

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD



“Diseño e implementación de mejora de los registros clínicos de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos del ISSSTE Dr. Daniel Gurría Urgell”

**Tesina para obtener el diploma de la:
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS**

Presenta:

L.E. Ana Karina Carrera Contreras

Directora:

DCE. Carmen De la Cruz García

Villahermosa, Tabasco.

Febrero, 2020.



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud



2020
LEONORA VICARIO

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado

Of. No. 0411/DACS/JAEP
20 de agosto de 2020

ASUNTO: Autorización impresión de tesina

C. Ana Karina Carrera Contreras

Especialidad en Enfermería en Cuidados Intensivos

Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Mtra. Miguelina Lomasto Peralta, Mtra. Elizabeth Ramos Sánchez, Mtra. Carmen De la Cruz García, M en C. Jorda Aleiria Albarrán Melzer y M.C.E. América Acuña Blanco, impresión de la tesina titulada: "Diseño e Implementación de mejora de los registros clínicos de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos del ISSSTE Dr. Daniel Gurría Urgell", para sustento de su trabajo recepcional de la *Especialidad en Enfermería en Cuidados Intensivos*, donde funge como Directora de Tesis la Mtra. Carmen de la Cruz García.

Atentamente

Dra. C. Mirian Carolina Martínez López
Directora



- C.c.p.- Mtra. Carmen De La Cruz García.- Directora de Tesis
- C.c.p.- Mtra. Miguelina Lomasto Peralta.- Sinodal
- C.c.p.- Mtra. Elizabeth Ramos Sanchez.- Sinodal
- C.c.p.- Mtra. Carmen De la Cruz García.- Sinodal
- C.c.p.- M en C. Jorda Aleiria Albarrán Melzer.- Sinodal
- C.c.p.- M.C.E. América Acuña Blanco.- Sinodal

C.c.p.- Archivo
DC'MCML/EO'XMÉ/lcll*



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



ACTA DE REVISIÓN DE TESINA

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las **12:30** horas del día **19** del mes de **agosto** de **2020** se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesina de grado titulada:

"Diseño e Implementación de mejora de los registros clínicos de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos del ISSSTE Dr. Daniel Gurría Urgell"

Presentada por el alumno (a):

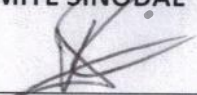
| | | | | | | | | | | | |
|------------------|-----------|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Carrera | Contreras | Ana Karina | | | | | | | | | |
| Apellido Paterno | Materno | Nombre (s) | | | | | | | | | |
| Con Matrícula | | <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>9</td><td>1</td><td>E</td><td>2</td><td>3</td><td>0</td><td>1</td><td>3</td> </tr> </table> | 1 | 9 | 1 | E | 2 | 3 | 0 | 1 | 3 |
| 1 | 9 | 1 | E | 2 | 3 | 0 | 1 | 3 | | | |


Aspirante al Grado de:

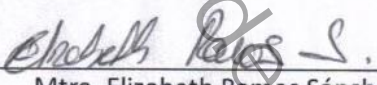
Especialidad en Enfermería en Cuidados Intensivos

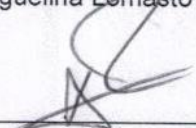
Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESINA** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.


COMITÉ SINODAL

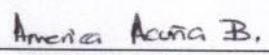

Mtra. Carmen de la Cruz García
Directora de Tesina


Mtra. Miguelina Lomasto Peralta


Mtra. Elizabeth Ramos Sánchez


Mtra. Carmen de la Cruz García


M. en C. Jorda Aleiria Albarrán Melzer


M.C.E. América Acuña Blanco

C.c.p.- Archivo
DC'MCML/OP'XME



Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 17 del mes de febrero del año 2020, la que suscribe, Ana Karina Carrera Contreras, alumna del programa de la Especialidad de Enfermería en Cuidados Intensivos, con número de matrícula 191E23013 adscrita a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual de la tesina titulada: **"Diseño e Implementación de mejora de los registros clínicos de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos del ISSSTE Dr. Daniel Gurría Urgell"**, bajo la Dirección de DCE, Carmen De la Cruz García, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: karynna_26@hotmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Ana Karina Carrera Contreras

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA DE
CIENCIAS DE LA SALUD



JEFATURA DEL ÁREA DE
ESTUDIOS DE POSGRADO

Sello

Agradecimientos

A Dios, por mostrarme que nada es imposible.

A mis profesores, por ayudar a formarme como especialista, particularmente a la maestra Migue Lomasto y al Dr. Ordoñez, mi completa admiración para ustedes.

A mi esposo, por creer en mí y emprender esta aventura conmigo desde el inicio. Gracias por ser tan noble y paciente conmigo, motivarme a crecer y hacer de mí una mejor persona.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

Dedicatoria

A mi amado Ulises:

Este logro también es tuyo.

Gracias por darme la familia que siempre quise.

A mi hija Ximena:

Eres el mejor regalo de cumpleaños.

Aun no te conozco y ya has cambiado mi vida para siempre.

