del cuidado del paciente.

Debido a que contamos con la experiencia en traslados interhospitalarios, identificamos que aún se deben instrumentar ciertos aspectos. Con nuestra propuesta, esperamos contribuir a la sistematización de la Enfermería en este campo, el cual apenas se está abriendo camino, ya que hace poco tiempo no se contemplaban en planes de trabajo que el personal de enfermería desempeñara sus acciones a bordo de una ambulancia.

Esta investigación esta sostenida en diferentes fuentes. Cabe destacar lo documental: se consultaron diversas normatividades para destacar el sustento médico – legal. En estos documentos se refieren literalmente a los derechos humanos de los pacientes., sin embargo, se soslayan los del personal de la salud, lo que genera un enorme hueco legal, al cual esperamos se considere en breve.

Se empleó una nutrida literatura especializada a través de diversos textos, en los cuales pudimos conocer que, en países como Colombia, emplean formatos con mayor contexto de protección para el prestador de servicios de salud, así

como una mejor valoración del paciente a ser trasladado. Asimismo, en Chile se contempla un formato empleado a nivel nacional, lo que habla de la seriedad y sistematización que se presenta en ese país.

Por último, aplicamos cuestionarios a personal que ha tenido la experiencia en traslados interhospitalarios. Esto enriqueció nuestra experiencia, porque las personas consultadas aportaron valiosas sugerencias que fueron incluidas en el documento final, lo cual nos permitió contemplar otros campos de visión.

La propuesta de este trabajo aun esta por contrastarse en el ámbito empírico., sin embargo, nosotros nos acoplamos a formular solo la propuesta. Su aplicación es tema de investigaciones posteriores.

## Sugerencias

Hacer del conocimiento a las autoridades correspondientes de los hospitales de segundo y tercer nivel de atención médica, los resultados de esta investigación.

Otorgar capacitación al personal de enfermería de todas las categorías para el manejo y llenado de este formato que refiere a los traslados interhospitalarios, y a largo plazo observar los resultados y el probable rediseño de este.

Continuar con la participación de las enfermeras con un alto grado de nivel académico, debido a la complejidad de esta actividad, y en donde regularmente se realizan traslados interhospitalarios con pacientes hemodinamicamente inestables o con riesgo a un desequilibrio hemodinámico.

Llevar a cabo cursos de traslados interhospitalarios y manejo del paciente con riesgo de inestabilidad hemodinámica.

## Fuentes de Información

Albaladejo, M. (2003). Guía de actuación de enfermería. Valencia España. Ed. La Pobra Llarga.

Andres Esteban de la Torre; Maria Luisa Parra Moreno; Susana Arias Rivera. (2003). Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. Ed. MASSON.

Andreu, G.S. (2008). Rev.Med. Int. Traslado interhospitalario del paciente con balón de contrapulsación aórtico: Consideraciones de enfermería. Artículo especial. nº 83. Vol 8 nº 4, abril 2008 [Internet]. Disponible en: <http://remi.uninet.edu/2008/04/REMIA083.html>. [Acceso 15 de noviembre de 2014].

Andrew, N. Pollak. (2011). American Academy of Orthopaedic Surgeons. Los cuidados de urgencias y el transporte de los enfermos y heridos. AAOS. Novena edición. [Internet]. Disponible en: <https://books.google.com.mx/books?isbn=0763789704> [Acceso 11 de junio de 2015].

Andrey, M. (2003). Diagnósticos de enfermería. 3ra Edición. Ed. Interamericana.

Aquino O. Manuel. (2002). Enfermería y el lesionado medular. Revista del Hospital. Personal sanitario de la unidad de Asepeyo Coslada, Madrid, España. [Internet]. Disponible en: [salud.asepeyo.es/wp.../10/Manual\\_EnfermeriayLesionadoMedular.pdf](http://salud.asepeyo.es/wp.../10/Manual_EnfermeriayLesionadoMedular.pdf). [Acceso 11 de junio de 2015].

