

L'intercanvi de torn a l'àmbit d'hospitalització

BSA

Sara Pérez. Infermera Unitat Medicina Interna.
Sandra Arco. Cap d'àrea d'hospitalització

Santa Coloma, 7 de novembre de 2018

1. Introducció
 - Intercanvi de torn
 - Models
 - Continuitat de cures
 - Seguretat dels pacients
2. Metodologia
3. Anàlisi de dades
 - N^o de canvis recollits
 - Contingut del parte
4. Conclusions
5. Proposta de treball

Intercanvi de torn

Nogueira ho defineix com els informes verbals que tenen la finalitat de relatar el que ha succeït a l'assistència prestada a un pacient durant el torn anterior per a que els integrants del torn següent coneguin els aspectes fonamentals de la condició actual i garanteixi la continuïtat de l'atenció. (1)

Hays ho anuncia com la transferència d'informació del personal que surt al personal que entra amb diversos propòsits, incloent la comunicació, el subministrament d'informació actualitzada, la continuïtat i la qualitat de la cura del pacient, així com l'assignació de les responsabilitats i tasques de rutina. (2)

Sexton ho defineix com un procés important d'intercanvi d'informació per assegurar i mantenir la continuïtat i la qualitat de l'atenció en pro de la seguretat del pacient, que compleixi amb les normes legals de la pràctica assistencial. (3)

Models

- Parte estructurat escrit
- Parte estructurat escrit comunicat
- Parte lliure escrit
- Parte improvisat oral
- Parte a peu de llit

Introducció

Continuïtat de cures

Seguretat del pacient

1. Selecció de registres d'intercanvi de torn
2. Unitat de MI
3. Torn mati-tarda
4. Durant una setmana (inclou un festiu i cap de setmana)
5. Les variables recollides:

- Nom-edat-data d'ingrés
- Diagnòstic
- Estat de consciència. Nivell de dependència
- Portador de via
- Tipus de dieta
- Dispositius O2
- Eliminació
- Mobilització

- Tractament DM
- Seguiment de cures
- Al.lergies
- Proves pendents
- Planificació a l'alta
- Observacions

Instrument:

DIA	N		NOM	EDAT	DATA D'INGRÉS	DX PPAL	ESTAT CONSCIENCIA	NIVELL DE DEPENDÈNCIA	VIA EV	TIPUS DE DIETA	DISPOSITIUS O2	ELIMINACIÓ
-----	---	--	-----	------	---------------	---------	-------------------	-----------------------	--------	----------------	----------------	------------

PAUTA MOBILITZACIÓ_RH B	TRACTAMENT DM	SEGUIMENT DE CURES	AL.LERGIES	PROVES PENDENTS	PLANIFICACIÓ DE L'ALTA	OBSERVACIONS
----------------------------	---------------	--------------------	------------	-----------------	------------------------	--------------

1. Total: 121 registres
2. Resultats sobre el registre:
 - Nom 100%
 - Edat 97.5%
 - Data ingrés 98.3%
 - Diagnòstic 100%