Te amo.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

| Tabla de contenido | Página |
|--|---------------|
| Capítulo I | 16 |
| Resumen ejecutivo..... | 16 |
| Introducción | 17 |
| Planteamiento del problema | 19 |
| Capítulo II | 24 |
| Contexto de la actividad laboral | 26 |
| Objetivos y valores institucionales | 27 |
| Misión | 27 |
| Visión | 27 |
| Valores institucionales | 27 |
| Organigrama institucional..... | 28 |
| Organigrama de la Unidad de Cuidados Intensivos..... | 28 |
| Políticas institucionales | 29 |
| Capítulo III | 31 |
| Sistemas y procedimientos utilizados | 31 |
| Capítulo IV | 32 |
| Diseño e Implementación de mejora de los registros clínicos de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos del ISSSTE "Dr. Daniel Gurría Urgell" | 32 |
| Conclusiones..... | 35 |
| Referencias | 36 |
| Anexos | 37 |

Capítulo I

Resumen ejecutivo

Los registros clínicos de enfermería evidencian el cuidado y permiten integrar los conocimientos teóricos y prácticos de la profesión. Estos registros son un documento legal que se integra al expediente clínico en las unidades hospitalarias que, por normatividad debe manejarse con información veraz y ser resguardado para futuros fines legales. El presente trabajo se relaciona con un Diseño de mejora de los registros clínicos de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos del ISSSTE Dr. Daniel Gurría Urgell”.

El Hospital General ISSSTE es una institución de segundo nivel del gobierno federal que se encarga de brindar atención a sus derechohabientes desde hace cuarenta y nueve años. La población que asiste a los servicios de esta institución son trabajadores de las diferentes instancias federales en el estado de Tabasco, incluyendo a sus familiares directos y trabajadores pensionados. Dicho hospital cuenta con un área de terapia intensiva donde el personal de enfermería realiza diversos registros clínicos desde el ingreso del paciente en estado crítico con el fin de integrar todos los datos relevantes acerca del estado de salud del mismo.

La hoja de registros clínicos de enfermería que se utiliza actualmente en el ISSSTE data desde los inicios del hospital, por lo que ha dejado de ser una herramienta que nos permita plasmar con claridad y mayor exactitud los datos, parámetros, mediciones y demás actividades que realizamos en la unidad de cuidados intensivos. Al realizar una comparativa de los registros clínicos de diversas instituciones he logrado percatarme que mucha información se omite aun habiéndose llevado a cabo, pues no contamos con el espacio suficiente para su debido registro.

El objetivo es hacer una propuesta en la estructura de la hoja de enfermería actual de la unidad de cuidados intensivos del ISSSTE a fin de mejorar la calidad de los registros relacionados con la atención al derechohabiente.

Introducción

La globalización ha traído consigo numerosos cambios a lo largo de las últimas décadas, obligando a las organizaciones sociales a brindar mejores servicios para poder ser competitivos, por lo que se hace necesario un cambio de cultura en las instituciones orientado hacia la calidad. Garcés refiere "que las disciplinas científicas consiguen su desarrollo gracias al registro y a la constatación por escrito de su desarrollo. Ya Florence Nightingale insistía en la necesidad de registrar, de dejar constancia de todo aquello que las enfermeras realizaran para llevar a cabo su función de cuidar". (Ortega, Lejía, & Puntunet, 2014)

Históricamente la legislación en materia sanitaria universal ha evolucionado a lo largo de los años y se han desarrollado distintas normativas que han profundizado cada vez más en el tema de la documentación clínica, regulando la responsabilidad legal sobre las actividades profesionales y asegurando un servicio de mayor calidad en materia de salud; se enfatiza de manera internacional que el formato y los detalles de documentación clínica pueden variar entre países e instituciones pero todos los registros deben contener: fecha, hora de atención, informe veraz y completo del estado de salud del paciente, nombre completo y firma de la persona responsable. (Ortega et al., 2014)

Según Benavent Garcés "el registro favorece el desarrollo de la disciplina enfermera, pero además posibilita el intercambio de información sobre los cuidados, mejorando la calidad de la atención que se presta y permitiendo diferenciar la actuación propia de la del resto del equipo. Un registro de enfermería más organizado, completo y veraz nos permite hacer una valoración detallada de cada uno de los patrones valorados en el paciente crítico. (Ortega et al., 2014)

Es por lo anterior que como profesional de salud y como futura enfermera especialista en cuidados intensivos tengo un particular interés por mejorar la forma en que se realizan los registros clínicos en la unidad de cuidados intensivos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los

Trabajadores del Estado ya que como trabajadora de este hospital y conociendo todo el marco legal y los beneficios que traería estas modificaciones a mi ejercicio profesional me gustaría contribuir con esta propuesta para crear un beneficio no solo para quienes somos prestadores de servicios de salud de este hospital sino también al derechohabiente receptor de la atención.

