

III CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales al paciente como derecho del ciudadano"

SBAR COMO MODELO DE TRANSFERENCIA EN UNA UGC HOSPITALARIA

Autor principal ALBERTO GALVEZ TORO

CoAutor 1 MARIA DE LA PAZ SALIDO MORENO

CoAutor 2

Área Temática Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales en el Área Obstétrico-Ginecológica

Palabras clave Matronas/Obstetricia Comunicación/Información Atención de Enfermería Riesgo

» Resumen

SBAR es un modelo de comunicación que permite realizar la transferencia de pacientes de forma estructurada y con un lenguaje normalizado. SBAR responde a las siglas en inglés de Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación. Se han reportado muchos errores severos de la práctica clínica por problemas de comunicación en la transferencia de pacientes, de ahí que, aunque no hay evidencias experimentales que lo sustenten, a nivel internacional se están realizando multitud de propuestas para corregirlas. Estas propuestas, con un nivel bajo de evidencia, tienen sin embargo un GRADO FUERTE DE RECOMENDACIÓN.

Este trabajo lo que expresa es la importancia de la comunicación en la transferencia de pacientes, y centra su atención en el modelo de implementación de un sistema SBAR básico en nuestra UGC, el área de Obstetricia y Ginecología de un hospital comarcal del Sistema Público de Salud de Andalucía. Nuestra experiencia es breve en el tiempo porque se ha instaurado dentro del programa 2012 de Objetivos de nuestra UGC, pero ya acumulamos información sobre los efectos beneficiosos del sistema.

La comunicación normalizada del sistema SBAR entre enfermeras es una pequeña parte de la comunicación sanitaria que afecta y es de interés a las enfermeras. Quedan pendientes otras muchas dimensiones que habrá que explorar en el futuro. La comunicación, por tanto, está claro que es una de las innovaciones del cuidado sobre la que hay que profundizar.

» 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?

La revisión continua de la práctica asistencial constituye uno de los ejes de los procesos de mejora y evaluación de la calidad. Nuestra UGC de Obstetricia y Ginecología del Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda, selecciona todos los años áreas clínicas de mejora, siendo una de ellas constante: la seguridad del paciente.

La seguridad del paciente constituye uno de los ejes de la práctica clínica y afecta a todas sus dimensiones. Es de tal calibre su importancia que los distintos sistemas de salud han establecido políticas y estrategias para su control y mejora. En Andalucía, por ejemplo, existe el Observatorio para la Seguridad del Paciente y, periódicamente, se define un documento denominado Estrategia para la Seguridad del Paciente, siendo la última versión publicada para los años 2011-2014 (1,2,3).

La Seguridad del Paciente tiene que ver con el manejo de fármacos (por los profesionales y por los propios pacientes) y sus efectos, con el lavado de manos del profesional sanitario (infecciones cruzadas, infecciones hospitalarias), con la yatrogenia en un sentido general, con los sistemas de información e identificación de pacientes, con los errores de diagnóstico, la realización de pruebas diagnósticas, etc. Hay, por tanto, muchas variables que afectan a la seguridad del paciente y, éstas, tienden a magnificarse cuando las consideramos en relación a todos los escenarios en las que se presentan con la suma de todos los actores implicados.

El problema de la seguridad de la práctica asistencial no es reciente y, de hecho, dio lugar a una abultada literatura reivindicativa, nacida en el ámbito de la Sociología y de la Antropología, hace varias décadas, siendo autores clásicos Ivan Illich (4) Foucault (5,6) o G. Caro (7). Pero estamos hablando de la década de 1970. La gestión de calidad aplicada a los procesos de la práctica clínica no focalizó su interés en la seguridad del paciente hasta muy recientemente, siendo determinante The World Alliance for Patient Safety (2005). Gracias a ella se han desarrollado políticas claramente orientadas a mejorar las prácticas seguras, apoyadas, al mismo tiempo, en el giro copernicano que ha supuesto la incorporación de la denominada práctica basada en evidencias. La seguridad está apoyada en la existencia de pruebas, evidencias, estudios de calidad, recomendaciones o consensos internacionales. Una práctica es segura, por tanto, porque está demostrado que lo es, porque está basada en una recomendación mínima, suficiente o necesaria que indica que, a la luz de los conocimientos científicos actuales, es lo que hay que hacer contando claro está con la variabilidad clínica existente-, para preservar el bien mayor del *primum non nocere*, cuyo equivalente traducido a nuestra actualidad sería: hacer bien lo correcto con el menor riesgo posible del que pueda derivarse un daño.

» 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?

El interés de este estudio lo situamos en las Prácticas seguras en la comunicación (9) y dentro de ella, en la transferencia o traspaso de pacientes en una UGC de Obstetricia y Ginecología.

Las prácticas seguras en la comunicación engloban dos dimensiones claramente diferenciadas: la comunicación con el paciente y su entorno, y la comunicación entre profesionales sobre el paciente.

La comunicación entre profesionales incluye toda una variedad de situaciones. Va desde la identificación del paciente, los sistemas de identificación o los sistemas documentales, hasta el informe de la enfermera de atención especializada a atención primaria.

Sobre la comunicación a nosotros nos interesa la transferencia de pacientes, y dentro de ella, el traspaso de pacientes en atención especializada. Fundamentalmente, cómo se debe realizar este traspaso, entre enfermeras (aunque no solo), cuando el paciente va de una unidad a otra o en los cambios de turno. La continuidad asistencial depende de la adecuada comunicación.

El informe de 2007 de The Joint Commission, sobre la comunicación durante el traspaso de pacientes, cita innumerables evidencias del impacto del problema en la declaración de relevancia de la transferencia. Se expresa en estos términos (9) la interrupción de la comunicación fue la causa principal de los eventos centinela denunciados ante la Comisión Conjunta en los Estados Unidos de América entre 1995 y 2006 (10) y el factor causal más común de reclamos surgidos de transferencias ante las agencias de seguros por mala praxis en EE.UU. (11). El 11% de los eventos adversos evitables se debió a problemas de comunicación (12).

Actualmente existe una interesante propuesta internacional sobre la comunicación segura en el traspaso de pacientes y, aunque no hay evidencias sólidas que la respalde (13), lo cierto es que hay consenso en que deben existir procedimientos escritos y homogéneos. A este consenso se le llama SBAR (siglas en inglés que corresponden a Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación), que no es sino una técnica que define un lenguaje común y estándar, para la comunicación de información relevante (14,15).

Y decimos que no hay evidencias sólidas que las respalden porque en las clasificaciones de evidencias atendiendo a la calidad de los diseños de investigación en que se basan las recomendaciones se nos dice esto, que no hay estudios o si los hay no tienen la calidad suficiente para que se diga que aportan una evidencia fuerte. Sin embargo, y aunque parezca una contradicción, el tema de la transferencia de pacientes, no estando en evidencias científicas, se dice que tiene un alto o fuerte nivel de recomendación, sea, por ejemplo, tal y como se recoge en la Guía de Práctica Clínica sobre Seguridad del Paciente (13): la transferencia debe realizarse de manera estructurada y sistematizada. (Evidencia Muy Baja), recomendación FUERTE; la información transferida debe ser precisa y pertinente (Evidencia Muy Baja), recomendación FUERTE; el lenguaje utilizado debe ser claro y normalizado (Evidencia Muy Baja), recomendación FUERTE; la transmisión de la información debe ser de forma verbal, apoyada por el registro documentado de la asistencia prestada (Evidencia Muy Baja), FUERTE; el tiempo empleado en la transferencia debe ser suficiente e incluir la posibilidad de formular preguntas y contestarlas (Evidencia Muy Baja), grado de recomendación FUERTE. Y decimos que parece una contradicción pero no lo es por un claro motivo: hay evidencias de que falla la comunicación (9-12) y, si consideramos el enfoque multidimensional de la práctica clínica de Stetler (16), hay dimensiones de la práctica diaria que no necesariamente deben estar basadas en investigación experimental porque las cuestiones éticas o normativas, guían la toma de decisiones mientras no se demuestre lo contrario. Por tanto, con la información científica parcial que poseemos actualmente, hay una FUERTE recomendación internacional para realizar la transferencia de pacientes conforme al sistema o modelo SBAR.

La técnica SBAR se presenta como una serie de listados de comprobación. Son muchos los disponibles. Lo que tienen en común es que intentan que las enfermeras interioricen esas cuatro palabras y comuniquen con esa lógica: qué situación tiene el paciente, qué antecedentes relevantes hay que considerar, qué evaluación del caso o de la situación concreta se ha hecho, y qué recomendación se puede dar al relevo o a la enfermera que recibe al paciente. De similar manera se podría proceder para comunicar al médico por teléfono o de forma directa. La siguiente, es un ejemplo de guía de comunicación siguiendo el proceso SBAR (Guidelines for Communicating with Physicians Using the SBAR Process). Léase con detenimiento el punto 3 (17):

