



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR ANTONIO FRAGA MOURET"
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA**

TESIS

**ENTREGA DE GUARDIA COMO MODELO DE APRENDIZAJE EN CIRUGIA
GENERAL**

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN

CIRUGIA GENERAL

PRESENTA

DR. URIEL ULISES RAMIREZ CRUZ

**MEDICO RESIDENTE DE CUARTO AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA
GENERAL**

ASESOR:

DR. JESUS ARENAS OSUNA

**JEFE DE DIVISION DE INVESTIGACION EN SALUD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN LA RAZA**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
“DR ANTONIO FRAGA MOURET”
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

AUTORIZACION DE TESIS

NO DE REGISTRO R-2019-3501-102

**ENTREGA DE GUARDIA COMO MODELO DE APRENDIZAJE EN CIRUGIA
GENERAL**

Dr. Jesús Arenas Osuna

Jefe de División de Educación en Salud

Dr. José Arturo Velásquez García

Prof. Titular del curso de Especialización en Cirugía General

Dr. Uriel Ulises Ramírez Cruz

Médico Residente en Cirugía General

ÍNDICE

RESUMEN	4
MARCO TEORICO	
DEFINICION DEL PROBLEMA	5
ANTECEDENTES	6
MATERIAL Y METODO	12
TAMAÑO DE LA MUESTRA	13
ANALISIS DE DATOS	14
RESULTADOS	15
DISCUSIÓN	19
CONCLUSIONES	22
REFERENCIAS	23
ANEXOS	25

RESUMEN

ENTREGA DE GUARDIA COMO MODELO DE APRENDIZAJE EN CIRUGIA GENERAL

INTRODUCCIÓN: Históricamente, la entrega de guardia es una actividad académico asistencial compleja de gran tradición, en la que se transfiere información y responsabilidad médica entre profesionales. Tiene diversos propósitos: educativos, evaluación de residentes y de la calidad del servicio, reporte de eventos adversos y de interacción social.

OBJETIVO: Estandarizar un método de entrega y recepción de guardia que favorezca la continuidad de los cuidados médicos durante 24 hrs en el Departamento de Cirugía General del Hospital de Especialidades del CMN la Raza.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio prospectivo, longitudinal, observacional, comparativo preprueba –posprueba antes y después del uso del constructo SAFETIPS en la entrega de guardia del servicio de cirugía general. Se capacitaron mediante una estrategia educativa a médicos residentes de cirugía general; un observador registró en la herramienta, otro la organización, habilidades de comunicación, contenido, juicio clínico, profesionalismo mediante una escala de Liker de 5 categorías. Análisis estadístico: estadística descriptiva, chi cuadrada mediante el programa SPSS. Versión 22

RESULTADOS: Habitualmente, el tiempo promedio por paciente en la entrega de guardia fue 215.8 ± 18.9 segundos y al emplear la herramienta SAFETIPS. Se midió en 149 ± 38.0 segundos por paciente ($p 0.01$)

CONCLUSIONES: El uso de la herramienta SAFETIPS durante la entrega de guardia del departamento de cirugía general reduce el tiempo y mejora la calidad de la misma.

PALABRAS CLAVE: entrega de guardia, cirugía general, SAFETIPS.

I. MARCO TEORICO

a. Definición del problema

Históricamente, la entrega de guardia se creó para alcanzar las demandas de los sistemas de salud. Es una actividad académico asistencial compleja de gran tradición, en la que se transfiere información y responsabilidad médica entre profesionales. Tiene diversos propósitos: educativos, evaluación de residentes, de la calidad del servicio, asuntos no médicos, reporte de eventos adversos y de interacción social, facilita la comunicación entre los diferentes integrantes del equipo de salud y lo hace una actividad enriquecedora.

La residencia médica es el período en el que el médico residente asume por primera vez la atención supervisada de pacientes. La modalidad para la entrega de guardia que se utiliza en el Departamento de Cirugía General es la verbal que tiene el inconveniente de transmitir solamente el 60% de la información esencial y específica del paciente y el 30% de las comorbilidades.

