



Universidad  
Nacional  
de Córdoba



2017 - 'Año de las Energías Renovables'

## CÁTEDRA DE TALLER DE TRABAJO FINAL

### PROYECTO DE INVESTIGACION

# EFICACIA DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA HERRAMIENTA SAER PARA OPTIMIZAR EL CUIDADO

“Estudio a realizar a los enfermeros de las unidades críticas UCIC-UCIA  
en el Hospital Universitario Privado de Córdoba, de Junio a Diciembre del  
2018”

Asesor metodológico:

Díaz de Coy, Estela

Autoras:

Pereyra, Andrea

Vázquez de Novoa, Norma

13 DE DICIEMBRE 2017, CÓRDOBA

## DATOS DE LOS AUTORES

**Pereyra, Andrea Ester:** enfermera Universitaria, egresada en el año 2012 de la Universidad Nacional del Comahue de Trelew-Chubut. Actualmente se desempeña como enfermera en el área de Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios, (UCIC) en el Hospital Universitario Privado de Córdoba.

**Vazquez de Novoa, Norma Gabriela:** enfermera universitaria, egresada en el año 2012 de la Universidad Nacional de Córdoba. Actualmente se desempeña como enfermera en el área de Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios, (UCIC) en el Hospital Universitario Privado de Córdoba.

## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a la asesora metodológica la Licenciada Díaz de Coy, Estela por el apoyo brindado y paciencia en la realización de éste trabajo.

Agradecemos a la Institución en la que nos desempeñamos por permitirnos realizar dicho proyecto.

Y a todas aquellas personas que de una u otra manera colaboraron en la concreción del mismo.

- En especial a mi mama y a mi familia por el apoyo incondicional y al acompañamiento en este proceso de formación.

Pereyra Andrea

- Quiero dedicar esta tesis a la memoria de Marcos Julián D´orfeo.

Vazquez de Novoa Norma

## ÍNDICE

Datos del autor	2
Agradecimientos	3
Prólogo	5
<b>CAPÍTULO I</b>	
Planteo del problema	7
Definición del problema	17
Justificación	17
Marco teórico	19
Objetivos	24
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>DISEÑO METODOLÓGICO</b>	
Tipo de estudio	25
Población	25
Operacionalización de la variable	25
Técnica e instrumentos de recolección de datos	25
Plan de recolección de datos	28
Plan de procesamiento de datos	29
Plan de presentación de datos	29
Tablas y gráficos	30
Plan de interpretación de datos	34
Cronograma de actividades	34
Presupuesto	35
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>36</b>
<b>ANEXOS</b>	
Nota de autorización	39
Instrumento	40
Tabla Matriz	42

## PRÓLOGO

El desarrollo de nuevos métodos y protocolos de evaluación de los cuidados de Enfermería permiten dar garantías sobre la provisión de cuidados de calidad y en el sentido más amplio, dentro de un entorno óptimo para el desarrollo de las actividades de satisfacción de necesidades.

No hay mayor satisfacción que ver al paciente recuperarse de una situación en donde se vio alguna vez vulnerado. Sin embargo, en los servicios de cuidados críticos, no siempre sucede y muchas veces lo único que resta por hacer es mitigar el dolor del paciente y proveerle calma y paz, en un ambiente armónico, sin preocupaciones. Una de las maneras de garantizar la continuidad de estos cuidados, tanto de recuperación como los paliativos, es el la realización de un pase de guardia que garantice la mayor cantidad de información del sujeto receptor de nuestros cuidados, con el objetivo de no discontinuar el ritmo de cuidados con una calidad que tal sujeto bien merece.

Por las razones anteriormente relatadas, podemos decir que la planilla SAER (de las siglas, Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendaciones) se ha elaborado e instalado como un protocolo estandarizado que pretende y, muchas veces, logra conseguir la transmisión de información confiable y segura sobre el paciente, el cual muchas veces se encuentra imposibilitado de hablar o expresarse por sí mismo. Este trabajo de investigación intentará medir la Eficacia la implementación de esta herramienta en el Hospital Privado Universitario de la Ciudad de Córdoba en el año 2017.

El siguiente proyecto se organiza en dos capítulos. En el primer capítulo se incluye el planteo del problema, la justificación y la definición conceptual de la variable, basada en la adaptación de la Herramienta QUIT. Se situará bajo el Paradigma de la Transformación, que expone que debe existir una relación dinámica y continua de lo biológico, lo emocional, lo social y lo psicológico. De este modelo, se desplegará más específicamente, la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson para tomar de ella los cuidados pertinentes no solamente a lo biológico, sino a lo psicológico y a lo espiritual. Además, se incluirán en este capítulo, el marco teórico y los objetivos, general y específicos.

En el segundo capítulo se expondrá el diseño metodológico que implica el desarrollo del tipo de estudio, la población, la definición operacional de la variable y la técnica e instrumento de recolección de datos. Además, el plan de procesamiento y presentación de los datos a partir de la estadística descriptiva. Luego, se presentan el cronograma de actividades, el presupuesto estimativo para llevar a cabo el proyecto y la bibliografía. Al final del trabajo, se incluyen los anexos con el consentimiento informado, instrumento de recolección de datos, formulario y tabla maestra.

# CAPÍTULO I

## PLANTEO DEL PROBLEMA

El cuidado de la salud para enfermería abarca la atención integral de la persona, familia y comunidad en todas las etapas de la vida dentro del proceso salud-enfermedad. Es el motor de la profesión y el tema principal de su objeto de estudio desde los inicios de la historia. En el ámbito asistencial el cuidado de salud se rige por un principio básico que es la seguridad del paciente, la cual depende de muchos factores, tanto externos como internos.

Enfermería se encarga de brindar un cuidado oportuno y eficaz, el mismo implica que sea planificado, organizado, administrado a diversos pacientes. Dicho cuidado consiste en acciones asistenciales, educativas y administrativas, las cuales al finalizar el turno laboral en el pase de guardia se delega la responsabilidad a otro colega con el fin de conservar la continuidad del cuidado, y por ende garantizar la seguridad del paciente a cargo.

Según **Collière** (1993), la historia del Cuidado de Enfermería tuvo cuatro etapas a lo largo de la historia:

1. **ETAPA DOMÉSTICA:** Abarca la prehistoria y el período Greco-Romano. En la prehistoria se implementaba el cuidado de las tribus y clanes por parte de familiares de los enfermos y los partos en manos de matronas experimentadas. Más adelante, en tiempos de las grandes civilizaciones antiguas, las cuidadoras generalmente eran mujeres que pertenecían a la clase alta y se dedicaban a la beneficencia y sus siervas o esclavas que seguían sus órdenes. La **salud** era el **mantenimiento de la vida** exclusivamente, se caracterizaba por el contacto físico para asistir en aspectos básicos, como la higiene, la alimentación y el abrigo. En esta etapa también se mencionan a los brujos y hechiceros como proveedores de pócimas, sacrificios de animales y del manejo de hierbas para paliar los efectos de malestares.
2. **ETAPA VOCACIONAL:** Esta etapa abarca la Edad Media, y surge con el Cristianismo con el cuidado a cargo de personas religiosas consagradas (sacerdotes y monjes). Se pierde parte del contacto físico

para dedicarlos la evocación de entidades divinas y rezos y, en los casos irreversibles, con la resignación. La salud se asimila como valor religioso. La característica principal común de los cuidadores era la sumisión, el sacrificio y la abnegación. Se desarrolla en instituciones determinadas y dedicadas al cuidado exclusivo de personas que tienen necesidades específicas, como orfanatos y leprosorios. Mientras, las iglesias servían como sede de cuidados de heridos de guerra y víctimas de las epidemias comunes de la época. Los enfermos mentales quedaban relegados y se atribuía su causa a posesiones demoníacas.

