

Traspaso de información y transferencia de pacientes entre ámbitos

Marta Márquez de Prado, Laura González, Pedro Alcalá



Mayo 2017



INTRODUCCIÓN

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



INTRODUCCIÓN

ACCIDENTE DE AVIANCA- MADRID 1983

Informe Comisión de Investigación

- El Comandante **aceptó sin comprobación** por su parte, la **altitud errónea** de sobrepaso de MA dada **por el Copiloto**.
- n) El Controlador de ACC transfirió la aeronave a APP, en lugar y hora distintos a lo acordado.
- o) El Controlador de APP, al efectuar la transferencia de tráfico, **no dio referencia de posición precisa**, ni a TWR ni a la aeronave.
- p) El Controlador de APP transfirió al de TWR la aeronave, **sin haber recibido confirmación de la tripulación** de que hablan interceptado alguna ayuda para la aproximación o tenían referencia visual.
- q) El Controlador de APP, no mantuvo la debida vigilancia radar, **al no haber comunicado** a la aeronave "servicio radar terminado".
- r) La **fraseología y procedimientos de comunicaciones empleados**, tanto por los controladores como por la tripulación, **no se ajustaron a los recomendados por la OACI"**



181 víctimas mortales

INTRODUCCIÓN

Los errores médicos son la **tercera causa de muerte** en Estados Unidos (EEUU)

2004: **575 000 muertes** causadas por error médico entre 2000 -2002 en EEUU
(Agency for Healthcare Quality and Research Patient Safety)

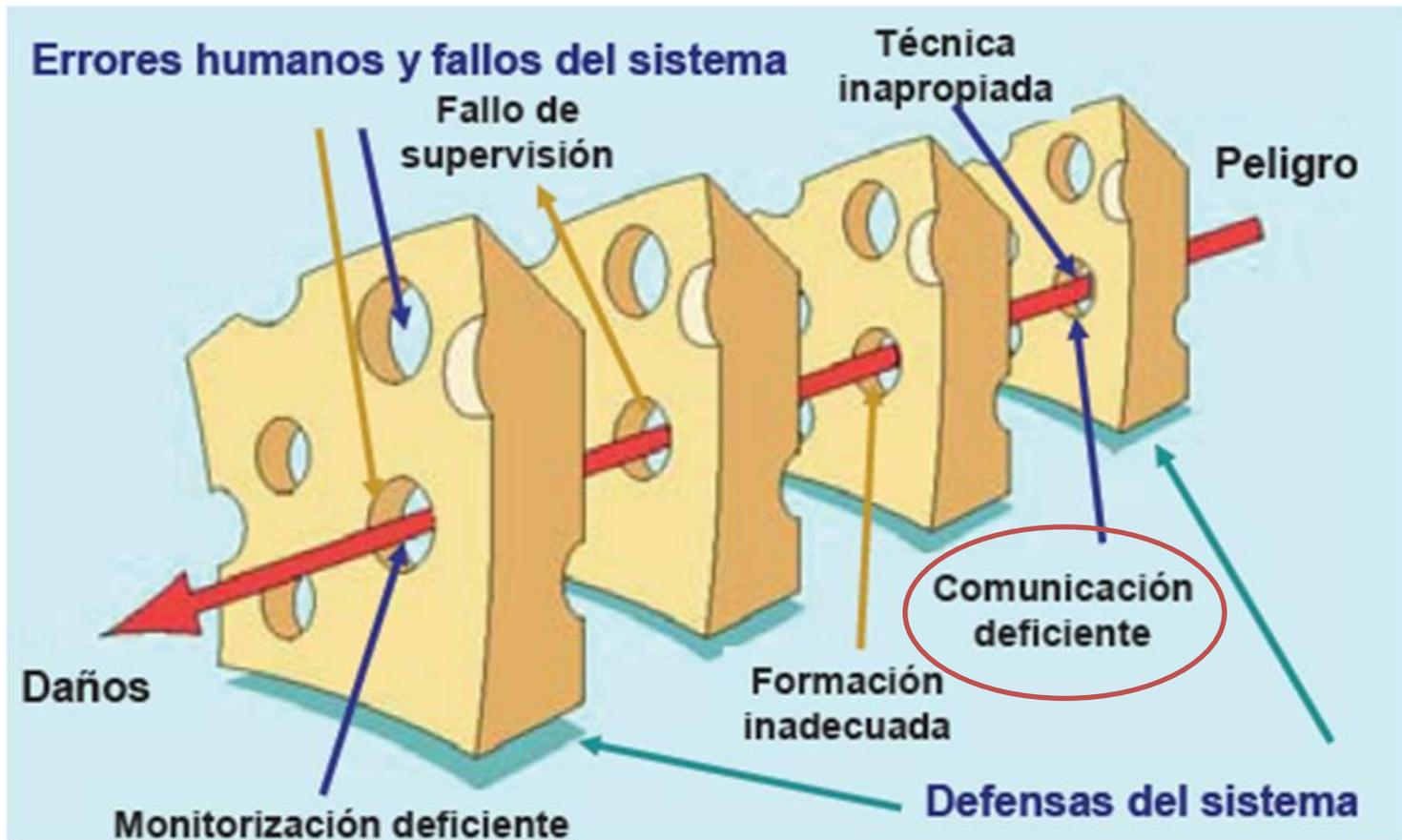
La falta de comunicación entre profesionales fue la principal causa de mala praxis registrada por la Joint Commission entre 1995 y 2006