HAB	NOM/DATA	DIAGNÒSTIC	Curs clínic	Alergies	P	PROVES	OBSERVACIONS/DATA PREVISTA ALTA
208A	Palmira 80ª 29/10	rectorragias	CyD. VH. Dieta s/r, no quiere comer. Control depos. C. Diuresis(pañal). Sed+WC acompañada	AAS	x	Enema opaco 31/10	Depresión, Deterioro cognitivo. T psicótico
208B	Maria 76 9/10	Asma+ hipopotasemia	CyO. D. Turmix . GN 2 lx'. Deambula al WC. No diarreas.	Diclofenaco+Acetilcisteína		ALTA	asma, HTA, TPSV ablación
209A	Manuel 68ª 22/10	Insuf resp +ICC	CiD. D cardiosaludable db S/S.Bmtest c/8h+actrapid.VMK 26%+HD.Autonom. Ayunas despues desayuno.			IC neumo. 30/10 RNM cor 17h, ambu 15:30h. HGC	
209B	Fco Arias 84ª 21/10	GEA+hipoTA+ Insf renal cronica reag	CyO. D. Tova astringente. POT. Forzar ingesta liquidos. Sed+WC. // sintrom			Pte IC Digest FGC+ FCC 8/11 Ls+anestesia TAC abd 31/10	HTA, AIT, DLP, EPOC, FA
210A	José 84ª 20/10	Declive funcional + bronquitis aguda	CyD. STP. D. Tx. Colchón. GN 2lx'. UPP talón D. Higiene bucal c/24h. Sed+estación Medi Tx. Escasa ingesta		X	RHB. T.S. Ls demá	Parkinson, DMII, det cognitivo, CSSC
210B	Jose Mª	I Resp	CyC. Dep parcial-total. D. Tova.Sed+WC acompañado. CPAP. // parche nitro x la noche		X	Alta mañana	HTA, CI, AcxFA, DM, AVC
211A	Francisco 72ª 20/10	Neumonia	CyC. VMK 26% 3lx' a demanda +HD. Autonomo. D. Normal. Sed+WC. (asintomatico). Deambulación.	Penicilina		Hemos si fiebre.	EPOC
211B	Juan 74ª 11/10	Hipoglucemia+ irenal+ Sdme tóxico	CyD. Autónomo. STP. D. Diabetica s/s astringente Bmtest DE-CO-CE. I Nv s/p. SV (docencia para alta).		x	FCS 6/11. Hemos si fiebre . Pte IC endocrino	HTA, DL, DM2 con ADOS, 3 STENDS
212	Anna Padros 63ª 27/10	Insuf.Respiratoria	CyO. Autonomo. VH. //O2 Hudson. Dieta N	SULFAMIDAS		Pte TAC torax	SDME DEPRESIVO, TAQUICARDIAS
213A							
213B	JESUS 27/10	NEUMONIA	Conubilado. Dep total.STP. VMK 40%10L. Hudson. Dieta absoluta. Bmtest c/8h.Sedesta . Higiene bucal cuidadora informada		x		CA GASTRICO, EPOC, DET COGNITIVO..
214A	Rosa Mª 80ª 23/10	HipoNa+Pneumo broncoaspi	CyD. D. Total.D.Tx . Bmtest 8h+INVR+lantus. UPP talo D(prontosan+inuxol+urgoclean) c/48h. Cinturo abdominal.	Peni + Cipro	x	ALTA	Parkinson, DMII, transtorn perso.
214B	Magdalena 86ª 27/10	Derrame pleural izdo	CyO. VH.SV. GN 2 lx'. NUSS. D s/s.	Ibuprofeno		Ecocardio fet+Rx tx fet. Ls demá	CPAP nocturna que hace unos dias no tolera

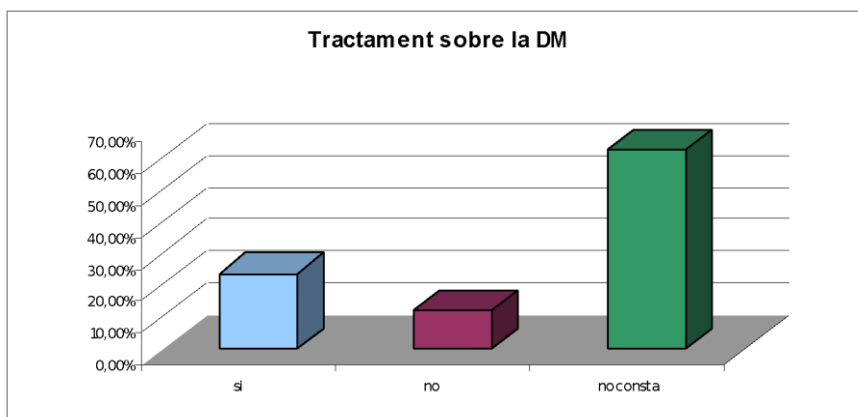
Cures del pacient

- Estat de consciència 100%
- Nivell de dependència 89.2%
- Portador de via 73.5%
- Dieta 86.5%
- Oxigenoterapia 60.3 %

