

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**“EFECTIVIDAD DEL TRASPASO DE PACIENTES DE EMERGENCIA A
LAS UNIDADES CRÍTICAS Y HOSPITALIZACIÓN SEGÚN CUIDADO
HUMANIZADO – CLÍNICA SAN PABLO SEDE SURCO LIMA, 2015-2017”**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN EMERGENCIAS
Y DESASTRES**

AUTOR:

Lic. HAYDEE TORRES LA ROSA

CALLAO - 2018

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

MIEMBROS DEL JURADO:

DRA. ANGELICA DIAZ TINOCO	PRESIDENTA
DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI	SECRETARIA
DR. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA	VOCAL

ASESORA: DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA

N° de Acta: 166-2018

N° de Libro: 05

N° de Folio: 243

Fecha de Aprobación de tesis: 05 de marzo del 2018

Resolución Decanato N° 685-2018-D/FCS de fecha 26 de febrero del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

INDICE

INTRODUCCION	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA	4
1.2 OBJETIVO	7
1.3 JUSTIFICACION	7
II. MARCO TEORICO	9
2.1 ANTECEDENTES	9
2.2 MARCO CONCEPTUAL	15
2.3 DEFINICION DE TERMINOS	19
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	21
3.1 RECOLECCION DE DATOS	21
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL	21
IV. RESULTADOS	23
V. CONCLUSIONES	27
BIBLIOGRAFIA	28
ANEXO	31

INTRODUCCION

Se entiende por “Transferencia” o “Traspaso” del paciente el acto en el que los profesionales trasladan la responsabilidad de la atención y cuidados de un paciente a otro profesional o grupo de profesionales sanitarios, mediante la transmisión de información clínica de dicho paciente. Este traspaso puede ser de carácter temporal (por ejemplo, el cambio de turno o el relevo en una guardia) o de carácter definitivo (por ejemplo, el traslado de una unidad a otra o de un centro a otro)⁽¹⁾).

En estos últimos años se le está dando una gran importancia a la calidad en los cuidados al paciente y entre ellos la correcta identificación de todo lo relacionado con él. Está demostrado que la falta de comunicación entre profesionales es un tema recurrente en mucha bibliografía referente a la seguridad del paciente⁽²⁾, entendiendo ésta como la atención sanitaria libre de daños o errores evitables, sobre todo en el momento que se produce la transferencia de toda la información clínica entre profesionales del mismo o distinto nivel. Actualmente, el momento del traspaso de información personal y clínica, es un espacio de alto riesgo para el paciente, familiares y profesionales, ya que determina o no la continuidad del proceso de cuidados al que se somete al paciente, de manera que el emisor debe transmitirla fehacientemente y con responsabilidad y el receptor debe actuar consecuentemente con la información recibida⁽³⁾ .

Es allí donde recae la importancia del rol de la enfermera de la Clínica San Pablo en la efectividad del traspaso de pacientes de emergencia a hospitalización y unidades críticas; en el ejercicio diario, participando activamente en las coordinaciones previas y durante su traslado en forma segura y oportuna, fortaleciendo sus competencias y así describir las oportunidades de mejora, creación de estrategias y actividades y de esta manera reflejar el óptimo cumplimiento del Protocolo.

El presente informe consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: Capítulo I : describe el planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivo y justificación; el capítulo II : incluye el Marco Teórico , antecedentes, marco conceptual, y definición de términos , en el capítulo III considera la presentación de la experiencia profesional, recolección de datos , experiencia profesional , procesos realizados en el tema del informe, capítulo IV: resultados; capítulo V: Conclusiones, capítulo VI: recomendaciones, y el capítulo VII: referenciales y contiene un apartado de anexos.

I.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA

Actualmente, dentro del contexto de la estrategia de seguridad a nivel internacional, el traspaso de un paciente se considera un proceso de alto riesgo ya que representa el 70% de los eventos centinela que se notifican por parte de los centros sanitarios, con importantes consecuencias sobre las estancias hospitalarias, incremento del gasto e insatisfacción de los pacientes, entre otras. Según Joint Commission, la interrupción de la comunicación fue la causa principal de los eventos centinela denunciados en Estados Unidos entre 1995 y 2006; en Australia, el 11% de los eventos adversos evitables que condujeron a una discapacidad se debieron a problemas de comunicación.(4)

Desde los diversos organismos que trabajan en el ámbito de la calidad se han realizado recomendaciones con el objetivo final de implementar un enfoque estandarizado para la comunicación entre profesionales en el momento del traspaso del paciente. De este modo, se pretende implantar procedimientos que minimicen la variabilidad, hagan más eficiente la comunicación y potencien la concienciación de los profesionales en el contexto de una atención segura.

