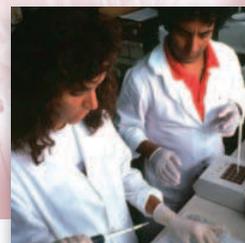


Comunicación durante el traspaso de pacientes

Soluciones para la seguridad del paciente
| volumen 1, solución 3 | Mayo de 2007



► DECLARACIÓN DEL PROBLEMA E IMPACTO:

Durante un episodio de enfermedad o un período de atención, un paciente podría, potencialmente, ser tratado por una serie de facultativos médicos y especialistas en múltiples entornos, incluyendo atención primaria, atención ambulatoria especializada, atención de emergencia, atención quirúrgica, cuidados intensivos y rehabilitación. En forma adicional, los pacientes se moverán a menudo entre áreas de diagnóstico, tratamiento y atención en forma regular, y podrán encontrarse con tres turnos de personal por día, suponiendo esto un riesgo de seguridad para el paciente en cada intervalo. La comunicación entre las unidades y entre los equipos de atención en el momento del traspaso podría no incluir toda la información esencial, o podría darse la interpretación incorrecta de la información. Estas brechas en la comunicación pueden provocar graves interrupciones en la continuidad de la atención, un tratamiento inadecuado y un daño potencial para el paciente.

La interrupción de la comunicación fue la causa principal de los eventos centinela denunciados ante la Comisión Conjunta en los Estados Unidos de América entre 1995 y 2006 (1) y el factor causal más común de reclamos surgidos de transferencias ante las agencias de seguros por mala praxis en EE.UU. (2). 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, en contraste con el 6% debido a niveles de competencia inadecuados de los facultativos (3).

La comunicación en el momento del traspaso está relacionada con el proceso de pasar la información específica de un paciente de un prestador de atención a otro y de un equipo de prestadores al siguiente, o de los prestadores de atención al paciente y su familia a efectos de asegurar la continuidad y la seguridad de la atención del paciente (4). La comunicación en el momento del traspaso también está relacionada con la transferencia de información de un tipo de organización de atención sanitaria a otra, o de la organización al hogar del paciente. La información que se comparte por lo general consiste en el estado actual del paciente, cambios recientes en su estado, tratamiento en curso y posibles cambios o complicaciones que pudieran ocurrir. Los trasposos de atención del paciente tienen lugar en muchos entornos dentro de la totalidad de la atención, in-

cluyendo de admisión a atención primaria, desde el médico que se retira al médico que lo cubrirá, el informe de cambio de turno de enfermería, el informe de enfermería sobre la transferencia de un paciente entre unidades o establecimientos, los informes de anestesiología al personal de la sala de recuperación después de una anestesia, la comunicación entre el departamento de emergencia y el personal del establecimiento que recibirá al paciente transferido, y el alta del paciente para su retorno al hogar o su traslado a otro establecimiento.

► TEMAS ASOCIADOS:

Los problemas con los trasposos de pacientes son una preocupación internacional: Australia (5) y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte (6) revisaron este tema recientemente, y elaboraron recomendaciones para la reducción de riesgos. Si bien actualmente no existe una práctica ideal para mejorar la comunicación al momento del traspaso, se han implementado varias estrategias que se están estudiando. Un estudio de trasposos entre médicos llegó a la conclusión de que la comunicación precisa y no ambigua, cara a cara entre las personas, era la mejor manera de asegurar trasposos efectivos (7). No obstante, expertos en el campo de la seguridad del paciente concuerdan en que las soluciones que implican el rediseño de los sistemas de prestación de atención serían las más efectivas para mejorar la comunicación en el momento del traspaso (8). El diseño mejorado del sistema aumentará la capacidad de los prestadores de atención de comunicarse efectivamente, aprovechando las ventajas del conocimiento de los factores humanos (cómo los seres humanos se equivocan), procurando reiteraciones en los procesos de atención, creando funciones obligatorias y reduciendo los pasos en los procesos para reducir, por ende, las posibilidades de error.