Association of emergency medical technicians. (2008). Committe on trauma of the American college. 6ta ed. España.

Bunner. (2002). Enfermería médico quirúrgica. 9na edición. Ed MCGrall-Hill.

Bustos R. (2001) Sociedad Chilena de Pediatría. Transporte interhospitalario de pacientes pediátricos. Rev. chil. pediatr. v.72 n.5, pp. 430-436. 29 de

octubre de 2001. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062001000500006> [Acceso el 8 de noviembre de 2014].

Carrera, G. (2011). Enfermería Intensiva. Transporte Interhospitalario del Paciente Grave. Necesidad de una Guía de Actuación. [internet] Vol. 22. Núm. 02. Abril 2011 - Junio 2011. Habana, Cuba. Disponible en: [www.elsevier.es](http://www.elsevier.es) › Inicio › Enfermería Intensiva >. [Acceso el 9 de noviembre de 2014].

Castro, A. M. (2002). Procedimientos de enfermería. La Habana, Cuba. Ed. Ecomed.

Celis Rodriguez E, Besso J, Birchenall C. (2007). Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo. Med Intensiva.

Clarett M. (2012). Escalas de evaluación del dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva. Instituto Argentino de diagnóstico y tratamiento. Buenos Aires, Argentina

Conde, M. J. (2005). Cuidados intensivos en el paciente en estado de choque. 7 vol, México, ed. Prado.

Consejo de Salubridad General. (2012). Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Estándares para la Certificación de Hospitales. [internet]. Disponible en: [http://www.hdelamujer.salud.gob.mx/descargas/MANUAL\\_DEL\\_PROCESO\\_CERTIFICA.pdf](http://www.hdelamujer.salud.gob.mx/descargas/MANUAL_DEL_PROCESO_CERTIFICA.pdf). [Acceso el 3 de noviembre de 2015].

Consejo Internacional de Enfermeras, (CIE). 27 de mayo del 2015. Disponible en [www.icn.ch/es/who-we-are/sobre-el-cie/](http://www.icn.ch/es/who-we-are/sobre-el-cie/). [Acceso el 15 de Marzo de 2016].

Consejo Mexicano de Certificación de Enfermería (COMCE). 2014. Disponible en [www.comceac.org.mx/](http://www.comceac.org.mx/). [Acceso el 15 de Marzo de 2016].

Diario Oficial de la Federación. Reglamento de la ley general de salud en materia de prestación de servicios de atención médica. 24-03-2014

Diario Oficial de la Federación. Reglamento de la ley general de salud, relativo a la investigación en salud. 2013.

- Hernández, B. (2004). Atención de enfermería en urgencias y emergencias. Madrid, España. Ed. DAE.
- Hernández, S. R. (2001). Metodología de la investigación. México. Ed. Graw-Hill.
- Homero Gac E. (2003). Caídas en adultos mayores, descripción y evaluación geriátrica. Rev. méd. Chile v.131 n.8 Santiago, Chile. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872003000800008>. [Acceso el 18 de octubre de 2015].
- Ibarra E. (2006). Un imperativo de nuestros días. Una nueva definición del dolor. Revista de la Sociedad Española del Dolor 2:65-72. [internet] Madrid, España. Disponible en: [revista.sedolor.es/pdf/2006\\_02\\_01.pdf](http://revista.sedolor.es/pdf/2006_02_01.pdf). [Acceso el 17 de octubre de 2015].
- INEGI. Instituto Nacional de Estadística y Geográfica. “Estadística a propósito del día internacional de la enfermera y enfermero”, 2015.
- James, M. R. (2001). Manual de cuidados intensivos. México, ed. MASSON.
- Latorre Marco I, Solís Muñoz M, Falero Ruiz T. (2011). Resultados del proyecto ESCID. Enfermería Intensiva. Validación de la Escala de Conductas Indicadoras de Dolor para valorar el dolor en pacientes críticos, no comunicativos y sometidos a ventilación mecánica. Vol. 22. Núm. 01. Enero 2011 - Marzo 2011 22(1):3-12. [internet]. Disponible en: [www.elsevier.es](http://www.elsevier.es) › Inicio › Enfermería Intensiva. [Acceso el 17 de octubre de 2015].
- Linares. M. (2004). Traslado de pacientes graves. Normativa de traslado intrahospitalario e interhospitalario. España.
- Márquez, F. (2008). Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos. SAMIUC. Ed. Alhulia.
- Michael, D. P. (2012). AAOS “American Academy of orthopedic surgeons”. Evaluación y tratamiento avanzados de trauma. EUA. Ed. Jones y Bartlett Learning.