La propuesta tiene como propósito integrar un registro clínico con la valoración cefalocaudal al paciente crítico, así como incluir el plan de cuidados en base a la metodología del proceso de atención de enfermería, que sería complementada con el uso de las taxonomías internacionales NANDA, NOC y NIC con la cual se evidencie el cuidado en un lenguaje más adecuado y propio de la profesión de enfermería.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

Planteamiento del problema

Las tendencias del mundo actual y la globalización en el campo de salud suponen nuevos desafíos para el profesional de enfermería en el logro de la calidad del cuidado, lo cual implica entre otras cosas el desarrollo de instrumentos que la evalúen de forma sistemática, con la finalidad de garantizar y optimizar los servicios prestados. Una de estas herramientas son los registros clínicos de enfermería los cuales deben estar orientados a documentar de forma permanente los cuidados en un marco ético y legal, además de ser considerados un indicador para la calidad del cuidado (Santiago, Zárate, & Miranda, 2011).

Para poder proporcionar una atención de calidad se requieren ciertos atributos indispensables para garantizar un cuidado óptimo, por ello es importante resaltar la continuidad y la coordinación de los cuidados, es decir, además que los registros clínicos proporcionan información fundamental sobre el estado de salud del paciente también nos permite documentar todo en un orden y ello permite que los turnos subsecuentes conozcan la evidencia de nuestro trabajo y de esa manera la información se transmite al resto del equipo de salud. (Santiago et al., 2011).

La Joint Commission conceptualiza como objetivo de la continuidad de los cuidados; el definir, dar forma y ordenar los procesos y actividades para potenciar al máximo la coordinación dentro de la atención asistencial. (The Joint Commission International, 2010)

En este contexto se han realizado diversos estudios centrados en la calidad de la atención sanitaria como en el estudio de Zimmerman et al., quien refiere que a través de una comunicación efectiva y elevados niveles de coordinación alrededor de una cultura centrada en el paciente, se alcanzaban cifras de estancia y mortalidad inferiores. Concluyendo en este estudio, que la comunicación entre unidades y equipos de atención en el momento del cambio de turno podría no incluir toda la información esencial, o bien podría darse una interpretación incorrecta de ésta; estas brechas en la comunicación pueden provocar graves interrupciones en la continuidad de

la atención, un tratamiento inadecuado e incluso daño potencial para el paciente. (Santiago et al., 2011).

Esto último se relaciona directamente con la meta internacional número 2: Mejorar la comunicación efectiva; incluida dentro de las seis Metas Internacionales de Seguridad del Paciente que fueron publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2001. La OMS en 2012 refiere que la falta de comunicación durante el cambio de turno fue la causa principal de los eventos adversos denunciados ante la Joint Commission siendo el factor causal más común de reclamos surgidos ante las agencias de seguros por mala atención. En el primer Estado el registro de la atención de enfermería deben responder a las actualizaciones vigentes en materia normativa. Tienen la tarea de evidenciar la actividad del personal y reflejar de manera objetiva la aplicación del proceso de enfermería percibido como instrumento científico de trabajo. Asimismo, todo registro de enfermería deberá estar diseñado y estructurado de tal manera que contemple cada una de las etapas del proceso. Es López Plascote & Sevelle (2017) de enfermería plasme las intervenciones realizadas en un documento propio que represente el quehacer de enfermería, lo que permite hacer visible el rol de los profesionales de la materia, ya que solo a través del registro de todo aquello que la enfermera realiza podemos transformar el conocimiento común sobre los cuidados en conocimiento científico y contribuir con todo ello al desarrollo disciplinario profesional (Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND), publicado en el Diario Oficial de la Federación, y de acuerdo a la Ley General de Salud surge el programa denominado Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) que atiende cualquiera de los tres componentes de calidad en salud: calidad técnica y seguridad del paciente, calidad percibida por los usuarios y calidad en las organizaciones de salud. Uno de los proyectos incluidos en este programa es el Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE). (Plan Nacional de Desarrollo [PND], 2007)

Asimismo, la Comisión Permanente de Enfermería en 2018 propone el Modelo de Cuidado de Enfermería con la finalidad de fortalecer la estructura

disciplinar en el proceso del cuidar de enfermería, para ello afirma que el Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE) es una herramienta metodológica para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan obtener, las estrategias, las intervenciones y la evaluación de todo ello. (Comisión Permanente de Enfermería [CPE], 2018).

En el Modelo de Cuidado de Enfermería basado en la metodología del Proceso de Enfermería, se expresa que cada una de las etapas del PAE deberán documentarse en los formatos de notas y registros de enfermería preferentemente homologados y estandarizados.

Los formatos de registros de enfermería deben contar con los siguientes elementos:

1. Logotipos institucionales
2. Las 5 etapas del PAE
3. Un método de valoración estandarizado
4. Problemas interdependientes definidos
5. Diagnóstico de enfermería
6. El plan de cuidados de enfermería (PLACE)
7. Planeación de cuidados y resultados esperados
8. Evaluación de resultados esperados
9. Plan de alta y recomendaciones de autocuidado
10. Nombre completo del personal de enfermería

El modelo recomienda que cada entidad federativa desarrolle instrumentos propios para facilitar el desempeño del personal de enfermería en las mejores prácticas. (Comisión Permanente de Enfermería [CPE], 2018).