A pesar de su importancia, no existe en nuestro hospital una herramienta para realizar este proceso de forma ordenada y ágil y que al mismo tiempo contenga la información necesaria para la toma de decisiones de cada uno de los pacientes. La hora de inicio y su duración prolongada, el abordaje de tópicos no médicos ni relacionados con la guardia, el uso de este espacio para impartir actividades académicas previstas para realizarse en otros momentos interfiere con el desarrollo normal de la actividad asistencial y docente en el departamento. Entonces, ¿qué hacer? Se debe propiciar una actividad docente de la educación en el trabajo que asegure la consolidación

de los criterios diagnósticos y terapéuticos con los sujetos hospitalizados para que el médico residente desarrolle la competencia transversal comunicacional.

Dicho proceso es especialmente útil en pacientes posoperados para mantener informado al personal de guardia las complicaciones durante los procedimientos quirúrgicos además de puntos clave en su vigilancia posoperatoria y recuperación.

A pesar de la importancia de este procedimiento rutinario, existe una falta de comunicación que se ha hecho frecuente en todos los servicios hospitalarios, lo que tiene un impacto negativo en su seguridad y manejo.

b. Antecedentes

La entrega de guardia es esencial debido a que aporta información acertada de los pacientes y permite a los médicos en turno proveer cuidados de salud responsables, además de ofrecer una excelente oportunidad para el entrenamiento clínico y la toma de decisiones. (1)

El cambio de turnos, las jornadas amplias de trabajo, el cambio constante de personal propicia errores que repercuten en la atención debido a la falta de comunicación por información faltante, incongruente o insuficiente, elevando la morbimortalidad de un hospital. (2)

A pesar de su importancia, aún existen estudios limitados en el protocolo de entrega de guardia médica.

Justen M. Aprile y colaboradores en su estudio realizado en el hospital de Cleveland en el departamento de pediatría identificó las dificultades en la metodología de la entrega de guardia aplicando a su estudio la herramienta

SAFETIPS la cual está integrada por 8 ítems que permiten la obtención de información importante de cada paciente. Con su uso mejoró significativamente la organización y eficiencia de la entrega de guardia. (3)

Richard Hilsden y colaboradores realizaron su estudio de entrega de guardia en el departamento de cirugía del hospital de Ontario Canadá encontrando que debido a la complejidad y diversidad en la decisión medica lleva a diferencias de opinión entre los cirujanos. (4)

Caroline Culwick y colaboradores realizaron su estudio de entrega de guardia en el Hospital General de Swindon aplicando una herramienta estandarizada durante los fines de semana encontrando que solo el 7.1% del personal involucrado en la entrega estaba de acuerdo con la metodología actual y posterior a ello reorganizo la información necesaria para simplificar la transmisión de información logrando mayor eficacia en la identificación de prioridades obteniendo un 85.7 % de satisfacción en el personal. (5)

Rob Bethune y colaboradores en su estudio realizado en Reino Unido mejoraron la calidad y cantidad de información en su entrega de guardia en fines de semana simplemente agregando notas anexas en calcomanías a los expedientes, obteniendo 100% de tareas completas por realizar para cada paciente. (6)

Alison Bradley y colaboradores, en Escocia, elaboraron una herramienta con base en las guías del Colegio Real de Cirujanos encontrando un incremento del 0 al 100% de la información mínima necesaria para la toma de decisiones en pacientes de nuevo ingreso. (7)

Bernice Redley y colaboradores identificaron en el departamento de urgencias de Geelong Australia que la entrega de guardia es útil para

disminuir el riesgo de desinformación y aumentar la seguridad de los pacientes. (10)

Ida Wibrandt y colaboradores realizaron una revisión sistemática de las herramientas utilizadas para la entrega de guardia encontrando que no existen muchos estudios que demuestren la importancia de llevar una correcta metodología de entrega, concluyeron que brindando una explicación de sus padecimientos y plan de manejo a los pacientes, ya sea verbal o escrita, disminuye sus niveles de ansiedad y aumenta la certeza en cuanto a su diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, no hay evidencia significativa al introducir herramientas de entrega de guardia relacionadas con la mortalidad de los pacientes. (11)