En el Programa de Certificación de Competencias Profesionales de la Agencia de Calidad Sanitaria, dentro de la Competencia “Comunicación y/o Entrevista Clínica”, 52 de los 78 Manuales incluyen la siguiente Evidencia: Información proporcionada durante el traspaso de pacientes, que permita una adecuada continuidad asistencial e impida originar daños al paciente. Esta evidencia puede ser

demostrada por los profesionales a través de un Informe de Práctica de 2 casos en los que el profesional haya proporcionado la información necesaria en el traspaso de pacientes en los últimos 12 meses. La información que se debe aportar incluye aspectos tales como el contexto en el que se produce el traspaso (cambio de turno, cambio de unidad, cambio de centro) o elementos que se han tenido en cuenta para su realización (tiempo asignado, incorporación de pasos de repetición o relectura, información necesaria, participación del paciente/familia, etc.).

Tras analizar las pruebas aportadas por los profesionales en los procesos acreditados desde 2006 hasta la actualidad, el 48,8% de ellos han aportado y cumplido esta evidencia relacionada con la información adecuada durante el traspaso de los pacientes.(8)

La mayoría de los centros hospitalarios carecen de un sistema reglado de transferencia de pacientes a pesar del fallo de seguridad en la atención sanitaria que puede llegar a provocar, creando serios problemas de identificación incorrecta, tratamientos inadecuados, aumento de los periodos de hospitalización, interrupción de la calidad asistencial, insatisfacción del usuario, incremento del gasto sanitarios o muertes . De ahí surge la necesidad de seguir unas pautas, un guión que nos permita evitar la pérdida de información en la transferencia de pacientes y aumenta la inquietud en revisar la bibliografía existente respecto a una técnica de transferencia de pacientes completa, rápida y de fácil aplicación entre los profesionales sanitarios. Por este motivo, la revisión bibliográfica sobre este tema se hace importante para

entender su relevancia. Dicha revisión nos hace comprobar la escasa existencia en evidencias que aseguren el uso de dichas escalas para la transferencia de pacientes, sin embargo en todos ellos su uso mejora la eficacia y la eficiencia en la comunicación. En años precedentes, en 2006 la Comisión Mixta JCAHO incentiva el uso de un sistema estandarizado para la transferencia de pacientes, donde la comunicación sea un objetivo primario en la continuidad de cuidados, donde los profesionales pregunten y respondan a cuestiones particulares del paciente, asegurando que la atención mantenga una continuidad y se cumplan los objetivos terapéuticos descritos⁽⁴⁾.

La comunicación en el momento del traspaso está relacionado con el proceso de pasar la información específica de un paciente de un prestador de atención a otro y de un equipo de prestadores al siguiente, o de los prestadores de atención al paciente y su familia a efectos de asegurar la continuidad y la seguridad de la atención del paciente (4). La comunicación en el momento del traspaso también está relacionada con la transferencia de información de un tipo de organización de atención sanitaria a otra, o de la organización al hogar del paciente. La información que se comparte por lo general consiste en el estado actual del paciente, cambios o complicaciones que pudieran ocurrir. Los traspasos de atención del paciente tienen lugar en muchos entornos dentro de la totalidad de la atención incluyendo de admisión a atención primaria, desde el médico que se retira al médico que lo cubrirá, el informe de cambio de turno de enfermería, el informe de enfermería sobre la transferencia de un paciente entre

unidades o establecimientos, la comunicación entre el departamento de emergencia y el personal que recibirá al paciente transferido, y el alta del paciente para su retorno al hogar o su traslado a otro establecimiento.

En la Clínica San Pablo, sede Surco, establecimiento de salud II-2 como parte de la calidad de atención y seguridad del paciente el Protocolo de traspaso de pacientes entre unidades también refleja observaciones al aplicarlo en el quehacer diario en el servicio de emergencia en las diferentes hospitalizaciones que se realiza.

Estas observaciones se debe a muchos factores: incumplimiento del protocolo establecido; la información deficiente que se emite entre las unidades; la falta de atención al reporte ; el incorrecto llenado de los formatos por parte del personal asistencial; el cambio de turno; alta rotación de personal ; falta de capacitación continua; cambios en el procedimiento por parte del comité de seguridad del paciente, etc y personal de salud poco sensibilizado con el procedimiento de traspaso de pacientes de emergencia y otras unidades en Clínica San Pablo.

1.2 Objetivo

Describir la efectividad del traspaso de pacientes de emergencia a hospitalización y unidades críticas según el cuidado de enfermería de la clínica San Pablo sede Surco – Lima 2015 – 2017.

1.3 Justificación

Debido a las características especiales del servicio de emergencia por el volumen y la diversidad de pacientes que pueden llegar a ser

atendidos, se hace necesario el desarrollar un documento que facilite la transmisión de información durante el relevo en los turnos de enfermería en el servicio de emergencia a hospitalización en aquellos casos en los que ingresa un paciente.

La estandarización de estos relevos surge de la necesidad de evitar la pérdida de información relevante sobre el proceso de atención inicial, unificar criterios de seguimiento del paciente y agilizar el trabajo de enfermería, de manera que se garantice la continuidad de cuidados lo que constituye una mejora indiscutible en la seguridad de la atención sanitaria prestada.

A medida que el mundo enfrenta nuevas crisis de salud, las organizaciones de cuidado de la salud deben estar preparadas para hacerles frente con prácticas coherentes implementadas por una fuerza de trabajo bien capacitada. Ante un proceso de cambios acelerado, lograr y mantener los más altos estándares de calidad y seguridad sigue siendo una prioridad esencial ⁽⁵⁾.