Por otra parte, desde el punto de vista legal los registros de enfermería permiten documentar el servicio que se brinda al paciente, y sirven como eje de referencia ya que aportan pruebas y son utilizados como evidencia del cuidado que se otorga. Dentro de la legislación nacional encontramos la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, en donde se menciona lo siguiente:

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.

Partiendo de lo descrito por la NOM-004-SSA3-2012, la hoja de enfermería de la unidad de cuidados intensivos del ISSSTE cuenta con las características mínimas solicitadas por la misma (figura 3), pero, al ser una hoja en donde se describen procesos más complejos en la atención del paciente crítico considero que la actual hoja cumple con lo mínimo, pero no con lo suficiente para evidenciar el trabajo de una enfermera especializada a un paciente en estado crítico que se encuentra en una terapia intensiva.

Tras el ingreso de un nuevo paciente a la unidad de cuidados intensivos se realiza la apertura de la hoja de terapia intensiva y se continúan usando formatos anexos para ciertos cuidados como transfusión de hemoderivados (concentrados eritrocitarios, plaquetarios y plasma fresco congelado) así como registro de procedimientos invasivos (instalación de catéteres y sondas, cirugías, cánula orotraqueal etc.)

No existe un apartado en la norma vigente que especifique el contenido de un registro clínico de la unidad de cuidados intensivos, por ello las diversas instituciones de salud recurren a los profesionales de enfermería especializados cuya experiencia permita hacer el diseño de este instrumento de acuerdo con las necesidades de la institución, tomando en cuenta su diagnóstico situacional de salud.

De ahí surge la necesidad de diseñar un registro clínico en base a la experiencia del personal que labora en el instituto para ponerlo en marcha en el quehacer diario de la enfermera intensivista.

El diseño de este nuevo modelo de registro pretende que el personal de enfermería del ISSSTE cuente con una hoja de registros clínicos que contenga todas las etapas del proceso enfermero: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación que se describirán posteriormente.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

Capítulo II

Con referencia a mi profesiograma mis actividades laborales son según mi categoría son como enfermera auxiliar, sin embargo, desempeño funciones de enfermera general e incluso muchas veces como especialista según el tipo de pacientes que tenga asignados y el área donde me encuentre laboral. Actualmente estas son mis actividades en orden cefalocaudal en el manejo del paciente crítico:

- Ingreso de paciente
- Medición de signos vitales
- Valoración neurológica (medición de diámetro pupilar)
- Exploración física
- Instalación de catéter venoso periférico corto
- Solicitud de material de consumo
- Administración de medicamentos prescritos por diferentes vías
- Vigilancia y control glucémico con administración de insulinas
- Fluidoterapia
- Manejo de hemoderivados
- Control de líquidos
- Aseo parcial o baño en cama
- Oxigenoterapia
- Manejo de ventilación mecánica invasiva
- Aspiración de secreciones
- Manejo de equipos electromédicos
- Asistencia en procedimientos al médico general o especialista
- Traslado de pacientes a otros servicios
- Cuidado de las heridas y vigilancia de la piel

Todos ellos por mencionar algunos, ya que dependiendo del diagnóstico el médico establece un tratamiento y yo como personal de enfermería establezco mi plan de cuidado individualizado para cada uno de ellos, cabe mencionar que hay ocasiones que tenemos pacientes a cargo de

diferentes especialidades o pacientes cuyo cuidado implica a más de un médico que lo valora y continuamente se actualizan los tratamientos.

Profesiograma de la enfermera especialista

Según el profesiograma del ISSSTE proporcionado por el sindicato SNTISSSTE de esta unidad hospitalaria, el profesiograma de la enfermera especialista es el siguiente:

Funciones generales:

- Proporcionar atención de enfermería especializada con el fundamento en el modo de enfermería.

Funciones específicas:

- Apoyar al personal médico con técnicas especializadas de enfermería en los tratamientos.
- Supervisar las actividades del personal de enfermería a su cargo
- Seleccionar, utilizar y proporcionar el material electromédico e instrumental e acuerdo con las necesidades de su especialidad
- Administrar, ministrar y supervisar la aplicación de la dosis exacta de medicamentos
- Supervisar la aplicación de las técnicas de asepsia y antisepsia que se requiere
- Conocer y aplicar las normas oficiales mexicanas e indicadores de calidad para prevención de infecciones
- Colaborar en la exploración física del paciente
- Vigilar el funcionamiento del equipo electromédico
- Coordinar sus actividades con el equipo multidisciplinario
- Supervisar los procedimientos de sujeción y movilización del paciente
- Colaborar en la toma de muestras de laboratorio
- Aplicar los procedimientos y normas de recepción, uso, entrega y resguardo de instrumental médico en las intervenciones quirúrgicas que participe

- Atender al paciente agónico y colaborar en los cuidados post-mórtem
- Elaborar los registros de enfermería y plan de alta
- Realizar otras actividades inherentes a su puesto.

La jornada laboral es de doce horas y este tiempo se distribuye entre los cuidados que hay que realizar al paciente y el resto de las actividades administrativas en donde se incluye por supuesto la de realizar los registros clínicos, para ello se cuenta con una serie de formatos que una vez ingresado el paciente se identifican con sus datos y dan lugar a parte importante del expediente clínico debido a la cercanía que seEn mi experiencia, el llenado de los registros clínicos en la terapia intensiva es continuo ya que cada hora se toma registro de algunos parámetros como: signos vitales, diámetro pupilar, parámetros ventilatorios, controles de fluidos, etc. Por lo cual los registros se realizan simultáneamente con los cuidados de enfermería durante toda la jornada laboral, hecho que obliga al personal a distribuir su tiempo en las múltiples actividades asistenciales que realiza.

Contexto de la actividad laboral

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) es una organización gubernamental de México que administra parte del cuidado de la salud y seguridad social, ofrece asistencia en casos de invalidez, vejez, riesgos de trabajo y la muerte. El ISSSTE brinda una cobertura de salud entre el 55 y el 60 por ciento de la población de México, para el año 2014 contaba con 12,803,817 derechohabientes. Fue fundado en 1959 por el presidente de México, Adolfo López Mateos.

Objetivos y valores institucionales

Misión

Contribuir a satisfacer niveles de bienestar integral de los trabajadores al servicio del estado, pensionados, jubilados y familiares derechohabientes, con el otorgamiento eficaz y eficiente de los seguros, prestaciones y servicios, con atención esmerada, respeto, calidad y cumpliendo siempre con los valores institucionales de honestidad, legalidad y transparencia.

Visión

Posicionar al ISSSTE como la institución que garantice la protección integral de los trabajadores de la administración pública federal, pensionados, jubilados y sus familias de acuerdo al nuevo perfil demográfico de la derechohabencia, con el otorgamiento de seguros, prestaciones y servicios de conformidad con la normatividad vigente, bajo códigos normados de calidad y calidez, con solvencia financiera, que permitan generar valores y prácticas que fomenten la mejora sostenida de bienestar, calidad de vida y el desarrollo del capital humano.

Valores institucionales

Los valores institucionales en los que se rige el ISSSTE son:

- Honestidad
- Legalidad
- Transparencia

Organigrama institucional

A continuación, se presenta el organigrama del departamento de Enfermería del ISSSTE (Figura 1)