Michael Hall y colaboradores realizaron su estudio en el pabellón de cirugía cardíaca del hospital de Portland. Su entrega de guardia fue presencial con los miembros clave del equipo encargado (anestesiólogo, cirujano y medicina crítica) logrando un incremento en el tiempo de entrega, pero una reducción de las complicaciones en pacientes posoperados. (9)

Andrea Vázquez y colaboradores en un estudio realizado en Buenos Aires, Argentina, concluye que los déficits de información relevante tienen alta prevalencia en los países de guardia y favorecen los errores por omisión. La mayor parte de los errores médicos reconocen fallos en habilidades cognitivas propias del razonamiento clínico de médicos en formación. (8)

Roca Roderich y colaboradores en el 2011 en Cuba señala la importancia de la entrega de guardia con énfasis en intercambiar criterios con los educandos, orientarlos y velar la correcta formación de valores en los mismos. (13)

En México existen estudios de entrega enfocados al área de enfermería, pero no así en el área médica. Yáñez Corral y colaboradores validaron una herramienta que contiene 21 ítems necesarios en la entrega de guardia de enfermería. A pesar de la adecuada metodología del estudio, la misma herramienta no es aplicable al área médica, lo que hace necesario realizar más estudios al respecto. (12)

Las metas internacionales para el cuidado de los pacientes en su punto 2 hacen énfasis en mejorar la comunicación efectiva entre los profesionales de salud, esto incluye una comunicación clara en la entrega de guardia. (15) Sin embargo, no existe una metodología estandarizada por departamento en nuestro hospital. La entrega de guardia en el servicio de cirugía se realiza en con base en observación de los residentes de mayor grado, empleando como modelo la historia clínica, lo que hace del proceso de entrega tardado e ineficiente.

La herramienta SAFETIPS fue creada en el Medical College of Winsconsin en 2013 para ser usado en el departamento de pediatría y, posteriormente, se generalizo en las entregas de guardia de todo el hospital y en muchos hospitales de los Estados Unidos. Dicha herramienta ha demostrado una buena referencia para mejorar la atención en todos los hospitales donde se ha aplicado. (14)

En el presente estudio se compara la eficacia de la herramienta SAFETIPS contra el método de entrega de guardia estándar aplicado en la actualidad en nuestro hospital, para disminuir el tiempo de la misma y de esta forma impactar de forma indirecta la calidad de la atención del derechohabiente.

En el Departamento de Cirugía general del Hospital de Especialidades del

Centro Médico Nacional la Raza tradicionalmente, la entrega de guardia se realiza cuatro veces en 24 h.

A las 6 h entre médicos residentes, 7:30 h médicos residentes y médicos adscritos, 14.30 h médicos residentes y médico adscrito del turno vespertino y 22 h médicos residentes y cirujano del turno nocturno.

El proceso de entrega en turno vespertino y nocturno son los de mayor duración debido a que se realizan con cada paciente a cargo de cirugía general. Puede ser de dos formas distintas. Entrega en oficina y pase en cama.

La entrega en cama tiene una duración de 5.5 h promedio. Dicho proceso es forma verbal lo que obliga a los médicos residentes integrantes de la guardia o el sector realizar apuntes de cada uno de los pacientes. Tradicionalmente entre los médicos residentes a este proceso se le conoce como la "Guadalupana".

La segunda modalidad es la entrega en oficina. Se entrega de forma verbal con apoyo de resúmenes clínicos de cada paciente el cual es presentado por los médicos residentes de segundo año a cargo del mismo. Pueden resolverse dudas o problemáticas que surjan en ese momento, pero esta modalidad presenta el inconveniente de no poder interactuar con el paciente y/o su familiar, no hacer modificaciones a las indicaciones en tiempo real. La duración promedio es similar a la modalidad en cama. 5.5 h

La ausencia o carencia de datos en la entrega de guardia puede tener consecuencias graves retrasando el diagnóstico, tratamiento o la prestación de un servicio. Si esta se realiza de forma incorrecta puede llevar a eventos adversos, incrementos en los días de estancia, gastos y quejas.