En la Clínica San Pablo sede Surco, existe un protocolo de traspaso de pacientes de emergencia a unidades de hospitalización y unidades críticas que al aplicarlo se obvia algunos datos al protocolo implementado desde el año 2015; para el cumplimiento y registro del mismo garantizando la continuidad de la atención de enfermería al paciente a través del protocolo de traspaso de manera efectiva, eficiente segura y oportuna.

II. MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes

Yáñez y Zárate, en su investigación sobre “Diseño de un instrumento para evaluar el proceso de enlace de turno de enfermería”, tuvo como objetivo Diseñar un instrumento, para evaluar la calidad del proceso de enlace de turno que realiza enfermería, un estudio cuantitativo, transversal; se aplicaron 42 guías de observación, el instrumento de medición incluye 4 apartados: datos sociodemográficos, aspectos organizativos, entrega recepción de pacientes (con 3 subdimensiones) y observaciones. La validación se realizó mediante la técnica de juicio de expertos, aplicación de coeficiente kappa de Cohen y Kuder Richardson, se obtuvieron resultados de índices de validación suficiente para su utilización. Los resultados en relación con los aspectos organizativos de los 42 enlaces de turno evaluados, el personal no realizó informe para el enlace de turno. Se observó que la duración media del enlace de turno fue de 15 min: con un mínimo de 10 y máximo de 20 min. En cuanto al lugar donde se efectuó la entrega y recepción de turno, el 100% se realizó al lado de la cama de la persona hospitalizada, como conclusión señala que la calidad y seguridad de los pacientes representan grandes desafíos para los profesionales de enfermería, y sin duda la evaluación de procesos y procedimientos es una herramienta valiosa que orienta hacia una gestión exitosa. (15)

Orrala y Suarez, en su investigación realizada sobre “Identificación de los indicadores de calidad en la entrega y recepción de guardia de los profesionales de Enfermería, Hospital general Dr. Liborio Panchana-Santa Elena 2013-2014”. Tuvo como objetivo general determinar los indicadores de calidad durante la entrega y recepción de guardia de los profesionales de Enfermería, aplico la metodología de nivel explicativo enfoque cuantitativo de corte transversal, la muestra total fue de 16 profesionales de Enfermería, para la recolección de datos se utilizó el cuestionario y la guía de observación. Los resultados muestran que el 75% de profesionales de Enfermería demostró no conocer los indicadores de calidad, el 38% de los profesionales de Enfermería tienen a su cuidado más de 30 pacientes, el 25% describió las complicaciones y la medicación administrada, el 75% utiliza 1 minuto para la entrega de guardia de cada paciente, el 100% realiza la entrega de guardia en la unidad del paciente. Como conclusión señala que existe un déficit de conocimiento respecto a los indicadores de calidad de la entrega y recepción de guardia. (16)

Martins, en el estudio realizado sobre “Un nuevo modo de realizar el traspaso de turno en enfermería Frianopolis 2014”, tuvo como objetivo general, construir con el equipo de enfermería de una unidad de clínica médica con un nuevo modo de realizar el traspaso de turno de las actividades de enfermería y de las acciones que envuelven el cuidado a los pacientes internados y sus familiares, tiene el enfoque cualitativo, exploratorio-descriptivo, la muestra estuvo conformado

por 28 trabajadores, para la recolección de datos se utilizó la triangulación, la sensibilización, los talleres crítico-reflexivos, la observación; al término se realizó las entrevistas; los resultados muestran las potencialidades y las fragilidades del cambio de guardia en la perspectiva del equipo de enfermería y las renormalizaciones en el cambio de guardia de la enfermería, trayendo una reflexión de los trabajadores acerca de la actividad en sí, y posteriormente el debate sobre las propuestas colectivas establecidas durante el estudio y la percepción de los profesionales durante este proceso; como conclusión señala que el cambio de guardia es una actividad tan importante para el funcionamiento del servicio de la enfermería, y que tal proceso depende de comunicación adecuada, que vise el entendimiento mutuo, además de la flexibilidad de normas y comportamientos individuales, que favorezcan la autonomía y las readaptaciones necesarias para la mejoría de la actividad y la calificación de la asistencia. (18)

Montero y Murguía en su estudio sobre “Calidad del reporter oral de Enfermería en el servicio de Hospitalización de la Clínica Arequipa, Arequipa 2009” cuyo objetivo fue determinar la calidad que tiene el reporter de enfermería en el servicio de hospitalización de la clínica Arequipa, es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo, la muestra estuvo conformada por 15 Enfermeras que corresponden al 100%, la técnica fue la observación y el instrumento la guía de observación los resultados hallados en este estudio fueron que la

mayoría de enfermeras brindan el reporte oral de enfermería con calidad de buena a muy buena, en relación a la calidad de la comunicación e información en el reporte oral que realizan las enfermeras se observa que el 66.6% alcanzaron la categoría de muy buena, además la mayoría de las Enfermeras realizan la valoración de enfermería en las dimensiones biofísica y psicoemocional de calidad buena Por lo que concluyó que la calidad del reporte oral de enfermería es de buena a muy buena. (17)

