

Transferencia segura de pacientes en el ámbito hospitalario ¿hacemos todo lo que podemos?

Dr. Pedro J. Alcalá Minagorre

Área de Hospitalización Pediátrica

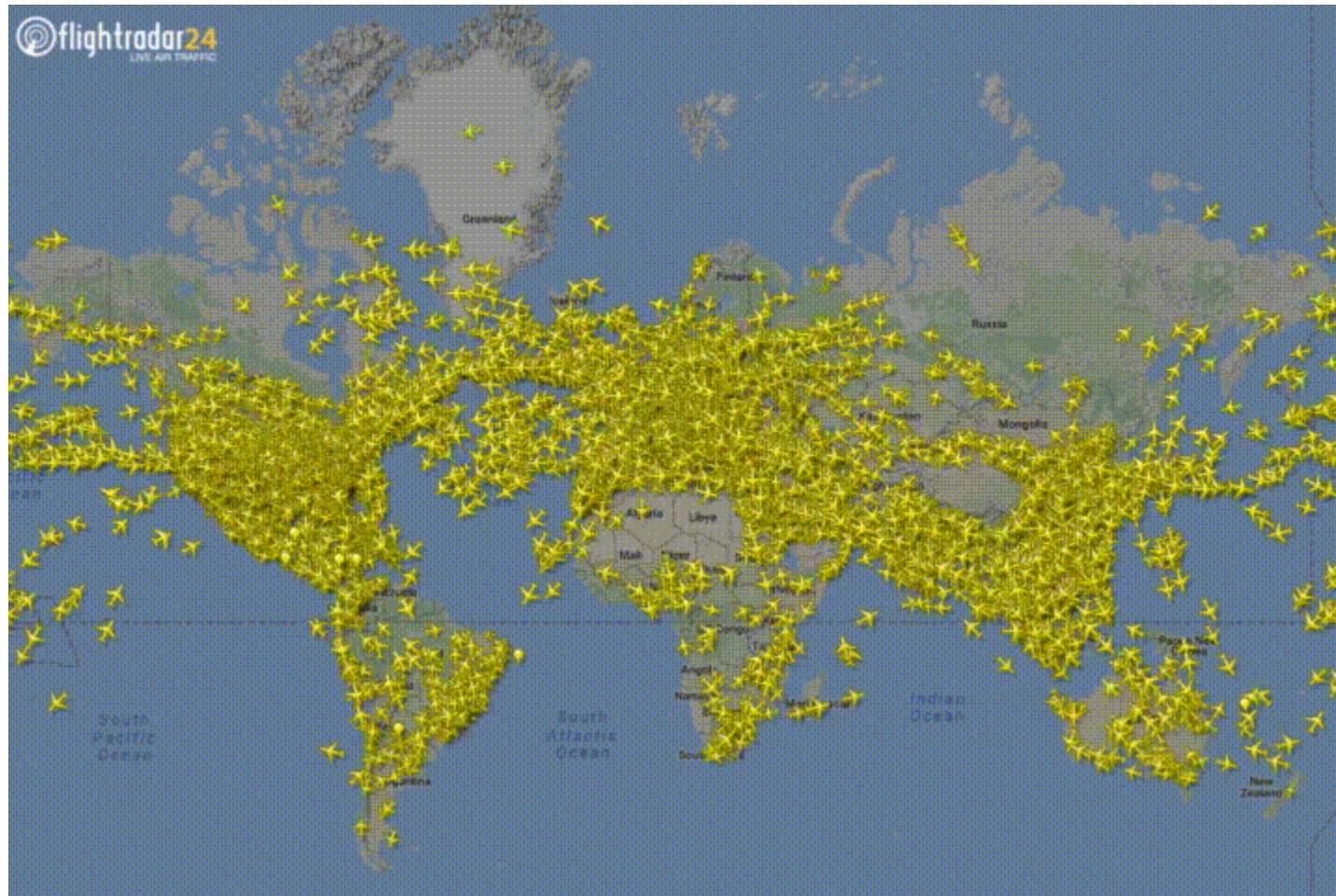
Hospital General Universitario de Alicante

Alicante. Jueves 4 de octubre de 2018

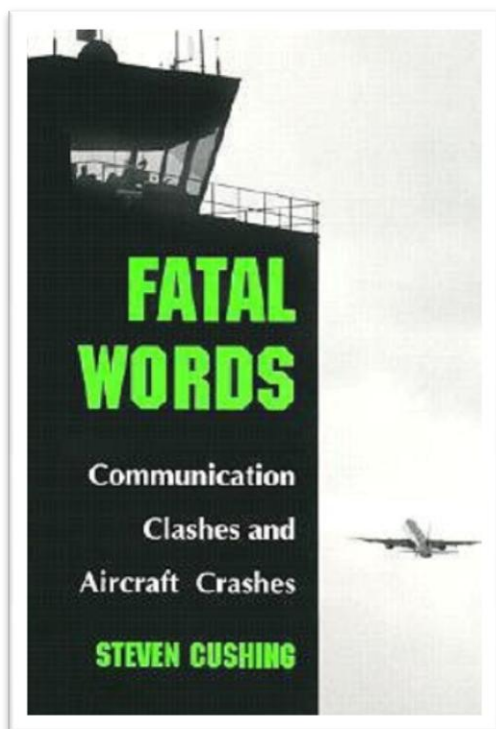


Reflexión

¿Subiría a un vuelo con una comunicación deficiente entre cabina y torre de control?



Introducción



2. Real life (and death) importance of communication

In the review prepared for the International Civil Aviation Organization (ICAO), Matthews (2004) reported that 'Between 1976 and 2000, more than 1,100 passengers and crew lost their lives in accidents in which investigators determined that language had played a contributory role'

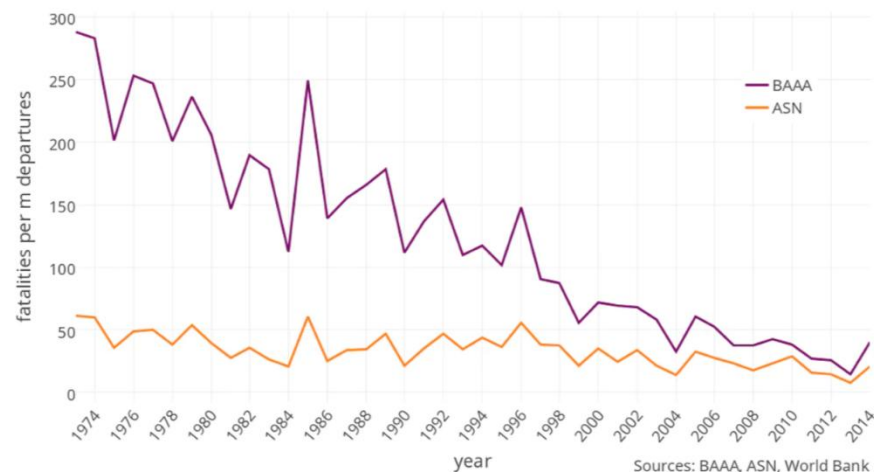
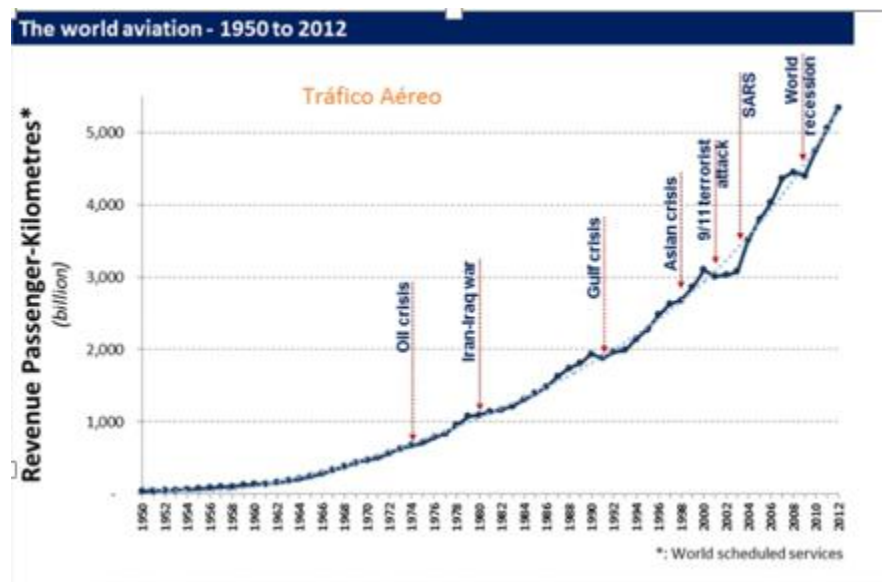
More specifically, Alderson and Horák (2009) stated that:


In three accidents alone, 1,006 people died at least in part because of language that gave rise to communication problems.