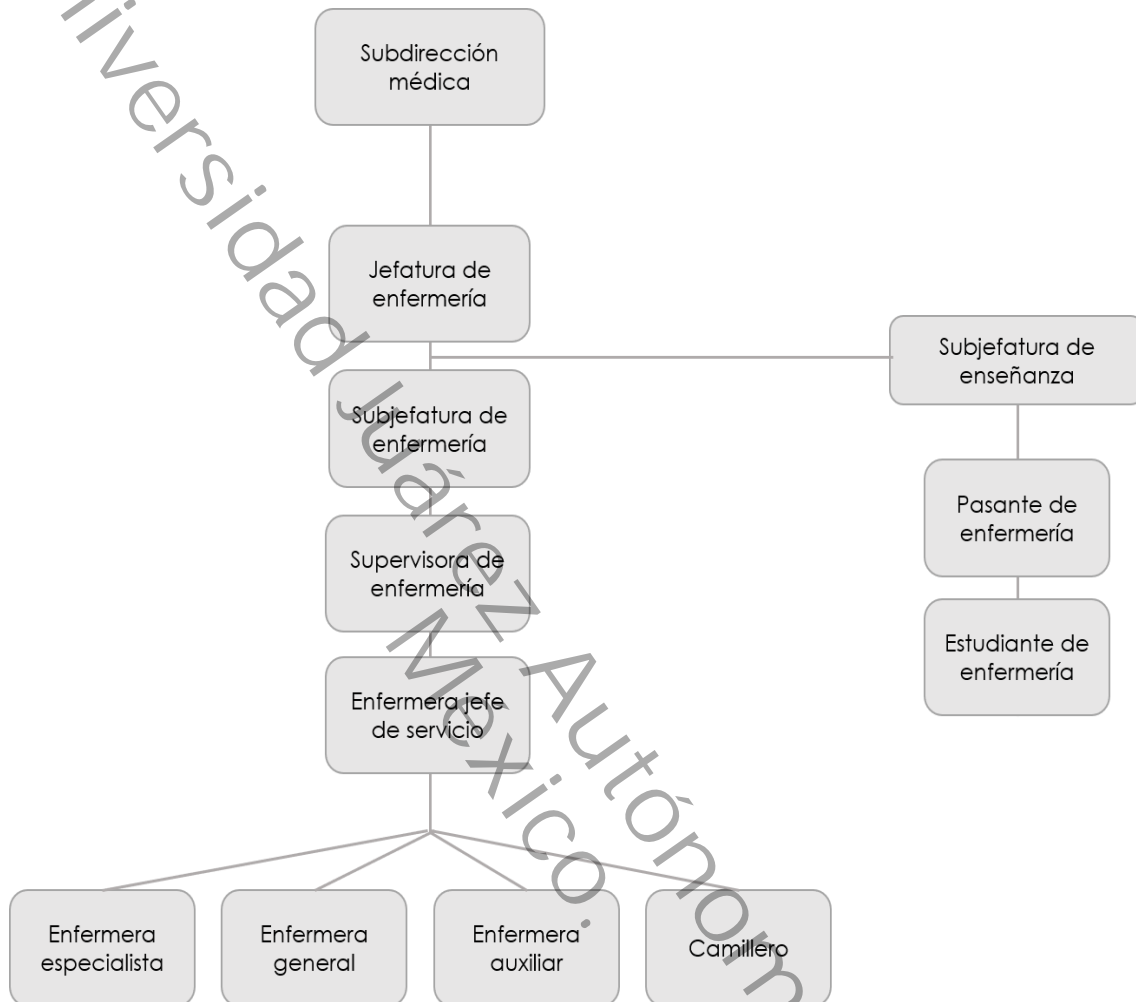


Figura 1. Organigrama institucional del ISSSTE

Organigrama de la Unidad de Cuidados Intensivos

Cada turno de la UCI cuenta con dos enfermeras, en su mayoría especialistas. De lo contrario se ubica una enfermera especialista y una enfermera general por turno como se muestra en el organigrama del servicio en la figura 2.

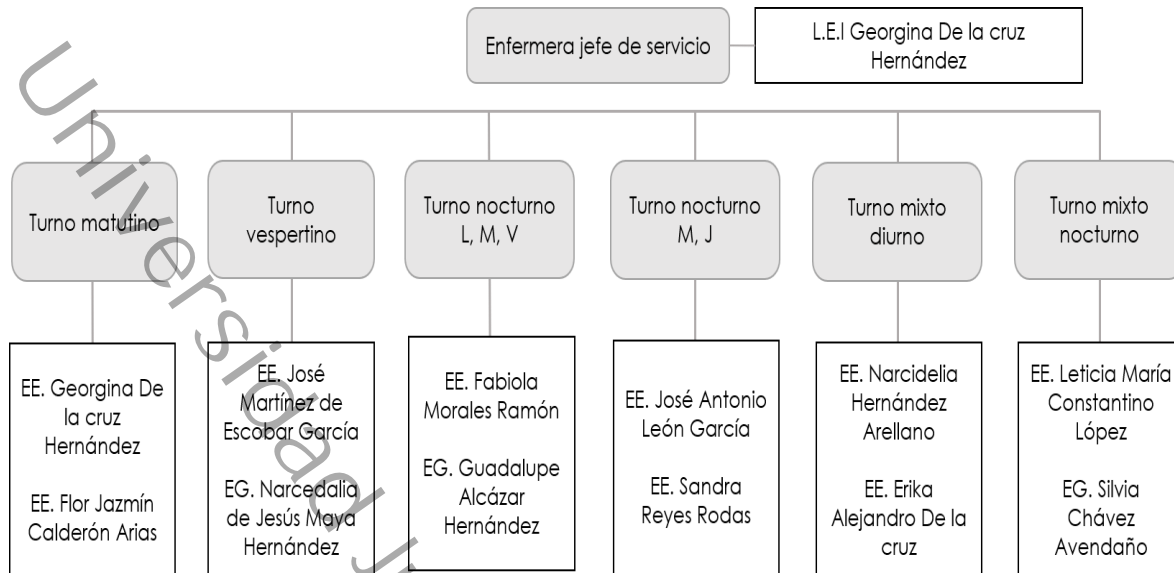


Figura 2. Organigrama de la Unidad de Cuidados Intensivos del ISSSTE

Políticas institucionales

El ISSSTE se rige por la Ley General de Salud a nivel nacional. El Instituto integró bajo la denominación "Servicios Sociales" un conjunto de prestaciones que se caracterizaban por apoyar socialmente al asegurado y su familia, básicamente a través de la atención a niños en guarderías, renta y venta de departamentos en desarrollos multifamiliares, prestación de servicios funerarios y apoyo en general a la economía familiar.

La Ley del ISSSTE se constituía en México como la primera en responder a una visión integral de la seguridad social, cubriendo tanto asistencia a la salud, como prestaciones sociales, culturales y económicas, cuyos beneficios se extendían y se extienden a los familiares de los trabajadores.

En el Hospital General Dr. Daniel Gurría Urgell se atiende a pacientes de diversas especialidades quienes van referidos de las unidades familiares o los que ingresan por motivos de urgencia, por seguridad se deben seguir los lineamientos establecidos por el departamento de vigilancia y en el caso de la unidad de cuidados intensivos las visitas tienen un horario estricto y un acceso restringido, así como también una normativa interna establecida por los jefes de servicio.

Algunas de las políticas institucionales que se aplican en la UCI son: evitar el uso de teléfono celular para pacientes y familiares, usar medidas de protección universal (gorro, cubrebocas, bata) e higiene de manos antes de entrar a la unidad y tener contacto con el paciente todo ello como parte del indicador de prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

Capítulo III

Sistemas y procedimientos utilizados

La UCI del ISSSTE cuenta con tres camas censables, cada unidad cuenta con una cama de movilización manual, monitor cardiaco con cableado, toma de oxígeno doble, toma de aire doble, un ventilador mecánico que debe estar armado y en espera en caso de ingresos, lámpara de luz, tripié con dos bombas de infusión, mesa puente, cubeta metálica para desechos y cortina que separa a un paciente del otro. El área cuenta con aire acondicionado, séptico para ropa sucia, cuarto de material de consumo, cuarto para resguardo de equipos especializados, central de enfermería, un baño para el personal, tarja para desinfección de material, vitrinas de medicamentos, ropería y un escritorio con equipo de cómputo asignado al médico de guardia.