Lic. Vanessa Martínez Chuquitapa “CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, EN ENFERMERAS DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRURGICO Y RECUPERACION DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO. LIMA. 2015” - Cultura de Seguridad del paciente, es un concepto clave en profesionales de salud, su identificación es esencial para la mejora de la calidad de atención en salud, toma en cuenta la cultura de las organizaciones, propiciando la concientización de los profesionales y su participación activa en los diversos procesos que velan por la seguridad del paciente. La presente investigación, plantea como Objetivo: determinar la Cultura de Seguridad del paciente, en enfermeras que laboran en el Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo.Lima.2015. Metodología: nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo. En 45 enfermeras se aplicó mediante encuesta, un instrumento denominado “Encuesta de seguridad del paciente” validado en el 2010 por Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPS).

Resultados: los componentes con respuestas positivas son “Respuesta no punitiva a los errores” con 68.9%, “Aprendizaje organizacional para la mejora continua” con 55,6% y “Trabajo en equipo dentro del servicio” con 53.3%; “Acciones del supervisor o jefa para promover la seguridad de los pacientes” 51.1%. Los componentes con respuestas negativas son, el “Grado de apertura de la comunicación” con 88.9%, “Comunicación e información al personal sobre los errores de la unidad” con 66.7%. Las dimensiones “Personal: suficiente disponibilidad y acción” y “Problemas en las transferencias de pacientes o cambios de turno” obtuvieron el 57.8% cada uno 9 respectivamente. Conclusiones: Los componentes que constituyen puntos débiles prioritarios a resolver son el “Grado de apertura de la comunicación” , la “Comunicación e información al personal sobre los errores de la unidad”, el “Personal: suficiente disponibilidad y acción” y los “Problemas en las transferencias de pacientes o cambios de turno” .(21)

DINA MARGOT YUCRA UGARTE : ENTREGA Y RECEPCIÓN DE TURNO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN-PUNO 2015 .

La presente investigación titulada “Entrega y recepción de turno del profesional de Enfermería en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón-Puno 2015”, tuvo como objetivo describir la entrega y recepción de turno del profesional de Enfermería en los servicios de Medicina y Cirugía del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno

2015, de tipo descriptivo transversal y diseño descriptivo simple, la muestra estuvo conformada por 25 profesionales de Enfermería de los servicios de Medicina y Cirugía, para la recolección de datos se empleó como técnica la observación y como instrumento la guía de observación, el cual se sometió a una prueba piloto para determinar la confiabilidad del instrumento: el coeficiente obtenido según el alfa de Crombach denotó 0,830. Los resultados muestran respecto a las características que el 68% de profesionales de Enfermería realizan la entrega y recepción de turno de manera adecuada y referente al contenido de la información el 60% realizan de manera incompleta, el 80% no realizan en el tiempo ideal de 15 a 45 minutos y en cuanto a la presencia del personal de Enfermería de turno el 64% no están presentes en el momento de la entrega y recepción de turno; el 92% de profesionales de enfermería no informan los problemas y diagnósticos priorizados en los aspectos físicos, psico emocionales, cultural y espiritual, el 76% no mencionan los días de estancia hospitalaria, el 72% no informan la posición, permeabilidad y estado de los sitios de venoclísis; además con el mismo porcentaje no mencionan la edad del paciente, tampoco reportan las coordinaciones de las interconsultas, el 64% no informa sobre la respuesta al tratamiento farmacológico y la intervención realizada frente a ello. Se concluye que la mayoría de profesionales de Enfermería realizan la entrega y recepción de turno con las características adecuadas y con el contenido de la información incompleta.

2.2.- Marco Conceptual

CUIDADO DE PACIENTES La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

CULTURA DE SEGURIDAD La Cultura de Seguridad se ha convertido en un concepto clave para conocer el estado de madurez en Seguridad de las Organizaciones, así como las acciones necesarias para evolucionar hacia estados más maduros de Seguridad, y por tanto reducir los índices de siniestralidad. El término Cultura de Seguridad, dada por Uttal (1983) en la revista Fortune define Cultura como un sistema de valores compartidos (lo que es importante) y creencias (como funcionan las cosas), que interactúan con la gente, las estructuras y los sistemas de gestión de una organización para producir normas de comportamiento (como se hacen las cosas aquí).²² Por su parte Cooper (2000) define la cultura de seguridad como el grado de esfuerzo con el que todos los miembros de una organización dirigen su atención, y sus acciones para mejorar la seguridad en el día a día. Los modelos de Geller (2002) y de la Organización Internacional de Productores de Petróleo y Gas (OGP) establecen etapas o fases, para evaluar el nivel de madurez de la Cultura de Seguridad de cada organización.

