

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)

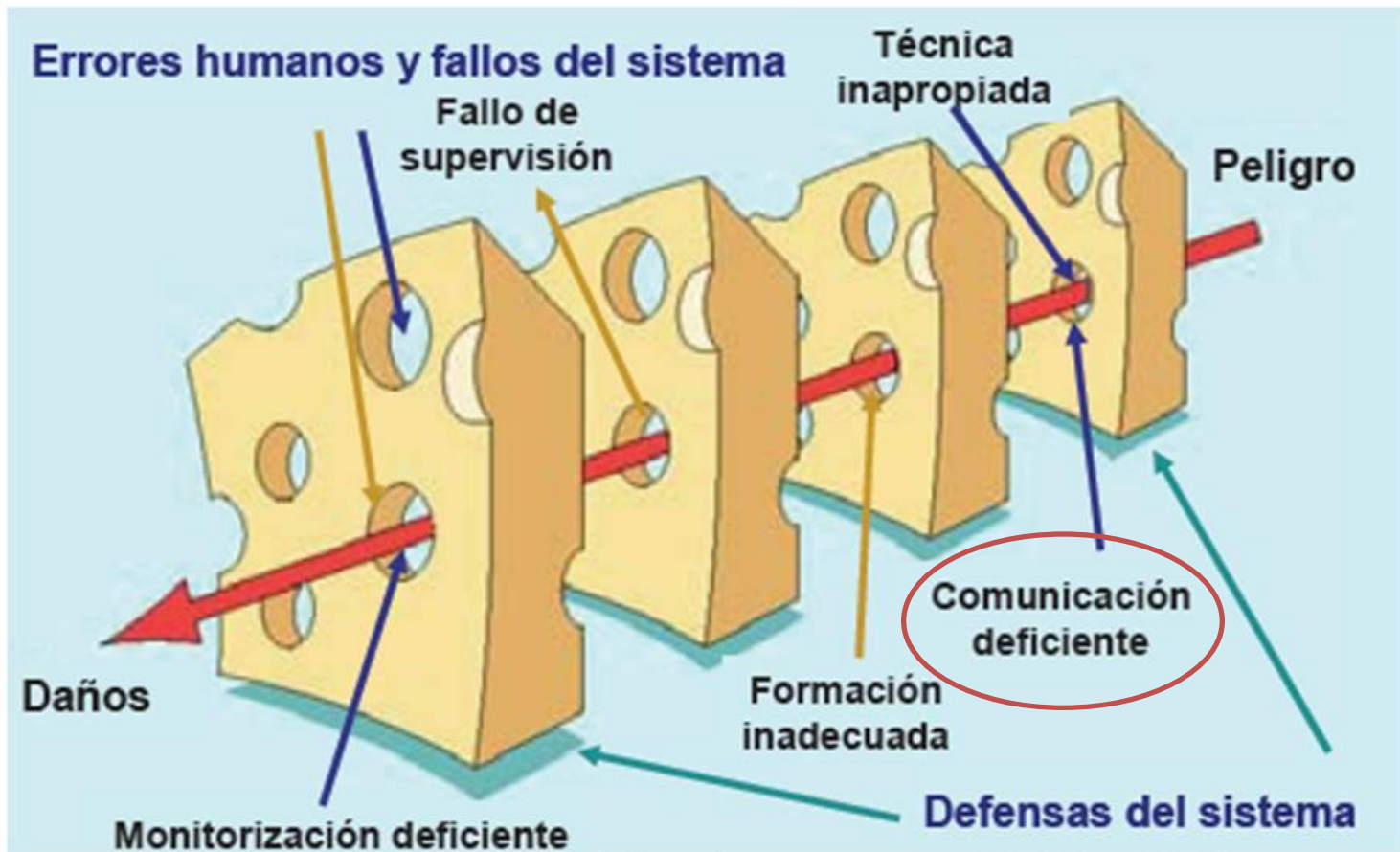
La falta de comunicación entre profesionales fue la principal causa de mala praxis registrada por la Joint Commission entre 1995 y 2006