3. **ETAPA TÉCNICA:** Se inicia a partir del siglo XIX hasta casi todo el siglo XX, en la Edad Moderna y en la Edad Contemporánea y se destaca el desarrollo de la Medicina. Se comienza a tratar a las enfermedades mediante la búsqueda de sus causas. Evoluciona el tratamiento de las enfermedades gracias a la tecnología y todos los recursos de la salud se destinan a este aspecto. Surge la premisa de la salud como lucha contra la enfermedad.
4. **ETAPA PROFESIONAL:** Comienza con la incorporación de Enfermería al ámbito científico con el fin de buscar un equilibrio entre el ser humano y el medio ambiente. Se desarrollan teorías y modelos de cuidado y el método científico. Se enfatiza la promoción de la salud, que se considera un fenómeno bio-psico-social equilibrado que está sujeto a variaciones a lo largo de la vida, y la prevención de enfermedades.

Para **Leininger** (1966), el cuidado es “un fenómeno transcultural y central de la acción de enfermería y es la expresión de una cualidad humana que tiene una disposición moral orientada a la ayuda”. Como servicio público, mantiene y promueve la salud desde las perspectivas humanas, éticas y terapéutica y el cuidar en momentos vulnerables como la enfermedad y la muerte. La meta principal es proporcionar cuidados pertinentes y oportunos al individuo, la familia y la comunidad gracias a la identificación de sus necesidades, basada en el proceso de atención de enfermería para restaurar la autonomía y promover la integridad bio-psico-social.

En la etapa técnica, surge la necesidad de evaluar los cuidados en enfermería de la mano de **Florence Nightingale** (1850), quien aconseja el



análisis de la mortalidad en los hospitales británicos. Gracias a la aplicación de condiciones higiénicas que ella implementó a partir del análisis, se redujo la mortalidad de un 40% a un 2% en seis meses. A partir de entonces, diferentes instituciones de enfermería y de salud han incorporado elementos esenciales para asegurar la calidad de los cuidados, como el establecimiento de criterios, la identificación de factores de protección y factores de riesgo, el proceso de atención de enfermería (PAE), el análisis de resultados y la evaluación continua de la práctica de enfermería.

También han surgido diferentes programas de calidad de los cuidados de enfermería que se enfocan en resaltar la importancia de sus particularidades organizacionales. La Organización Mundial de la Salud (2015), afirma que los servicios de enfermería son un pilar fundamental de la prestación de la atención de salud y la calidad de sus cuidados reducen al máximo los costos.

Un aspecto fundamental de la evaluación del cuidado es la información del paciente. Con la misma se puede diseñar, ejecutar, planificar y evaluar la gestión del cuidado de enfermería para decidir y adaptar las decisiones que se tomarán para satisfacer las necesidades insatisfechas. Dado que la asistencia de las personas que padecen enfermedades es continua, variable y relativa, especialmente en las instituciones hospitalarias y en el cuidado domiciliario. Existen varios momentos fundamentales que aseguran el cuidado óptimo de los pacientes y la continuidad de éste a lo largo de la estadía del paciente y que garantiza el éxito del tratamiento de su patología. Uno de estos momentos es el pase de guardia, el cual se realiza en toda institución de salud y se constituye como un proceso interactivo de comunicación de información específica del paciente y donde se transfieren responsabilidades para continuar la calidad y la seguridad de los cuidados.

El **pase de guardia** es la transmisión de información referida a un paciente, su diagnóstico, tratamiento y novedades. Es un medio que utiliza el personal de salud, particularmente enfermería, para programar, administrar y evaluar el cuidado de los pacientes y se realiza cuando el personal a cargo del paciente debe delegar la responsabilidad de sus cuidados a otra enfermera que asume el relevo del anterior, lo que garantizará la continuidad y homogeneidad de la asistencia. Suele hacerse durante un cambio de turno o una derivación del paciente a otro servicio. *Sexton (2004)*, lo define como un “proceso importante

de intercambio de información para asegurar y mantener la continuidad y la calidad de la atención en pro de la seguridad del paciente y que cumple con las normas legales de la práctica profesional". Así mismo, afirma que una de las dificultades que se presentan es que el informe suele carecer de estructura, por lo cual la información que se trasmite es irrelevante, repetitiva y especulativa, lo que compromete el cuidado por la falta de directrices.

La importancia del pase de guardia para el proceso de atención de los pacientes ha incentivado el desarrollo de protocolos para estandarizar este traspaso de información relevante en las diferentes instituciones de salud. Sin embargo, aún no se ha llegado a un consenso debido a que no hay muchos estudios sobre la eficacia de los mismos. Actualmente, en la mayoría de instituciones de salud existen protocolos o guías de cambio de turno. El informe, por lo tanto, debe ser informativo y educativo para las enfermeras y debe compartir detalles no sólo del estado del paciente y su tratamiento, sino de la planificación del cuidado.

Existe una herramienta de jerarquización denominada **SBAR** (por las siglas inglesas *Situation, Background, Assessment and Recommendations*) o **SAER** (*Situación, Antecedentes, Evaluación, Recomendación*) en español. Es una forma estandarizada de comunicación para transmitir mensajes claros y precisos con el objetivo de realizar la continuidad de un cuidado óptimo y reducir eventos adversos.

<b>SIGLAS</b>	<b>PREGUNTA</b>	<b>DETALLES</b>
<b>Situación</b> ( <i>Situation</i> )	¿Qué ocurre en este momento?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación: Apellido, nombre y edad.</li> <li>- Diagnóstico o enfermedad actual y/o procedimiento que se realizará o se realizó y horario.</li> <li>- Datos de la recepción.</li> <li>- Signos vitales (alteraciones significativas).</li> <li>- Cambios en estado cognitivo.</li> </ul>
<b>Antecedentes</b> ( <i>Background</i> )	¿Qué circunstancias llevaron a esta situación?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antecedentes médicos: HTA, DBT, Epoc, enfermedades coronarias, cirugías, etc.</li> <li>- Alergias.</li> <li>- Aislamientos.</li> </ul>
<b>Evaluación</b> ( <i>Assessment</i> )	¿Qué piensa que puede ocurrir?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Signos o síntomas, complicaciones, cambios de comportamiento/estado mental, consciencia, nutrición/hidratación, cambios funcionales.</li> <li>- Cuidados de enfermería aplicados.</li> <li>- Glasgow, score de dolor, riesgo de úlceras, movilidad, requerimientos de O2, última deposición.</li> <li>- Resultados de laboratorios alterados (ejemplo hipoglucemia, etc.).</li> </ul>
<b>Recomendación</b> ( <i>Recommendation</i> )	¿Qué debemos hacer para corregir el problema?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidad de monitoreo horario.</li> <li>- Necesidad de asistencia en la movilidad.</li> <li>- Necesidad de contención emocional.</li> <li>- Necesidad de educación relacionada a su motivo de internación.</li> <li>- Necesidad de contención física.</li> <li>- Medicamentos administrados, en administración o pendientes.</li> <li>- Estudios pendientes.</li> <li>- Posible alta y pendientes para la misma.</li> <li>- Posible traslado de servicio.</li> </ul>

El SAER fue desarrollado por primera vez por la Marina de Estados Unidos, como una técnica de comunicación de los submarinos nucleares. Posteriormente, se utilizó en la industria de la aviación, que adoptó un modelo similar para el intercambio eficaz de información, y luego fue aplicado en la atención de la salud. De este modo, en 2002 Michael Leonard, Doug Bonachum y Suzanne Graham, personal de Kaiser Permanente en Colorado (Estados Unidos) adaptaron el uso de esta herramienta para informar al personal médico sobre el estado de los pacientes y para garantizar la calidad de un cuidado óptimo y, por lo tanto, la seguridad de los pacientes. Posteriormente fue adoptada por otros campos de la salud. Conociendo las ventajas de esta técnica en los ámbitos ya mencionados, el propósito primordial de la implementación del SAER en salud era aliviar los problemas de comunicación derivados de las diferencias en los estilos de comunicación entre los profesionales de la salud. Esta particularidad lo convirtió en uno de los sistemas mnemónicos de traspaso de información más populares.