SEGURIDAD BASADA EN EL COMPORTAMIENTO.- Esta línea de estudio entiende que las personas son entes libres, capaces de decidir su comportamiento en función de las influencias que reciben de su entorno. Según Geller (2000) un comportamiento es un acto que realizan las 25 personas de manera natural, de tal forma que se pueda observar, que sea específico, y que sea objetivo. Skinner (1974) realizó uno de los aportes fundamentales a este campo, en sus estudios demostró que el comportamiento voluntario está motivado por las consecuencias que de él se desprenden. Como herramienta clave para entender y analizar los comportamientos, se utiliza el modelo ABC (Antecedentes -Comportamiento -Consecuencias). Según este modelo los comportamientos son dirigidos por los antecedentes, y motivados por sus consecuencias. El desarrollo de intervenciones para activar comportamientos seguros y desactivar los inseguros se basa en la aplicación del método científico al campo de trabajo de la Seguridad Basada en el Comportamiento. Geller (2000) define este proceso como (Definir-Observar-Intervenir-Comprobar):

Definir el campo de trabajo. Para ello se analizará cuáles son aquellos comportamientos inseguros con potencialidad de crear un accidente o lesión, y cuáles son los comportamientos seguros que se desean.

Observar. Una vez definidos los comportamientos de trabajo, será necesario crear un sistema que permita su medición y observación.

Intervenir. Aplicación de las medidas diseñadas tras el análisis ABC.

Comprobar. Mediante el sistema de medida diseñado, se podrá comprobar la efectividad de las medidas propuestas.

SEGURIDAD DEL PACIENTE Según la OMS la seguridad del paciente está definida como la Ausencia, prevención y mejora de resultados adversos originados como consecuencia de la atención sanitaria. Profesional: Buenas prácticas - Institucional: Centros seguros -Político: Estrategia que promueve cambios en el SNS y en la sociedad. El MINSA, establece que la Seguridad del paciente está definida como la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas, que garanticen la obtención de óptimos resultados para el paciente. La seguridad del paciente es un conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia científicamente comprobadas que buscan minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso durante el proceso de atención en salud, maximizar la probabilidad de interceptación cuando ocurran, reaccionar adecuadamente ante su ocurrencia y/o mitigar sus consecuencias. Actualmente el MINSA, busca Promover y fortalecer una cultura de Seguridad del Paciente orientada a la reducción de riesgos en los establecimientos de salud, a través del Diagnóstico situacional de Cultura de Seguridad del Paciente Incorporarla en Misión, Visión y Valores de las instituciones Sistema de identificación, Registro, Notificación, Procesamiento y análisis de eventos adversos. En tanto se ha conformado del Comité Nacional de Calidad y Seguridad en Salud. Lanzando Campaña por la Calidad y Seguridad en la Atención: Manos limpias -Cirugía Segura, Infecciones Zero -Medicación Segura. Dándose la Aprobación de la Política Nacional de Calidad en salud Octava Política Gestión de riesgos.

TRABAJO EN EQUIPO ENTRE AREAS O SERVICIOS.- Las barreras de comunicación a través de las jerarquías, falta de reconocimiento de la falibilidad humana, y la falta de conocimiento de la situación se combinan para causar un mal trabajo en equipo, lo que puede conducir a eventos adversos clínicos. El trabajo en equipo de formación intenta minimizar el potencial de error mediante la formación de cada miembro del equipo para responder adecuadamente en situaciones agudas. Por tanto, el trabajo en equipo de formación se centra en el desarrollo de habilidades de comunicación efectiva y un entorno más coherente entre los miembros del equipo, y en la creación de una atmósfera en la que todo el personal se siente cómodo hablando cuando creen que existe un problema. Los miembros del equipo están capacitados para realizar comprobaciones cruzadas de las acciones de los demás, ofrecer ayuda cuando sea necesario, y resolver errores de una manera imparcial para reflexionar y proporcionar información, sobre todo después de los incidentes críticos. La formación del trabajo en equipo también hace hincapié en el papel de los factores humanos, por ejemplo, los efectos de la fatiga, previstos o previsibles errores de percepción (como monitores o mala interpretación de instrucciones), y el impacto de los diferentes estilos de gestión y culturas organizacionales.

TRASPASO DE PACIENTES.- La transferencia de pacientes en nuestro medio se define como el proceso mediante el cual se traspasa la información clínica relevante y la responsabilidad sobre la atención de un paciente, de un profesional sanitario a otro, (generalmente

médico-médico, enfermero-enfermero, enfermero-médico, técnico de emergencias-

CAMBIO DE TURNO

La revisión de la literatura muestra que el manejo del concepto es unificado y en muchos casos literalmente practicado, Nogueira ⁽⁸⁾ lo define como los informes verbales que tienen como finalidad relatar lo ocurrido en la asistencia prestada a un paciente durante el turno anterior para que los integrantes del turno siguiente conozcan los aspectos fundamentales de su condición actual y garanticen la continuidad de la atención.

BASE TEORICA.- Este trabajo de traspaso de pacientes se inclina a la teoría y modelo de Jakobson , teoría de la comunicación siendo la necesidad del ser humano de interrelacionar con otros individuos. Para Jakobson la comunicación se fundamenta en la lingüística y la función que esta desempeña. Definio seis funciones del lenguaje: Función cognitiva; función emotiva; función fáctica; función metalinguística; y estética. Esta teoría se

2.3.- Definición De Términos

ENTREGA DE TURNO.- Es el acto por el cual la Enfermera entrega el turno dando un breve informe oral y escrito acerca de las condiciones de cada uno de los usuarios y del servicio.