Actualmente **44.000 y 98.000 muertes al año en EE.UU** por errores asistenciales



- VIH
- Cáncer de mama
- Accidentes de tráfico

INTRODUCCIÓN



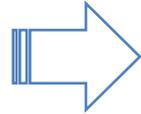
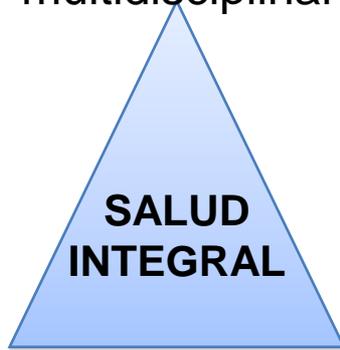
Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000; 320:769

INTRODUCCIÓN



DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Enfoque
multidisciplinar



Atención en Urgencias

Médico responsable durante Hospitalización

Médicos especialistas

Especialistas quirúrgicos

Responsables durante las guardias

Trabajo conjunto y
coordinado

Diversos
profesionales

La transferencia de pacientes proceso informativo
dinámico



responsabilidad
del cuidado



DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Las **principales dificultades** en la transmisión de pacientes



- No inclusión de toda la información esencial

- Información desordenada

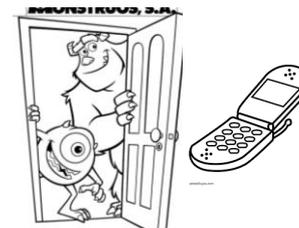


-Falta de atención

-Interpretación incorrecta



- Tratamiento inadecuado : daño potencial
- Falta de continuidad en la asistencia
- Disminución en la calidad asistencial
- Aumento del gasto sanitario



-Ambiente inadecuado

APROXIMACIÓN DEL PROBLEMA A NUESTRA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