Ahora es ampliamente recomendado en la comunicación de la salud. Por ejemplo, el *Royal College of Physicians* (2013) de Londres, Reino Unido, recomienda el uso de SBAR durante la entrega de atención entre los equipos médicos cuando se trata a pacientes gravemente enfermos o en riesgo de deterioro. La OMS, en conjunto con la *Joint Commission of Accreditation of Health Care Organization*, en el 2007 dio a conocer las 9 soluciones dirigidas a la seguridad. La más importante es la comunicación durante el traspaso de pacientes con la herramienta SBAR/ SAER, el cual es un sistema estandarizado para la comunicación de información relacionada con el paciente entre profesionales de salud en ocasiones de cambios de turno y transferencias o derivaciones de pacientes sujetas a cuidados a otros servicios o unidades.

Esta herramienta se ha implementado en Argentina en los últimos años, pero solamente en algunas instituciones de salud. Es habitual en los diferentes pases de guardia de varias instituciones hospitalarias, que estos varíen de acuerdo al entorno, la organización y el tiempo dispuesto para el mismo.

## CONTEXTO INSTITUCIONAL

En el Hospital Privado de la Ciudad de Córdoba se han implementado varias medidas para la seguridad del paciente. Una de las más importantes fue en el año 2012 con la implementación del sistema digitalizado para la Historia Clínica, eso incluía las evoluciones y las indicaciones médicas y los registros de Enfermería y el acceso de ella a todo el personal de salud. Esto facilitó el flujo de información y el acceso a los antecedentes de los pacientes para poder planificar los cuidados con mayor detalle.

En esta institución, el pase de guardia antiguamente se realizaba verbalmente en el office de enfermería, quedando a criterio del enfermero de cabecera enunciar las novedades de paciente, cuidados especiales a realizar y estudios pendientes. Sin embargo, era interrumpido por el equipo interdisciplinario o por familiares del paciente, lo cual desviaba la concentración y la atención de los involucrados en el mismo, produciendo omisión de detalles relevantes. También sucedía frecuentemente que el personal de enfermería desconociera los antecedentes del paciente o motivos de la internación, generado por el déficit de consulta de la historia clínica debido a la falta de tiempo o por no considerarlo prioritario. Se extendían en detalles irrelevantes o eran muy escuetos desperdiciando tiempo y el relevo de la enfermera anterior fijaba nuevas metas al no tener datos correctos del paciente, lo que dificultaba la continuidad de los cuidados de enfermería.

Por las razones mencionadas anteriormente, el Hospital Privado implementó medidas que no fueron tan eficaces como check list que valoraba solamente los procedimientos médicos o de enfermería realizados al paciente, los riesgos de los tegumentos (integridad cutánea), pero dejaba de lado los antecedentes del internado y las recomendaciones de su asistencia.

Recién a principios del año 2017, dicha institución decidió aplicar la herramienta denominada SAER, a partir de la recomendación de la *Joint Comission International* en una visita realizada el año anterior. Su objetivo final era el de garantizar la seguridad del paciente y mantener la calidad de cuidados del mismo. Este instrumento fue adaptado a los diferentes servicios con una planilla que dispone el Hospital y se enfoca en una valoración céfalocaudal, teniendo como prioridad el aspecto biológico.

A esta herramienta, se le incorporó la utilización de la cinta roja como banda sobre el ambo para que no haya interrupciones durante el pase de guardia. La misma pasó a ser parte de otra de las estrategias que se han tomado para impedir que las enfermeras sean interrumpidas en momentos que requieren gran concentración y cuidado, como por ejemplo, la preparación y administración de medicamentos y/o realización de pases de guardia, ya que la seguridad de los pacientes es una responsabilidad profesional y la tarea de enfermería es brindar cuidados oportunos, de calidad y libres de riesgo. Además, se exponen en la página de internet para informar a los familiares de los pacientes internados sobre el uso de la cinta roja y recalcar su importancia fundamental de no interrumpir en momentos cruciales el accionar del personal de enfermería para mantener la seguridad de los pacientes como prioridad mayor y primera.

En el Hospital Privado la mayoría de los enfermeros cumple con el llenado de la planilla de SAER por cada paciente internado del servicio durante el cambio de turno. Sin embargo, hay una minoría de profesionales de enfermería que eventualmente no lo concreta o la completa según la carga laboral y la predisposición personal de cada uno. Este incumplimiento lo realiza debido a que éstos últimos sienten que esta planilla les quita tiempo valioso para realizar tareas más prioritarias, otros no le ven importancia personal de su implementación o simplemente lo realizan como una obligación más que cumplir y no como un deber que le facilita el pase de guardia con la continuidad de cuidados. En casos excepcionales les da igual llenar la planilla de SAER o la completan después de pasar la guardia, lo cual hacen con pedido del colega que toma la guardia. Este último caso le quita el fin para lo que fue ideada la implementación del mismo, ya que no agiliza el pase de guardia, sino que lo retrasa, desperdiciando tiempo valioso.

Además hay ciertos obstáculos cuando se realiza el pase de un paciente internado de un servicio a otro dentro de la misma institución, como el hecho de que no hay un instrumento que se utilice durante el pase de guardia. Esto dificulta el seguimiento del paciente y la continuidad de los cuidados aplicados. Otra dificultad para la implementación del SAER es que no hubo una capacitación que instruya a todos los profesionales de enfermería sobre la importancia de su aplicación y sobre la manera correcta de completar las

planillas, por lo que es común el hallazgo de espacios en blanco o de interpretación inadecuada de los ítems.

En la evaluación actual de la aplicación del SAER en la institución, se evidencia una creciente optimización del tiempo empleado en el pase de guardia. Sintéticamente enriquece la comunicación fluida y eficaz entre los profesionales de enfermería. Sin embargo, el SAER tiene un enfoque que valora solamente la dimensión biológica y deja de lado información sobre el aspecto psicológico o emocional, como las preocupaciones o el estilo de vida del paciente antes de la internación, las costumbres, su cultura y su profesión.

Desde este punto, surgen los siguientes interrogantes:

1. ¿Qué opinión tienen los profesionales de enfermería acerca del pase de guardia con el SAER como técnica para la seguridad del paciente?
2. ¿Qué tan importante es el cambio de turno para el cuidado de enfermería?
3. ¿La aplicación del instrumento SAER se cumple?
4. ¿La herramienta SAER mejora el cuidado, valida la calidad del mismo?
5. ¿Es eficaz la herramienta SAER para optimizar el cuidado?

Se han realizado estudios relacionados con el uso del instrumento SAER que responden a la primera pregunta, como el estudio “Opinión de los profesionales de enfermería en relación al pase de guardia como herramienta relacionada a la seguridad del paciente – Empleo de la técnica SAER” de *Agretti, Delgado, Monzillo, Morales y Pereira (2013)*, que se orienta a la opinión específica del profesional de salud y si lo utiliza o no. Dicho estudio llegó a la conclusión de que es útil para la transferencia de información breve, asertiva y efectiva, favorece la determinación de las tareas que se deben priorizar y los planes a futuro que hay que desarrollar. Denotaron que no todo el equipo realizaba dicho instrumento o no poseía conocimiento sobre el mismo.

Otro estudio llamado “El cambio de turno: Eje central del cuidado de enfermería” de las autoras *Guevara Lozano y Arroyo Marles (2015)* en Colombia responde al segundo interrogante y se enfoca en la necesidad de realizar estudios sobre el uso de una estructura específica o protocolo como método para mejorar el pase de guardia, pero se abocaba a la participación del

paciente. Recomienda que se realicen estudios de enfoque cuantitativo para proporcionar evidencia para apoyar el uso de una estructura específica, aunque en este caso no menciona el SAER.