RECEPCION DE TURNO.- Es el procedimiento por medio del cual se recibe informe de cada uno de los pacientes incluyendo: diagnostico, evolución, tratamiento, actividades y exámenes realizados y/o

pendientes. Además recibo de los elementos existentes en el inventario del servicio o informe de alguna novedad ocurrida con los mismos.

CULTURA DE SEGURIDAD EN ENFERMERIA: Es el producto de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los patrones de comportamientos individuales y colectivos que determinan el compromiso con la gestión de la salud y la seguridad en la organización.

UNIDAD CRITICA : Es una instalación especial dentro del área hospitalaria que proporciona medicina intensiva. Los pacientes candidatos a entrar en cuidados intensivos son aquellos que tienen alguna condición grave de salud que pone en riesgo su vida y que por tal requieren de una monitorización constante de sus signos vitales y otros parámetros, como el control de líquidos.

PACIENTE: Es la persona que recibe atención de salud, en el servicio de emergencia con indicación de hospitalización en la Clínica San Pablo sede surco.

EVENTOS ADVERSOS.- Un evento adverso es la aparición o empeoramiento de un signo, síntoma o condición médica indeseable que ocurre en un paciente después de iniciar un estudio de investigación, inclusive si no tiene relación con algún fármaco o procedimiento del estudio.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección De Datos

Para la realización del presente informe de experiencia laboral profesional se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria, para lo cual se hizo la revisión de los registros de Enfermería del servicio, como las historias clínicas, de los cuales se recabaron datos coherentes a la temática en estudio. Asimismo, para la obtención de los datos que contiene el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones:

- Autorización: Se solicitó la autorización respectiva a la Jefatura del Servicio, a fin de tener acceso a los registros anteriores e historias clínicas 2015 – 2017, libro de ingresos, formatos de las historias clínicas y el protocolo de traspaso de pacientes.
- Recolección de Datos:
- Procesamiento de Datos:
- Resultados:
- Análisis e interpretación de resultados.

3.2.- Experiencia Profesional.-

El interés que surge al presentar este informe se inicia al empezar a emplear diferentes protocolos para la seguridad del paciente, entre ellos resalta las actividades del personal de enfermería al traspasar al paciente de la unidad de emergencia a hospitalización o unidad crítica, ya que se notifican diferentes deficiencias en el reporte, actividades efectuadas en el servicio de emergencia que el personal de hospitalización no toma en cuenta al momento del reporte telefónico

y que se reporta las observaciones posteriores por parte médica y/o del paciente y sus familiares.

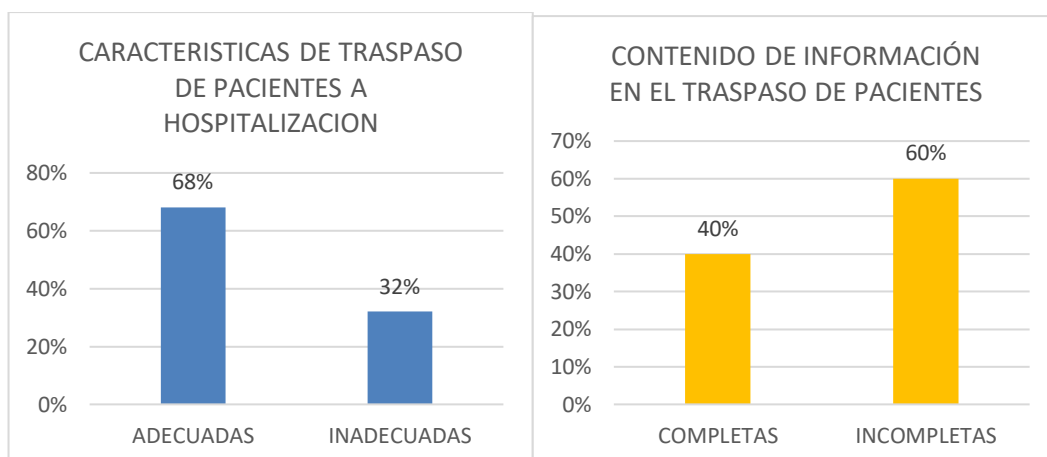
Dicho informe servirá para reevaluar los formatos que se emplean para el traspaso de pacientes y ayudará al personal asistencial y jefatura de la clínica San Pablo a visualizar las deficiencias que pueden existir entre el personal asistencial al uso de los formatos que se emplean.