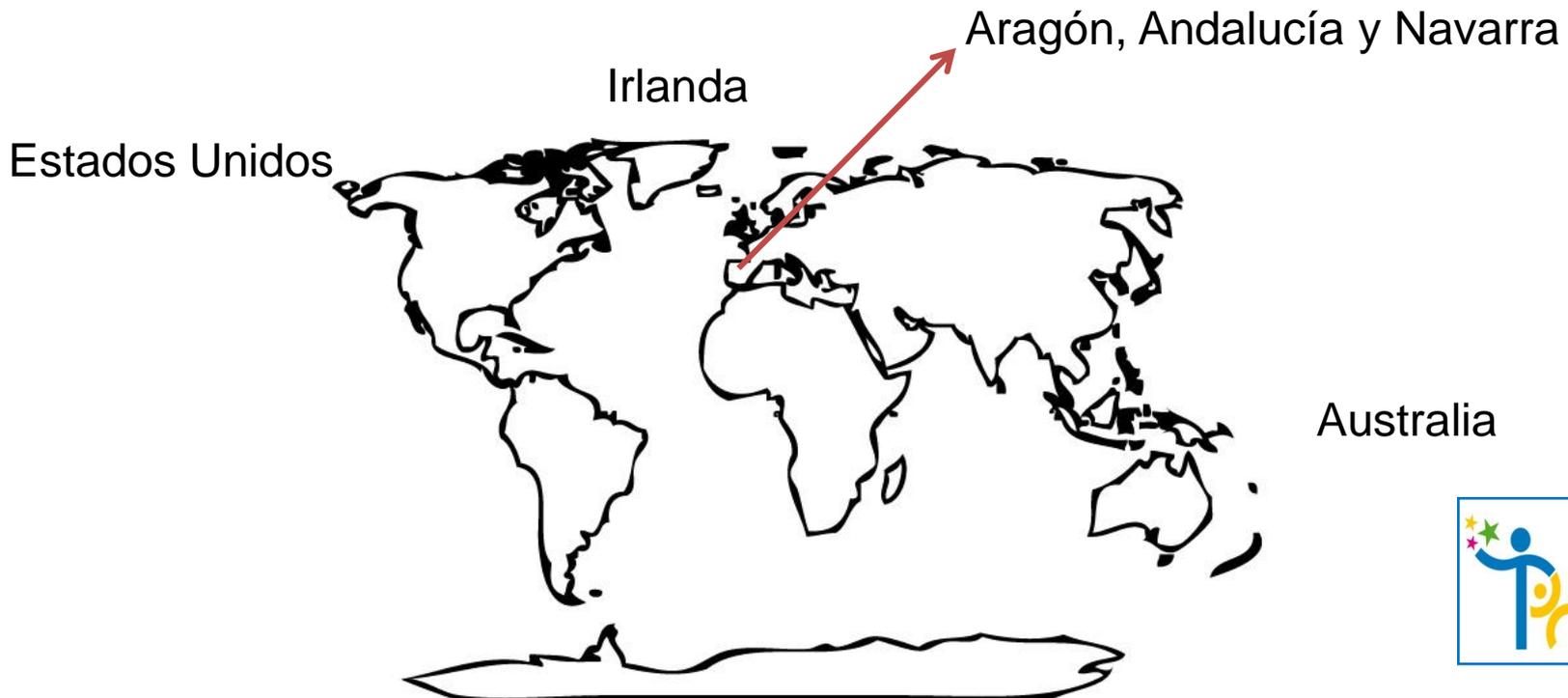
- Sesión clínica y “pase de guardia” del Servicio
- Sesiones clínicas y “pase de guardia” en las distintas Secciones
- Relevos asistenciales en Planta en guardias diarias y en fin de semana
- Relevos asistenciales en Urgencias de Pediatría
- **Recepción y transmisión de información en cambios de Servicio dentro de nuestro Hospital**
- Recepción y transmisión de información en traslados interhospitalarios
- Transmisión de información de paciente complejo en UCIP

SITUACIÓN ACTUAL



La seguridad del paciente es una de las prioridades de los sistemas de salud en el momento actual

Joint Commission 2016: disminuir los errores asistenciales



SITUACIÓN ACTUAL



- La Academia Americana de Pediatría ha reconocido la importancia de sistemas de traspaso de información eficaces y estructurados
- Royal College of Physicians and Surgeons of Canada y la Accreditation Council for Graduate Medical Education** han reconocido la habilidad sobre la transferencia de pacientes tanto verbal como escrita como un **requisito fundamental en la formación de los profesionales**

El entrenamiento en la transmisión de información **disminuye hasta un 30% el número de errores asistenciales**

SITUACIÓN ACTUAL



- Se debe garantizar la existencia de **procesos de traspaso eficaces y estructurados**, que aseguren tanto a la continuidad de atención como seguridad de los pacientes
- Debe realizarse en un lugar apropiado y dedicarle un tiempo adecuado que favorezca la comunicación
- Los recursos tecnológicos deben utilizarse como apoyo
- La transmisión de información requiere entrenamiento y práctica

