



# SOLUCIONES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DURANTE SU TRASLADO

M TERESA MARQUÉS HERNÁNDEZ  
RAFAEL EXPÓSITO GODOY  
MARIA ISABEL GUZMAN ALMAGRO

# II CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERIA CIUDAD DE GRANADA

## "Calidad y seguridad del paciente a través del cuidado continuo personalizado"

### SOLUCIONES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DURANTE SU TRASLADO

**Autor principal** M<sup>o</sup> TERESA MARQUÉS HERNÁNDEZ

**CoAutor 1** RAFAEL EXPÓSITO GODOY

**CoAutor 2** MARIA ISABEL GUZMAN ALMAGRO

**Área Temática** CALIDAD DE CUIDADOS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

**Palabras clave** PACIENTE SEGURIDAD TRASLADO FAMILIA

#### » Resumen

La seguridad de los pacientes ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias. La complejidad creciente de los sistemas sanitarios y de la práctica clínica ha pasado de abordajes simples, poco efectivos y relativamente seguros a un panorama actual donde la asistencia es muy complicada, efectiva pero potencialmente peligrosa. La OMS se plantea, a partir de 2004, una gran alianza Mundial para la seguridad del paciente en los sistemas sanitarios. Así mismo, el consejo de Europa establece en 2005 la «declaración de Varsovia sobre la Seguridad de los pacientes; es un reto europeo». En ella se aconseja a los países que acepten el reto de abordar el problema. Un PP puede ser atendido por distintos profesionales en múltiples unidades, en alguna de las cuales puede encontrarse con personal organizado en turnos. En el momento del traspaso del PP o personal de diferentes turnos puede ser incompleta o permitir la interpretación incorrecta, lo que supone un riesgo de seguridad para el paciente. La comunicación en el momento del traspaso de pacientes está relacionada con el proceso de pasar de un prestador de atención a otro, o al paciente y su familia. Aumentar la efectividad es un objetivo de seguridad prioritario para la grupos líderes en seguridad como la OMS, la Joint Commission y el Nacional Quality Forum. Debe estandarizarse la comunicación entre los profesionales de cambios de turno, en la propia unidad, y en el momento del traspaso del paciente entre distintas unidades de atención.

#### » Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

Basta revisar la literatura científica para comprobar la importancia que ha cobrado en los últimos años los temas relacionados con la seguridad de los pacientes. La propia organización Mundial de la Salud (OMS) ha planteado una gran alianza mundial para el abordaje de la seguridad del paciente cuando accede a los sistemas sanitarios. Desde la agencia de calidad del Sistema Nacional de Salud se han propiciado multitud de estudios e investigaciones relacionadas con la prevalencia e incidencia de eventos adversos en el Sistema Nacional de Salud. El trabajo surge de un convenio financiado por el Ministerio de Sanidad y consumo y la Universidad de Cádiz en el que participa un grupo de investigadores enfermeros de todo el país. El programa de la alianza incluye una serie de medidas consideradas clave para reducir el número de enfermedades, traumatismos y defunciones que sufren los pacientes al recibir atención sanitaria. Su objetivo puede resumirse en el lema «ante todo, no hacer daño». Así mismo, el consejo de Europa establece en 2005 la «declaración de Varsovia sobre la Seguridad de los pacientes como un reto europeo». En ella se aconseja a los países que acepten el reto de abordar el problema a escala nacional mediante: a) el desarrollo de una cultura de la seguridad del paciente con un enfoque sistémico y sistemático; b) el establecimiento de sistemas de información que apoyen el aprendizaje y la toma de decisiones, y c) la implicación de los pacientes y de los ciudadanos en el proceso. 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. 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.

#### » Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

Evaluar si la práctica de cuidados basada en niveles de calidad, según un modelo de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales basado en el EFQM (SENECA 100), se relaciona con una mejora en la seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud

1. Diseñar un modelo de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales.

Fase II

2. Evaluar la validez, fiabilidad y viabilidad del modelo de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales de seguridad del paciente relacionado con los cuidados prestados en los hospitales del sistema nacional de Salud.

Fase III

3. Conocer el grado de cumplimiento de los estándares del modelo de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en una muestra representativa de hospitales del SNS.

4. Identificar las principales situaciones de riesgo y las prácticas de enfermería que mejoran la seguridad del paciente.

5. Analizar si una práctica de cuidados basada en niveles de calidad según el modelo validado aumenta la seguridad de los pacientes hospitalizados.

6. Analizar si el cumplimiento de los estándares del modelo correlaciona con atributos de los hospitales magnéticos y con indicadores finalistas de resultados.

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 y con la transferencia de información de un tipo de organización de atención sanitaria a otra, o de la organización al hogar del paciente. Los trasposos de atención del paciente tienen lugar en muchos entornos dentro de la totalidad de la atención, incluyendo de admisión a atención primaria, desde el médico que se retira al médico que lo cubrirá, el

informe de cambio de turno de enfermería, la transferencia de un paciente entre unidades o servicios, 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 servicio que recibirá al paciente transferido, y el alta del paciente para su retorno al hogar o su traslado a otra unidad.

**» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?**

Los problemas con los trasposos de pacientes son una preocupación internacional: Australia y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte revisaron este tema recientemente, y elaboraron recomendaciones para la reducción de riesgos.

Al momento del traspaso, se han implementado varias estrategias que se están estudiando. Si bien actualmente no existe una práctica ideal para mejorar la comunicación. 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.

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. 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.

**» Barreras detectadas durante el desarrollo.**

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

a) 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.

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 traspaso 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.

b) 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.

c) Incorporar capacitación sobre comunicación en el momento del traspaso en el plan de estudios y desarrollo profesional permanente para los profesionales de la atención sanitaria.

d) Fomentar la comunicación entre organizaciones que estén prestando atención al mismo paciente en forma paralela (por ejemplo, prestadores tradicionales y no tradicionales)

**» Oportunidad de participación del paciente y 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.

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. 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. El alta hospitalaria es una etapa crucial en la que la comunicación de la información a pacientes y familiares se torna de vital importancia. El compromiso de los pacientes a veces resulta más difícil debido a su bajo nivel de instrucción sobre salud. En los Estados Unidos, se estima que al menos el 50% de los adultos tiene un bajo nivel de instrucción sobre salud.

**» Propuestas de líneas de investigación.**

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.

**BIBLIOGRAFIA :**

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](http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/FA465646-5F5F-4543-AC8F-E8AF6571E372/0/root_cause_se.jpg), accessed 12 June 2006)..

Zinn C. 14,000 preventable deaths in Australia. BMJ, 1995, 310:1487.

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](http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/25E48E23-6946-43E4-916C-65E116960FD5/0/06_npsg_faq2.pdf), accessed 11 June 2006).

Clinical handover and patient safety literature review report. Australian Council for Safety and Quality in Health Care, March 2005

(<http://www.safetyandquality.org/clinhovrlitrev.pdf>, accessed xx Month 2007).

Safe handover: safe patientsguidance 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](http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/1037_Handover.pdf), accessed 12 June 2006).

Solet DJ et al. Lost in translation: challenges and opportunities during physician-to-physician communication during patient handoffs. *Academic Medicine*, 2005, 80:1094-1099. 12 June 2006).

SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. 2006, 32(3):167-175. <http://www.jcipatientsafety.org/docViewer.aspx>.

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>

WHO Collaborating Centre International Steering Committee. 1112 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](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/London_Declaration_May06.pdf).

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>.

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>.

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>.

<http://www.nlm.nih.gov/archive//20061214/pubs/cbm/hliteracy.html>.

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list\\_uids=12523921&dopt=Abstract..](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=12523921&dopt=Abstract..)

Proyecto SENECA

Joint Commission International .soluciones para la seguridad del paciente. Volumen 1,solución 3-Mayo 2007.