Si se logra reducir la duración y número de entregas de guardia usando el constructo SAFETIPS el personal médico residente y de base tendrá más tiempo disponible para la atención médica y quirúrgica de los pacientes, garantizando su continuidad, calidad y seguridad establecidas en las metas internacionales.

MATERIAL Y METODO

Con el propósito de medir y comparar el tiempo de entrega de guardia antes y después de usar el instrumento SAFETIPS e identificar la incidencia de problemas al organizar prioridades en cuidados y pendientes del paciente y evitar distracciones se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, comparativo, prospectivo, de causa efecto en el Departamento de Cirugía General del Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” del Centro Médico Nacional la Raza, con los residentes de segundo, tercero y cuarto año en la especialidad de Cirugía General durante la entrega de guardia en un periodo comprendido del 01 marzo a 30 Mayo del 2019 .

Se validó el instrumento (Herramienta) SAFETIPS por un grupo de 6 investigadores, después se capacitó a los médicos residentes de segundo, tercero y cuarto año con relación a la estrategia educativa y el llenado correcto del instrumento.

Participaron dos médicos residentes de 4 año en el registro del instrumento SAFETIPS y la entrega de guardia en oficina.

El instrumento está integrado por 8 ítems:

S (Stats) datos demográficos: nombre, edad, genero, numero de cama y alergias.

A (assessment): diagnóstico(s)

F (focused plan): se refiere a las acciones o el protocolo a seguir para su complementación diagnóstica.

E (exam): exploración física Y resultados paraclínicos relevantes.

T (to do): tareas que necesitan realizarse.

I (if/then): protocolo ante síntomas y signos específicos por ejemplo a “si el

paciente tiene fiebre, realizar hemocultivo”

P (pointer/pitfalls): indicaciones específicas, por ejemplo, “no reanimar”, “nada por vía oral”, “restricción de visitantes”, “no dar cierto medicamento o alimento”

S (sick-o-meter): se utiliza una escala de estado de salud del paciente 1 muy estable a 4 muy grave

Se realizó una prueba piloto aplicada a los residentes de guardia elegida al azar.

Se utilizó la encuesta diseñada para la entrega tradicional en oficina que incluye fecha, hora de inicio, número de pacientes, pase en cama, tiempo promedio por paciente, inicio de manera puntual, interrupciones durante la entrega, panorama general (problemas de organización, distracciones, resolución de tareas), organización/eficiencia, habilidades en comunicación, contenido en general, juicio clínico, cualidades humanas/profesionalismo.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se calculó tamaño muestral para estimar una media.

N es el total de entregas de guardia médica = 215

Nivel de confianza o de seguridad $(1-\alpha) = 95\%$

Precisión = 5%

Varianza $(S^2) = 250$

Tamaño muestral = 33

Proporción esperada de pérdidas = 15%

Muestra ajustada a las pérdidas = 38

Tipo de muestreo. Consecutivo por conveniencia.

ANÁLISIS DE DATOS.

En estadística descriptiva para las variables cuantitativas: medidas de tendencia central y de dispersión y para las variables cuantitativas se usarán frecuencias absolutas y porcentajes.

En estadística inferencial para variables cuantitativas con distribución normal se utilizará *t* de Student de muestras pareadas y ANOVA para muestras repetidas y sin distribución normal se usará prueba de rangos de Wilcoxon para datos apareados y prueba de Friedman, para las variables cualitativas se usará X^2 cuadrada o en caso necesario Prueba exacta de Fisher.

e) Paquetes estadísticos a utilizar. Excel versión 2016 y SPSS versión 21.

f) Presentación de tablas de salida. Se usarán como base las tablas de salida de SPSS y se rediseñarán en EXCEL.