- Moreno, S. (2010). Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Escalas de valoración del riesgo para el transporte interhospitalario de pacientes críticos: ¿índices de gravedad o de necesidad de soportes? [internet] Med Intensiva.2010;34:79-80 - Vol. 34 Núm.1. Disponible en: [<http://www.medintensiva.org/es/escalas-valoracion-del-riesgo-el/articulo/S0210569109000886/>] [acceso el 2 de diciembre de 2014].
- Muñoz, R. Juan. (2008). Guía de cuidados del recién nacido. Hospital universitario Reyna Sofía Córdoba. España.
- Organización Mundial de la Salud "OMS". (2008). La investigación en seguridad del paciente. Alianza mundial para la seguridad del paciente. [internet]. Disponible en: [www.who.int/patientsafety/es](http://www.who.int/patientsafety/es). [Acceso el 19 de octubre de 2015].
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Regulación de la Enfermería en américa latina. Washington D.C. 2011.
- Pardo C, Muñoz T, Chamorro C. (2008). Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Med Intensiva.
- Pérez, S. et al. (2009). Manual de Técnicos en transporte sanitario. Sociedad Española de Medicina de urgencias y emergencias. Madrid, España. Ed. Aran ediciones, S. L.
- Revista Española De Geriatria Y Gerontología. Vol. 40. Supl.2 Noviembre 2005. Unidad de Caídas. Servicio de Geriatria. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España. Disponible en: [www.elsevier.es](http://www.elsevier.es) › Inicio › Revista Española de Geriatria y Gerontología. [Acceso el 16 de Julio de 2015].
- Sánchez, C. (2009). Manual de bioética y derecho sanitario. Recordati, España
- Secretaria de salud. 2015. Comisión nacional del Bioética, Consentimiento informado. [internet]. Disponible en: [http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento\\_informado.html](http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento_informado.html). [Acceso el 10 de octubre de 2015].

Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación. NOM-004-SSA1-2012. Relativa al expediente clínico. [internet]. [dof.gob.mx/nota\_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012]. [acceso el 13 de noviembre del 2014].

Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación. NOM-019-SSA3-2013. Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. [internet] Disponible en: [www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/pm020ssa294.html]. [acceso el 13 de noviembre del 2014].

Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación. NOM-237-SSA1-2004, Regulación de los servicios de salud. Atención prehospitalaria de las urgencias médicas. [internet] Disponible en: [www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/pm020ssa294.html]. [acceso el 10 de junio del 2015].

Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación. NORMA Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria. [internet]. Disponible en: [dof.gob.mx/nota\_detalle.php?codigo=5361072&fecha=23/09/2014]. [Acceso el 13 de noviembre del 2014].

Secretaría de Salud. Dirección Quirúrgica. (2015). Procedimientos de traslado de pacientes a otros establecimientos hospitalarios 1. [internet]. Disponible en: <http://iso9001.inr.gob.mx/Descargas/iso/doc/PR-DQ-09.pdf>. [Acceso el 10 de octubre de 2015].

Shoemaker. (2002). Tratado de medicina crítica y terapia intensiva. 3ra ed. Buenos aires Argentina, ed. Panamericana.

Tintinalli, J. (2013). Medicina de urgencias. 7ma edición. México D.F. ed. McGrall-Hill.