El jefe de servicio cuenta con manuales de atención al derechohabiente y de procedimientos de la unidad, así como libretas de ingreso de pacientes, recepción de material, manejo de psicotrópicos y papelería propia del área. El material de consumo es proporcionado por la unidad de abasto CICORA, la cual cada mañana surte de acuerdo a un stock lo necesario y de acuerdo a la solicitud del jefe de servicio quien solicita material para 24 horas. El instrumental es surtido por la Central de Equipos y Esterilización (CEyE) y de igual forma se regresa el material ya desinfectado a la CEyE para continuar con el proceso de empaquetamiento y esterilización.

Los registros clínicos de enfermería se llevan a cabo en todos los turnos con diferente color de tinta para diferenciarlos. Por cada paciente que ingresa se abre una nueva hoja de terapia intensiva, cuyo anverso corresponde a 24 horas y el reverso para una nueva jornada de 24 horas. Además se realiza registro de ingresos y egresos en una bitácora, así como control de procedimientos invasivos, control de toma de cultivos, control de uso de medicamentos controlados, control de transfusión de hemoderivados, control de fumigación y limpieza exhaustiva, control de vales de material que

se presta a otros servicios y de material que se entrega para esterilización, cada uno en una bitácora específica, con la finalidad de mantener el servicio en orden y justificar el uso del material y equipo.

Capítulo IV

Diseño e Implementación de mejora de los registros clínicos de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos del ISSSTE "Dr. Daniel Gurría Urgell"

Definición de registro clínico

El registro clínico de enfermería es el reporte escrito donde se plasma la atención que se brinda de una forma completa, y se basa en una valoración y planeación del cuidado de acuerdo con las necesidades de la persona con la finalidad de otorgar un cuidado de calidad. En la medida en que los profesionales de enfermería visualicen su contribución al bienestar del paciente y puedan recuperar y analizar los datos de su práctica, tendrán las herramientas necesarias para entrar a demostrar que los cuidados de enfermería marcan una diferencia en la atención del paciente. (JJ. López-Cocotle et al., 2017)

Las etapas del proceso de enfermería y su íntima relación con la UCI

Etapas de Valoración

El registro de enfermería marca el inicio del proceso de asistencia momento en que se recoge información sobre el paciente. Esa información debe resultar de datos preexistentes sobre el estado de salud-enfermedad, hábitos de vida, examen físico, información sobre pruebas de laboratorio e imágenes relevantes. Un punto importante en la construcción de los instrumentos del registro o de la recolección de datos de enfermería es que estos no deben estructurarse solo sobre la base de los sistemas orgánicos, puesto que reflejaría la agrupación de información solo desde la perspectiva biomédica, y en enfermería no son solo de naturaleza objetiva.

Para la enfermera, se hace necesario separar las áreas de interés del registro en temas que de hecho investiguen el estado de las respuestas humanas como los dominios o clases de la NANDA o los 11 patrones funcionales de salud de Marjorie Gordon.

Existen dos tipos de recolección de datos, la completa y la específica. La recolección completa abarca todos los aspectos de la estructura y generalmente se realiza cuando el paciente es admitido. En cambio, la recolección de datos específica se concentra en un caso en particular, se aplica en casos específicos donde el paciente necesita ser reevaluado debido a que presenta riesgos latentes. (Pietro, V., 2019)

Es por lo anterior que la propuesta de este nuevo registro clínico cobra importancia ya que el paciente de la UCI requiere una valoración más específica en cuyo caso los registros deben ser no solo basados en las taxonomías sino información medida, parámetros y datos específicos que en la actual hoja de registros clínicos del ISSSTE no se encuentra completa.

Datos personales del paciente

Los cambios que propongo para esta etapa de valoración son modificaciones en el encabezado ya que como datos personales solo se encuentra el nombre del paciente, diagnóstico, servicio, días de hospitalización y fecha actual. En el nuevo formato se agregaron los siguientes rubros: cédula de afiliación, edad, sexo, peso, talla, superficie corporal, fecha y hora de ingreso, número de cama, tipo de sangre, unidad médica hospitalaria y alergias.

Parámetros vitales: respiratorios, hemodinámicos y neurológicos

Así como también sugiero agregar la gráfica de signos vitales (frecuencia cardíaca, presión arterial, temperatura corporal, frecuencia respiratoria) como lo marca la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico en su apartado número 9. También se agregarían: presión arterial media y otros parámetros tales como: oximetría de pulso, llenado capilar, diámetro pupilar derecho, diámetro pupilar izquierdo, presión de perfusión cerebral, presión intracraneal, perímetro abdominal, presión intraabdominal.