RESULTADOS

Participaron en el estudio 15 residentes en total, 4 de tercer año (75% hombres, 25% mujeres) y 11 de segundo año (72.8% hombres y 27.2% mujeres) con edad promedio de 27 años. Se realizaron 86 entregas de guardia, 42 entregas sin la aplicación de la herramienta SAFETIPS y 44 aplicando dicha herramienta. Las entregas ocurrieron 37 (43%) en la oficina de médicos y 49 (57%) en la cama del paciente. 42 (48.8%) comenzaron con puntualidad mientras que 44 (51.2%) no comenzaron a tiempo. En 50 entregas (58.1%) hubo interrupciones, mientras que en 36 (41.9%) se desarrolló sin interrupciones. No se encontró diferencia significativa en la puntualidad y las interrupciones ocurridas durante la entrega de guardia previo y posterior a la aplicación de la herramienta. El número de pacientes incluidos en el estudio fue de 5523. El número de pacientes promedio por día hospitalizados a cargo de cirugía general fue 64 ± 5 . En cuanto a la evaluación subjetiva de las entregas conforme a la escala aplicada, la organización y eficiencia promedio previo a la aplicación de la herramienta fue de 4.4 en la escala mientras que posterior el promedio fue de 2 ($p: 0.001$). las habilidades en comunicación obtuvieron en promedio 4.3 en la escala mientras que posterior a la aplicación de la herramienta obtuvo promedio de 1.9. el contenido obtuvo promedio de 4.7 y 2, antes y después de la aplicación de la herramienta respectivamente. El juicio clínico obtuvo un resultado de 4.9 y 2.3 antes y después de la aplicación de la entrega respectivamente. Las cualidades humanas y el profesionalismo obtuvieron resultados de 5.2 y 1.7 respectivamente. El tiempo promedio por paciente en la entrega de guardia fue 215.8 ± 18.9 segundos sin aplicar la herramienta

SAFETIPS. El tiempo promedio posterior a la aplicación de la herramienta fue de 149 ± 38.0 segundos por paciente ($p < 0.01$).

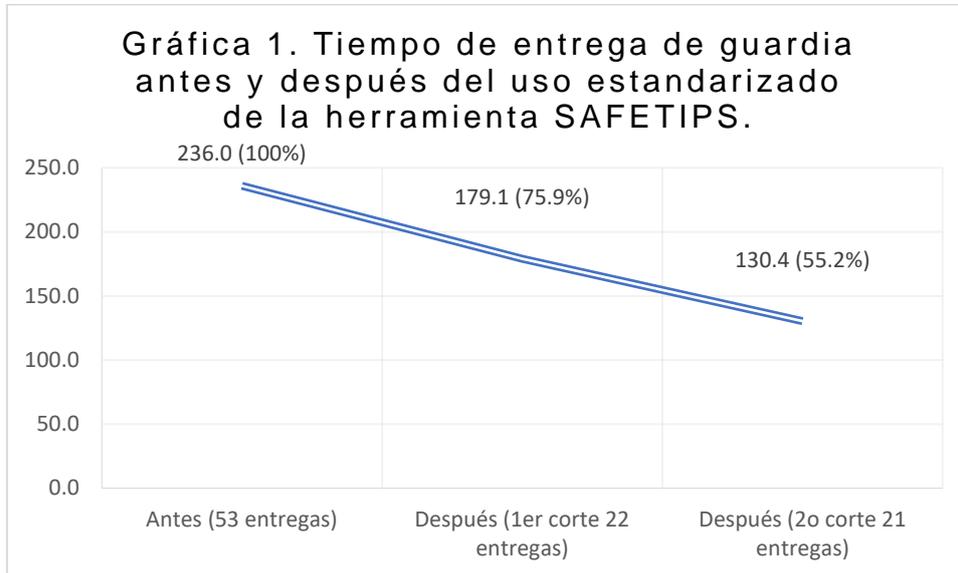


Tabla 1. Características demográficas de los 15 residentes participantes en el uso estandarizado de SAFETIPS

Grado académico	Sexo n (%)	Edad promedio d.e.
Residente de 3er año n = 4	Femenino 1 (25)	27
	Masculino 3 (75)	28.3 ± 0.57
Residente de 2o año n = 11	Femenino 3 (27.2)	26 ± 1.0
	Masculino 8 (72.8)	26.5 ± 2.3