IV.- RESULTADOS

CUADRO N° 1

TRASPASO DE PACIENTE AL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DEL
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN CLINICA SAN PABLO

TRASPASO DE PACIENTE A HOSPITALIZACION		N°	%	TOTAL	
				N°	%
CARACTERISTICAS	ADECUADAS	17	68	25	100
	INADECUADAS	8	32		
CONTENIDO DE LA INFORMACION	COMPLETA	10	40	25	100
	INCOMPLETA	15	60		



El presente cuadro muestra el traspaso de pacientes a hospitalización por el profesional de enfermería en cuanto a las características y contenido de la información del formato donde: El 68% de

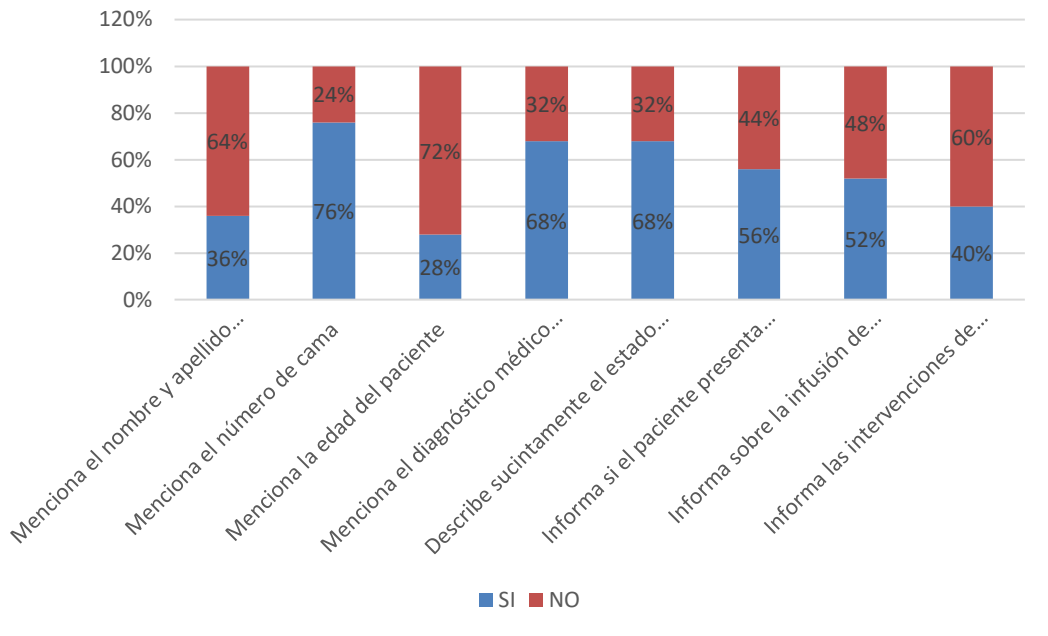
profesionales de enfermería realizan la entrega y recepción del paciente con las características adecuadas; sin embargo el 32% realizan la entrega y recepción con las características inadecuadas. Y el 60% de profesionales de enfermería realizan la entrega y recepción con el contenido de la información incompleta y solo el 40% realizan la entrega y recepción con el contenido de la información completa.

CUADRO N° 2

CONTENIDO DE LA INFORMACIÓN DE LA ENTREGA Y RECEPCION DE PACIENTES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION Y UNIDAD CRITICA DE LA CLINICA SAN PABLO 2015 - 2017

ITEMS	SI		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Menciona el nombre y apellido del paciente	9	36	16	64	25	100
Menciona el número de cama	19	76	6	24	25	100
Menciona la edad del paciente	7	28	18	72	25	100
Menciona el diagnóstico médico del paciente	17	68	8	32	25	100
Describe sucintamente el estado de conciencia	17	68	8	32	25	100
Informa si el paciente presenta heridas, sondas, drenes, oxigenoterapia o soporte ventilatorio	14	56	11	44	25	100
Informa sobre la infusión de líquidos y medicamentos endovenosos, al igual que los elementos empleados para ello como equipos de bomba, volutrol etc	13	52	12	48	25	100
Informa las intervenciones de enfermería acordes con los problemas y diagnósticos de enfermería	10	40	17	60	25	100

Entrega y recepción de pacientes del Personal de Enfermería en los servicios de hospitalización y Unidad crítica



V.- CONCLUSIONES.-

a.- Informar a los pacientes y su familia sobre los siguientes pasos a seguir en su atención , para que, de ser necesario puedan comunicarlo al personal de salud del siguiente turno.

b.- Ofrecer a los pacientes la oportunidad de leer su brazalete de identificación , como estrategia para la seguridad del paciente.

c.- Comunicación directa entre el personal de salud (enfermeras) detallando la atención brindada a cada paciente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Root causes of sentinel events, all categories. Oakbrook, IL: Joint commission, junio 2006
- 2.- Porteous JM, Stewart – Wy nneEG, connolly M, cronmelin PF. ISOBAR – a concept and handover checklist: The National clinical Handover initiative. Med J Aust. 2009 Jun 1;190 (11 suppl) : S 152-6
- 3.- Yee KC, Wong MC, Turner P “ HAND ME AN ISOBAR “!: a pilot study of an evidence based approach to improving shift – to shift clinical handover. Med J Aust. 2009 Jun1; 190 (11 suppl) : S121 – 4.
- 4.-Narayan MC. Using sbar communications in efforts to prevent patient rehospitalizations. Home Healthc nurse.2013 oct; 31(9): 504-15
- 5.- https://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/JCI-2016-Viewbook_ES.PDF
- 6.- .-Comunicación durante el traspaso de paciente. The joint Commission. Soluciones para la seguridad del paciente, volumen1, solución 3. Mayo 2007.
- 7.- Martín Rodríguez, M; Ruiz Lavela, FM; Martín Rodríguez, J. Transferencia de pacientes en urgencias. Enfermería Global, Noviembre 2007
- 8.- Nogueira MS, Mendes IAC, Trevizan MA, Fávero N, Hayashida M. Entrega de Turno Análisis de Factores en la Comunicación. Horizonte de Enfermería 1999;10(1):8-18.