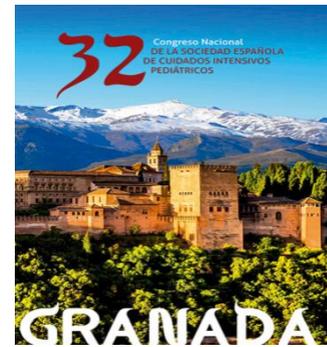
SITUACIÓN ACTUAL

MESA REDONDA: LA TRANSFERENCIA DEL NIÑO CRÍTICO

Signos y síntomas de alarma durante un transfer

I. Tejeiro Pulido

Hospital de Cruces. Bilbao



La transferencia del niño crítico supone un procedimiento muy importante en el periodo de hospitalización:

1. Disponer de protocolos y/o checklist en cada unidad para la transferencia de pacientes estandarizada
2. Realizar la transferencia de forma organizada, sistematizada y sin distracciones
3. El personal implicado deberá de tener conocimientos suficientes para, en base a los parámetros clínicos, valorar constantemente signos de alarma que puedan surgir

SITUACIÓN ACTUAL

- Desarrollo de un decálogo sobre recomendaciones actuales en la transferencia y transmisión de información
- Presentado al Comité de Docencia y Seguridad



¿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
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).
- 

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.
- 

8. COMPRUEBE 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 multidisciplinar, de forma que participen en el médicos y enfermeros haciendo partícipes al paciente y su familia.



OBJETIVOS

- Normalizar la transmisión de información
- Crear conciencia de la **necesidad de minimizar errores** por déficit de comunicación
- Dar a conocer métodos de transferencia de pacientes
- Ofrecer **herramientas de organización** de la información

En este aspecto, **la OMS recomienda:** “Asegurar que las organizaciones de atención sanitaria implementen un **enfoque estandarizado para la comunicación** entre el personal en el momento del traspaso, los cambios de turno y entre distintas unidades de atención al paciente en el transcurso de la transferencia de un paciente”.

MODELO DE TRANSFERENCIA I.D.E.A.S

I.D.E.A.S	
I	IDENTIFICACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Identificación del profesional responsable del paciente. • Identificación del profesional que recibe al paciente. • Identificación del paciente: <p>Nombre y Apellidos, Sexo, Edad, Localización, Nacionalidad, Idioma, Estilo de vida, hábitos tóxicos, etc.</p>	
D	DIAGNOSTICO
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico actual. • Diagnósticos previos, antecedentes, enfermedades crónicas, intervenciones quirúrgicas, tratamiento habitual, etc. • Alergias 	
E	ESTADO
Función Respiratoria	Frecuencia y patrón respiratorio, ventilación mecánica, Saturación de O ₂ , cianosis, expectoración, auscultación pulmonar...
Función Hemodinámica	Frecuencia cardíaca, ritmo, tensión arterial, relleno capilar, pulsos, edemas, sangrados, auscultación cardíaca...
Función Neurológica	Nivel de conciencia, orientación, alteraciones de la conducta, focalidad neurológica, movilidad, sensibilidad, coordinación, reflejos, pupilas...
Función Renal-Metabólica	Diuresis, incontinencia, alteraciones electrolíticas, pH...
Función Digestiva-Endocrina	Nauseas, vómitos, glucemia, nutrición, dieta...
Función Locomotora-Piel	Motricidad, autonomía, lesiones, heridas (tipo y localización), quemaduras, deformidades, sudoración...
Función Inmunológica-Hematológica	Signos de infección, anemia, coagulopatía...
Dolor	Nivel, tipo, duración, localización...
A	ACTUACIONES
Soporte Respiratorio	Oxigenoterapia, IOT, modo ventilatorio, aspiración...
Fármacos	Administrados, actuales, perfusiones, bombas...
Vías	Accesos venosos periféricos, centrales, intraoseos...
Sondas	Digestivas, urológicas
Técnicas e Instrumental	Marcapasos, desfibrilación, diálisis...
Pruebas Diagnósticas	ECG, analíticas, pruebas de imagen (Rx, TAC, RNM...)
Cuidados	Curas, taponamientos heridas, postura de traslado, cambios posturales, drenajes...
S	SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA
Resumen y Recordatorio de los aspectos más importantes que requieren una especial atención, incluidas alergias.	