En parte, los problemas que surgen en el momento del traspaso se originan en la forma en que están educados (o no) los prestadores de atención sanitaria (en cuanto al trabajo en equipo y las destrezas de comunicación), en la falta de buenos modelos de conducta y en un sistema de atención sanitaria que promueve y recompensa la autonomía y el desempeño individual. La cultura de

la medicina, que históricamente no ha hecho suficiente énfasis en involucrar a los pacientes y sus familias en la prestación de atención, es otra causa fundamental. Además, si bien la especialización de los facultativos de atención sanitaria puede mejorar el tratamiento médico, la especialización de la atención también implica más personas y unidades involucradas en la atención del paciente, lo cual puede complicar la comunicación. Otro problema que contribuye a una mala comunicación es que la forma en que está compuesto el personal puede no reflejar la realidad demográfica de la comunidad a la que se está atendiendo (9). Además, los problemas de idioma resultantes de una gran dependencia en los profesionales de la atención médica de otros países también pueden causar dificultades en la comunicación.

Gracias a otras industrias de alto riesgo como las de aviación y energía nuclear se están aprendiendo lecciones sobre cómo mejorar los trasposos. Una de esas lecciones es la necesidad de contar con un idioma común para comunicar la información crucial. La incorporación de técnicas de informes de situación tales como el proceso SBAR (sigla en inglés correspondiente a Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación) pueden proporcionar un marco estándar para la comunicación en el momento de trasposos de atención de pacientes (10-11). Simplemente proporcionando oportunidades para que los prestadores de atención hagan preguntas y las resuelvan puede mejorar la efectividad de las comunicaciones en el momento del trasposo (12). La racionalización y estandarización de los informes de cambio de turno puede mejorar el razonamiento crítico, al igual que minimizar el tiempo que se pasa lejos del paciente (13). El volver a leer es otra técnica efectiva empleada en los trasposos, donde el receptor de la información anota la misma y luego la vuelve a leer al proveedor de la información, para obtener la confirmación de que fue comprendida correctamente. Las tecnologías como la firma electrónica del registro del alta voluntaria, por parte del paciente, han demostrado la reducción de las tasas de eventos adversos evitables (14). Las rondas de colaboración (multidisciplinarias) se están empleando en forma efectiva para mejorar la comunicación y el trasposo de información importante relacionada con la atención del paciente (15).

La participación de los pacientes y las familias en el proceso de atención se está reconociendo, cada vez más, como un aspecto importante de la prestación de atención. El paciente y su familia son la única constante, y por ende están en condiciones de desempeñar un papel fundamental para asegurar la continuidad de la atención (16). El alta hospitalaria es una etapa crucial en la que la comunicación de la información a pacientes y familiares se torna de vital importancia (17-19). El compromiso de los pacientes a veces resulta más difícil debido a su bajo nivel de instrucción sobre salud. La expresión instrucción sobre salud se ha definido como la capacidad de las personas de obtener, procesar y comprender la información y los servicios de salud básicos necesarios para tomar decisiones de salud adecuadas (20). En los Estados Unidos, se estima que al menos el 50% de los adultos tiene un bajo nivel de instrucción sobre salud (21). La técnica de repetir lo que se aprendió es empleada por los prestadores de atención para asegurar que el paciente haya comprendido la información proporcionada (22). Esta técnica implica pedir al paciente que describa lo que acaba de escuchar, para evaluar su nivel de comprensión.

► MEDIDAS SUGERIDAS:

Las siguientes estrategias deberán ser tenidas en cuenta por los estados miembros de la OMS.

1. Asegurar que las organizaciones de atención sanitaria implementen un enfoque estandarizado para la comunicación entre el personal en el momento del trasposo, los cambios de turno y entre distintas unidades de atención al paciente en el transcurso de la transferencia de un paciente. Entre los elementos sugeridos para este enfoque se incluyen:
 - *El uso de la técnica SBAR (Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación).*
 - *La asignación del tiempo suficiente para comunicar la información importante y para que el personal formule y responda preguntas sin interrupciones, siempre que sea posible (en el proceso de trasposo deberían incluirse pasos de repetición y relectura).*
 - *El suministro de información referente al estado del paciente, sus medicamentos, sus planes de tratamiento, sus directivas anticipadas y cualquier cambio relevante en su estado.*
 - *La limitación del intercambio de información a lo que es necesario para prestar una atención segura al paciente.*
2. Asegurarse de que las organizaciones de atención sanitaria implementen sistemas que garanticen, en el momento del alta hospitalaria, que el paciente y su siguiente prestador de atención sanitaria obtengan la información clave referente a los diagnósticos al alta, los planes de tratamiento, los medicamentos y los resultados de las pruebas.
3. Incorporar capacitación sobre comunicación en el momento del trasposo en el plan de estudios y desarrollo profesional permanente para los profesionales de la atención sanitaria.
4. Fomentar la comunicación entre organizaciones que estén prestando atención al mismo paciente en forma paralela (por ejemplo, prestadores tradicionales y no tradicionales).