Con respecto del tercer interrogante, surgió el estudio realizado en la India denominado “Introducción de Situación, Antecedentes, Evaluación, Recomendación en la Práctica de Enfermería: Un Estudio Prospectivo” de las autoras *Meera, Vendang, Sadhana, Rani, Mini y Navin (2016)*. El mismo evaluaba el cumplimiento de la documentación del SAER (situación, antecedentes, evaluación y recomendación) y la opinión del profesional, ya que el 76% lo creía útil y el 24% referían que para su elaboración demandaba tiempo. Propone auditorías para evaluar si ha reducido los incidentes debido a una comunicación ineficaz y valorar los resultados a largo plazo. Hace hincapié que el instrumento se utilice al lado de la cabecera del paciente para mejorar el traspaso de información.

Otra investigación denominada “Mejora de la escalada de cuidado: Desarrollo y validación de la calidad de la herramienta de transferencia de información” de *Johnston, Arora, Huddy, King y Darzi (2016)* del Reino Unido busca dar respuesta al tercer interrogante. Dicho estudio detalló la validez del uso de la la herramienta QUIT con las medidas de la herramienta SAER en pacientes quirúrgicos. Este estudio describió una herramienta confiable, válida y fehaciente para evaluar la transferencia de información durante la mejora de la escalada del cuidado en las salas quirúrgicas. Expuso que herramienta QUIT puede guiar la mejora de los resultados del paciente, si son ampliamente adoptados y correctamente implementados.

En síntesis, se ha encontrado que la aplicación del SAER es útil para la transferencia de información y que no todo el equipo lo realizaba. También se evidenció la escasez de estudios que apoyen el uso de un instrumento para el pase de guardia, así como la limitada evaluación de los resultados o de cambios a largo plazo relacionados con la comunicación de información. Además, se elaboró la herramienta QUIT basada en el SAER que concluyó que mejora de los resultados del paciente si son adoptados y correctamente implementados.



Se concluye entonces que no se han encontrado investigaciones realizadas que respondan al quinto y último interrogante que demuestren o investiguen la eficacia del instrumento SAER como medida para mejorar la calidad del cuidado en otras partes del mundo, ni en Argentina específicamente.

## DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

*Eficacia de la herramienta SAER para optimizar el cuidado por parte del profesional de enfermería en el Hospital Privado de la provincia de Córdoba durante el período Junio-Diciembre en el año 2018.*

## JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

- ✓ ***La herramienta SAER no se encuentra correctamente abordada o justificada*** con un estudio de investigación. La falta de investigaciones relacionadas al tema contribuye a que muchas instituciones prefieran la no implementación del SAER como sistematización de transferencia de información o que personal de enfermería se muestre reticente a aceptar este instrumento, ya que hay escasos estudios que lo respaldan a nivel nacional o local.
- ✓ ***Reducir la ocurrencia de los problemas relacionados con el traspaso de información de pacientes y que es una preocupación internacional.*** Expertos del campo de la seguridad de las instituciones de salud exponen la priorización de sistemas de información para una adecuada atención.
- ✓ También se busca ***demostrar la eficacia del uso del SAER*** como método para mejorar la comunicación, es decir, con el fin de disminuir las hipótesis o ambigüedades durante el pase de guardia que pueden dificultar u obstaculizar cuidados de calidad.
- ✓ ***Establecer bases firmes para la aplicación de este modelo mental compartido que es el SAER*** como herramienta profesional y su estudio

en el ámbito laboral durante situaciones específicas, como el cambio de guardia, la transferencia de pacientes y el intercambio de información crítica. Esto avala la comunicación segura para el cuidado óptimo del paciente, cuya recuperación es responsabilidad principal.

- ✓ Además, se busca **ayudar a estandarizar la transferencia de información** gracias al análisis realizado en base a un instrumento. Esta justificación obedece a la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2007 sobre el uso del SBAR-SAER como técnica para comunicación eficaz como una de las soluciones para la seguridad del paciente.
- ✓ **Realizar aportes relevantes, sobre todo en el área de enfermería** con el objetivo de optimizar la comunicación de conocimientos que se tienen del paciente. Este proyecto tiene el énfasis de observar y analizar el método SAER, relativamente desconocido en el ámbito de salud local y que solamente está protocolizado en pocas instituciones de salud en la ciudad de Córdoba.
- ✓ **Desarrollar estrategias futuras que permitan mejorar la calidad de los cuidados de enfermería** y que determinarán la organización adecuada del trabajo de enfermería, la priorización de actividades y el éxito de tareas pendientes de la satisfacción de necesidades de pacientes.
- ✓ **Resolver dificultades en la comunicación entre enfermeros**, ya que las fallas de comunicación en el proceso de cambio de turno pueden ocasionar cuidados inadecuados en los pacientes, la interrupción o no continuidad de ciertas acciones relacionadas con el tratamiento y el cambio de prioridades de la satisfacción de necesidades que no se relaciona con el cambio de estado del paciente. Esto contribuye a la **poca cohesión del grupo laboral y a la desorganización del trabajo del personal de enfermería** y que puede inducir la toma de decisiones erradas y los errores de tratamiento, los cuales predisponen eventos adversos que pueden atentar contra la salud y el bienestar del paciente.

- ✓ También ayuda a **fomentar el trabajo en equipo** (del personal de enfermería y del personal de salud en general) y **sentar las bases de una cultura de seguridad**.
- ✓ Otras de las razones del estudio están íntimamente relacionadas con **cumplir con los principios éticos de Enfermería** ya que en la gestión del cuidado implica, toma de decisiones:
  - *Beneficencia*: Hacer el bien y no causar daño al sujeto y a la comunidad.
  - *Autonomía*: Respetar a la persona como ser autónomo y sus decisiones.
  - *Justicia*: El enfermero debe ser equitativo y justo en el trato de sus pacientes, modificando sólo según la prioridad de necesidades.
  - *Fidelidad*: Cumplir las promesas hechas al paciente y mantener su confiabilidad.
  - *Veracidad*: No mentir ni engañar al paciente.

## MARCO TEÓRICO

En el campo de la investigación, la evaluación del cuidado ha sido primariamente analizada en el aspecto conceptual de la teoría de sistemas, la cual se orienta a la estructura, procesos y resultados de los cuidados de enfermería.

Los estudios de **Aiken, Smith y Lake** (1994) han comprobado cómo la satisfacción personal, el estatus, el rol de enfermería, la relación enfermera-paciente, el mantenimiento del personal de enfermería y los horarios flexibles de trabajo son indicadores de mejor calidad de cuidado. Estos autores asociaron al cuidado de enfermería con calidad con la reducción de la mortalidad hasta un 4,6% y si aumentaba el número de pacientes a mayor a 4 con cada profesional de enfermería la probabilidad de muerte aumentaba un 7%. Si se elevaba la carga laboral a 8 pacientes, la mortalidad crecía un 31%. Según **Kerouac** (1996), es en el acto de cuidar se recurre a procesos variados como la reflexión, la integración de valores y creencias, el análisis crítico, el juicio clínico y la intuición. Quedó afianzada la importancia de la evaluación del

cuidado de enfermería para mejorar su calidad y la respuesta de los pacientes a los tratamientos y atenciones provistas.

Una de las principales bases teóricas de este proyecto es el **Paradigma de la Transformación** que surgió a comienzos de la década de los años 70' y que es un conjunto de teorías que expone a la persona como un ser que está integrado por múltiples dimensiones: la física o biológica, la psicológica y la espiritual. Considera a la salud como el equilibrio entre ser humano-entorno y se integra en la vida misma del sujeto, familia y comunidad. Tiene varios referentes teóricos, como Leininger, Orem, Newman y Watson, entre otros.

La teoría de éste paradigma que más se adecúa a este proyecto es la **Teoría del Cuidado Humano** de **Jean Watson** (1985), que expone que entre la persona cuidada y el cuidador debe haber una armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de confianza y de ayuda.