Urbina, M. (2006). Notas de enfermería. Universidad Nacional de Trujillo, Perú.

Valverde Careaga N, Rocha Luna JM. Manejo del dolor en el paciente bajo sedación leve-moderada y ventilación mecánica en el Servicio de Urgencias. Archivos de Medicina de Urgencia de México. 2011; 3(1):6-11

Vergara, J. (2008). Transporte de paciente crítico. Hospital clínico Universitario de Málaga.

William, E. B. (2011). Cuidados coronarios y transporte, ED. Interamericana.

## Anexos

### Instrumento

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

#### “REGISTRO DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN TRASLADOS INTERHOSPITALARIOS”

El propósito de esta encuesta es obtener su opinión acerca de un formato de registro de intervenciones de enfermería en traslados interhospitalarios, así como su experiencia en los mismos.

Instrucciones: Coloque una X en la línea que concuerde con su criterio y escriba en las líneas de respuesta lo que considere de acuerdo a su experiencia.

#### I. Datos Generales.

1.- Categoría \_\_\_\_\_ 2.- Género y Edad \_\_\_\_\_

3.- Antigüedad Laboral \_\_\_\_\_ 4.- Nivel Académico \_\_\_\_\_

#### II. Experiencia en Traslados Interhospitalarios.

5.- Aproximadamente ¿Cuántos traslados interhospitalarios ha realizado?

\_\_\_\_\_

6.- ¿Cuántos traslados interhospitalarios aproximadamente realiza al mes?

\_\_\_\_\_

7.- ¿De qué área realiza principalmente un traslado interhospitalario?

\_\_\_\_\_

8.- Principalmente ¿con que finalidad realiza un traslado interhospitalario?

\_\_\_\_\_

### III. Registro de intervenciones de enfermería en traslados interhospitalarios.

9.- Antes de iniciar un traslado interhospitalario, ¿Valora las condiciones hemodinámicas del paciente?

Siempre\_\_\_\_\_ Casi siempre\_\_\_\_\_ Nunca\_\_\_\_\_

10.- Antes de iniciar un traslado interhospitalario ¿Verifica que los datos registrados por la enfermera a cargo del paciente, coincidan con las condiciones hemodinámicas del paciente?

Siempre\_\_\_\_\_ Casi siempre\_\_\_\_\_ Nunca\_\_\_\_\_

11.- ¿conoce algún documento específico para realizar un traslado interhospitalario?

Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

12.- ¿Qué documento emplea para registrar las intervenciones de enfermería durante un traslado interhospitalario?

---

13.- El documento que emplea para registrar las intervenciones de enfermería durante el traslado interhospitalario. ¿Es el indicado?

Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

14.- El documento empleado para registrar sus intervenciones de enfermería durante un traslado interhospitalario ¿Lo cree sustentable en defensa ante un aspecto legal?

Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

15.- ¿Por qué consideraría necesario emplear un documento específico de enfermería para realizar traslados interhospitalarios?

“GRACIAS POR SU COLABORACIÓN”

## Consentimiento informado

### Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación médica

Título del protocolo: Propuesta de un formato para registrar intervenciones de enfermería en traslados interhospitalarios.

Investigador: Lic. Enf. Angel Albirde Gómez

Sede: Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Enfermería y Obstetricia

Nombre del participante \_\_\_\_\_

Se le invita a participar en el estudio de esta investigación médica. Antes de decidir si participara o no, debe conocer el objetivo de la investigación, a lo cual tendrá la libertad de preguntar algún cuestionamiento que le ayude a aclarar sus dudas, en cierto momento abandonar el llenado de este instrumento si así lo considera pertinente. Por lo anterior, como investigador, me comprometo a resguardar y mantener la confidencialidad y no hacer mal uso de los expedientes.

El objetivo de este cuestionario es saber su experiencia en traslados interhospitalarios, así como su opinión acerca de proponer un formato para registrar las intervenciones de enfermería aplicables durante los traslados interhospitalarios.