HAB	NOM/DATA	DIAGNÒSTIC	Curs clinic	Alergies	P	PROVES	OBSERVACIONES/DATA PREVISTA ALTA
208A	Palmira 80ª 28/10	rectorragias	CyD. VH. Dieta s/r, no quiere comer. Control depos. C. Diuresis(pañal). Sed+WC acompañada	AAS	x	Enema opaco 31/10	Depresión. Deterioro cognitivo. T psicótico
208B	Maria 76 9/10	Asma+ hipopotasemia	CyO. D. Turmix . GN 2 lx. Deambula al WC. No diarreas.	Diclofenaco+Acetilcisteina		ALTA	asma, HTA, TPSV ablación
209A	Manuel 68ª 22/10	Insuf resp +ICC	CyO. D cardiosaludable db S/S. Bmtest c/8h+actrapid. VMK 26%+HD. Autonom. Ayunas despues desayuno.			IC neumo. 30/10 RNM cor 17h, ambu 15:30h. HGC	
209B	Fco Arias 84ª 21/10	GEA+hipoTA+ Insuf renal cronica riñag	Cy O. D. Tova astringente. POT. Forzar ingesta liquidos. Sed+WC. // sintrom			Pte IC Digest FGC+ FCC 8/11 Ls+anestesia TAC abd 31/10	HTA, AIT, DLP, EPOC, FA
210A	José 84ª 20/10	Declive funcional + bronquitis aguda	C Y D. STP. D. Tx. Colchón. GN 2lx. UPP talón D. Higiene bucal c/24h. Sedestación Medi Tx. Escasa ingesta		X	RHB. T.S. Ls demás	Parkinson, DMII, det cognitivo, CSSC
210B	Jose Mª	I Resp	CyO. Dep parcial-Total. D. Tova. Sed+WC acompañada. CPAP. // parche nitro x la noche		X	Alta mañana	HTA, CI, AcxFA, DM, AVC
211A	Francisco 72ª 20/10	Neumonía	CyO. VMK 26% 3lx a demanda +HD. Autonomo. D. Normal. Sed+WC. (asintomatico). Deambulación	Penicilina		Hemos si fiebre.	EPOC
211B	Juan 74ª 11/10	Hipoglucemia+ irenal+ Sdm e tóxico	Cy O. Autónomo. STP. D. Diabetica s/s astringente Bmtest DE-CO-CE. I Nv s/p. SV (docencia para alta).		x	FCS 6/11. Hemos si fiebre . Pte IC endocrino	HTA, DL, DM2 con ADOS, 3 STENDS
212	Anna Padros 63ª 27/10	Insuf. Respiratoria	C Y O. Autonoma. VH. //O2 Hudson. Dieta N	SULFAMIDAS		Pte TAC torax	SDME DEPRESIVO, TAQUICARDIAS
213A							
213B	JESUS 27/10	NEUMONIA	Obnubilado. Dep total. STP. VMK 40% 10L. Hudson. Dieta absoluta. Bmtest c/8h. Sedesta . Higiene bucal cuidadora informada		x		CA GASTRICO, EPOC, DET COGNITIVO..
214A	Rosa Mª 80ª 23/10	HipoNa+Pneumo broncoaspi	C yD. D. Total. D. Tx. Bmtest 8h+INVR+lantus. UPP talo D(prontoran+iruxol+urgoclean) c/48h. Cinturo abdominal.	Peni + Cipro	x	ALTA	Parkinson, DMII, trastorn perso.
214B	Magdalena 86ª 28/10	Derrame pleural lizado	CyO. VH. SV. GN 2 lx. NUSS. D s/s.	Ibuprofeno		Ecocardio fet+Rx tx fet. Ls demás	CPAP nocturna que hace unos días no tolera

Cures del pacient

- Eliminació 40.8%
 - Bolquer 7.5%
 - Control diurèsi en POT 21.6%
 - Portador SV 11.6%
- Mobilització 45.4%
- Tractament de la DM 23.7%



HAB	NOM/DATA	DIAGNÒSTIC	Curs clínic	Alergies	P	PROVES	OBSERVACIONS/DATA PREVISTA ALTA
208A	Palmira 80ª 28/10	rectorragias	CyO. VH. Dieta s/r, no quiere comer. Control depos. C. Diuresis(pañal). Sed+WC acompañada	AAS	x	Enema opaco 31/10	Depresión. Deterioro cognitivo. T psicótico
208B	Maria 76 9/10	Asma+ hipopotasemia	CyO. D. Turmix . GN 2 lx. Deambula al WC. No diarreas.	Diclofenaco+Acetilcisteina		ALTA	asma, HTA, TPSV ablación
209A	Manuel 68ª 22/10	Insuf resp +ICC	CyO. D cardiosaludable db S/S. Bmtest c/8h+actrapid.VMK 26%+HD. Autonom. Ayunas despues desayuno.			IC neumo. 30/10 RNM cor 17h, ambu 15:30h. HGC	
209B	Fco Arias 84ª 21/10	GEA+hipoTA+ Insf renal cronica riag	C y O. D. Tova astringente. POT. Forzar ingesta liquidos. Sed+WC. // sintrom			Pte IC Digest FGC+ FCC 8/11 Ls+anestesia TAC abd 31/10	HTA, AIT, DLP, EPOC, FA
210A	José 84ª 20/10	Declive funcional + bronquitis aguda	C Y D. STP. D. Tx. Colchón. GN 2lx. UPP talón D. Higiene bucal c/24h. Sedestación Medi Tx. Escasa ingesta		X	RHB. T.S. Ls demás	Parkinson, DMII, det cognitivo, CSSC
210B	Jose Mª	I Resp	CyO. Dep parcial-total. D. Tova. Sed+WC acompañado. CPAP. // parche nitro x la noche		X	Alta mañana	HTA, CI, AcxFA, DM, AVC
211A	Francisco 72ª 20/10	Neumonía	CyO. VMK 26% 3lx a demanda +HD. Autonomo. D. Normal. Sed+WC. (asintomatico). Deambulación	Penicilina		Hemos si fiebre.	EPOC
211B	Juan 74ª 11/10	Hipoglucemia+ irenal+ Sdme tóxico	Cy O. Autónomo. STP. D. Diabetica s/s astringente Bmtest DE-CO-CE. I Nv s/p. SV (docencia para alta).		x	FCS 6/11. Hemos si fiebre . Pte IC endocrino	HTA, DL, DM2 con ADOS, 3 STENDS
212	Anna Padros 63ª 27/10	Insuf. Respiratoria	C Y O. Autonoma. VH. //O2 Hudson. Dieta N	SULFAMIDAS		Pte TAC torax	SDME DEPRESIVO, TAQUICARDIAS
213A							
213B	JESUS 27/10	NEUMONIA	Obnubilado. Dep total. STP. VMK 40% 10L. Hudson. Dieta absoluta. Bmtest c/8h. Sedesta . Higiene bucal cuidadora informada		x		CA GASTRICO, EPOC, DET COGNITIVO..
214A	Rosa Mª 80ª 23/10	HipoNa+Pneumo broncoaspi	C y D. D. Total. D. Tx. Bmtest 8h+INVR+lantus. UPP talo D(prontoran+inuxol+urgoclean) c/48h. Cinturo abdominal.	Peni + Cipro	x	ALTA	Parkinson, DMII, trastorn perso.
214B	Magdalena 86ª 28/10	Derrame pleural lizado	CyO. VH. SV. GN 2 lx. NUSS. D s/s.	Ibuprofeno		Ecocardio fet+Rx tx fet. Ls demás	CPAP nocturna que hace unos días no tolera