► EXPECTATIVAS:

- Donde sea posible, explorar tecnologías y métodos que puedan mejorar la efectividad de los trasposos, como registros médicos electrónicos, sistemas de recetas electrónicas y conciliación automática de medicamentos, para hacer más eficaz el acceso a la información y el intercambio de la misma.
- Establecer procedimientos para asegurarse de que los procesos que emplean tecnología electrónica sean interactivos y efectivos, y que den tiempo para preguntas o actualizaciones sobre la atención del paciente.

► APLICABILIDAD:

- En todas las organizaciones y en todos los entornos de atención sanitaria.

▶ OPORTUNIDADES DE PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE Y DE LA FAMILIA:

- ▶ Proporcionar información a los pacientes sobre sus problemas médicos y su plan de tratamiento en una forma que les resulte comprensible.
- ▶ Hacer que los pacientes sean conscientes de sus medicamentos recetados, sus dosis y el tiempo que debe transcurrir entre las administraciones de medicamentos.
- ▶ Informar a los pacientes quién es el prestador de atención responsable durante cada turno y con quién deben ponerse en contacto si tienen alguna inquietud sobre la seguridad o la calidad de la atención.
- ▶ Ofrecer a los pacientes la oportunidad de leer su propio registro médico, como estrategia para la seguridad del paciente.
- ▶ Generar oportunidades para que los pacientes y sus familiares formulen cualquier pregunta sobre la atención sanitaria o expresen sus preocupaciones a los prestadores de atención sanitaria.
- ▶ Informar a los pacientes y a sus familiares sobre los siguientes pasos a seguir en su atención, para que, de ser necesario, puedan comunicarlo al prestador de atención del siguiente turno, o para que estén preparados para ser transferidos de un entorno a otro, o a su hogar.
- ▶ Hacer participar a los pacientes y a sus familias en las decisiones sobre su atención, al nivel de participación que ellos escojan.

▶ SOLIDEZ DE LA EVIDENCIA:

- ▶ Opinión/consenso de expertos y varios estudios descriptivos.

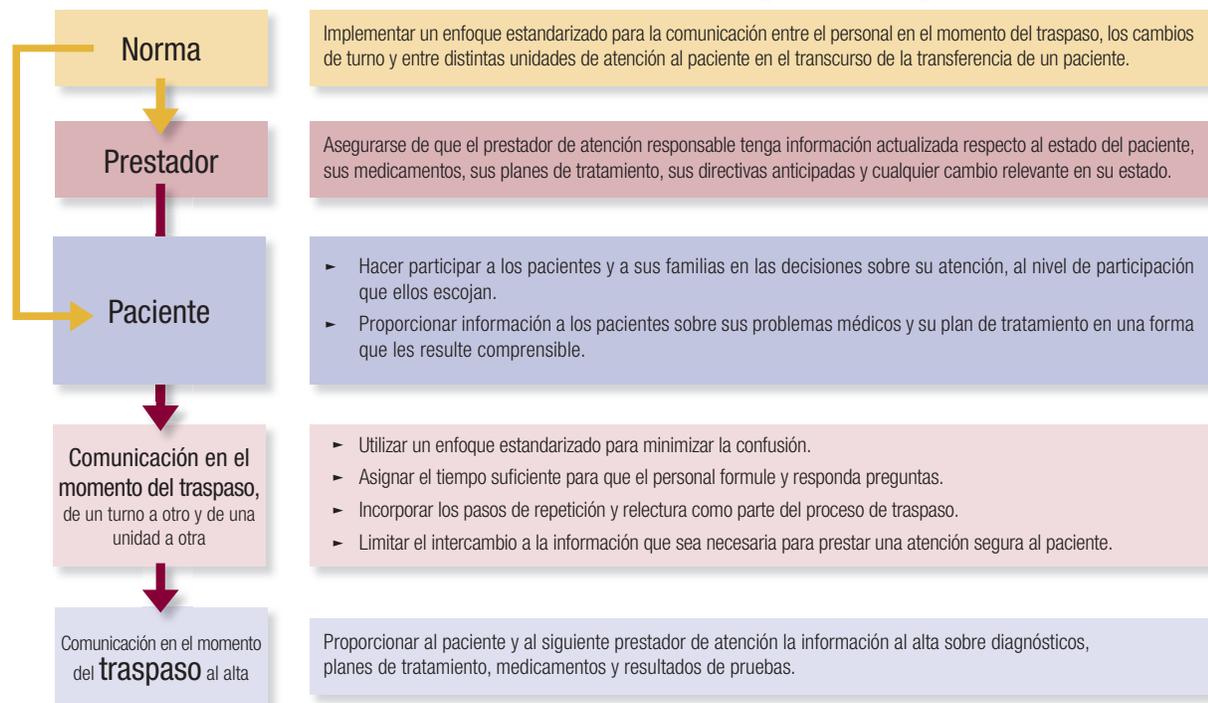
▶ BARRERAS POTENCIALES:

- ▶ Reticencia de los prestadores de atención sanitaria a la modificación de conductas.
- ▶ Presión de tiempo a causa de las necesidades de atención del paciente y demás responsabilidades.
- ▶ Costos de capacitación y tiempo de la implementación de nuevos procesos de traspaso.
- ▶ Diferencias culturales e idiomáticas entra la población de pacientes y el personal.
- ▶ Bajo nivel de instrucción sobre salud.
- ▶ Falta de recursos económicos y escasez de personal.
- ▶ Falta de conocimiento sobre cómo mejorar sistemas.
- ▶ Ausencia de liderazgo para imponer la implementación de nuevos sistemas y conductas.
- ▶ Carencia de infraestructura de tecnología de la información y de interoperabilidad.
- ▶ Insuficientes investigación generalmente aceptada, datos y justificación económica referentes al análisis de costo y beneficio o el retorno de la inversión (ROI) para la implementación de estas recomendaciones.

▶ RIESGOS DE CONSECUENCIAS NO DELIBERADAS:

- ▶ Demoras en la atención del paciente debido al aumento del tiempo de traspaso.

EJEMPLO DE Comunicación durante el traspaso de pacientes



Este ejemplo no es forzosamente adecuado para todos los entornos de atención sanitaria.

▶ REFERENCIAS:

1. Root causes of sentinel events, all categories. Oakbrook, IL: Joint Commission, 2006 (http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/FA465646-5F5F-4543-AC8F-E8AF6571E372/0/root_cause_se.jpg, accessed 12 June 2006).
2. Andrews C, Millar S. Don't fumble the handoff. *MAG Mutual Healthcare Risk Manager*, 2005, 11(28):1-2. http://www.magmutual.com/mmhc/articles/2005_11_28.pdf.
3. Zinn C. 14,000 preventable deaths in Australia. *BMJ*, 1995, 310:1487.
4. 2006 National Patient Safety Goal FAQs. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission, 2006 (http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/25E48E23-6946-43E4-916C-65E116960FD5/0/06_npsg_faq2.pdf, accessed 11 June 2006).
5. Clinical handover and patient safety literature review report. Australian Council for Safety and Quality in Health Care, March 2005 (<http://www.safetyandquality.org/clinohvrlitrev.pdf>, accessed xx Month 2007).
6. Safe handover: safe patients—guidance on clinical handover for clinicians and managers. *Hospital at Night Risk Assessment Guide*. London, National Patient Safety Agency, 2004 (http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/1037_Handover.pdf, accessed 12 June 2006).
7. Solet DJ et al. Lost in translation: challenges and opportunities during physician-to-physician communication during patient handoffs. *Academic Medicine*, 2005, 80:1094-1099.
8. WHO Collaborating Centre International Steering Committee, 11-12 June 2006 meeting.
9. National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care. Washington, DC: United States Department of Health and Human Services, Office of Minority Health, March 2001 (<http://www.omhrc.gov/assets/pdf/checked/finalreport.pdf>, accessed 12 June 2006).
10. SBAR technique for communication: a situational briefing model. Cambridge, MA, Institute for Healthcare Improvement (<http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/SafetyGeneral/Tools/SBARTechniqueforCommunicationASituationalBriefingModel.htm>, accessed 12 June 2006).
11. SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. 2006, 32(3):167-175. <http://www.jcipatientsafety.org/docViewer.aspx>.
12. Strategies to improve hand-off communication: implementing a process to resolve questions. *Joint Commission Perspectives on Patient Safety*, 2005, 5 (7):11-11(1). <http://www.jcipatientsafety.org/show.asp?durki=10742&site=184&return=10737>.
13. Hansten R. Streamline change-of-shift report. *Nursing Management*, 2003, 34(8):58-59.
14. Peterson LA et al. Using a computerized sign-out program to improve continuity of inpatient care and prevent adverse events. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 1998, 24(2):77-87.
15. Joint Commission International Center for Patient Safety Communications Expert Panel, October 2006 meeting.
16. WHO Collaborating Centre International Steering Committee. 11-12 June 2006 meeting. Also London Declaration, Patients for Patient Safety, WHO World Alliance for Patient Safety, 29 March 2006. http://www.who.int/patientsafety/information_centre/London_Declaration_May06.pdf.
17. Coleman EA. The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. et al. *Archives of Internal Medicine*, 2006, 166:1822-1828. <http://www.psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=4408>.
18. Roy CL et al. Patient safety concerns arising from test results that return after hospital discharge. *Annals of Internal Medicine*, 2005, 143:121-128. <http://www.psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=2400>.
19. Forster AJ. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Annals of Internal Medicine*, 2003, 138:161-167. <http://www.psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=1080>.
20. The ABCs of health literacy. Chicago, American Medical Association (http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/15/health_literacy.doc, accessed 11 June 2006).
21. Seldon, CR et al. *Current bibliographies in medicine 2000-1: Health Literacy*. Bethesda, MD, National Library of Medicine. <http://www.nlm.nih.gov/archive/20061214/pubs/cbm/hliteracy.html>.
22. Schillinger D et al. Closing the loop: physician communications with diabetic patients who have low health literacy. *Archives of Internal Medicine*, 2003, 163(1):83-90. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=12523921&dopt=Abstract.