Tabla 2. Tiempo ocupado por paciente en la entrega de guardia antes y después de estandarizar SAFETIPS

	Total	Antes	Después	p*
Pacientes				
promedio d.e.	64.2 ± 5.1	65.5 ± 4.5	62.9 ± 5.4	0.04
mínimo-máximo	51 - 74	58 - 74	51 - 74	
rango	23	56	23	
Tiempo en segundos				
promedio d.e.	181.6 ± 45.1	215.8 ± 18.9	149 ± 38.0	0.01
mínimo-máximo	112 - 279	188 - 279	112 - 266	
rango	167	91	154	

d.e = desviación estándar, *U de Mann_Whitney

Tabla 3. Sitio de entrega, puntualidad e interrupciones en la entrega de guardia antes y después de SAFETIPS

	Total	Antes	Después	p*
Sitio de entrega				
Oficina de médicos n (%)	37 (43)	19 (51.4)	18 (48.6)	0.53 n.s.
Cama del paciente n (%)	49 (57)	23 (46.9)	26 (53.1)	
Puntualidad				
Si n (%)	42 (48.8)	25 (59.5)	17 (40.5)	1.0 n.s.
No n (%)	44 (51.2)	17 (38.6)	27 (61.4)	
Interrupciones				
Si n (%)	50 (58.1)	25 (50)	25 (50)	0.28 n.s.
No n (%)	36 (41.9)	17 (47.2)	19 (52.8)	

n.s. = no significativo, *McNemar

Tabla 4. Puntaje de 6 componentes de la herramienta SAFETIPS usada en la entrega de guardia

	Total	Antes	Después	p*
Organización/eficiencia				
promedio d.e.	3.2 ± 1.4	4.4 ± 1.0	2.0 ± 0.7	0.001
mínimo-máximo	1 - 6	2 - 6	1 - 5	
rango	5	4	4	
Habilidades en comunicación				
promedio d.e.	3.1 ± 1.4	4.3 ± 0.8	1.9 ± 0.8	0.001
mínimo-máximo	1 - 6	3 - 6	1 - 5	
rango	5	3	4	
Contenido				
promedio d.e.	3.3 ± 1.5	4.7 ± 0.7	2.0 ± 0.6	0.001
mínimo-máximo	1 - 6	2 - 6	1 - 3	
rango	5	4	2	
Juicio clínico				
promedio d.e.	3.6 ± 1.4	4.9 ± 0.7	2.3 ± 0.4	0.001
mínimo-máximo	2 - 6	3 - 6	2 - 3	
rango	4	3	1	
Cualidades humanas/profesionalismo				
promedio d.e.	3.4 ± 1.9	5.2 ± 0.9	1.7 ± 0.6	0.001
mínimo-máximo	1 - 8	4 - 8	1 - 3	
rango	7	4	2	
Tiempo ocupado en entrega de guardia (minutos)				
promedio d.e.	194.9 ± 52.4	235.9 ± 27.9	155.8 ± 38.3	0.001
mínimo-máximo	101.1 - 325.5	190.7 - 325.5	101.1 - 243.8	
rango	224.4	134.8	142.7	

*Prueba de rangos de Wilcoxon

7. DISCUSIÓN.

La interrupción de la comunicación fue la causa principal de los eventos adversos denunciados ante la Comisión conjunta en los Estados Unidos de América en los últimos diez años y el factor causal más común de reclamos surgidos de transferencias ante las agencias de seguros por mala praxis en dicho país. De los 25 000 a 30 000 eventos adversos evitables que condujeron a una discapacidad en Australia, el 11% se debió a problemas de comunicación, durante los enlaces de turno en contraste con el 6% debido a niveles de competencia inadecuados de los facultativos. (18)

Novoa, en su investigación menciona que el pase de guardia debe ser cumplida obligatoriamente debido a que asegura la continuidad de los cuidados del paciente mediante la comunicación, considera además que el pase debe ser: conciso, completo, comprensible y participativo y comprender menos de 5 minutos por paciente. (16)

Yáñez y Zárate, en su investigación “Diseño de un instrumento para evaluar el proceso de enlace de turno de enfermería”, 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. (12)

En Latinoamérica en el año 2007 el estudio IBEAS realizado en 5 países de la región (México, Costa rica, Colombia, Perú y Argentina) evidenció que, en promedio, 1 de cada 10 pacientes hospitalizados (10%) sufren al menos un daño durante su atención, mayormente relacionados a la medicación. (17)

Por otro lado, la evidencia disponible indica que la entrega ineficaz durante

el cambio de turno puede llevar a presencia de eventos adversos, aumentos en la duración de la estancia, incrementos en los gastos y quejas. (12) Las fallas y los errores en el proceso de comunicación durante la entrega de turno en los hospitales comprometen los eventos de seguridad, y pueden ser reducidos o evitados con una transmisión completa y precisa de información entre profesionales de estas instituciones. (13)

Aquino y Ortelin, en su investigación cualitativa con respecto a las dificultades para realizar el pase de guardia manifiesta como dificultad la disponibilidad del tiempo, falta de compromiso del personal con el trabajo, ausencia de organización, así como problemas en la distribución del personal que se encuentra sometido a constante rotación por los diferentes pisos y servicios de la institución. (19)

En nuestro estudio realizado, el tiempo promedio por paciente se redujo significativamente sin impactar la calidad de la entrega o el contenido de la misma, logrando resultados similares en el estudio realizado por Justen M. Aprile. (3). No hubo diferencia significativa en cuanto a puntualidad o interrupciones durante las entregas de guardia. Debido a que el estudio se realizó bajo la dirección de un solo cirujano no hubo diferencias de opinión en cuanto a algoritmo diagnóstico terapéutico, al contrario de lo obtenido por Richard Hilsden en su estudio. (4) La calidad de la entrega, así como el contenido mejoró notablemente, sin embargo, es necesario realizar más estudios para asociar la aplicación de la herramienta a un incremento o decremento en la morbilidad de los pacientes. Se presentó una notable mejoría en la calidad de la entrega, logrando velar la correcta formación de valores de los médicos en formación durante la misma, similar al estudio

realizado por Roca Roderich. (13) Se logro una clara comunicaci3n entre el personal m3dico alcanzando las metas internacionales para cuidado de los pacientes (15)

8. CONCLUSIONES

El uso de la herramienta SAFETIPS durante la entrega de guardia del departamento de cirugía general reduce el tiempo necesario por paciente y mejora la calidad de la misma.

No existe diferencia estadísticamente significativa en puntualidad o número de interrupciones al aplicar la herramienta.

Existe mejoría estadísticamente significativa en la organización, eficiencia, contenido, juicio clínico y cualidades humanas posterior a la aplicación de la herramienta SAFETIPS en la entrega de guardia de cirugía general.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferorelli, Davide et al. Handover checklist: testing a standardization process in an Italian hospital. Risk management and Healthcare policy. 2017:10 87-93
2. E.L. Blower et al. Implementation of a new tool to improve the efficacy and safety of surgical handovers. International Journal of Surgery 2015:13 189-192
3. Justen M. Aprile et al. Resident handover: need for structured curriculum and quality outcome studies. Med. Sci. Educ. 2017
4. Richard Hilsden et al. Surgeon agreement at the time of handover, a prospective cohort study. World Journal of Emergency Surgery. 2016 11:11 1-6
5. Caroline Culwik, et al. Improving surgical weekend handover. BMJ quality Improvement Reports. 2014 1-4
6. Rob Bethune, et al. Improving weekend handover between junior doctors on medical and surgical wards. BMJ Quality improvement report. 2014 1-2
7. Alison Bradley, et al. Improving the quality of patient handover on a surgical ward. BMJ Quality improvement report 2017 1-3
8. Andrea Vázquez et al. Pase de guardia: información relevante y toma de decisiones en clínica médica. Estudio prospectivo. Educ. méd. 2011: 14
9. Hall Michael et al. A structured transfer of care process reduces perioperative complications in cardiac surgery patients. Anesth