Conceptos meta paradigmáticos de su teoría:

- ✓ **SALUD:** Unidad y armonía entre mente, cuerpo y espíritu. Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado.
- ✓ **PERSONA:** Ser único que tiene tres esferas del ser: mente, cuerpo y espíritu que son influidas por el concepto de sí mismo, que es único y libre de tomar decisiones, integral, con capacidad de participar en la planeación y ejecución de su cuidado, para lo que predomina su entorno sociocultural.
- ✓ **ENTORNO:** Espacio de la curación que implica la realidad objetiva y externa (marco subjetivo del sujeto); la interna y subjetiva (la percepción de sí mismo), que incluye sus creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado).
- ✓ **ENFERMERÍA:** Su práctica cotidiana debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que debe cultivar a lo largo de la vida profesional, y además debe guiarse con los conocimientos científicos. Esta asociación humanística-científica constituye la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores curativos relacionados con la ciencia de cuidar. La enfermería es un arte cuando la enfermera/o comprende los

sentimientos del otro y es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y expresarlos como la experiencia de la otra persona.

Los principales supuestos del cuidado de esta teoría son los siguientes:

1. El cuidado solamente puede ser demostrado eficazmente en una relación interpersonal, según las necesidades humanas, sociales e institucionales. Es contextual a la época, al lugar, a las necesidades y a los recursos a mano con previo conocimiento del ambiente y del sujeto.
2. El cuidado depende de factores de cuidado para satisfacer necesidades humanas y tiene destino, efectos y objetivos.
3. El cuidado eficaz promueve la salud, el crecimiento personal y familiar. Promueve la armonía del individuo consigo mismo y su ambiente.
4. Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona como es y cómo puede llegar a ser. Hace que el paciente esté cómodo.
5. Un entorno de cuidado promueve el desarrollo del potencial que permite al sujeto elegir la mejor opción.
6. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para promover la salud y cuidar a los enfermos.
7. La práctica del cuidado es central en la enfermería. Un individuo debe ser acompañado en las fases de toma de decisiones para que tome la mejor solución desde su propia realidad, basado en el conocimiento.

## DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE

En función del contenido teórico analizado, este equipo de investigación tomará la definición conceptual de la variable del autor Idalberto Chiavenato (2004), quien define a la **EFICACIA** como "*una medida del logro de resultados*". Expone también sus competencias: a) Énfasis en los resultados b) Hacer las cosas correctas; c) Lograr objetivos; d) Utilizar los recursos de manera óptima; e) obtener resultados; f) Proporcionar eficacia al equipo operativo.

Eficacia se refiere entonces al logro de los objetivos propuestos. En enfermería es la capacidad de alcanzar un efecto deseado, como el de satisfacer una necesidad mediante la realización de una acción específica. A

partir de la evaluación de este aspecto, se hará una mirada crítica que permitirá crear un contexto que analice el logro de resultados a partir de su implementación en el Hospital Privado.

La eficacia en este proyecto medirá el grado de éxito de la herramienta SAER para optimizar la continuidad de cuidados de enfermería a partir del análisis de la calidad de la asistencia.

Como ya se mencionó, el SAER (SBAR en sus siglas en inglés) es una herramienta de comunicación efectiva para transmitir información esencial y oportuna relacionada con el paciente.

Este proyecto se apoyará en el estudio de “Mejora de la Escalada del Cuidado” de los autores Johnston, et al. (2015). Este trabajo de investigación realizó una adaptación de la herramienta llamada QUIT (Quality of Information Transfer Tool) o en español Herramienta de Transferencia de Información de Calidad, que es muy utilizada para evaluar a pacientes quirúrgicos. El punto en común como en el estudio mencionado será su propósito, que es el de evaluar puntos específicos de la herramienta SAER. Se adaptó la herramienta QUIT tiene 4 categorías con ítems internos que analizan si la enfermera incluye, los datos completos de los **responsables implicados**: nombres de los participantes y paciente a cargo: Son los profesionales de enfermería que participan en el pase de guardia, es decir, datos del enfermero responsable que entrega la guardia y la enfermera que va a continuar con el cuidado del paciente. Si se halla presente el nombre completo del paciente, incluyendo la pulsera de identificación que informe su fecha de nacimiento y la profesión del mismo. También si la enfermera comprende la **situación actual del paciente**, son los detalles clínicos como diagnóstico actual del paciente, antecedentes del paciente, tratamiento actual, signos vitales actuales del paciente, evaluación y hallazgos de los exámenes.

Otra dimensión es si la profesional es **objetiva en la planificación de los cuidados**: el plan del mismo es acorde al problema actual del paciente. Permite la determinación de cuidados prioritarios, la urgencia de ellos. Se tendrá en cuenta la utilización de la cinta roja, para la evasión de interrupciones, recomendaciones sobre cuidados y tareas prioritarias o urgentes de enfermería.

En la **valoración integral** si el responsable de gestionar el cuidado evaluó el *aspecto psicológico*, si valora el grado de estrés o ansiedad, preocupaciones, miedos o experiencias previas, también religión, y contención familiar.

Además, si bien el instrumento QUIT mencionado anteriormente cuenta con cuatro dimensiones, a fines de materializar el siguiente trabajo, se estudiarán dos dimensiones relacionadas a la eficacia de la herramienta SAER: se tendrá en cuenta si la enferma valora las **complicaciones de la internación**: si tiene en cuenta los riesgos de úlceras por presión, cambio postural, signos de alarma o anormales relacionadas con invasiones realizadas al paciente, riesgo de caídas. Por otro lado, **el cumplimiento de la planilla SAER** por parte del equipo de enfermería, y su **adherencia**.

## **OBJETIVO GENERAL**

- ✓ Evaluar la eficacia de la herramienta SAER para optimizar el cuidado por parte del profesional de enfermería en el Hospital Privado de la provincia de Córdoba durante el período junio-diciembre en el año 2018.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar si están presentes los responsables implicados en el pase de guardia.
2. Determinar si la enfermera incluye los datos de la situación actual del paciente.
3. Analizar si está presente la objetividad de la planificación de los cuidados en el pase de guardia.
4. Evaluar si la enfermera realiza una valoración integral del paciente.
5. Identificar si el profesional valora las complicaciones de la internación.
6. Estimar el cumplimiento de la planilla SAER.



## CAPÍTULO II

### DISEÑO METODOLÓGICO

#### TIPO DE ESTUDIO

Se llevará a cabo un estudio:

*Descriptivo:* porque se describirá la variable eficacia con el fin de evaluar la optimización de los cuidados con respecto de la implementación de la herramienta SAER.

*Transversal:* porque los datos serán recogidos haciendo un corte en el tiempo, el cual abarca el período junio-diciembre de 2018.

#### POBLACIÓN

El universo analizado estará compuesto por 40 enfermeros que forman parte de los servicios de atención crítica como la Terapia Intensiva y la Unidad Coronaria del Hospital Privado, institución a la cual se le solicitará una nota de autorización para acceder a la población, dirigida a la Jefa del Departamento de Enfermería y por su intermedio al Departamento de Capacitación y Docencia y Director de dicha Institución.

Considerando que es una población cuantificable y limitada no se trabajará con muestra.

#### OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

La variable eficacia de la herramienta SAER será estudiada según las dimensiones:

- Responsables implicados.
- Situación actual del paciente.
- Objetividad en la planificación de los cuidados.
- Valoración integral.
- Complicaciones de la internación.

- Cumplimiento de la planilla.

Para la dimensión *responsables implicados* las sub-dimensiones y sus indicadores:

- Datos de la enfermera que entrega: nombre y apellido, matricula, firma.
- Datos del enfermero que recibe la guardia: nombre y apellido, matricula, firma.
- Datos del paciente: nombre y apellido, edad, fecha de nacimiento, historia clínica, profesión u ocupación.

Para la dimensión *situación actual* las sub-dimensiones y sus indicadores:

- Diagnóstico actual del paciente: patología actual, diagnóstico presuntivo.
- Antecedentes del paciente: alergias, antecedentes quirúrgicos, antecedentes clínicos.
- Tratamiento actual: monitorización, perfusión de drogas, perfusión de hemoderivados, oxigenoterapia.
- Signos vitales: temperatura, tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, EVA.
- Evaluación y hallazgos de los exámenes: laboratorio completo, placa de tórax, ECG, TAC, ecografía.