MODELO DE TRANSFERENCIA S.B.A.R

S

SITUATION (SITUACIÓN)

Describe la situación inicial

Nombre, puesto y unidad de trabajo
Tema sobre el que se necesita comunicar
Cambios en el estado del paciente
Cambios en el plan de tratamiento
Otros temas (gestión, ambiental, etc)

B

BACKGROUND (INFORMACIÓN)

Proporcione información clínica de fondo

Edad, sexo, otros datos de filiación, responsable del paciente, diagnóstico principal y otros diagnósticos, fecha de ingreso y previsión de alta, tratamiento actual, y principales resultados de pruebas complementarias.

A

ASSESEMENT (EVALUACIÓN)

Evalúe y describa el problema a través de los signos y síntomas del paciente

Describir el problema detectado y los cambios desde la última evaluación del paciente:

- Constantes vitales, signos o síntomas, cambios de comportamiento, conciencia, etc
- Otros: traslados, soporte familiar, etc

R

RECOMENDATION (RECOMENDACIÓN)

Haga una recomendación/solicite una instrucción

CONCLUSIONES

- La recepción y transferencia de paciente a otro servicio → riesgo de seguridad
- Necesidad de transmisión de información entre profesionales sanitarios de forma sistemática y estandarizada → protocolos y cheklist
- Entrenamiento adecuado del personal
- Flujo continuo de información entre ambos equipos (emisor y receptor)
- Implicación de enfermería en la transferencia de información del paciente
- Información activa e implicación de la familia durante el proceso

BIBLIOGRAFÍA

1. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Joint Commission Center for Transforming Healthcare Releases Targeted Solutions Tool for Hand-Off Communications. *Jt Comm Perspect.* 2012;32(8):1–3.
2. Jesús M. Aranaz-Andrés, Rémon CA, Burillo V. Impact and preventability of adverse event in Spanish public hospitals: results of the Spanish National Study of adverse events. *Int J Qual Health Care.* 2009;21(6):408–14.
3. Sutcliffe KM, Lewton E, Rosenthal MM. Communication Failures: An Insidious Contributor to Medical Mishaps. *Acad Med [Internet].* 2004;79(2):186–94. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14744724> \n <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00001888-200402000-00019>
4. Statement of Problem and Impact.
5. Andalucía A de CS de A. Recomendaciones para la mejora de la seguridad del paciente en centros sociosanitarios. 2012.
6. Lazzara EH, Riss R, Patzer B, Smith DC, Chan YR, Keebler JR, et al. Directly Comparing Handoff Protocols for Pediatric Hospitalists.
7. Lo H, Mullan PC, Lye C, Gordon M, Patel B, Vachani J. BMJ Quality Improvement Programme A QI initiative : implementing a patient handoff checklist for pediatric hospitalist attendings. 2016;(1):1–6.
8. Jewell JA. FROM THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS Standardization of Inpatient Handoff Communication COMMITTEE ON HOSPITAL CARE CLINICAL REPORT Guidance for the Clinician in Rendering Pediatric Care. *Pediatrics.* 2016;138(5).
9. Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, Allen AD, Landrigan CP, Sectish TC. I-pass, a mnemonic to standardize verbal handoffs. *Pediatrics [Internet].* 2012 Feb 1 [cited 2016 Dec 24];129(2):201–4. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/129/2/201>
10. Jiang, S.Y., Murphy, A., Heitkemper, E.M., Stanley Hum, R., Kaufman, D.R., Mamykina, L., Impact of an electronic handoff documentation tool on team shared mental models in pediatric critical care, *Journal of Biomedical Informatics* (2017), doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbi.2017.03.004>
11. Lee Ann Riesenber, Jessica Leitzsch and Brian W. Little, *American Journal of Medical Quality* 2009 24: 196 originally published online 5 March 2009 DOI: 10.1177/1062860609332512
12. Huth K, Hart F, Moreau K, Baldwin K, Parker K, Creery D, Aglipay M, Doja A, Real World Implementation of a Standardized Handover Program (I-PASS) on a Pediatric Clinical Teaching Unit, *Academic Pediatrics* (2016), doi: 10.1016/j.acap.2016.05.143.

A close-up, low-angle shot of a young girl with dark skin and curly hair, looking upwards and to the right with a hopeful and curious expression. She is wearing a red top with white polka dots. The background is dark and out of focus.

There's a way to do
it better—find it.

Thomas A. Edison