- 9.- Hays MM, Dsn,. The Phenomenal Shift Report: A Paradox. Journal for Nurses in Staff Development - JNSD 2003 January/February;19(1):25-33.
- 10.- Meissner A, Hasselhorn H, Estry-Behar M, N ezet O, Pokorski J, Gould D. Nurses' perception of shift handovers in Europe: results from the European Nurses' Early Exit Study. J Adv Nurs 2007;57(5):535-543.
- 11.- Sexton A, Chan C, Elliott M, Stuart J, Jayasuriya R, Crookes P. Nursing handovers: do we really need them? J Nurs Manag 2004;12(1):37.
- 12.. White L, Duncan G, Baumle W, editors. Foundations of Basic Nursing. Third Edition ed. USA NY: Delmar Cengage Learning; 2011.
- 13.- Griffin T. Bringing change-of-shift report to the bedside: a patient- and family-centered approach. J Perinat Neonatal Nurs 2010 April;24(4):348-353.
- 14.- Jukkala AMCNL, C.N.E., James DDNP, M.S.N., Autrey PMSN, Azuero A, Miltner RRNC. Developing a Standardized Tool to Improve Nurse Communication During Shift Report. J Nurs Care Qual 2012 July/September;27(3):240-246.
- 15.- Yáñez AM, Zárate RA. Diseño de un instrumento para evaluar el proceso de enlace de turno en Enfermería. Tesis. Universidad Nacional Autónoma de México, México; 2016
- 16.- Orrala GV, Suárez R. Identificación de los indicadores de calidad en la entrega y recepción de guardia de los profesionales de

enfermería hospital general Dr. Liborio Panchana. Tesis pregrado. Santa Elena- La Libertad: Universidad Estatal Península de Santa Elena , Ecuador; 2013-2014.

17.- Montero DL, Murguía NO. Calidad del Reporte Oral de Enfermería En el Servicio de Hospitalización de la Clínica Arequipa. Tesis. Arequipa: Universidad Católica de Santa María , Arequipa; 2009.

18.- Martins AM. Una Nueva Forma de hacer el traspaso de turno en los servicios de Enfermería. Tesis de Maestría. Santa Catarina: Universidad Federal, Florianópolis; 2014

19. WWW.bitstream/handle/UNAP/2967/Yucra_Ugarte_Dina_Margot.pdf?sequence=1

20.- Organización Mundial de la Salud. preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Ginebra OMS. [En línea].; 2007 [Revisado 2016 Marzo 16. Disponible en: [http/ /bit.ly/1dLV8bW](http://bit.ly/1dLV8bW) preambulo a las soluciones para la seguridad del paciente. ginebra: OMS 2007.

21.- Cultura de seguridad del paciente en enfermeras del centro quirúrgico y recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. LIMA. 2015 Lic. Vanessa Martínez Chuquitapa.

22.- DINA MARGOT YUCRA UGARTE : Entrega y recepción de turno del profesional de enfermería en el Hospital Regional Manuel Nuñez Buitron – Puno 2015.

ANEXO



TRASLADO DE PACIENTES DE EMERGENCIA A UNIDADES O PISO

Fecha _____ Hora de traslado _____

Apellidos y Nombres _____

N° de HC _____ Sexo M () F ()

N° de tópico _____

Motivo de demora del traslado _____

La Enfermera responsable del traslado debe confirmar lo siguiente:

1.-	Historia clínica del médico	SI	NO
2.-	Hoja de triaje	SI	NO
3.-	Plan de cuidados de enfermería en emergencia	SI	NO
4.-	Tarjeta de hospitalización	SI	NO
5.-	Consentimiento informado de hospitalización	SI	NO
6.-	Formato de deberes y derechos del paciente	SI	NO
7.-	Consentimiento informado de inyectables	SI	NO
8.-	Interconsultas	SI	NO
9.-	Brazalete de identificación : Blanco () Rojo ()	SI	NO

10.- Se trasladó en: () camilla () silla de ruedas

11.- catéter venoso periférico N° _____ Ubicación _____

12.- Indicación de dieta vo _____ enteral _____ parenteral _____

13.- Equipos de Oxigenoterapia: CBN: _____ MV: _____ MR: _____ NBZ: _____

14.- Envío de Informes: (incluye consentimientos u órdenes pendientes)

Laboratorio _____ Ecografía _____ Radiografías _____

Tomografías _____ Resonancia _____ EKG _____

15.- Observaciones: