PROTOCOLO DE TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN DE PACIENTES EN PUNTOS DE TRANSICIÓN

Contenido

INTRODUCCION 3

MARCO LEGAL 3

OBJETIVOS 4

GENERAL 4

ESPECIFICOS 4

ALCANCE 4

JUSTIFICACION 4

RESPONSABLES 4

DEFINICIONES 5

DESARROLLO 6

DESCRIPCION DE LA TECNICA SBAR-SAER: 7

BIBLIOGRAFIA 16

INTRODUCCION

La transferencia de información de pacientes en puntos de transición se puede dar mientras los pacientes se encuentren bajo los cuidados del personal de salud, la comunicación efectiva al momento de la transferencia o traslado del paciente ayuda a evitar errores graves desde el punto de vista clínico y organizativo, teniendo en cuenta que las interrupciones en la comunicación son la principal causa para que se presenten eventos adversos y centinelas, convirtiéndose en un problema crítico para la seguridad del paciente.

Es importante tomar en cuenta la clase de comunicación que mantienen tanto el personal de enfermería como médico. Las enfermeras comunican proporcionando todos los detalles acontecidos durante su turno con el paciente, los médicos comunican usando notas de evolución, las mismas que proporcionan información clave del estado o condición del paciente. En los dos casos, la comunicación deberá ser clara para quién recepta la información.

La información que se transfiere debe incluir la situación actual del paciente, cambios recientes en la condición, el tratamiento que está recibiendo o los cambios y/o complicaciones que puedan ocurrir permitiendo orientar y continuar con los cuidados de enfermería, optimizando tiempos y recursos disponibles considerando el estado general del paciente. Para lo cual se debe hacer uso de herramientas como la utilización de la técnica del SBAR-SAER.

Los puntos de transición son lugares y momentos de entrega del cuidado del paciente en las diferentes áreas dando lugar a varias situaciones como: cambios de turno del personal de enfermería, transferencia o traslado de un paciente entre servicios y áreas que están a cargo del cuidado del paciente, dentro o fuera del hospital, informes de anestesia al personal de la sala de recuperación, ingreso del paciente a las diferentes áreas, alta del paciente a su domicilio, etc.

MARCO LEGAL

- Constitución de la República del Ecuador de 2008 (Artículos 3, 261, 280, 358, 359, 360. 361.362, 363, 364, 365 y 366).
- Ley Nª 7 de Derechos y Amparo del Paciente de 3 de febrero de 1995.
- Ley Nª 2002 -80, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, publicada en el Registro Oficial Nº 670 de 25 de septiembre del año 2002.
- Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017. Construyendo un Estado Plurinacional e Intercultural.

OBJETIVOS

GENERAL

Proporcionar una herramienta que permita estandarizar el intercambio de información basado en una comunicación efectiva entre el personal de salud, evitando la interrupción del proceso asistencial del paciente, garantizando la continuidad de los cuidados y la seguridad del paciente en las distintas áreas del hospital.

ESPECIFICOS

- Crear una cultura de transferencia correcta de información entre los profesionales de la salud.

ALCANCE

El presente protocolo es de cumplimiento para el personal médico, de enfermería y de apoyo diagnóstico que se encuentra en contacto directo con el paciente y en las áreas en donde se realice transferencias de pacientes.

JUSTIFICACION

Siendo la comunicación entre el equipo de salud un mecanismo importante en la seguridad del paciente, se vio la necesidad de realizar el presente protocolo cuyo aporte es garantizar la continuidad en la atención del paciente mediante la utilización de un lenguaje apropiado al transmitir la información y el soporte de una herramienta como la Técnica SBAR-SAER, recomendada por la Organización Mundial de la Salud.

RESPONSABLES

- **Director de Salud:** Es responsable de aprobar la implementación del protocolo por los profesionales de la Institución.
- **Coordinador de Gestión de Calidad:** Es responsable de conducir y realizar funciones de supervisión relativas al cumplimiento del protocolo. Monitorear y evaluar el cumplimiento del protocolo. Receptar sugerencias para mejoramiento del protocolo.
- **Supervisores y Líderes de Enfermería:** Responsables de Implementar, socializar y evaluar el cumplimiento del protocolo.
- **Profesionales de la salud (Médicos, Enfermeras y personal de apoyo técnico):** Son los responsables del cumplimiento de este protocolo.

DEFINICIONES

- **Puntos de transición:** Lo constituye la entrega recepción de turno entre unidades de cuidado de pacientes; entre paciente y el siguiente proveedor de cuidados médicos.
- **Entrega de turno:** Es el relevo del personal médico o de enfermería (entre el que se retira del turno y quien lo asume durante las próximas horas), en donde se produce la transferencia de información clínica-administrativa relevante, que permite la continuidad de la atención de los pacientes.
- **Interconsulta:** Es la solicitud de valoración a un paciente por otro profesional de diferente especialidad, en el mismo establecimiento. Se utilizará el formulario 007 de interconsulta de la historia clínica.
- **Entrega-recepción de turno:** Es una actividad en la que se transfiere información y responsabilidad del manejo del paciente entre el personal de salud. Se da en situaciones de discontinuidad o transiciones en el cuidado de los pacientes. Los cambios de guardia son fuente de errores médicos cuando no existe una transferencia de información adecuada.
- **Epicrisis:** Es el resumen de la historia clínica del paciente donde se debe detallar: el establecimiento, unidad operativa, código de localización, numero de historia clínica, número de cédula o documento de identidad, nombres del paciente, edad, sexo, resumen del cuadro clínico, resumen de evolución y complicaciones, hallazgo relevante de exámenes y procedimientos diagnósticos. Resumen del tratamiento y procedimientos terapéuticos, diagnóstico de ingreso y egreso con codificación CIE 10. Condiciones de egreso y pronostico médico, egreso, fecha hora y nombre de profesional que firma la epicrisis con su respectivo código.
- **La técnica sbar-saer**: es una técnica utilizada principalmente para facilitar la transferencia de información en situaciones complejas, cuando se requiere de atención inmediata o acción. El término SBAR es un acrónimo, que por sus siglas en inglés significa: Situation, Background, Assessment y Recommendation. Traducido al español tenemos: SAER (Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación). La técnica proporciona un formato estructurado con cuatro secciones, asegurando compartir información concisa y focalizada al momento de la transferencia de información de clientes. Si bien puede aplicarse para enmarcar la información a transmitir en cualquier punto de la atención, resulta especialmente útil en situaciones críticas en las cuales se requiere una respuesta inmediata. Permite clarificar cuál es la información que debe transmitirse entre los miembros del equipo y la manera más efectiva de hacerlo. También ayuda a desarrollar el trabajo en equipo y a fomentar una cultura de seguridad.
- **Paciente:** Término que se usa para designar a toda persona sana o enferma que requiere: un tratamiento, cuidados generales y/o cuidados especiales.

DESARROLLO

El manejo del formulario de transferencia de Información de pacientes en puntos de transición SBAR-SAER, el cual deberá formar parte de la historia clínica.

❖ **Transferencia de información de pacientes en el cambio de turno del personal.**

- La evolución médica y de enfermería la documentarán en el formulario de transferencia de la información de pacientes en puntos de transición elaborada con la técnica SBAR - SAER y debe ser expresada verbalmente durante la entrega de turno. La evolución siempre debe contener la firma y el sello de responsabilidad del personal de salud que la realiza. El personal médico y de enfermería que recibe la información del paciente, debe llenar la otra mitad del formulario de transferencia de información, verificando y señalando la información recibida, deberá también colocar el nombre, la firma y el sello de responsabilidad. Al finalizar la transferencia de información, se adjuntará el formulario SBAR-SAER a la historia clínica del paciente.

❖ **Transferencia de información de pacientes entre servicios.**

- **Pacientes clínicamente estables:**

✓ El personal de enfermería que entrega al paciente será el encargado de trasmitir la información vía telefónica o de manera presencial, previa al traslado del paciente, siguiendo la técnica SBAR-SAER, documentando en el formulario, deberá colocar el nombre, la firma y el sello de responsabilidad.
✓ El personal de enfermería que recibe la información del paciente, debe llenar la otra mitad del formulario de transferencia de información, verificando y señalando la información recibida. Deberá colocar el nombre, la firma y el sello de responsabilidad. Al finalizar, se adjuntará el formulario SBAR-SAER a la historia clínica del paciente.
✓ TÉCNICA SBAR-SAER PACIENTE ESTABLE: Puede ser realizada por vía telefónica o de manera presencial.

- **Pacientes críticos:**

- ✓ El personal médico acompañará siempre en el traslado del paciente hacia el área crítica, e informará lo correspondiente a la condición y cuidados de salud del paciente al personal médico que realiza la recepción.

- ✓ El personal que entrega la información utilizará la técnica SBAR-SAER y documentará en el formulario de transferencia de información de pacientes en puntos de transición. Deberá colocar el nombre, la firma y el sello de responsabilidad.
- ✓ El personal médico que recibe la información del paciente, debe llenar la otra mitad del formulario de transferencia de información, verificando y señalando la información recibida. Deberá colocar el nombre, la firma y el sello de responsabilidad. Al finalizar, se adjunta formulario SBAR-SAER a la historia clínica del paciente.
- ✓ TECNICA SBAR-SAER PACIENTE CRITICO: Debe ser realizada siempre de manera presencial.

DESCRIPCION DE LA TECNICA SBAR-SAER:

Situation - Situación: Este primer paso busca transmitir lo que está pasando con el paciente. Identifíquese, informe su cargo y el lugar desde donde está llamando o procede el paciente.

- ✓ Identifique al paciente por su nombre, edad, cédula, servicio y habitación en la que se encuentra, y comente el motivo del traslado, la llamada o la consulta.
- ✓ Describa brevemente: el problema y qué es lo que le preocupa. Incluya signos vitales relevantes.

Background – Antecedentes (Diagnóstico): Se define en este paso los antecedentes de morbilidad o aquellos de importancia clínica. Quien transmite la información tiene que haber recopilado información de la historia clínica del paciente.

- ✓ Motivo y fecha de ingreso: Datos significativos de la Historia Clínica.
- ✓ Se comunica al personal de salud que recepta la información: diagnóstico principal de ingreso, procedimientos realizados, medicación administrada, alergias, resultados de laboratorio o de imágenes cualquier otra información clínica útil.

Assessment – Evaluación: Se describe el problema y los cambios desde la última evaluación del paciente tomando en cuenta los signos vitales, signos y síntomas, cambios de comportamiento, conciencia, tratamiento administrado en el área que realiza la transferencia, exámenes realizadas, etc. Esto obliga a pensar en forma crítica cuando se

informa a otros profesionales acerca de cómo considera el problema y cuál puede ser la causa subyacente de la condición del paciente. No sólo se debe tomar en cuenta los hallazgos de los exámenes, se debe intentar llegar a alguna conclusión. También puede suceder que no tenga ninguna idea acerca de la causa del cuadro. En esos casos, se puede decir: "No sé qué es lo que tiene, pero me preocupa".

Recommendation - Recomendación: En este último paso, quien entrega la información debe:

- ✓ Indicar si la transferencia es urgente o no.
- ✓ Valorar la situación familiar.
- ✓ Hablar con la familia sobre el estado del paciente.
- ✓ Dar indicaciones específicas sobre dispositivos.
- ✓ Intentar establecer qué es lo que se debería hacerse dada la situación, para corregir el problema.
- ✓ Indicar algo que se encuentre pendiente.
- ✓ Qué es lo que espera que pase al finalizar la trasferencia de información.
- ✓ Realice sugerencias-Clarifique expectativas:

Es frecuente que el personal de salud con menos experiencia encuentre incomodo realizar sugerencias. Es necesario que lo hagan y no pasen por alto. Estas recomendaciones son importantes porque claramente describen la acción que el mensajero necesita.

❖ NORMAS DE ENTREGA -RECEPCIÓN DE TURNO

La entrega-recepción de turno se basará en el reporte escrito del personal médico y de enfermería que ha cumplido la jornada de trabajo, para lo cual se puede utilizar técnica SBAR-SAER.

- **PERSONAL MEDICO**

  - ✓ La entrega de turno y la información acerca de los pacientes, sobre su estado, tratamiento y cuidados debe ser objetiva y obtenida por observación y comprobación directa.
  - ✓ La entrega de turno se realizará con las notas de evolución y las novedades de los pacientes.
  - ✓ Se debe informar sobre ingresos, egresos, transferencias, traslado de pacientes a la realización de exámenes y a la morgue cuando existan defunciones.

- ✓ El horario Médico de Entrega-Recepción se realiza de acuerdo a cada uno de los servicios, de lunes a domingo y en base a las necesidades de cada servicio. (Mañana, tarde y velada).

- **PERSONAL DE ENFERMERIA**

  - ✓ El horario de entrega -recepción de turno para el personal de Enfermería se realiza de acuerdo al horario establecido, de lunes a domingo. (Mañana, tarde y velada).
  - ✓ La puntualidad del personal de salud que ingresa al turno es fundamental.
  - ✓ La impuntualidad repercute en el mismo personal de salud y en los pacientes. Al no efectuarse la transferencia de la información de manera completa y oportuna, aumenta la probabilidad de errores en la práctica médica.
  - ✓ Claridad en la entrega de la información.
  - ✓ Utilizar un lenguaje técnico y referirse exclusivamente a la entrega de información relevante del paciente.
  - ✓ Se realiza fuera de la unidad de cada paciente.
  - ✓ El informe que se debe proporcionar en cada paciente debe contener lo siguiente:
    - ➢ Datos de identificación del paciente.
    - ➢ Diagnóstico y situación de salud del paciente.
    - ➢ Evolución clínica.
    - ➢ Tratamiento en curso y modificaciones.
    - ➢ Se constatará accesos vasculares, drenajes, sondas, vendajes, heridas y curaciones.
    - ➢ Medidas de prevención de caídas.

❖ **NORMAS PARA LA TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN DE PACIENTES A OTRO SERVICIO DE LA INSTITUCIÓN.**

El personal de enfermería o personal médico de ser el caso, debe realizar la transferencia de información del cliente, usando la técnica SBAR-SAER.

- ✓ El médico tratante, es quien determina la necesidad y solicita la transferencia a otro servicio. Solicita la interconsulta al médico tratante del servicio al cual se le quiere transferir y si aprueba la transferencia del paciente deberá legalizar el formulario de interconsulta y/o en la evolución mediante su firma y sello.

- ✓ La interconsulta se lo realiza llenando el formulario correspondiente, de acuerdo a normas establecidas.

- ✓ Para la transferencia de pacientes se debe verificar la disponibilidad de camas en el servicio de destino.

- ✓ Se realiza el reporte de enfermería, anotando la condición en la que se envía al paciente, se incluye la medicación prescrita, administrada (Kardex) y las pertenencias en el caso de no tener familiares.
- ✓ El traslado del paciente se deberá realizar en base a su condición y acompañado por el personal de salud respectivo.

- ✓ Luego del traslado, se procede a realizar el cambio de información en el sistema de disponibilidad de camas.

- ✓ El personal de enfermería, auxiliares de enfermería y de servicios generales, realiza la desinfección de la unidad para la recepción de un nuevo paciente.

❖ **NORMAS PARA LA TRANSFERENCIA DE INFORMACION DE PACIENTES DESDE QUIROFANO A RECUPERACION.**

- ✓ El médico anestesiólogo realiza la entrega del paciente a enfermera/o de recuperación de acuerdo a la cirugía realizada, anestesia recibida, parámetros vitales, medicación administrada y eventos en el pre y trans operatorio.

- ✓ Enfermero/a o personal circulante informa sobre cirugía realizada, insumos utilizados, procesos de cirugía segura y formularios de registro de sala de operaciones.

❖ **NORMAS PARA LA TRANSFERENCIA DE INFORMACION DE PACIENTES DESDE RECUPERACION (CENTRO QUIRURGICO) A OTRO SERVICIO.**

- ✓ El médico anestesiólogo realiza la valoración final y genera la autorización de egreso del paciente.

- ✓ El personal de enfermería del área de recuperación valora la condición del cliente y realiza el informe de egreso.

- ✓ Para la valoración post-anestésica se utiliza la escala de ALDRETE para anestesia general y la escala de BROMAGE para anestesia raquídea.

- ✓ En el ámbito de su competencia, el personal de salud comunica al paciente y/o familia la razón del traslado.

- ✓ El personal de salud llena los registros de egreso, realiza reportes y activa el procedimiento de transferencia de información.

- ✓ La enfermera será la responsable de controlar que el paciente egrese con la historia clínica completa, que se hayan cumplido las prescripciones y cuidados de enfermería durante el post-operatorio inmediato.

- ✓ Si el paciente tiene alta a su domicilio, el personal de Enfermería en conjunto con el médico tratante deberá firmar el plan de alta, al mismo tiempo firmará el familiar una vez que haya recibido la información (indicaciones médicas, cuidados en el domicilio, signo o síntomas de alarma.)

- ✓ Realizar el traslado del paciente en silla de ruedas o camilla de acuerdo a las condiciones propias de su patología y acompañado del personal de salud necesario.

ANEXOS

Escala de Bromage

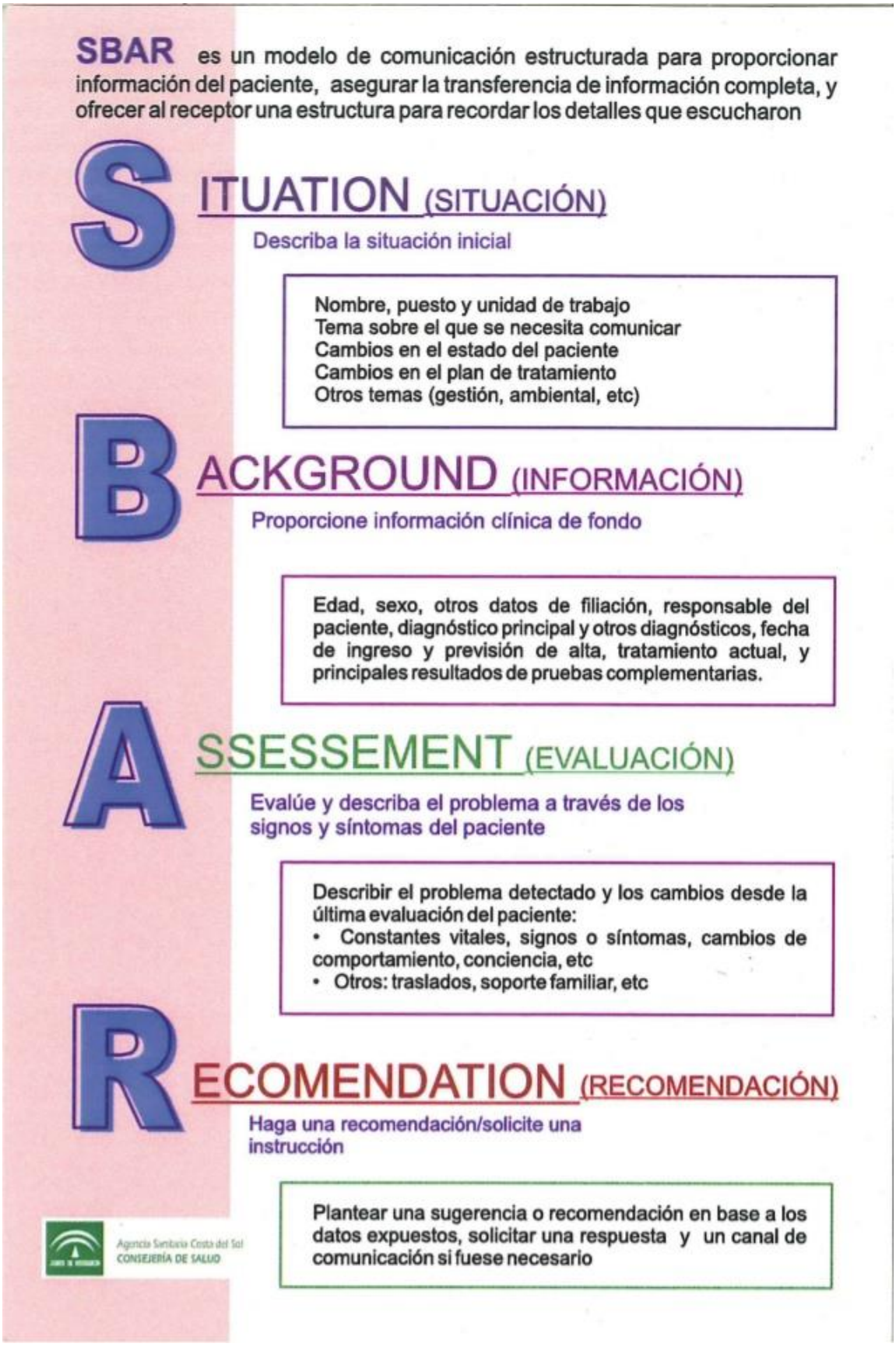
Grade	Criteria	Degree of block
I	Libre circulación de las piernas y los pies	Nil (0%)
II	Apenas capaz de flexionar las rodillas con la libre circulación de los pies parciales	Partial (33%)
III	No puede flexionar las rodillas, pero con libre circulación de los pies	Almost complete (66%)
IV	No se puede mover las piernas o los pies completos	Complete (100%)