In 1983, a Frankfurt Airline Boeing 747-200 collided with a Conquistador



Mejora de seguridad aérea, medidas control





AESA
AGENCIA ESTATAL
DE SEGURIDAD AEREA

**GUÍA BUENAS PRÁCTICAS –
FRASEOLOGÍA Y COMUNICACIONES**

G-CES-SAD-02
Edición 1.0
DESATI
PS-DEA-CES-09

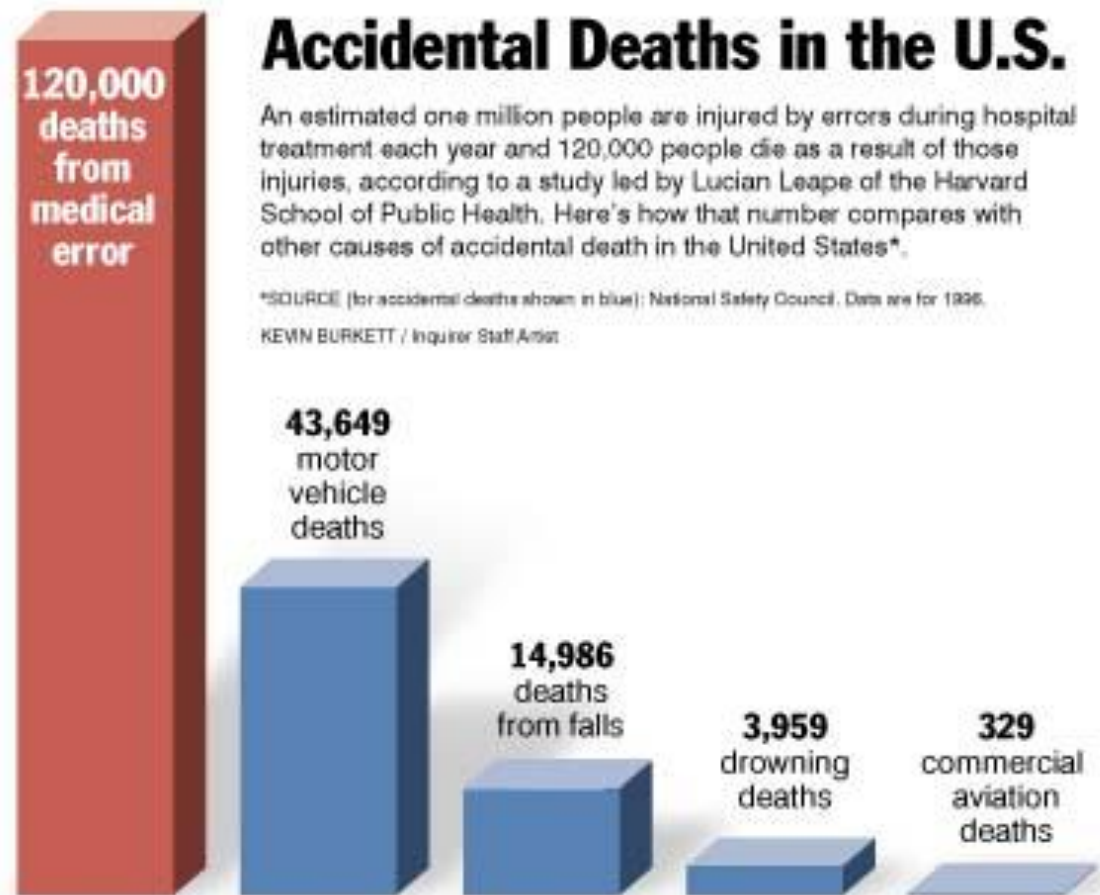
I.2.3 RECOMENDACIONES Y BUENAS PRÁCTICAS PARA PERSONAL ATS/SDP

RECOMENDACIONES Y BUENAS PRÁCTICAS PARA PERSONAL ATS/SDP	ÁMBITO
Evitar el uso de las expresiones en inglés "Go Ahead" y "Continue" ("Adelante" y "Continúe" en español), cuando por el contexto en que se emitan éstas puedan ser interpretadas como una autorización a proceder.	DISCIPLINA RADIO – Fraseología
Evitar el uso de palabras en una instrucción que puedan ser mal interpretadas como dígitos (por ejemplo, en inglés la palabra "to" podría confundirse con el número "2 / two" o la palabra "for" con el número "4 / four").	
Hacer hincapié o repetir los elementos no estándar de un mensaje para asegurar que el piloto advierte que no se está utilizando fraseología estándar.	DISCIPLINA RADIO – Formato y contenido del mensaje
Para evitar la pérdida de información, limitar las piezas de información transmitida por comunicación a: tres en situación normal, dos en caso de alta carga de trabajo y una en caso de situación de emergencia.	
No combinar las instrucciones de cambio de frecuencia con otras instrucciones.	
Evitar la combinación de elementos numéricos que puedan ser fácilmente confundidos en el mismo mensaje (por ejemplo, nivel de vuelo y rumbo).	DISCIPLINA RADIO – Fraseología/Idioma
No utilizar el idioma local cuando exista riesgo de pérdida de conciencia situacional para tripulaciones de vuelo extranjeras.	
Controlar la velocidad de transmisión de autorizaciones/instrucciones para evitar la posibilidad de errores.	DISCIPLINA RADIO – Velocidad de transmisión
Evitar múltiples cambios de frecuencia durante periodos de alta carga de trabajo para la tripulación, por ejemplo, después del despegue y durante la	DISCIPLINA RADIO – Oportunidad de las transmisiones



**THE USE OF A COMMON LANGUAGE IN
RADIOTELEPHONY COMMUNICATIONS**

¿Es el hospital más seguro que el avión?



¿Elegiríamos un hospital donde...

... la mayoría de eventos adversos son debidos a problemas de comunicación?

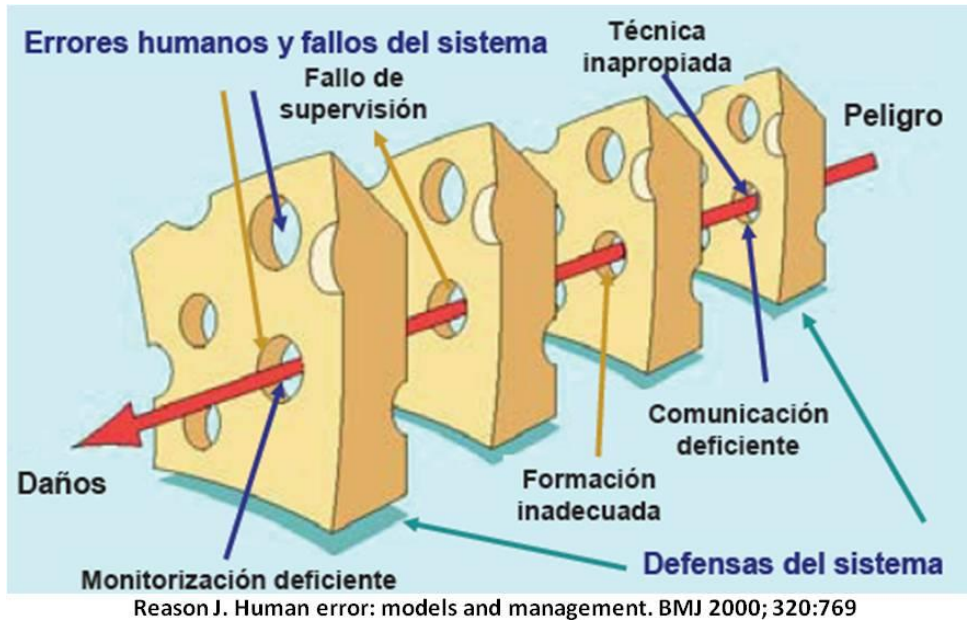
...los profesionales no se ha formado en la transmisión de nuestros principales problemas de salud?

... la mayoría de médicos y enfermeros considera mejorable la transmisión de órdenes y cuidados?

....donde no está protocolizada la transferencia de cuidados de los pacientes?



La comunicación y los eventos adversos



Joint Commission Online
 A complimentary publication of The Joint Commission

April 29, 2015

In this issue

Sentinel event statistics released for 2014
 Clarification: No added standards in Patient Safety Systems chapter
 Free course: Influenza Pandemic Preparedness and Response in Ambulatory Settings
 AAMI webinar presents strategies for ventilator alarm management
 New on the Web

Patient safety

Most frequently identified root causes for Sentinel Events	
January 1-December 31, 2014 (2,378 total)	
Human factors (ex: staff supervision issues)	547
Leadership (ex: organizational planning)	517
Communication (ex: with patients or administration)	489
Assessment (includes timing or scope of assessments)	392
Physical environment (ex: fire safety)	115
Information management (ex: medical records)	72
Care planning (planning and/or interdisciplinary collaboration)	72
Health information technology-related (ex: incompatibility between devices)	59
Operative care (ex: blood use or patient monitoring)	58
Continuum of care (includes transfer and/or discharge of patient)	57

Nuevos escenarios

- Niños con patología crónica compleja
- Diversos cuidadores
- Dependientes de tecnología
- Mayor complejidad asistencial
- Asistencia diversos ámbitos
- Sistemas informáticos no compatibles

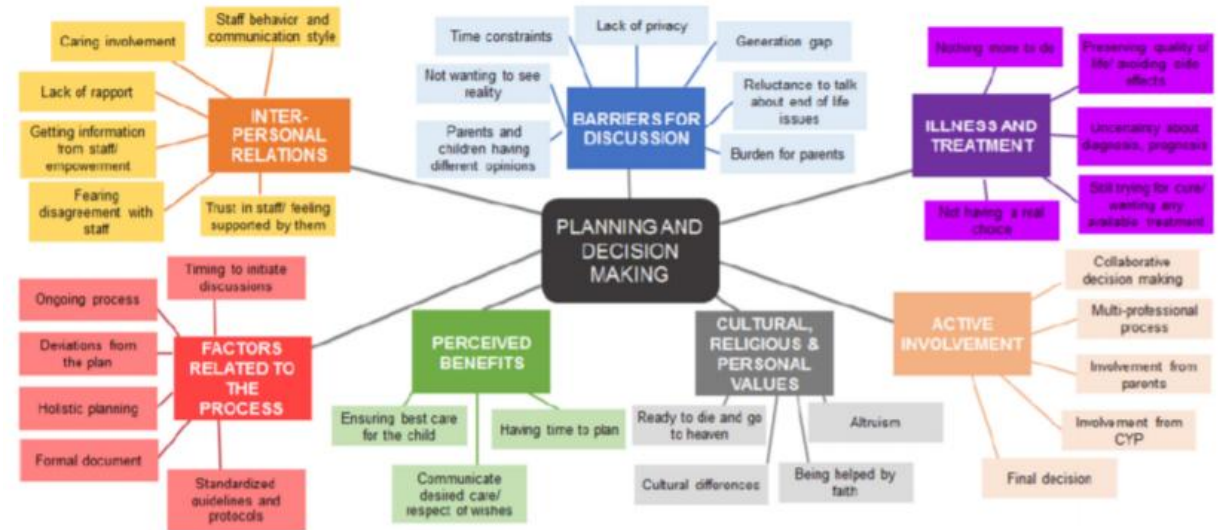
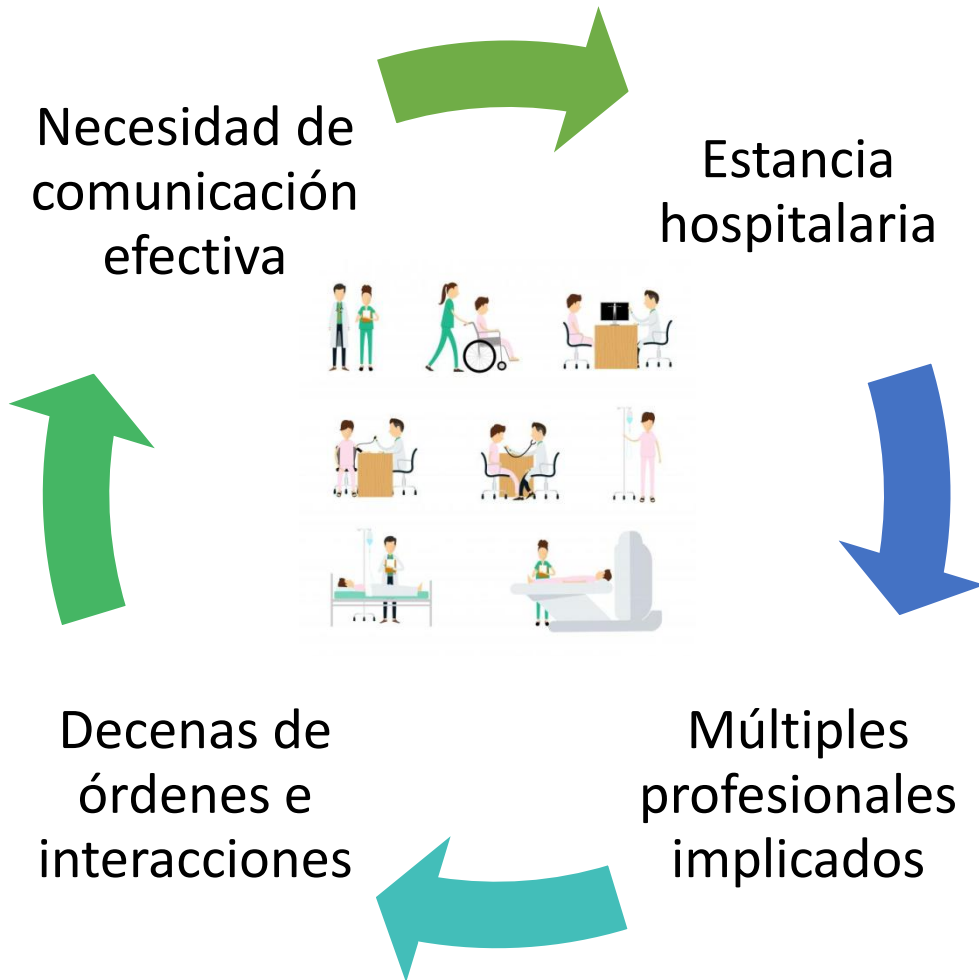


Figure 1 Thematic analysis of the evidence for advance care planning (NICE, 2016). CYP, children and/or young people.



Nuevas necesidades



*“Las comunicaciones en el ámbito hospitalario han de ser **claras, precisas y oportunas**”*

Estudio nacional SEPHO transferencias hospitalarias

- “La comunicación en muchas ocasiones es defectuosa, tanto en su forma como contenido. Esta situación es favorecida por aspectos individuales, defectos organizativos y estructurales”



Efecto adverso grave por problemas comunicación:
Favorecido **38,7%**
Causa directa o principal 27.8% (**37%** si > 20 años de experiencia)

¿Nos animamos a cambiar esta dinámica?



Iniciativas de mejora

Australian Government
Department of Health and Ageing

The NSQHS Standards

Standard 1 Governance for Safety and Quality in Health Service Organisations

Standard 2 Partnering with Consumers

Standard 3 Healthcare Associated Infections

Standard 4 Medication Safety

Standard 5 Patient Identification and Procedure Matching

Standard 6 Clinical Handover

Standard 7 Blood and Blood Products

Standard 8 Preventing and Managing Pressure Injuries

Standard 9 Recognising and Responding to Clinical Deterioration in Acute Health Care

Standard 10 Preventing Falls and Harm from Falls

NSQHS STANDARDS

Clinical Handover
Standard 6

FACTSHEET

AMA

SAFE HANDOVER : SAFE PATIENTS

GUIDANCE ON CLINICAL HANDOVER FOR CLINICIANS AND MANAGERS

2 DICIEMBRE 2014

MONOGRÁFICO SEGURIDAD CLÍNICA

TRANSFERENCIA DE PACIENTES

Una Transferencia del Paciente sistematizada y ordenada favorece la eficacia de la comunicación y, por tanto, incide positivamente sobre la Seguridad del Paciente.
En este monográfico os proponemos el método IDEAS para la Transferencia de pacientes

Safe handover: safe patients
Guidance on clinical handover for clinicians and managers

Transferencia en el ámbito sanitario

Traspaso de información y responsabilidad de cuidados de un paciente de un profesional sanitario a otro

Interacción dinámica para comunicar:

- Estado de salud diagnósticos vigentes
- Necesidades y objetivos terapéuticos

• Actos cotidianos pero cruciales:

- ✓ Relevos asistenciales
- ✓ Traslado de pacientes dentro del hospital
- ✓ Traslados interhospitalarios



Elementos de mejora ¿por dónde empezar?

- Decálogo SEPHO para una transmisión eficaz de información entre profesionales

La Sociedad Española de Pediatría Hospitalaria enfila ilusionada el futuro. Han sucedido muchas cosas desde que en octubre de 2014 redactamos el Acta Fundacional y constituimos la Primera Junta Rectora. En todos los Congresos Nacionales que desde entonces se han celebrado, hemos estado presentes.

Transmisión segura de información en el medio hospitalario

Inicio > Transmisión segura de información en el medio hospitalario

En la asistencia hospitalaria se maneja una cantidad muy importante de información clínica, en múltiples procesos diarios de transmisión de datos y transferencia de pacientes entre ámbitos, con participación de distintos profesionales en distintos turnos de trabajo. Los equívocos en la transmisión y recepción de información causan hasta un 80% de los errores asistenciales. Estos datos numéricos reflejan que la comunicación durante la transferencia del paciente es un aspecto fundamental para la continuidad de la calidad de la atención al paciente.

A este fin desde la SEPHO se van a desarrollar una serie de acciones para asistir a los profesionales que atienden a los pacientes hospitalizados a realizar una comunicación más eficaz y segura así como mejorar el proceso de transferencia de pacientes.

Un primer paso ha sido la confección de este decálogo de recomendaciones para distintas situaciones en las que participamos cotidianamente. Esperamos que sea de vuestro interés.

DECALOGO SEPHO INFORMACIÓN PACIENTES EN EL MEDIO HOSPITALARIO (descargar pdf)

AUTORES
Contenidos: Marta Márquez*, Laura González*, Maribel Ferrer**, Patricia Alcalá*

(*Hospital General Universitario de Alicante, ** Hospital Sant Joan de Déu)

¿CÓMO PODEMOS MEJORAR LA TRANSMISIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES EN EL MEDIO HOSPITALARIO?

- 1. AMBIENTE**
Deberá escogerse un entorno favorable, tratando de disminuir las posibles distracciones e interrupciones.
- 2. TIEMPO**
Se ha de reservar el tiempo mínimo que permita una transmisión eficaz evitando dilaciones innecesarias.
- 3. ANTICIPACIÓN**
Prepare de antemano la información relevante a comunicar.
- 4. DINÁMICA**
Emplee un proceso sistematizado y rutinario de transmisión de información que asegure la transferencia completa en cada paciente (puede apoyarse en herramientas ya creadas: IDEAS, SBAR).
- 5. DIÁLOGO**
El emisor permitirá el planteamiento de dudas, evitando el receptor las interrupciones innecesarias.
- 6. INFORMACIÓN OBJETIVA**
Separe los comentarios e impresiones de las evidencias.
- 7. ORDEN**
Nunca mezcle información de varios pacientes.
- 8. COMPROBE COMPRENSIÓN**
Confirme explícitamente la correcta interpretación de los elementos clave del mensaje.
- 9. PLANIFICACIÓN**
Deje constancia por escrito de las incidencias previsibles e instrucciones para su manejo, así como el objetivo terapéutico.
- 10. TRABAJO EN EQUIPO**
Es fundamental en el traspaso de información la participación multidisciplinaria, de forma que participen en el proceso los médicos y enfermeros haciendo partícipes al paciente y su familia.

Decálogo SEPHO transferencias de pacientes



1.AMBIENTE

Deberá escogerse un entorno favorable, tratando de disminuir las posibles distracciones e interrupciones.



2.TIEMPO

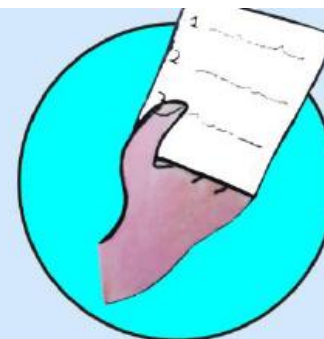
Se ha de reservar el tiempo mínimo que permita una transmisión eficaz evitando dilaciones innecesarias.

Decálogo SEPHO transferencias de pacientes



3. ANTICIPACIÓN

Preparare de antemano la información relevante a comunicar.



4. DINÁMICA

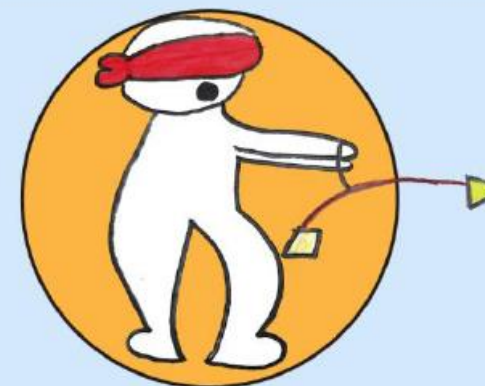
Emplee un proceso sistematizado y rutinario de transmisión de información que asegure la transferencia completa en cada paciente (puede apoyarse en herramientas ya creadas: IDEAS, SBAR).

Decálogo SEPHO transferencias de pacientes



5. DIÁLOGO

El emisor permitirá el planteamiento de dudas, evitando el receptor las interrupciones innecesarias.



6. INFORMACIÓN OBJETIVA

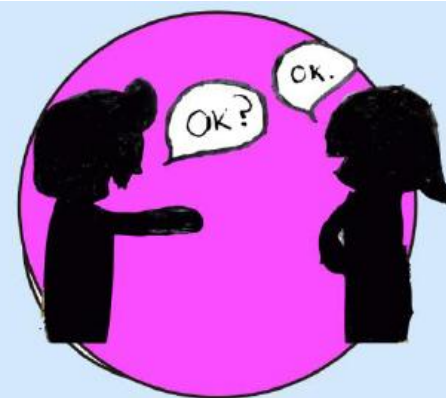
Separe los comentarios e impresiones de las evidencias.

Decálogo SEPHO transferencias de pacientes



7.ORDEN

Nunca mezcle información de varios pacientes.



8.COMPRUEBE COMPRENSIÓN

Confirme explícitamente la correcta interpretación de los elementos clave del mensaje.

Decálogo SEPHO transferencias de pacientes



9. PLANIFICACIÓN

Deje constancia por escrito de las incidencias previsibles e instrucciones para su manejo, así como el objetivo terapéutico.



10. TRABAJO EN EQUIPO

Es fundamental en el traspaso de información la participación multidisciplinar, de forma que participen en él médicos y enfermeros haciendo partícipes al paciente y su familia.

Herramientas transferencia

- Listado metódico de verificación de contenidos (SBAR, I-PASS, IDEAS)
- Permiten el traspaso de información:
 - Protocolizado, de forma estructurada y homogénea
 - Mínima información necesaria, relevante y objetiva
 - Independiente de la variabilidad individual práctica de cada profesional
 - Minimiza los déficits de comunicación y los errores (25%)



Uso de herramientas


- ¿Cuándo? → situaciones que conlleven el traspaso físico o de información del paciente
 - Cambios de guardia o turno
 - Cambios de servicio o especialidad
 - Comunicación urgente ante situaciones críticas
 - Interconsultas
 - Traslados intra/interhospitalarios
 - Alta y transferencia de cuidados

- ¿Cómo? Siempre que sea posible en **la cabecera del paciente y ante sus familiares responsables**



Documentos internos para transferencia

RELEVO ASISTENCIAL UNIDAD ESCOLARES

 **Servicio de Pediatría**
UNIDAD PATOLOGÍA PEDIÁTRICA COMPLEJA

I: Identificación
 D: Diagnóstico
 E: Estado
 A: Actuaciones
 S: Síntomas/signos alarma

FECHA: _____

I	
D	
E	
A	
S	

I	
D	
E	
A	
S	

I	
D	
E	
A	
S	

Relevo asistencial guardia

FARMACOS SIN PAUTA ESTABLECIDA O RESCATE (ESPECIFICAR)

Principio activo (presentación)	Dosis y vía de administración

ACCESOS VENOSOS VIGENTES

TIPO	Identificación del paciente
periférico/central	

TRANSFERENCIA DE PACIENTES ENTRE ÁMBITOS
 Teléfonos de cuidadores para contacto: _____

RESUMEN HISTORIAL CLÍNICO DE ASISTENCIA
 Fecha de ingreso UCIP: ___/___/___ Fecha de alta UCIP: ___/___/___ Días de estancia en unidad de origen: _____
 Edad actual: _____ Peso: _____ Talla: _____ Superficie corporal: _____ Peso Corporal Ideal: _____
 Diagnósticos: 1.- _____
 2.- _____
 3.- _____

ALERGIAS
 Alergias/intolerancia medicamentos: _____ Otros: _____

Entorno familiar-sanitario de cuidados:
 -Familiar responsable: padres compartida madre padre otros
 -Actitud familia: colaboradores No colaboradores
 -Problemas familiares al ingreso: _____
 -Médicos responsables durante su ingreso actual: _____