- Analg. 2017 1-6
10. Redley Bernice et al. Interprofessional communication supporting clinical handover in emergency departments: an observation study. Australian Emergency Nursing Journal. 2017 1-9
 11. Ida Wibrandt et al. Improving patient safety in handover from intensive care unit to general ward: a systematic review. J Patient Saf. 2017 1-12
 12. A.M Yáñez Corral et al. Diseño de un instrumento para evaluar el proceso de enlace de turno de enfermería. Enfermería universitaria. 2016; 13(2):99-106
 13. Reinaldo Roca Goderich et al. Metodología para el pase de visita docente asistencial. MEDISAN 2011; 15(12):1811
 14. Erin E. Shaughnessy et al. Brief Educational Intervention Improves Content of Intern Handovers. J Grad Med Educ. 2013 Mar; 5(1): 150–153
 15. Consejo de Salubridad General Estados Unidos Mexicanos. Las acciones esenciales para la seguridad del paciente dentro del modelo de seguridad del paciente del CSG. En: Diario Oficial de la Federación, segunda sección 2017 49-109

10. ANEXOS

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

PRE-SAFETIPS _____ POST-SAFETIPS _____

Fecha: _____ Hora de inicio: _____ Número de pacientes: _____

Pase en cama _____ Entrega en oficina _____

Tiempo promedio por paciente: _____

La entrega inicio de manera puntual: si__ no__

Hubo interrupciones durante la entrega: si__ no__

EVALUACION SUBJETIVA

Panorama general:

- Problemas al organizar prioridades en cuidados y pendientes del paciente y evita distracciones.
- Ocasionalmente prioriza la atención del paciente con distracciones menos frecuentes
- Rutinariamente se prioriza la atención del paciente con distracciones cuando el número de pacientes es elevado
- Optimiza organización, eficiencia, se anticipa a problemas y necesidades del paciente, raramente distraído
- Entrega efectiva, se hace énfasis en cuidado del paciente, se resuelven sus necesidades y se evitan distracciones.

Organización/eficiencia

Conciso y estandarizado _____ Desorganizado

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Habilidades en comunicación

Lenguaje inapropiado

No hay contacto con el paciente

No hay tiempo para resolver dudas

1 2 3 4 5 6 7 8 9
 Poco frecuente _____ Muy frecuente

Contenido

Cantidad de información omitida o irrelevante

1 2 3 4 5 6 7 8 9
 Poca _____ demasiada

Juicio clínico

Pendientes sin fundamento clínico

No se reconocen pacientes graves

1 2 3 4 5 6 7 8 9
 Poco _____ demasiado

Cualidades humanas/profesionalismo

Prisa, falta de tacto o palabras inapropiadas

1 2 3 4 5 6 7 8 9
 Poco _____ demasiado

HERRAMIENTA SAFETIPS

S	Stats	Name, MRN, DOB, age, allergies, room no.
A	Assessment	"One liner": diagnosis and focused differential
F	Focused Plan	Issues on current problem list
E	Exam	Pertinent baseline examination
T	To Do	Prioritized tasks
I	If/Then	Eg: "If patient spikes a fever then..."
P	Pointers	Eg: "DNR, NPO, visitor restrictions"
S	Sick-o-meter	Watcher vs nonwatcher

S	IDENTIFICACION: DE CAMA	NOMBRE, EDAD, NUMERO ALERGIAS
A	EVALUACION:	DIAGNOSTICOS PRINCIPAL, SECUNDARIO O AGREGADOS,
F	PLAN DIRIGIDO HALLAZGOS	PADECIMIENTO ACTUAL, QUIRURGICOS
E	EXPLORACION/PARACLINICOS RELEVANTES	EXPLORACION/ESTUDIOS
T	ACTIVIDADES PENDIENTES	TAREAS A REALIZAR
I	SI, ENTONCES	SI HACE FIEBRE TOMAR HEMOCULTIVO, ETC.
P	ADVERTENCIAS	AYUNO NO REANIMAR, RESTRICCIONES EN VISITAS, PREALTA, ETC.
S	ESTADO DE SALUD	GRAVE, DELICADO, MUY DELICADO, PERMANECER AL PENDIENTE