▶ OTROS RECURSOS SELECCIONADOS:

1. Australian Council for Safety and Quality in Health Care, *Passing the Baton of Care—the patient relay*, “National Principles for Clinical Handover” April 2005. Link: www.safetyandquality.gov.au.
2. Canadian Patient Safety Institute, *Your healthcare: be involved*. Edmonton, AB. Link: http://www.oha.com/Client/OHA/OHA_LP4W_LND_WebStation.nsf/page/Your+Health+Care+Be+Involved.
3. Joint Commission, 2006 Critical Access Hospital and Hospital National Patient Safety Goals. Oakbrook Terrace, IL, 2006. Link: www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/06_npsg_cah.htm.
4. National Quality Forum (NQF) *Safe Practices for Better Health Care*: http://www.qualityforum.org/projects/completed/safe_practices/

© Organización Mundial de la Salud 2007

Todos los derechos reservados. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden obtenerse en la oficina de prensa de la OMS en Ginebra, Suiza: WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bokorders@who.int). Las solicitudes de permiso para reproducir o traducir publicaciones de la OMS, ya sea para su venta o su distribución no comercial, deberán ser dirigidas a la oficina de prensa de la OMS, en la dirección mencionada anteriormente (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: permissions@who.int).

Las designaciones empleadas y la presentación del material en esta publicación no suponen la expresión de ningún tipo de opinión por parte de la Organización Mundial de la Salud respecto a la situación legal de ningún país, territorio, ciudad o área, ni de las autoridades de éstos, ni respecto a la delimitación de sus fronteras o límites. Las líneas punteadas sobre los mapas representan las líneas limítrofes aproximadas sobre las que aún no existe un acuerdo definitivo.

La mención de empresas específicas o de productos de determinados fabricantes no supone que la Organización Mundial de la Salud los respalde o recomiende por encima de otros de naturaleza similar que no se mencionan. Exceptuando los errores y omisiones, los nombres de los productos con marca registrada se distinguen mediante letras mayúsculas.

La Organización Mundial de la Salud ha tomado todas las precauciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de tipo alguno, ni expresa ni implícita. La responsabilidad de la interpretación y del uso del material reside en el lector. En ningún caso la Organización Mundial de la Salud será responsable de los daños que surjan por su utilización.

Esta publicación contiene la visión colectiva del Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente y su Comité Directivo Internacional, y no representa forzosamente las decisiones o la norma establecida de la Organización Mundial de la Salud.