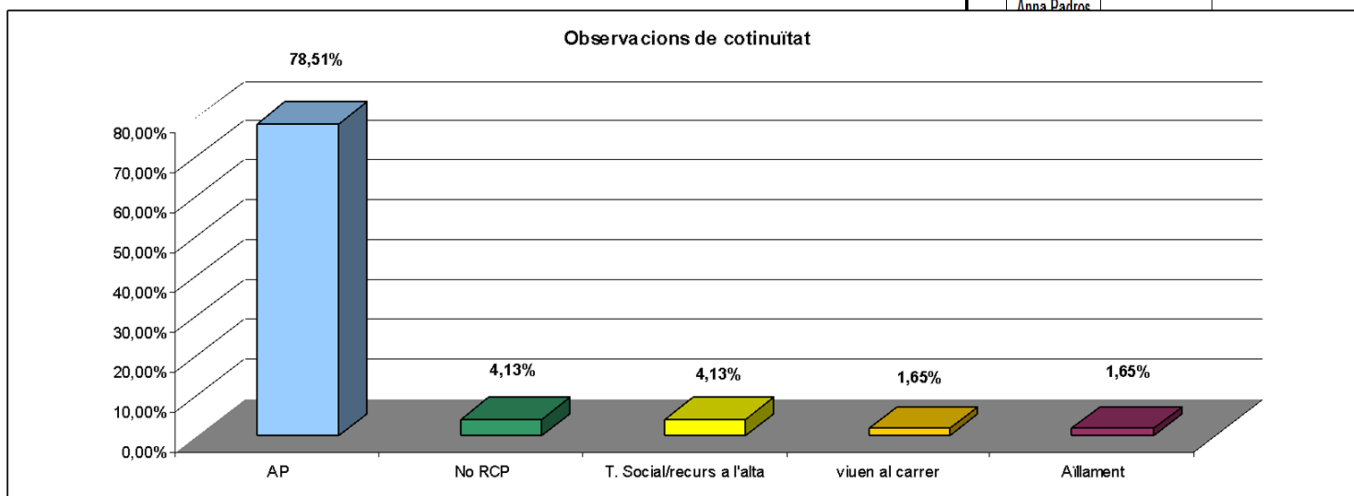
Cures del pacient

- Seguiment de cures 40.5%


HAB	NOM/DATA	DIAGNÒSTIC	Curs clinic	Alergies	P	PROVES	OBSERVACIONES/DATA PREVISTA ALTA
208A	Palmira 80ª 28/10	rectorragias	CyD. VH. Dieta s/r, no quiere comer. Control depos. C. Diuresis(pañal). Sed+WC acompañada	AAS	x	Enema opaco 31/10	Depresión. Deterioro cognitivo. T psicótico
208B	Maria 76 9/10	Asma+ hipopotasemia	CyO. D. Turmix . GN 2 lx. Deambula al WC. No diarreas.	Diclofenaco+Acetilcisteína		ALTA	asma, HTA, TPSV ablación
209A	Manuel 68ª 22/10	Insuf resp +ICC	CiO. D cardiosaludable db S/S. Bmtest c/8h+actrapid. VMK 26%+HD. Autonom. Ayunas despues desayuno.			IC neumo. 30/10 RNM cor 17h, ambu 15:30h. HGC	
209B	Fco Arias 84ª 21/10	GEA+hipoTA+ Insuf renal cronica riag	C y O. D. Tova astringente. POT. Forzar ingesta liquidos. Sed+WC. // sintrom			Pte IC Digest FGC+ FCC 8/11 Ls+anestesia TAC abd 31/10	HTA, AIT, DLP, EPOC, FA
210A	José 84ª 20/10	Declive funcional + bronquitis aguda	C Y D. STP. D. Tx. Colchón. GN 2lx. UPP talón D. Higiene bucal c/24h. Sedestación Medi Tx. Escasa ingesta		X	RHB. T.S. Ls demás	Parkinson, DMII, det cognitivo, CSSC
210B	Jose Mª	I Resp	CyO. Dep parcial-total. D. Tova. Sed+WC acompañado. CPAP. // parche nitro x la noche		X	Alta mañana	HTA, CI, AcxFA, DM, AVC
211A	Francisco 72ª 20/10	Neumonía	CyO. VMK 26% 3lx a demanda +HD. Autonomo. D. Normal. Sed+WC. (asintomatico). Deambulación	Penicilina		Hemos si fiebre.	EPOC
211B	Juan 74ª 11/10	Hipoglucemia+ irenal+ Sdme tóxico	Cy O. Autónomo. STP. D. Diabetica s/s astringente Bmtest DE-CO-CE. I Nv s/p. SV (docencia para alta).		x	FCS 6/11. Hemos si fiebre . Pte IC endocrino	HTA, DL, DM2 con ADOS, 3 STENDS
212	Anna Padros 63ª 27/10	Insuf. Respiratoria	C Y O. Autonoma. VH. //O2 Hudson. Dieta N	SULFAMIDAS		Pte TAC torax	SDME DEPRESIVO, TAQUICARDIAS
213A							
213B	JESUS 27/10	NEUMONIA	Obnubilado. Dep total. STP. VMK 40% 10L. Hudson. Dieta absoluta. Bmtest c/8h. Sedesta . Higiene bucal cuidadora informada		x		CA GASTRICO, EPOC, DET COGNITIVO..
214A	Rosa Mª 80ª 23/10	HipoNa+Pneumo broncoaspi	C yD. D. Total. D. Tx. Bmtest 8h+INVR+lantus. UPP talo D(prontoran+inuxol+urgoclean) c/48h. Cinturo abdominal.	Peni + Cipro	x	ALTA	Parkinson, DMII, trastorn perso.
214B	Magdalena 86ª 28/10	Derrame pleural lizado	CyO. VH. SV. GN 2 lx. NUSS. D s/s.	Ibuprofeno		Ecocardio fet+Rx tx fet. Ls demás	CPAP nocturna que hace unos días no tolera

- Al·lèrgies 29.7%
- Proves pendents 62.8%
- Planificació de l'alta 16.5%
- Observacions 90.9% (+ 1 observació 4.9%)

HAB	NOM/DATA	DIAGNÒSTIC	Curs clinic	Al·lèrgias	P	PROVES	OBSERVACIONS/DATA PREVISTA ALTA
208A	Palmira 80ª 23/10	rectorragias	CyD. VH Dieta s/r, no quiere comer. Control depos. C. Diuresis(pañal). Sed+WC acompañada	AAS	x	Enema opaco 31/10	Depresión. Deterioro cognitivo. T psicóico
208B	Maria 76 9/10	Asma+ hipopotasemia	CyO. D. Turmix . GN 2 lx'. Deambula al WC. No diarreas.	Diclofenac+Acetilcisteina		ALTA	asma, HTA, TPSV ablación
209A	Manuel 68ª 22/10	Insuf resp +ICC	CiO. D cardiosaludable db S/S.Bmtest c/8h+actrapid.VMK 26%+HD.Autonom. Ayunas despues desayuno.			IC neuromo. 30/10 RNM cor 17h, ambu 15:30h. HGC	
209B	Fco Arias 84ª 21/10	GEA+hipoTA+ Insf renal cronica reag	C y O. D. Tova astringente. POT. Forzar ingesta liquidos. Sed+WC. // sintrom			Pte IC Digest FGC+ FCC 8/11 Ls+anestesia TAC abd 31/10	HTA, AIT, DLP, EPOC, FA
210A	José 84ª 20/10	Declive funcional + bronquitis aguda	C Y D. STP. D. Tx. Colchón. GN 2lx'. UPP talón D. Higiene bucal c/24h. Sedestación Medi Tx. Escasa ingesta		X	RHB. T.S. Ls demá	Parkinson, DMII, det cognitivo, CSSC
210B	Jose Mª	I Resp	CyO. Dep parcial-total. D. Tova.Sed+WC acompañado. CPAP. // parche nitro x la noche		X	Alta mañana	HTA, CI, AcxFA, DM, AVC
211A	Francisco 72ª 20/10	Neumonia	CyO. VMK 26% 3lx' a demanda +HD. Autonomo. D. Normal. Sed+WC. (asintomatico) Deambulación.	Penicilina		Hemos si fiebre.	EPOC
211B	Juan 74ª 11/10	Hipoglucemia+ irenal+ Sdme tóxico	Cy O. Autonomo. STP. D. Diabetica s/s astringente Bmtest DE-CO-CE. I Nv s/p. SV (docencia para alta).		x	FCS 6/11. Hemos si fiebre . Pte IC endocrino	HTA, DL, DM2 con ADOS, 3 STENDS
	Anna Padros		Hudson. Dieta N	SULFAMIDAS		Pte TAC torax	SDME DEPRESIVO, TAQUICARDIAS
			VMK 40%10L. Hudson. Dieta absoluta. Bmtest al cuidadora informada		x		CA GASTRICO, EPOC, DEF COGNITIVO.
			8h+INVR+lantus. UPP talo h) c/48h. Cinturo abdominal.	Peni + Cipro	x	ALTA	Parkinson, DMII, transform perso.
			D s/s.	Ibuprofeno		Ecocardio fet+Rx tx fet. Ls demá	CPAP nocturna que hace unos dias no tolera



Conclusions

- Es registren les incidències, no la normalitat
-  comunicació en aspectes relacionats amb:
 - Identificació de pacients
 - Dades d'ingrés (dx d'ingrés)
 - Estat de consciència i nivell de dependència
 - Tipus de dieta i oxigenoteràpia
 - Proves pendents
- Cal millorar comunicació sobre aspectes de mobilització
- Cal millorar la planificació a l'alta

Accions

- Creació d'un grup de treball
- Metodologia DAFO

DEBILITATS

- Professionalitat
- Informació innecessària
 - Falta informació
- Dificultats en l'actualització
 - Manca de consens
 - Poc estructurat
 - Temps necessari

FORTALESES

- Fàcil maneig
- "xuleta" pel passadís
- Eina d'anotacions
 - Seguretat
 - Registre únic

AMENACES

- LOPD

OPORTUNITAT

- Consensuar mes el registre d'incidències
 - Realitzar ús compatible LOPD
 - Optimitzar la comunicació

Accions

- Creació d'un registre mes estructurat
- Amb informació registrada a l'HC
- Utilització codificació
- Diferents formats (segons el professional i ús)
- Permeti la individualització

**Gràcies
per la vostra
atenció**

BSA