Para la dimensión *objetividad en la planificación de los cuidados* las sub-dimensiones y sus indicadores son:

- Utilización de la cinta roja: evasión de interrupciones.
- Recomendaciones sobre el cuidado: el cuidado, para otros profesionales.
- Tareas prioritarias o urgentes de enfermería: Inmediatas, Mediatas.

Para la dimensión *valoración integral* las sub-dimensiones y sus indicadores son:

- Aspecto psicológico: religión, información brindada al paciente, temores y ansiedad, contención familiar.

Para la dimensión *complicaciones de la internación cuidados* las sub-dimensiones y sus indicadores son:

- Úlceras por presión: grado, ubicación, curación.
- Cambio postural: rotación horaria, independiente.
- Signos de alarma o anormales relacionadas con invasiones realizadas al paciente: comunes, preocupantes o de cuidado.
- Riesgo de caídas: barandas, medidas de sujeción, escala de riesgo.

Para la dimensión *cumplimiento de la planilla* las sub-dimensiones y sus indicadores son:

- Adherencia del personal: llenado, no llenado.

## **TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La técnica será la observación.

La fuente será primaria, porque la recogerá el investigador.

Se recolectarán los datos mediante el uso de un instrumento de observación lista de cotejo que analizará punto por punto (por cada una de las 18 sub-dimensiones) la información recabada en base al SAER en 6 dimensiones con sus respectivos indicadores. A partir del análisis de este instrumento, se observará si el enfermero de turno cumple con el llenado de la planilla, si la llena parcialmente o si no cumple con el llenado de la misma.

## **PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La recolección de datos se realizará previa autorización de los Directores y las Divisiones de Enfermería de la institución.

Los datos serán recolectados durante el horario de descanso de los tres turnos. La misma será precedida por una presentación verbal de los investigadores, acompañada de una explicación sencilla y clara del tema a investigar y los objetivos que se pretenden alcanzar.

Se organizarán entonces los datos en dos etapas: una etapa *descriptiva*, cuyo objetivo será registrar toda la información obtenida, de una manera textual, y una segunda etapa será *segmentar* ese conjunto inicial de datos, a

partir de las dimensiones descriptas que permitirán una reagrupación y una lectura distinta de esos mismos datos.

## **PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS**

Para llevar a cabo el procesamiento de datos, se procederá de la siguiente manera:

- a) Se ordenará el instrumento.
- b) Se transcribirán los datos a una tabla maestra.
- c) Se establecerán las frecuencias de cada dimensión, para obtener los resultados según las categorías del instrumento.

## **CATEGORIA DE DATOS:**

Para evaluar la eficacia del instrumento SAER, Los datos serán categorizados conforme a las 18 sub-dimensiones (ítems) que conforman el cuestionario, donde las respuestas a las mismas reciben la siguiente categoría preestablecida:

<b>CRITERIO</b>	<b>CATEGORÍAS</b>
1	Cumple con el llenado del ítem.
2	Llena parcialmente el ítem.
3	No cumple el llenado del ítem.

## **PRESENTACIÓN DE DATOS:**

Se emplearan tablas, para representar los datos que se registran en la planilla SAER, sub-dimensión por sub-dimensión.

Los datos se expondrán en gráficos de barras, los cuales darán una representación simbólica de los resultados obtenidos. De esa manera, se le proporcionará al lector una mejor y más rápida comprensión de la información recabada.

A continuación se exponen algunas de las tablas y figuras, que se utilizarán para la presentación de los datos.

Los datos expuestos en las figuras siguientes son a modo de ejemplo.

## TABLA N°1

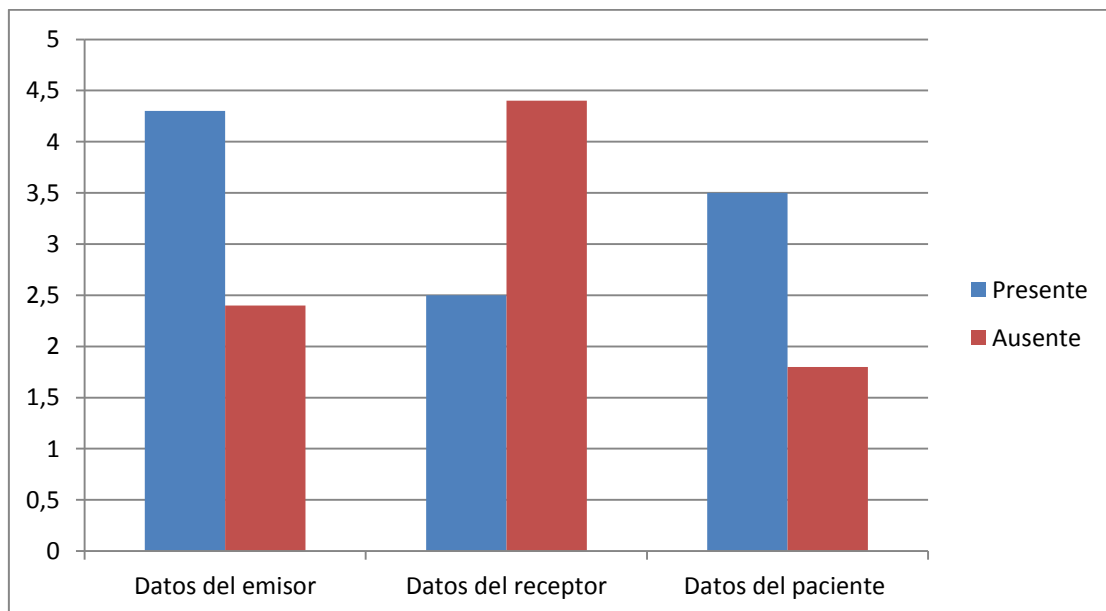
- ✓ Responsables implicados incluidos en el pase de guardia utilizando la herramienta SAER en los servicios de cuidados críticos en el Hospital Privado de Córdoba Junio-Diciembre 2018.

Responsables implicados	Presentes	Ausentes
Datos del emisor		
Datos del receptor		
Datos del paciente		
Total		

Fuente: Instrumento observacional

## Gráfico N°1

Responsables implicados utilizando la herramienta SAER en el pase de guardia, en las unidades de cuidados críticos en el Hospital Privado, 2018



Fuente: Instrumento observacional

## TABLA N°2

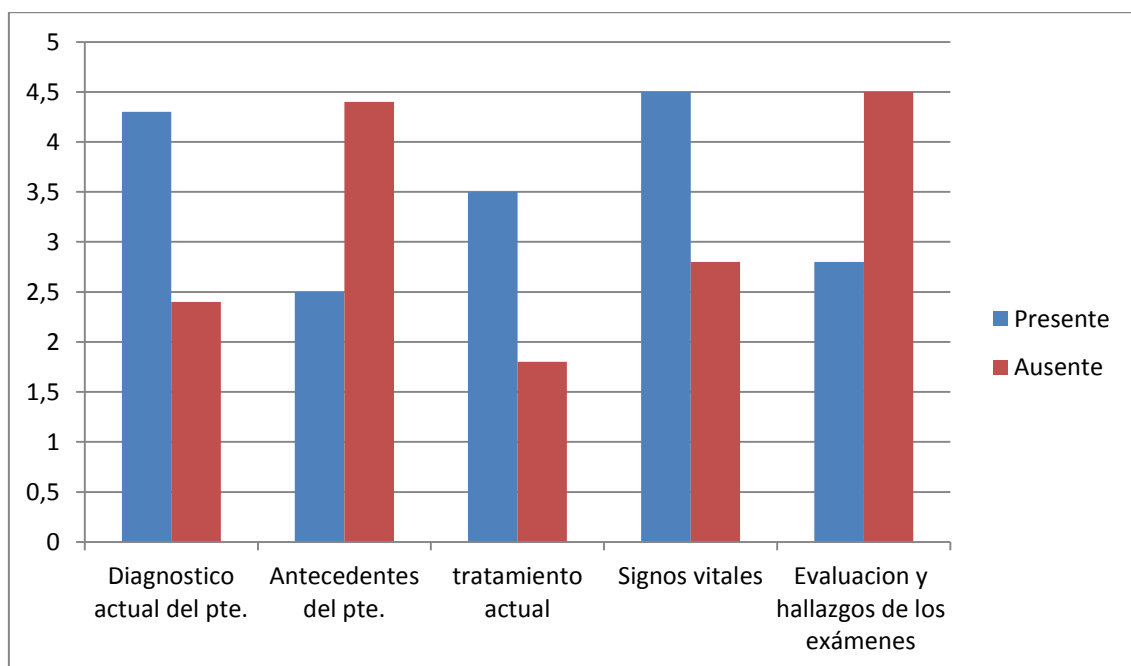
- ✓ Situación actual del paciente a cargo de los enfermeros utilizando la herramienta SAER en el pase de guardia en los servicios de cuidados críticos en el Hospital Privado de Córdoba Junio-Diciembre 2018.

Evaluación de la situación actual	Presente	Ausente
Diagnóstico actual del paciente.		
Antecedentes del paciente.		
Tratamiento actual.		
Signos vitales.		
Evaluación y hallazgos de los exámenes.		
TOTAL		

Fuente: Instrumento observacional

### Gráfico 2:

Situación actual del paciente a cargo de los enfermeros utilizando la herramienta SAER durante el pase de guardia, en los servicios de cuidados críticos en el Hospital Privado de Córdoba Junio-Diciembre 2018.



Fuente: Instrumento observacional

**TABLA N°3**

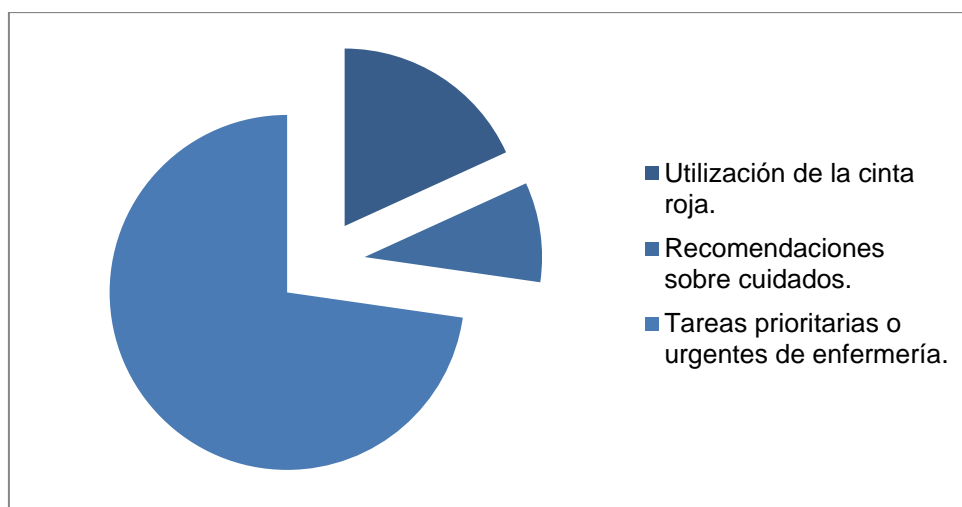
- ✓ Objetividad en la planificación de los cuidados aplicando la herramienta SAER en el pase de guardia en los servicios de cuidados críticos en el Hospital Privado de Córdoba Junio-Diciembre 2018.

<b>Objetividad en la planificación de los cuidados</b>	<b>Presentes</b>	<b>Ausentes</b>
Utilización de la cinta roja.		
Recomendaciones sobre cuidados.		
Tareas prioritarias o urgentes de enfermería.		
<b>TOTAL</b>		

Fuente: Instrumento observacional

**Gráfico N°3**

Objetividad en la planificación de los cuidados aplicando la herramienta SAER en el pase de guardia en los servicios de cuidados críticos en el Hospital Privado de Córdoba, Junio-Diciembre 2018.



Fuente: Instrumento observacional.



## TABLA N°5

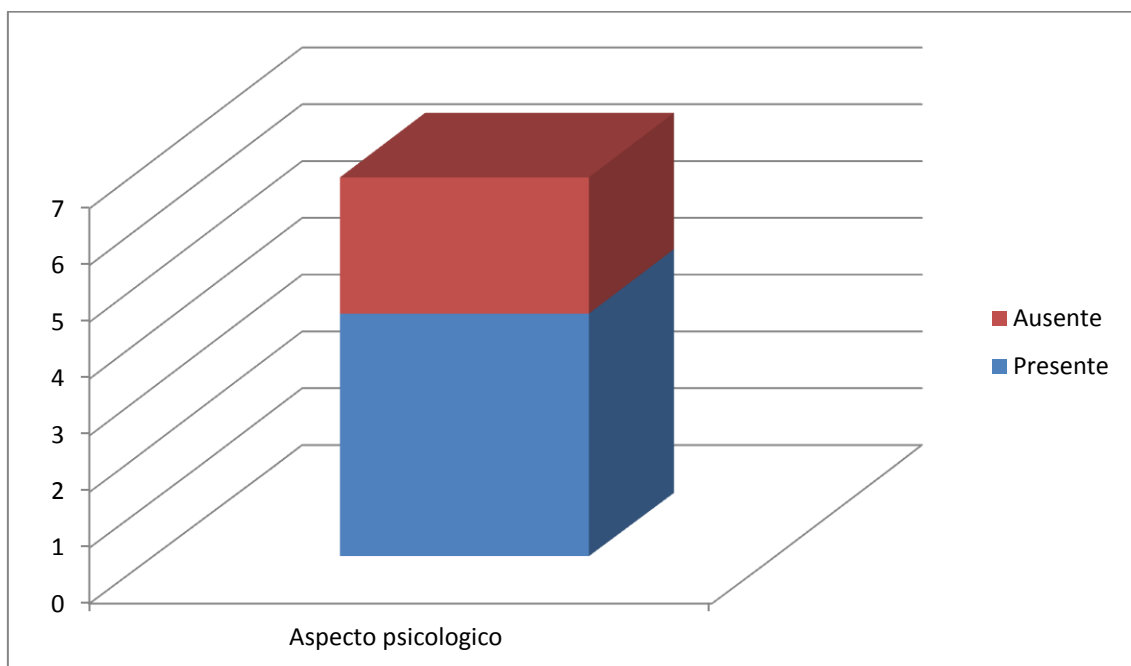
- ✓ Valoración integral del paciente expuesto en la herramienta SAER por parte de los enfermeros en el pase de guardia, de los servicios de cuidados críticos en el pase de guardia en el Hospital Privado de Córdoba Junio-Diciembre 2018.

Valoración integral	Presente	Ausente
Aspecto psicológico		
TOTAL		

Fuente: Instrumento observacional.

### Gráfico 4:

Valoración integral del paciente aplicando la herramienta SAER por parte de los enfermeros en el pase de guardia, de los servicios de cuidados críticos en el Hospital Privado de Córdoba Junio-Diciembre 2018.



Fuente: Instrumento observacional.

## PLAN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

El análisis de los datos será aplicando estadística descriptiva, para ello se implementará el análisis de frecuencia. Con la información adquirida se aplicará distribución de frecuencias y porcentajes de las dimensiones que se propusieron para el estudio de la variable, para así posteriormente comparar con la teoría propuesta, articulando entre ambas con el fin de obtener conclusiones.

### CRONOGRAMA

Meses	Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre			
Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Revisión del proyecto																												
Recolección de datos																												
Procesamiento de datos																												
Análisis de datos																												
Informe																												
Difusión																												

## PRESUPUESTO

Tabla N°1 Presupuesto estimado para la realización del proyecto

RUBRO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
<b><u>Recurso Humano</u></b> Asesor metodológico	1	\$1500	\$1500
<b><u>Recursos Materiales</u></b> Computadoras	2	Sin costo	Sin costo
Librería (cuadernos)	4	\$70	\$280
Lapiceras	4	\$7	\$28
Impresiones	2	\$0,50	\$50
<b><u>Varios</u></b> Búsqueda bibliográfica en Internet	10 llamadas 50 hs.	\$10	\$500
<b>Imprevistos</b>	----	\$200	\$200
<b>Transporte</b>	Pasaje de colectivo x 2	\$12,55	\$1000
<b>Total</b>			\$ 2.058

## BIBLIOGRAFÍA

### LIBROS

- Chiavenatto, I (2009). *Administración de Recursos Humanos 9° Edición: El capital humano de las organizaciones*. Río de Janeiro, Brasil: McGraw Hill.
- Kérouac, S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Mayor F (2007). *Grandes corrientes del pensamiento* (pp.12-20). Barcelona, España: Elsevier-Masson.
- Martínez Martín, M y Chamorro, E. (2011). *Historia de la Enfermería: Evolución histórica del cuidado enfermero*. Barcelona, España: Elsevier España.

### REVISTAS ONLINE

- Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la seguridad del paciente. (2007, mayo). Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Joint Comission International, World Health Organization. Recuperado de: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf?ua=1> [consulta 30 de junio de 2017]
- Flores, F. (2004). Implicaciones de los paradigmas de investigación en la práctica educativa. *Revista Digital Universitaria* (5). Recuperado de: <http://www.revista.unam.mx/vol.5/num1/art1/art1-3c.htm> [Consulta 20 de junio de 2017]
- Gaviria Noreña, D. (2009, Marzo). La evaluación del cuidado de enfermería: un compromiso disciplinar. *Investigación y Educación en Enfermería* XXVII. Recuperado de:

- <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10521319800> [consulta 5 de octubre de 2017]
- Guevara Lozano, M. y Arroyo Mares, L. (2015, Enero). El cambio de turno: Un eje central de cuidado de enfermería. *Enfermería Global* (37). Recuperado de: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/178711/171311> [consulta 11 de julio de 2017]
  - Johnston, J. et al (2015) Mejora de la Escalada de Cuidado: Desarrollo y validación de la Calidad de la Herramienta de transferencia de información. *Wolters Kluwer Health Inc.* Recuperado de: [www.analsurgery.com](http://www.analsurgery.com) [consulta 10 de septiembre de 2017]
  - Pérez Galaz, F. (2016, 4 de abril). Comunicación Efectiva: Método SBAR. *Meditips*. Recuperado de: <http://meditips.mx/comunicacion-efectiva-metodo-sbar/> [consulta 5 de julio de 2017]
  - Quintillán, R, Balcázar, F., Certal y M, Collazo B. (2015, 29 de enero). El paradigma de la Transformación: Escuela del Cuidado (Escuela del Caring). *Word Press*. Recuperado de: <https://mraquin.files.wordpress.com/2014/04/escuela-del-caring.pdf>. [consulta 26 de julio de 2017]
  - Limones Barrios, M., Guillermo, L. y Vargas Velázquez, A. (2016, 4 de septiembre). Técnica SAER: Herramienta eficaz para optimizar el cambio de turno entre enfermeros. *Revista Médica Electrónica Portales Médicos*. Recuperado de: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/tecnica-saer-enfermeria/> [consulta el 4 de junio de 2017]
  - Martínez, E (2010). Pase de Guardia de Enfermería, ¿optimiza la continuidad del cuidado? *Revista de Enfermería* (22). Recuperado de:

<http://www.fundasamin.org.ar/archivos/Pase%20de%20Guardia%20de%20Enfermer%C3%ADa%20-%20Optimiza%20la%20continuidad%20del%20cuidado.pdf> [consulta 22 de junio de 2017]

- Rodríguez Monge, M. y Pérez Lobato, M. (2014, 28 de enero). La transferencia de pacientes desde el ámbito extrahospitalario. *Revista Médica Electrónica Portales Médicos*. Recuperado de: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/transferencia-pacientes-ambito-extrahospitalario/> [consulta 11 de julio de 2017]
- Urra, E., Jana, A. y García, M. (2011, 22 de noviembre). Algunos pensamientos esenciales de la teoría de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y Enfermería Volumen 17 (3)*. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532011000300002&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532011000300002&script=sci_arttext&lng=pt) [consulta 3 de julio de 2017]

## ANEXO I

### **Apéndice 1: Nota De Autorización**

Córdoba,.....

LIC. ....

**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

HOSPITAL PRIVADO DE CÓRDOBA

**DEPARTAMENTO DE CAPACITACIÓN Y DOCENCIA**

De nuestra mayor consideración:

Nos dirigimos a Ud. y por su intermedio al Comité de Capacitación y Docencia y a la Dirección de la Institución, a fin de solicitar autorización para llevar adelante un proyecto de investigación por parte de las enfermeras Pereyra, Andrea y Vázquez de Novoa, Norma.

La realización de este proyecto de investigación está relacionada con el cumplimiento del requisito para la materia Taller de Trabajo Final de la Licenciatura en Enfermería que estamos cursando en la Universidad Nacional de Córdoba.

Descontando que contaremos con su apoyo para lograr una respuesta positiva a nuestra solicitud, aprovechamos para saludarla muy atentamente.

---

PROF. LIC. PIOVANO, MIRTA

## ANEXO II: INSTRUMENTOS

<b>CONTENIDO DE LA HERRAMIENTA QUIT ADAPTADA</b>			
<b>CATEGORÍAS</b>	Cumplió con el llenado del ítem	Llenó parcialmente el ítem	No cumplió con el llenado del ítem
<b>1. RESPONSABLES IMPLICADOS</b>			
a) Datos de la enfermera que entrega la guardia.			
- Nombre y apellido.			
- Matrícula.			
- Firma.			
b) Datos de la enfermera que recibe la guardia.			
- Nombre y apellido.			
- Matrícula.			
- Firma.			
c) Datos del paciente.			
- Nombre y apellido.			
- Edad.			
- Fecha de nacimiento.			
- Historia Clínica.			
-Profesión u ocupación.			
<b>2. SITUACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE</b>			
a) Diagnóstico actual.			
- Patología actual.			
- Diagnóstico presuntivo.			
b) Antecedentes.			
- Alergias.			
- Antecedentes quirúrgicos.			
- Antecedentes clínicos.			
c) Tratamiento actual.			
- Monitorización continúa.			
- Perfusión de drogas.			
- Perfusión de hemoderivados.			
- Oxigenoterapia.			
d) Signos vitales.			
- Temperatura.			
- Tensión arterial.			
- Frecuencia cardiaca.			
- Frecuencia respiratoria.			
- Saturación de oxígeno.			
- EVA.			
e) Evaluación y hallazgo de los exámenes.			
- Laboratorio completo.			
- Placa de tórax.			
- ECG.			
- TAC.			
- Ecografías.			



<b>3. OBJETIVIDAD EN LA PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS</b>			
a) Utilización de la cinta roja.			
- Evasión de interrupciones.			
b) Recomendaciones sobre cuidados.			
- El cuidado de enfermería.			
- Avisos para otros profesionales de salud.			
c) Tareas prioritarias urgentes de enfermería.			
- Inmediatas.			
- Mediatas.			
<b>4. VALORACIÓN INTEGRAL</b>			
a) Aspecto psicológico			
- Religión.			
- Información brindada al paciente.			
- Temores y ansiedad.			
<b>5. EFECTOS O COMPLICACIONES DE LA INTERNACIÓN</b>			
a) Úlceras por presión.			
- Grado.			
- Ubicación.			
- Curación.			
b) Cambios posturales.			
- Rotación horaria.			
- Independiente.			
c) Signos de alarma o anormales relacionados con invasiones realizadas al paciente.			
- Comunes.			
- De cuidado.			
d) Valoración del riesgo de caída.			
- Puesta de barandas.			
- Medidas de sujeción.			
- Escala de riesgo de caída.			
<b>CUMPLIMIENTO DE LA PLANILLA SAER</b>			
a) Adherencia del personal.			
- Llenado.			
- No llenado.			