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



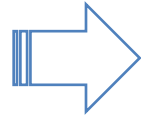
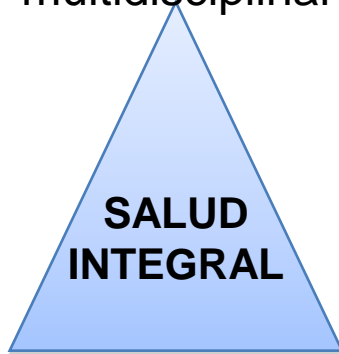
Los fa
ca



ación
es

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

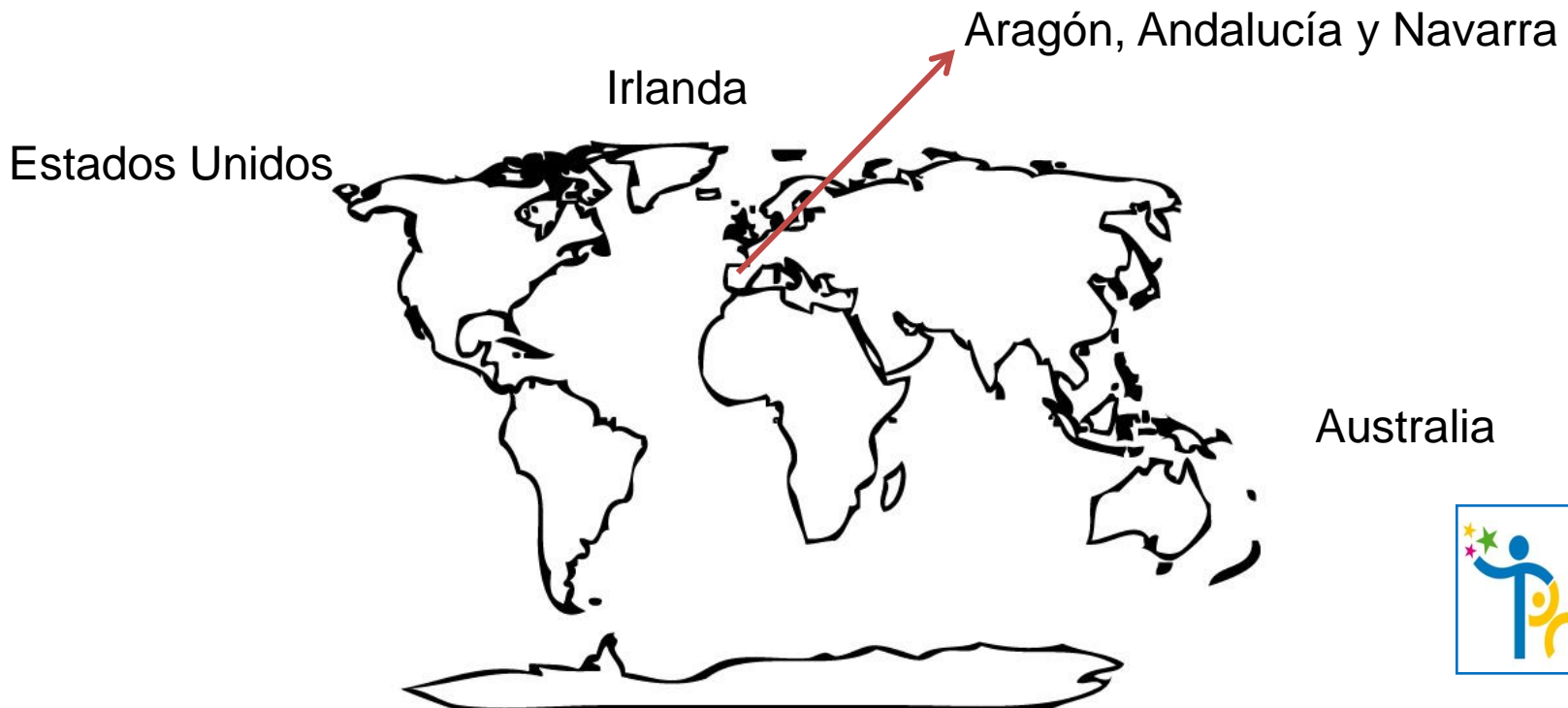
- Sesión clínica y “pase de guardia” del Servicio
- Sesiones clínicas y “pase de guardia” en las distintas Secciones
- Relevos asistenciales en Planta en guardias diarias y en fin de semana
- Relevos asistenciales en Urgencias de Pediatría
- **Recepción y transmisión de información en cambios de Servicio 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

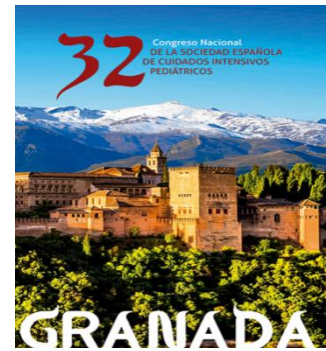
SITUACIÓN ACTUAL

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?



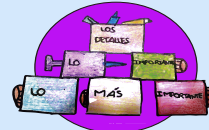
1. AMBIENTE

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.



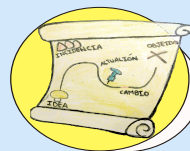
7. ORDEN

Nunca mezcle información de varios pacientes.



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 él 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

TRANSFERENCIA DE INCIDENTES ENTRE ÁMBITOS

Identificación del paciente

Teléfono de cuidadores para contacto: _____

RESUMEN HISTORIAL CLÍNICO DE ASISTENCIA
 Fecha de ingreso UCI/____/____ Fecha de alta UCI/____/____ Días de estancia en unidad de origen
 Sexo actual: ____ Peso:____ Talla:____ Superficie corporal:____ Peso Corporal Ideal:____

Diagnósticos: 1-_____
 2-_____
 3-_____

ALERGIAS
 Alergias/intolerancias medicamentosas: _____ Otros: _____

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

Apoyo Social: SI NO Cui: _____

COMPROMISO DE ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPEUTICO		
<input type="checkbox"/> No establecido	ICM*	Otras medidas no explicitas
<input type="checkbox"/> SI: (Fecha de documento: ____/____/____)	<input type="checkbox"/> SI realizar <input type="checkbox"/> No realizar	

TRATAMIENTOS VIGENTES EN EL EPISODIO ACTUAL							
Principio activo (presentación)	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	VIA	DOSES: mañana	DOSES: tarde	DOSES: noche	Otra posología

TRATAMIENTOS PREVIOS AL EPISODIO ACTUAL A DESTACAR			
Principio activo (presentación)	DOSES DIARIA	FECHA INICIO	FECHA FIN

FARMACOS SIN PATITA ESTABLECIDA O RESCATE (ESPECIFICAR)

Principio activo (presentación)	Dosis y vía de administración

ACCESOS VENOSOS VIGENTES

TIPO	LOCALIZACIÓN	FECHA CANALIZACIÓN	FECHA RETIRADA
periférico/central			

Catéter venoso central:

Tipo	Estado funcional <input type="checkbox"/> conexión <input type="checkbox"/> rotación <input type="checkbox"/> cambios
Incidencias	

SOPORTE RESPIRATORIO

Introducido antes del ingreso actual: SI NO Introducido en el ingreso actual:

Lo que continúa

<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: (Fecha Cui: ____/____/____)	Modelo	Tamaño	Marca	Ciclo cambios este:_____días
				(Último) / /

Cuidador capacitado: _____ Cuidado requerido: _____

Soporte Ventilatorio/No dependiente

NO

SI: continua/intermitente Gafas nasales _____ l/min Alto flujo _____ l/min

VM (regulación): FIC2: _____ Modalidad Ventilatoria: _____

VMV: Continúa/intermitente **PIP:** _____ **PEEP:** _____ **Sec Resp:** _____ **Des. Ratio exp/exp:** _____

Interface: _____ **Seeps:** _____ **Tigger:** _____

Sonda de urina: Fecha de sonda: ____/____/____ permanente intermitente

Neurologico Sensorial

Nivel de conciencia	Normal	Afectado	Otro
Deficiencia sensorial	Visual	Auditiva	Otra
Suena	Afectación: <input type="checkbox"/> SI Tratamiento: _____ <input type="checkbox"/> NO		

Alimentación/Nutrición

Vía	Tipo de nutrición (preparado)	Cantidad toma (o cantidad total si continua)	Ritmo/gula

ESPECIALISTAS PENDIENTES DE VALORACIÓN:

PRUEBAS PENDIENTES:

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.



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

Thomas A. Edison