1. Use the following modalities. Wait no longer than five minutes between attempts.
 1. Direct page
 2. Physicians Call Service
 3. During weekdays, the physicians office directly
 4. On weekends and after hours during the week, physicians home phone
 5. Cell phone
2. Prior to calling the physician, follow these steps:
 - Have I seen and assessed the patient myself before calling?
 - Has the situation been discussed with resource nurse or preceptor?
 - Review the chart for appropriate physician to call.
 - Know the admitting diagnosis and date of admission.
 - Have I read the most recent MD progress notes and notes from the nurse who worked the shift ahead of me?
3. When calling the physician, follow the SBAR process:
 - (S) Situation: What is the situation you are calling about?
 - Identify self, unit, patient, room number.
 - Briefly state the problem, what is it, when it happened or started, and how severe.
 - (B) Background: Pertinent background information related to the situation:
 - The admitting diagnosis and date of admission
 - Most recent vital signs
 - Other clinical information
 - (A) Assessment: What is the nurses assessment of the situation?
 - (R) Recommendation: What is the nurses recommendation or what does he/she want?
4. Document the change in the patients condition and physician notification.

Bibliografía (eliminada por falta de espacio)

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

Atendiendo a la importancia de la comunicación, en nuestro centro se ha puesto en marcha un protocolo de transferencia de pacientes entre unidades y entre equipos, apoyado tanto en las Recomendaciones de la OMS (Joint Comisión Internacional), como en el Observatorio de la Seguridad del Paciente de la Junta de Andalucía.

Para asegurar su cumplimiento en nuestra unidad se ha incluido dentro de los Objetivos de Unidad, siendo necesario para su evaluación favorable, que la transferencia quede documentada en la Historia Clínica.

Nuestra guía SBAR se ha presentado con criterios de simplicidad, quedando expresada como sigue:

S. Situación.

- Identificación de la unidad desde la que se realiza el traspaso.
- Identificación del profesional que lo realiza y quien recibe la comunicación
- Identificación del paciente por su nombre y el motivo del traslado.

B. Antecedentes.

- Informar al receptor de los antecedentes del paciente (medicamentos habituales, alergias, procedimientos previos, etc.).
- Explicar la historia clínica significativa.

A. Evaluación.

- Signos vitales.
- Tratamiento administrado en la unidad que realiza el traspaso.
- Pruebas realizadas o pendientes (qué se ha hecho ya y qué queda pendiente)

R. Recomendaciones.

- Si se trata de una transferencia urgente o no.
- Juicio sobre la situación familiar.
- Recomendaciones específicas sobre dispositivos de cuidados que se hayan valorado como conflictivos en la unidad de origen.

Además de llevar a cabo este modelo de transferencia simplificado, en las unidades implicadas se ha instaurado una norma que apoya al protocolo de transferencia en dos dimensiones: (a) se debe realizar una transferencia pausada entre turnos, y (b) se debe dar tiempo para formular preguntas y contestarlas. Para esto se ha limitado el traspaso de pacientes entre unidades media hora antes y después del cambio de turno, es decir, no se pueden transferir pacientes entre unidades media hora antes y después de que se produzcan los relevos de las enfermeras

necesidades excepcionales y de urgencia). Esto permite organizar a la enfermera saliente la información sobre el estado de sus pacientes y logra que la transferencia a la entrante sea más precisa. Al tiempo, hace posible que la enfermera entrante inicie el turno revisando la información urgente y más relevante para orientar el trabajo durante la jornada.

» **Barreras detectadas durante el desarrollo.**

Cualquier innovación suele provocar rechazo en los profesionales, incluso cuando se ha recibido formación, o se sabe de la importancia de la misma. Su puesta en marcha está reportando claros beneficios:

1. Organización mental en un esquema simple de comunicación que mejora la comunicación.
2. Revisión analítica de la historia y del paciente conforme a los ítems SBAR.
3. Toma de conciencia de que, efectivamente, ha mejorado la comunicación en la transferencia, cuando cada profesional se autoevalúa y compara el antes y el ahora.
4. Comunicación más fluida entre las unidades.
5. No supone un aumento significativo de la carga de trabajo, incluso, en algunos casos, ocurre todo lo contrario.
6. La limitación de la transferencia entre cambios de turno reduce el caos que se deriva de las transferencias ocurridas unos minutos antes o después de la salida o entrada del nuevo turno respectivamente y ha mejorado la organización de la unidad.

» **Oportunidad de participación del paciente y familia.**

Actualmente no hemos desarrollado herramientas normalizadas para la comunicación estructurada y sencilla con el paciente y la familia. Es una línea de trabajo abierta para el futuro cuando se haya establecido y evaluado la implementación del modelo SBAR en la transferencia entre unidades.

» **Propuestas de líneas de investigación.**

Una vez instaurado adecuadamente el procedimiento, hay que profundizar en la línea de comunicación normalizada con el paciente y la familia, la comunicación enfermera-médico, matrona-médico, la transferencia a atención primaria, etc.