Médicos responsables habituales: _____

Apoyo Social: Sí NO Cual: _____

COMPROMISO DE ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPEUTICO
 No establecido RCP Otras medidas no aceptadas
 Sí: (Fecha de documento: ___/___/___) Sí reanimar No reanimar

TRATAMIENTOS VIGENTES EN EL EPISODIO ACTUAL

Principio activo (presentación)	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	VIA	DOSIS: mañana	DOSIS: tarde	DOSIS: noche	Otra posología

TRATAMIENTOS PREVIOS AL EPISODIO ACTUAL A DESTACAR

Principio activo (presentación)	DOSIS DIARIA	FECHA INICIO	FECHA FIN

Transferencia UCI-Planta

UNIDAD PATOLOGÍA PEDIÁTRICA Compleja Identificación
Pegatina

Teléfonos cuidadores contacto: _____

Fecha de la versión: ___/___/___
 Edad actual: _____ Peso: _____ Talla: _____ Sup corp: _____ Peso Corp ideal: _____

RESUMEN HISTORIAL CLÍNICO DE ASISTENCIA
 Diagnósticos: 1.- _____
 2.- _____
 3.- _____

Pendiente de: _____ Desconocido

Entorno familiar-sanitario de cuidados:
 -Familiar responsable: padres compartida madre padre otros
 -Médicos responsables: UPCC UHD Otro hospital _____
 -Especialidades participantes: _____

Compromiso de adecuación de esfuerzo terapéutico
 No establecida

	RCP	Ingreso UCI	Otras medidas no aceptadas
<input type="checkbox"/> Sí (Fecha de documento: ___/___/___)	<input type="checkbox"/> Sí reanimar	<input type="checkbox"/> Sí derivar	<input type="checkbox"/> No reanimar <input type="checkbox"/> No derivar

TRATAMIENTO VIGENTE
 Alergias/intolerancia medicamentos: _____ Otros: _____
Tratamientos de base pasados. Dosis total/intervalo

Principio activo (especificar presentación)	Mañana	Tarde	noche	Otra posología

Principio activo (presentación) _____ Fármacos sin pauta establecida o rescate (especificar) _____

Traqueostomía
 No Sí: (Fecha Qx: ___/___/___) Modelo _____

Cuidador capacitado: _____

Soporte Ventilatorio/Oxigenoterapia
 No Sí: continua/intermitente Gafas nasales _____
 VM traqueostomía FIO2: _____
 VMNI Continua/intermitente PIP: _____ PEEP: _____
 Interfase: _____ Rampa: _____ Trigi: _____

Tratamiento fisioterapia/rehabilitador resp
 Asistencia tos (Cough Assist*) Fisió _____
 Nebulizaciones SS Siste _____

Neurológico/Sensorial

Nivel de conciencia	Normal	A
Deficiencia sensorial	Visual	A

Crisis epilépticas Sí (tipo): _____

Actitud ante crisis Medicación rescat _____

Estimulador vagal Sí

Lenguaje/social Afectación: Sí No

Sueño Afectación: Sí No

Acceso Venoso. Catéter venoso central/per
 Sí: tunelizado (Fecha de cirugía: ___/___/___) Tipo _____ Esta _____ Ext _____
 Sí: catéter venoso no tunelizado (Fecha de inserción: ___/___/___) Localización: _____

Alimentación/Nutrición

Vía (puede implicar varias)	Tipo de nutrición (preparado)	Cantidad (cantidad continua)
Oral		
Sonda nasogástrica		
Gastrostomía		
Yeyunostomía		
Otras		

Tratamiento Reflu
 Farmacológico: _____ Quirúrgico: _____ No _____

Estreñimiento: tratamiento/prevencción
 Oral/rectal Preparado: _____ Dosis: _____

Sondaje urinario
 No Intermitente (sonda F: _____, pauta: _____) Continuo

Piel
 Colchón antescaras: Sí No Úceras decúbito: No Sí -Tto: _____

Locomotor/Rehabilitador
 Posición habitual: _____ Cambios posicionales: _____ Ótesis/férulas: _____

Transferencia Planta-UHD

Conclusiones I/II

- Un buen relevo es una necesidad, no un lujo
- Transferencia bien realizada → pacientes más seguros
- Continuidad asistencial... pero con continuidad de información
- Traspaso de responsabilidad...pero con responsabilidad
- Se ha de reservar el tiempo y medios necesarios



Conclusiones II/II

- Se requiere formación, práctica, y detección de áreas de mejora
- Uso de herramientas estandarizadas, pero adaptadas al entorno
- IDEAS es una herramienta útil, aplicable y eficaz
- Las organizaciones y sociedades deben participar en la mejora de estos procesos



Reflexión final



¿Dónde nos gustaría ser atendidos?

¿Dónde nos gustaría trabajar?

¿Qué depende de nosotros?