ESCALA DE ALDRETE

Tabla 40-3 Escala de Aldrete: recuperación postsedación*

Características		Puntos
Actividad	Mueve 4 extremidades voluntariamente o ante órdenes	2
	Mueve 2 extremidades voluntariamente o ante órdenes	1
	Incapaz de mover extremidades	0
Respiración	Capaz de respirar profundamente y toser libremente	2
	Disnea o limitación a la respiración	1
	Apnea	0
Circulación	PA ≤ 20% del nivel preanestésico	2
	PA 20-49% del nivel preanestésico	1
	PA ≥ 50% del nivel preanestésico	0
Conciencia	Completamente despierto	2
	Responde a la llamada	1
	No responde	0
SaO_2	Mantiene SaO_2 >92% con aire ambiente	2
	Necesita O_2 para mantener SaO_2 < 90%	1
	SaO_2 < 90% con O_2 suplementario	0

PA: presión arterial; SaO_2: saturación arterial de oxígeno.
*Para ser dado de alta es necesario una puntuación ≥ 9 puntos.


SBAR es un modelo de comunicación estructurada para proporcionar información del paciente, asegurar la transferencia de información completa, y ofrecer al receptor una estructura para recordar los detalles que escucharon
SITUATION (SITUACIÓN)
Describa la situación inicial
Nombre, puesto y unidad de trabajo
Tema sobre el que se necesita comunicar
Cambios en el estado del paciente
Cambios en el plan de tratamiento
Otros temas (gestión, ambiental, etc)
BACKGROUND (INFORMACIÓN)
Proporcione información clínica de fondo
Edad, sexo, otros datos de filiación, responsable del paciente, diagnóstico principal y otros diagnósticos, fecha de ingreso y previsión de alta, tratamiento actual, y principales resultados de pruebas complementarias.
ASSESSEMENT (EVALUACIÓN)
Evalúe y describa el problema a través de los signos y síntomas del paciente
Describir el problema detectado y los cambios desde la última evaluación del paciente:
• Constantes vitales, signos o síntomas, cambios de comportamiento, conciencia, etc
• Otros: traslados, soporte familiar, etc
RECOMENDATION (RECOMENDACIÓN)
Haga una recomendación/solicite una instrucción
Plantear una sugerencia o recomendación en base a los datos expuestos, solicitar una respuesta y un canal de comunicación si fuese necesario
Agencia Sanitaria Costa del Sol
CONSEJERÍA DE SALUD

Padre Carollo	HOSPITAL PADRE CAROLLO FORMULARIO DE TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN DE PACIENTES EN PUNTOS DE TRANSICIÓN	Código: FTN-SSI-HPC-DS-DM-TIP-002 Version: 1 Fecha:

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
EDAD:	CÉDULA:	HISTORIA CLINICA:	PROFESIONAL QUE ENTREGA:
			Médico/a
			Enfermera/o

SERVICIO QUE ENTREGA INFORMACION:	SERVICIO QUE RECIBE LA INFORMACION:
Sello y Firma	Sello y Firma

S (SITUACIÓN)	a. El personal de salud se identifica: nombre, cargo, servicio.	SI	NO
	b. Informa datos del paciente(brazalete) nombres, edad, servicio y sala.	SI	NO
	c. Motivo de la transferencia:		
A (ANTECEDENTES)	a. Fecha de Ingreso:		
	b. Diagnóstico del paciente:		
	c. Antecedentes de importancia:		
	d. Alergia conocida (Especifique ¿Cuál?)	SI	NO
	e. Medicación Habitual: (Especifique ¿Cuál?)	SI	NO
E (EVALUACION)	a. SV: FC: ..... R: ..... TA: ..... Tº: ..... SO2: ..... b. Glasgow: ..... E. Aldrete: ..... E: Bromage: ..... E Braden:		
	c. Medicación Administrada:		
	d. Signos y síntomas relevantes:		
	e. Exámenes Realizados en las ultimas 24 h: BH..... QS..... TTP..... TP..... EMO..... COPRO..... OTROS..... RX.....Nº..... TAC..... Nº..... IRM..... Nº..... ECOS..... Nº..... Cirugías: Procedimiento terapéutico:		
R (RECOMENDACION)	a. Prestar atención a signos y síntomas relevantes: .... b. Quedan Pendientes:		

BIBLIOGRAFIA

- Organización Mundial de la Salud, Comunicación durante el traspaso de pacientes. VolumenNo.1. 2007.
- NHS Institute for Innovation and Improvement. SBAR-Situation-Background-Assessment-Recommendation. Quality and Service Improvement Tools, 2008.
- Lexus Editores. Manual de Enfermería, Barcelona-España. 2003.
- Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/gpsc/5may/tools/es/Vásconez N, Molina S.
- Manual de normas para la prevención y control de las infecciones intrahospitalarias. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2011. 84