Acepto participar

\_\_\_\_\_

Firma

## **Propuesta del formato de registro de intervenciones de enfermería.**

El formato de propuesta, es diseñado para uso exclusivo del personal de Enfermería para el registro de sus acciones. Este diseño reúne características de valoración e integración de cuidados y procedimientos de un paciente para un traslado interhospitalario.

Las actividades de la profesión de Enfermería son diversas en el ámbito del área de la salud, por ello, la estructura de esta presentación de registro, se encuentra diseñada en forma sistematizada en simples apartados de importancia o relevancia para el profesional, destacando las consideraciones hacia el paciente y sus condiciones de salud y enfermedad.

Dada las circunstancias de las actividades del profesional de Enfermería en situaciones de responsabilidad, se proyecta a que este registro de acciones posea utilidad como documento médico legal, y logre afrontar claramente circunstancias de índole diversa para el sustento de las labores propias de esta profesión.

### **Estructura del formato de propuesta**

El formato de registro de traslado interhospitalario, contempla al inicio el aspecto administrativo para el desarrollo de este procedimiento, a lo cual, enmarca la fecha en el que se lleva a cabo esta actividad, obteniendo con ello el horario en el que se desenvuelve esta acción, facilitando la hora de inicio y llegada al hospital receptor, el regreso y arribo al hospital emisor.

Posteriormente aun en el mismo ámbito administrativo y de identificación, se notifica la unidad de servicio y cama de la cual se encontraba el paciente antes del egreso hospitalario, nombre del hospital tratante, servicio de atención y motivo por el cual fue remitido. El nombre del paciente, edad, diagnóstico y género, completan el apartado de identificación.

La escala de coma de Glasgow, es un método de valoración neurológica en pacientes con trauma de cráneo, la cual es frecuentemente empleada para otros fines de evaluación neurológica, por lo cual se hace referencia en este término. En

pacientes con sedación, la escala de coma de Glasgow se encuentra revocada en su aplicación, para lo cual se sustituye con la escala de Ramsay para uso en pacientes con niveles diversos de sedación e inducción a determinados fármacos.

Los pacientes hemodinámicamente estables o inestables, en los cuales la respiración es esencial para vigilar y monitorizar este semblante, se anexa un área para registrar los parámetros ventilatorios que se estén empleando por beneficio del paciente, y que debido a ello son fundamentales para su equilibrio fisiológico. Por consiguiente, se hace mención a la modalidad, el FiO<sub>2</sub>, frecuencia respiratoria entre otros parámetros de vigilancia.

A monitorizar constantemente son los signos vitales, parte fundamental vigila, evaluar y asentar estos parámetros, para lo cual se registran estas medidas de las constantes vitales al egreso del paciente. Durante el proceso del traslado interhospitalario se deben reevaluar estas constantes cada determinado tiempo de acuerdo a la estabilización o descompensación hemodinámica del paciente.

Contemplando lo anterior, y dentro del mismo apartado, se incluye la saturación parcial de oxígeno y la glucometría, parámetros de frecuente uso para relevancia de tratamientos mediatos e inmediatos.

En la actualidad, se atestiguan en todas las edades pacientes con diversos tipos de quemaduras, así como su diversidad de amplitud, por lo cual, una persona con quemaduras, es importante la ubicación de la lesión, extensión, profundidad y condiciones hemodinámicas que afectan a su cuerpo.

La escala de la regla de los 9s, es una valoración rápida y aproximada para determinar el porcentaje, extensión y magnitud de lesiones por quemaduras, para lo cual se incluye en este formato de registro, de esta manera el profesional de Enfermería pueda determinar y ubicar las regiones de la lesión.

La vigilancia de los aditamentos que presenta un paciente para beneficio de su salud, hacen que se examinen apropiadamente para impedir alterar o dañar los accesorios. Por ello, la importancia de situar y detectar adecuadamente las zonas

y los accesorios que presenta el paciente para brindar un manejo exclusivo, para lo cual se aprecian puntos relevantes a considerar en el formato propuesta para el cuidado de estos puntos. Una sonda orogástrica, un catete central, traqueostomia y el manejo adecuado en relación a la aspiración de secreciones y evitar consecuencias desfavorables, las lesiones por úlceras por presión, son un factor grande para evolucionar infecciones, así como un problema del sistema circulatorio, lo anterior, son ejemplos claros del cuidado que debe asumir el profesional de Enfermería de los aditamentos del paciente, para lo cual se enmarca un indicador y un gráfico para evidenciar el sitio de las alteraciones o de importancia del equipo de salud.

Las úlceras por presión, son una lesión de importancia dado al deterioro de los tejidos, mismas que son causantes de infecciones severas, por lo cual, se determina un indicador y un gráfico para evidenciar el lugar de la lesión.

El uso de fármacos y las soluciones intravenosas y otras vías de ministración, son parte del tratamiento, seguimiento y cuidado para el personal de salud, por ende, son de importancia para el uso y mantener el equilibrio hemodinámico del paciente.

Por lo anterior, es importante registrar el nombre del medicamento, dosis, vía de ministración y horario del mismo, con ello obtener un control de los medicamentos y cantidad de soluciones administradas y ministradas.

Coexiste recitar en un área la redacción conveniente al criterio del personal de salud de acuerdo a la evolución del paciente durante el traslado o bien, cualquier acontecimiento presentado durante el mismo trayecto.

La exoneración de responsabilidades, es un aspecto que debe conocer el familia directo del paciente, el cual, en cuestión de autorizar el procedimiento del traslado interhospitalario, asumirá los riesgos o beneficios que conlleve el desplazamiento del paciente. Lo anterior, cumpliendo administrativamente cualquier procedimiento con pacientes y familiar, asimismo, se deliberará

responsabilidades de carácter médico legal al personal de salud involucrado en el traslado mencionado.

Para finalizar el documento de propuesta, se presentan los registros correspondientes para el personal médico y de enfermería responsables del traslado interhospitalario, y quienes recibirán al paciente en el hospital receptor. Concluyendo así el procedimiento del registro del traslado interhospitalario.

A continuación, se presenta ejemplificado el formato de propuesta para el registro de las intervenciones de Enfermería al efectuar un traslado interhospitalario:

# REGISTRO DE TRASLADO INTERHOSPITALARIO

FECHA	INICIO	LLEGADA	REGRESO	LLEGADA

Hospital emisor

Unidad de servicio

Cama

Hospital receptor

Unidad de servicio

Motivo de traslado

Nombre del paciente

Edad

Diagnóstico

Género

## ESCALA DE COMA DE GLASGOW

ADULTO		PEDIATRICA	
Abre los ojos	Puntuación		
Espontáneamente	4	Espontaneo	4
Por orden verbal	3	A voz	3
Por estímulo doloroso	2	A dolor	2
No respuesta	1	Ninguna	1
<b>Mejor respuesta verbal</b>		<b>Mejor respuesta motora</b>	
Orientado y conversa	5	Sonríe, interactúa	5
Desorientado pero conversa	4	Se puede consolar	4
Palabras inapropiadas	3	Llora al dolor	3
Sonidos incomprensibles	2	Gemido al dolor	2
No respuesta	1	Ninguna	1
Obedece órdenes (se le indica hacer un movimiento)	6	Mov. Normal espontaneo	6
Localiza el dolor (leva la mano al sitio doloroso)	5	Localiza dolor	5
Retirada en flexión (retira la extremidad del sitio doloroso)	4	Retira al dolor	4
Flexión anormal (rigidez tipo descorticación)	3	Flexión anormal	3
Extensión (rigidez tipo descerebración)	2	Extensión anormal	2
No respuesta	1	Ninguna	1

## ESCALA DE \*\*RAMSAY

### CARACTERÍSTICAS

- 1 paciente despierto, ansioso, agitado o inquieto  
 2 paciente despierto, cooperador, orientado y tranquilo  
 3 paciente dormido con respuesta a ordenes  
 4 paciente dormido con respuestas breves a la luz y el sonido  
 5 paciente dormido responde solo al dolor  
 6 el paciente no responde a ningún estímulo (luz, sonido o dolor).

### Parámetros ventilatorios

MOD	FiO2	FR	V	I:E	PEE	SpO2

### Signos vitales de Egreso

HOR	F.C.	FR	TEMP	T.A.	GLUC.	SpO2

### Signos vitales en traslado

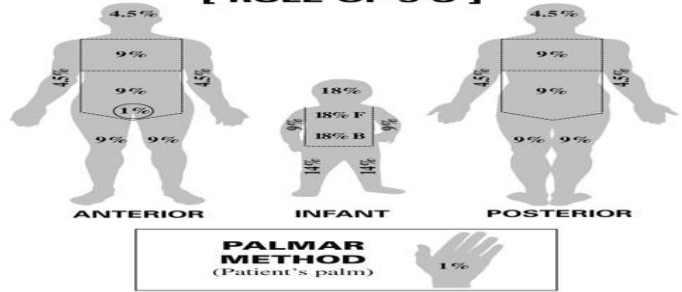
HOR	F.C.	FR	TEMP	T.A.	GLUC.	SpO2

### Signos vitales de Ingreso

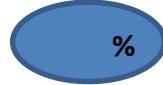
HOR	F.C.	FR	TEMP	T.A.	GLUC.	SpO2

## REGLA DE LOS 9S PARA QUEMADOS

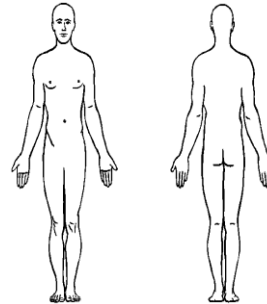
### [ RULE OF 9'S ]



Porcentaje de superficie corporal quemada (SCQ)



### Indicación de medios invasivos



- Pleuroback
- Úlceras
- C. Orotraqueal
- Sonda Foley
- Sonda orogástrica
- Cateter central
- Traqueostomia
- Línea arterial



### Manejo Farmacológico y soluciones intravenosas

FÁRMACOS	DOSIS	VÍA	HORA

### FÁRMACOS EMPLEADOS EN CASO NECESARIO

FÁRMACOS	DOSIS	VÍA	HORA

### Escala Numérica del dolor.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

### Control de líquidos parenterales

LÍQUIDOS INTRAVENOSOS	MILILITROS	VÍA	HORARIO DE INICIO	HORARIO DE TÉRMINO

### Evolución del traslado.

-----

-----

-----

-----

### Exoneración de responsabilidades

El Sr(a) \_\_\_\_\_ en su calidad de familiar, acepto se realice el traslado interhospitalario para fines terapéuticos, diagnósticos o consulta de especialista según se requiera en beneficio de la salud. En el entendido que se me informo de las condiciones y estado de salud del paciente y de las posibles complicaciones que se generen al realizar el traslado. Por lo anterior libero de toda responsabilidad médica, legal, penal o civil al personal de salud responsable de realizar el traslado interhospitalario, haciéndome responsable de las consecuencias que esto genere.

Firma \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ responsable \_\_\_\_\_

Nombre y firma de la enfermera de traslado

Nombre y firma de médico responsable del traslado

Nombre y firma de la enfermera receptora del paciente

Nombre y firma de médico que recibe el paciente

## Instrucciones de llenado del formato de registro de intervenciones de enfermería en traslados interhospitalarios

Distribución y destinatario:

El formato se genera en original, se empleará únicamente por el personal de enfermería que realizará traslados interhospitalarios y al término se conservará en el área de estadística de la institución.

CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
Fecha	Se anotará la fecha que se realiza el traslado
Inicio	Se registrará la hora en que se inicia el traslado a bordo del medio de transporte
Llegada	Anotar la hora en que se llega al destino programado del traslado
Regreso	Se registra la hora en que dará inicio el regreso a la unidad emisora del traslado.
Llegada	Anotar la hora en que se llega al hospital de origen
Hospital emisor	Unidad hospitalaria donde se origina el traslado
Unidad de servicio	Registrar el Área o departamento donde se encuentra el paciente a trasladar
Cama	Anotar el número de cama del paciente a trasladar
Hospital receptor	Verificar y anotar el nombre y ubicación del hospital donde será llevado el paciente
Motivo de traslado	Registrar el objetivo del traslado del paciente
Nombre del paciente	Verificar y anotar el nombre completo del paciente que será trasladado
Edad	Verificar y registrar la edad y fecha de nacimiento del paciente
Diagnóstico	Corroborar y anotar el presunto diagnóstico del paciente
Género	Anotar el género femenino o masculino, según el caso
Escala de coma de Glasgow	Anotar en el círculo el número de su valoración, según la evaluación neurológica, sea el caso adulto o pediátrico
Escala de Ramsay	Anotar en el círculo, la Valoración, según su evaluación de sedación
Parámetros ventilatorios	Si el paciente se encuentra con ventilación mecánica, registrar los datos según los parámetros y requerimientos
Signos vitales de egreso	Verificar y registrar la hora en que se monitorizan los signos vitales con los que será emitido el paciente al centro receptor
Signos vitales en traslado	Se registran las horas y los signos vitales que permanecen en el paciente durante el transcurso del traslado
Signos vitales de ingreso	Se registra la hora y los signos vitales que permanecen en el paciente al momento de la entrega en el hospital receptor
Regla de los 9	Se registrará en el círculo, el porcentaje de la superficie

para quemados	corporal quemada de acuerdo a la valoración médica, sea el caso adulto o pediátrico, la imagen guía y se puede iluminar las partes afectadas para una mayor ilustración, sea la parte anterior y posterior de la ilustración
Indicación de medios invasivos	En la imagen podrán marcar los lugares de los medios invasivos o medianamente invasivos que estén en contacto con el paciente, mismos que marcarán en la parte derecha donde se mencionan los métodos empleados
Manejo farmacológico y soluciones intravenosas	En este apartado se anotarán los medicamentos que emplea el paciente, la dosis, vía de ministración y la hora de registro en que comienza la infusión del fármaco
Fármacos empleados en caso necesario	Se registrarán los medicamentos que por causa de urgencia sea indispensable ministrar al paciente, los cuales serán anotados, así como la dosis, vía de ministración, y la hora de la infusión
Escala numérica del dolor	En pacientes consientes, se determinará el dolor de su padecimiento con la escala del dolor, lo cual nos indicará la necesidad de analgesia en caso necesario, aquí el personal de enfermería marcará con una X el número del dolor referido por el paciente
Control de líquidos parenterales	Se anotarán aquella cantidad de líquido que se ministre al paciente por diferentes vías según sea el caso, indicando el tipo de líquido intravenoso, los mililitros de infusión, la vía de ministración, así como el horario de inicio y término del líquido
Evolución del traslado	En este apartado, se describirá el estado del paciente durante el traslado interhospitalario, así mismo cualquier eventualidad del paciente o bien del equipo de salud que sea relevante para esclarecer eventos de cierta alteración que el personal de enfermería crea relevante e importante para dar a conocer al departamento de enfermería
Exoneración de responsabilidades	Se dará a conocer el motivo y necesidad al familiar directo y mayor de edad del paciente, explicando motivos y riesgo de salud al realizar el traslado interhospitalario, a lo cual, anotará su nombre y firma de autorización. Aunado a lo anterior, se registrará el nombre del médico y personal de enfermería que serán responsables del paciente durante el traslado, y el mismo registro del personal de salud que serán receptores del paciente en su unidad de salud.