Es por lo anterior que la propuesta de este nuevo registro clínico cobra importancia ya que el paciente de la UCI requiere una valoración mas específica en cuyo caso los registros deben ser no solo basados en las taxonomías sino información medida, parámetros y datos específicos que en la actual hoja de registros clínicos del ISSSTE no se encuentra completa.

Metodología: Partiendo de la variable calidad de los registros clínicos de enfermería se realizó la búsqueda de información con respecto a la temática en diversas bases de datos como Pub Med, medline, Elsevier, Cochraner, se consultó la Ley General de Salud, la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico (nom-168-SSA-1998), el Código de Ética para Enfermeras y Enfermeros en México. Así como los estándares para la Certificación de Establecimientos de la Atención Médica del Consejo de Salubridad General. Con ello se consideró la normativa para el llenado del formato de los registros clínicos de enfermería, elaborada por la Subdirección de Enfermería perteneciente a una Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención del sector público. Se construyó un instrumento que mide la calidad de los registros clínicos de enfermería (carce) en sus tres dimensiones estructura, continuidad de los cuidados y seguridad del paciente.

Calidad de las notas de enfermería u observaciones

De esta manera general se concluye que la información contenida en los registros clínicos de enfermería debe ser completa, concisa, apropiada y total sobre el cuidado del paciente lo que significa que las observaciones deben ser actuales e inmediatas a los cuidados para evitar la omisión o duplicación de la información, a su vez ésta se debe transmitir en un orden lógico. Siguiendo algunas de las pautas con relación a la elaboración de los registros clínicos de enfermería para mantener la calidad de los mismos las anotaciones deben ser legibles, utilizar tinta permanente, incluyendo la fecha y la hora de cada una de ellas, la ortografía es indispensable para la exactitud de los registros, utilizar abreviaturas y símbolos universales, no solo por cuestiones legales sino también por seguridad del paciente. (Santiago et al., 2011).

Conclusiones

En estos nueve años he laborado en áreas críticas como la unidad de cuidados intensivos y urgencias. A mi cargo se encuentran pacientes críticos de diferentes especialidades y puedo decir que mi experiencia como estudiante de la especialidad y durante mis prácticas profesionales me han permitido mejorar la calidad de mi atención en el cuidado al derechohabiente, desarrollando habilidades y afinando algunas otras que hoy por hoy me permiten ser más diestra, intuitiva y proactiva al momento de realizar la valoración de mis pacientes y proporcionar el cuidado como es debido.

A medida que avanza la tecnología, se reinventan los cuidados y surgen nuevos parámetros de valoración para el paciente en estado crítico por lo que las necesidades de un registro clínico más preciso se acentúan. De ahí, la importancia de contar con una hoja de registros clínicos que contenga datos completos y exactos con fecha y hora en que se efectúa o se registra un evento y la descripción del cuidado que, en este caso es realizado por el personal de enfermería durante la jornada laboral.

De igual forma se pretende capacitar al personal con respecto al uso correcto de este nuevo formato y con ello explicar cuáles formatos extra se dejarían de utilizar en la unidad de cuidados intensivos, como es el caso de la hoja de procedimientos invasivos y la hoja de transfusión de hemoderivados, ya que la nueva hoja tendría los apartados para realizar dichos registros. Así, podríamos incluir toda la información en un solo registro clínico y evitaríamos no solo el exceso de papelería sino además optimizaría el tiempo que se invierte en realizar los registros clínicos mejorando así la calidad del cuidado al derechohabiente y permitiendo realizar otras actividades asistenciales de enfermería.

Referencias

- Joint Commssion on Accreditation of Healthcare organizations: Características de los indicadores clínicos. *Control de Calidad Asistencial* 1991; 6:65-74.
- Lineamiento general para la documentación y evaluación de la implementación de los planes de cuidados de enfermería (2013) 978-607-460-398-9 D.R. Secretaría de Salud.
- López, J.J., Moreno, M. G., & Saavedra, C.H. (2017). Construcción y validación de unregistro clínico para la atención asistencial de enfermería. *Enfermería universitaria*, 14(4), 293-300.
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
Recuperado de: <http://dof.gob.mx/> (Consultado el 17 de febrero de 2020)
- Ortega, M., Lejía, C., & Puntunet, M. (2014) Manual de evaluación de la calidad del servicio de enfermería. *Registro de Observaciones de Enfermería* 3: 210-219. México, Panamericana.
- Pietro, V., & Torre, M. (2019) Enfermería en Cuidados Intensivos. Sistematización de la Asistencia en Enfermería. Madrid: Panamericana. pp.116- 122
- Programa Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Recuperado de: www.calidad.salud.gob.mx
- Santiago, M. T., Zárate Grajales, R. A., & Miranda, R. M. (2011). Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación. *Enfermería universitaria*, 8 (1), 17-25.
- Secretaría de Salud (2020). Metas internacionales sobre la seguridad del paciente. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/metas-internacionales-sobre-seguridad-del-paciente>.
- Zimmerman JE, Shortell SM, Rousseau dM, duffy J, G illies RR, Knaus WA, et al. improving intensive care: observations based on organizational case studies in nine intensive care units: a prospective, multicenter study. *Crit Care Med* 1993; 21:1443-51.

