

## Calidad en el traspaso de información clínica entre profesionales en pediatría en el ámbito hospitalario



### Quality of clinical information management between hospital pediatric professionals

Sra. Directora:

Los errores en el manejo de información durante los procesos de transferencia de pacientes (traspasos de cuidados, como relevos asistenciales, traslados intra/interhospitalarios) originan un alto número de eventos adversos ligados a la hospitalización<sup>1</sup>. Con el propósito de mejorar la seguridad clínica se han desarrollado una serie de métodos (SBAR, ISOBAR, I-PASS e IDEAS) que, mediante un listado metódico de verificación de contenidos, permiten sistematizar la transmisión de la información clínica relevante entre profesionales sanitarios durante los procesos de transferencia<sup>2</sup>. Aunque su uso se ha relacionado con una reducción de hasta un 30% del número de errores asistenciales<sup>3</sup>, su implantación aún no está bien consolidada en la práctica clínica habitual<sup>4</sup>. En esta línea queremos comentar los resultados más relevantes de un estudio coordinado por la Sociedad Española de Pediatría Hospitalaria (SEPHO) cuyo objetivo principal fue determinar el grado de conocimiento y utilización de los sistemas de transmisión de información clínica durante los procesos de transferencia por parte de los pediatras y el personal de enfermería en distintos centros hospitalarios del ámbito nacional.

Este estudio descriptivo multicéntrico obtuvo información a través de un cuestionario *online* dirigido a especialistas en pediatría, profesionales de enfermería y otros médicos con labor asistencial en el ámbito de la pediatría hospitalaria (desde el periodo neonatal a los 18 años) en España y Andorra. Las preguntas fueron consensuadas tras un proceso de conceptualización bibliográfica y la consulta con expertos en seguridad hospitalaria. El periodo de envío de los cuestionarios y la recogida de respuestas fue el segundo semestre de 2017. La encuesta fue distribuida entre los socios de la SEPHO, Sociedades Regionales de la Sociedad Española de Pediatría (AEP) y Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP) con posterior difusión secundaria de la misma. Desgraciadamente, no se pudo determinar con exactitud el tamaño de la población de estudio, por ausencia de registros específicos. Según datos de la AEP, en España hay unos 6.000 pediatras con labor en el ámbito hospitalario, pero se desconoce el número de profesionales de enfermería y otros especialistas relacionados con la asistencia pediátrica hospitalaria. Debido a la difusión secundaria del cuestionario a través de los hospitales receptores y el carácter anónimo de las respuestas, desgraciadamente no fue posible conocer el índice real de respuesta conseguido.

Se obtuvieron 413 respuestas provenientes de servicios pediátricos de 16 comunidades autónomas y de un centro hospitalario andorrano. El grupo más numeroso de participantes correspondía a especialistas en pediatría (56,5%),

seguido de profesionales de enfermería (20,3%). El ámbito de actuación más frecuente fue la planta de hospitalización pediátrica (32,2%), seguido de los servicios de urgencias (29,1%). También hubo participantes integrados en unidades neonatales, consultas externas, cuidados intensivos, áreas quirúrgicas, unidades de hospitalización a domicilio y transporte sanitario.

Un 38,7% de los participantes había conocido algún evento adverso en el que un fallo en la transmisión de información había contribuido parcialmente en su producción, y un 27,8% en el que este tipo de error podría ser considerado como causa principal.

El 56% de los encuestados no había recibido ningún tipo de formación sobre la transferencia de pacientes, y el 64,4% consideró necesario introducir elementos de mejora a su práctica habitual de transferencia de cuidados. El grado de conocimiento de los sistemas de transferencia propuestos osciló entre el 5,6% (I-PASS) y el 28,8% de IDEAS. El 68,8% no empleaba ninguna herramienta en el momento de la transferencia de pacientes, y un 7,3% refirió usar sistemas propios no validados. Se observó una mayor utilización de los sistemas normalizados de transferencia por los profesionales que habían recibido algún tipo de formación frente a los que no (40,1 frente al 24%;  $p=0,02$ ).

El 56,4% de los encuestados expresó el máximo grado de acuerdo con que las sociedades científicas lideraran iniciativas para mejorar la seguridad y calidad de los procesos de transferencia, el 60,5% con la incorporación del adiestramiento en esta práctica durante la formación pregrado/posgrado y el 65,4% con una mayor implicación de las instituciones sanitarias en la promoción de sistemas normalizados de transferencia en los centros de trabajo.

Hasta donde llega nuestro conocimiento, este es el primer estudio que evalúa las prácticas de transferencia de pacientes y la formación del personal pediátrico hospitalario en nuestro país, y aglutina una muestra heterogénea de profesionales de hospitales de distinto nivel asistencial. Sabiendo que un 25-40% de los eventos adversos intrahospitalarios en la Unión Europea guardan relación con problemas de comunicación durante la transferencia de pacientes<sup>5</sup>, el análisis de la situación de las prácticas de comunicación entre profesionales sanitarios resulta fundamental de cara a establecer elementos de mejora. En consonancia con trabajos de otros países<sup>6</sup>, nuestro estudio refleja un bajo grado de conocimiento y utilización de distintos sistemas normalizados de transferencia, y un escaso nivel de formación específica de los profesionales hospitalarios en el manejo de información durante el traspaso de cuidados.

Se han propuesto diversos métodos para la transferencia segura de pacientes, con diferencias en su estructura y metodología, y no siempre validados en entorno hospitalario pediátrico. La heterogeneidad de estas herramientas puede dificultar estudios comparativos y dificultar su difusión<sup>7</sup>. Los encuestados señalaron una serie de factores (falta de formación o de tiempo, aspectos estructurales y organizativos) que dificultaban la comunicación efectiva en el entorno sanitario, y que eran coincidentes con los destacados por otros estudios<sup>8</sup>. Subsana estas dificultades puede favorecer una mejor comunicación entre profesionales y familias de niños enfermos, e impedir los errores de comunicación que,

siguiendo el «modelo del queso suizo»<sup>9</sup>, posibilitan el evento adverso final.

De manera relevante, los participantes mostraron un alto nivel de acuerdo en que las sociedades científicas, organizaciones e instituciones sanitarias promovieran el uso de herramientas para la transferencia segura de pacientes, y que fueran incorporadas en los planes de estudio pregrado y de especialización. En esa línea, se ha observado que la formación en habilidades en la transferencia de pacientes mejora, no solo la calidad asistencial pediátrica, sino además el grado de satisfacción de los profesionales<sup>10</sup>.

A pesar de las limitaciones en el diseño de este trabajo, los resultados obtenidos indican la necesidad de optimizar los procesos de transferencia en la práctica pediátrica hospitalaria. La mera difusión de una guía o de un recurso no implica un beneficio si no se acompaña de unos cambios en la dinámica de trabajo, de su correcta difusión y de la adaptación al entorno asistencial. Aunque los posibles beneficios del uso de estos sistemas de transferencia han sido contrastados, su implantación debe acompañarse de iniciativas de adiestramiento en habilidades de la comunicación durante el traspaso de cuidados entre profesionales, y entre estos y las familias. La promoción de estos sistemas en la práctica clínica, su incorporación en los planes formativos, así como la intervención sobre los obstáculos para una comunicación efectiva son pasos necesarios para mejorar la calidad del traspaso de información clínica y la seguridad del paciente.

## Bibliografía

1. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions International Steering Committee Members. Communication during patient hand-overs: Patient safety solutions. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2007;33:439-442.
2. Joint Commission Center for Transforming Healthcare releases targeted solutions tool for hand-off communications. *Jt Comm Perspect.* 2012;32:1-3.
3. Starmer AJ, Landrigan CP, I-PASS Study Group. Changes in medical errors with a handoff program. *N Engl J Med.* 2015;372:490-1.
4. Kessler C, Shakeel F, Hern HG, Jones JS, Comes J, Kulstad C, et al. A survey of handoff practices in emergency medicine. *Am J Med Qual.* 2014;29:408-14.
5. Eggins S, Slade D. Communication in Clinical Handover: Improving the Safety and Quality of the Patient Experience. *J Public Health Res.* 2015;4:666.
6. Pascoe H, Gill SD, Hughes A, McCall-White M. Clinical handover: An audit from Australia. *Australas Med J.* 2014;7:363-71.
7. Abraham J, Kannampallil T, Patel VL. A systematic review of the literature on the evaluation of handoff tools: Implications for research and practice. *J Am Med Inform Assoc.* 2014;21:154-62.
8. Tobiano G, Whitty JA, Bucknall T, Chaboyer W. Nurses' Perceived Barriers to Bedside Handover and Their Implication for Clinical Practice. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2017;14:343-9.
9. Reason J. Human error: Models and management. *BMJ.* 2000;320:768-70.
10. Stojan J, Mullan P, Fitzgerald J, Lyson M, Christner J, Haftel H, et al. Handover education improves skill and confidence. *Clin Teach.* 2016;13:422-6.

L. González García<sup>a</sup>, M. Márquez de Prado Yagüe<sup>a</sup>, E. Gargallo Burriel<sup>b</sup>, M. Ferrer Orona<sup>b</sup>, J.J. García García<sup>b</sup> y P.J. Alcalá Minagorre<sup>a,\*</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Pediatría, Hospital General Universitario de Alicante, Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), Alicante, España

<sup>b</sup> Servicio de Pediatría, Hospital Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [albirpediatra@gmail.com](mailto:albirpediatra@gmail.com) (P.J. Alcalá Minagorre).

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.08.002>  
2603-6479/

© 2018 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## (Ab)uso de abreviaturas médicas, seguridad y calidad asistencial



## (Ab)use of medical abbreviations, safety and quality of care

Sra. Directora:

La abreviatura de una palabra se define como el acortamiento o la contracción de la misma, mientras que el acrónimo es una palabra formada por las letras iniciales de una frase. Ambas se emplean de manera extensa en el ámbito sanitario<sup>1</sup>. Las abreviaciones en los documentos clínicos pueden emplearse para economizar tiempo, espacio y para no destacar (u ocultar en cierto modo) los procesos graves, incurables o vergonzosos. Muchas carecen de consenso en la comunidad científica y son inventadas, por lo que pueden resultar difíciles de entender y entorpecer el

flujo de comunicación hacia el paciente o entre distintos niveles asistenciales, así como una veraz transmisión de la información.

El empleo de abreviaturas y acrónimos por los profesionales sanitarios da lugar a confusiones que pueden llegar a comprometer la seguridad de los pacientes<sup>1</sup>. Aunque es verdad que existe una evidencia limitada de que la mala interpretación de las abreviaturas ocasione un daño directo sobre los pacientes, sí hay extensos estudios que revelan que el desarrollo de la atención sanitaria resulta obstaculizada por el empleo de las mismas<sup>2-4</sup>. Como ejemplo de lo anterior, en 2008 se desarrolló un estudio que demostraba la existencia de variabilidad significativa en la interpretación de las abreviaturas por los diferentes grupos de personal sanitario, incluyendo variaciones entre los individuos de la misma especialidad. Concluyó, así mismo, que estos fallos de interpretación pueden suponer un riesgo clínico inminente, y los autores recomiendan que no sean empleadas de forma habitual<sup>5</sup>.