

IV CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"La Atención Especializada en la Seguridad del Paciente"

COMUNICACIÓN DURANTE EL TRASPASO DE PACIENTES EN LA URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA. ESTANDARIZACIÓN Y SEGURIDAD

Autor principal ARANTZA CIGÜELA IRUJO

CoAutor 1

CoAutor 2

Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería de Cuidados Críticos y Urgencias

Palabras clave Transferencia de pacientes Seguridad del paciente Comunicación en salud Mejoramiento de calidad

» Resumen

La seguridad del paciente es un componente esencial en la calidad asistencial y un objetivo prioritario para los equipos de urgencias hospitalarios y extrahospitalarios. La incidencia de aparición de eventos adversos (EA) en dichos servicios se estima entre un 1,6% y un 14% según diferentes estudios y metodologías, de los que al menos el 50% son considerados como evitables.

Podemos afirmar que los servicios de urgencias son un escenario de alto riesgo para la aparición de estos eventos debido a :

- La gravedad y complejidad clínica de estos pacientes requiriendo elevado número de pruebas, procedimientos y medicamentos administrados.
 - Grado de vulnerabilidad de los pacientes por el aumento de la esperanza de vida y las enfermedades crónicas. A mayor número de factores de riesgo se incrementa el número de EA. Los mayores de 65 años padecen el doble de EA.
 - Las particularidades laborales; sobrecarga asistencial, estrés, fatiga, falta de experiencia y de formación en cuidados urgentes.
- Políticas dirigidas a mejorar la comunicación e información, especialmente durante las transferencias de los pacientes entre otros, son fundamentales para conseguir una práctica clínica segura en los servicios de urgencias extrahospitalarios.

La estandarización en el intercambio de información en las transferencias, elaborando un checklist basado en el modelo ISOBAR , minimiza la variabilidad y favorece la eficacia de la comunicación, eliminando déficit y errores y por tanto disminuye los EA aumentando la seguridad del

» 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?

En España el estudio EVADUR (eventos adversos ligados a la asistencia de los servicios de urgencias españoles) ha situado en al menos un 12% la incidencia de pacientes visitados en urgencias que sufren algún tipo de incidente relacionado con la asistencia sanitaria, de los que aproximadamente el 70% pueden ser evitables. El estudio ENEAS (análisis de EA hospitalarios) cifró la incidencia de EA en un 9,3% y en el estudio APEAS (análisis de EA asociados a la atención primaria) fue del 18,6%.

El estudio EVADUR ha sido elaborado por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), cuya característica principal es la recogida de datos prospectiva, con seguimiento de los pacientes durante su estancia en urgencias y posteriormente hasta 7 días después del alta. Dentro del análisis de este estudio se refleja como los pacientes que fueron a urgencias a través de un sistema medicalizado (tipo 061, 112) y/o mediante traslado interhospitalario presentan un mayor porcentaje de incidencias y EA, así como los que presentan mayor gravedad en el momento del triaje hospitalario. La mayoría de los EA originados en urgencias son leves y están relacionados principalmente con los cuidados. Todos los estudios demuestran que las estrategias para conseguir una práctica clínica segura en los servicios de urgencias pasan por políticas dirigidas a mejorar:

1. La seguridad en el empleo de la medicación.
2. Prevenir la infección nosocomial debido a la atención urgente, con especial importancia a la higiene de manos.
3. Mejorar la comunicación e información, especialmente durante las transferencias del paciente.
4. Prevención de riesgos específicos.
5. Crear un clima y una cultura en seguridad del paciente en el servicio de urgencias hospitalario y extrahospitalario.

Actualmente la SEMES está elaborando el estudio EVADEN que tiene como objetivo analizar los EA en los servicios de urgencias extrahospitalarios.

Podemos definir como transferencia a la comunicación entre profesionales sanitarios en la que se transmite información clínica de un paciente y se traspassa la responsabilidad del cuidado a otro profesional o grupo de profesionales sanitarios, bien de forma temporal (relevo, cambio de turno) o definitiva (cambio de unidad o nivel asistencial).

Los indicadores de transferencia de información y traslado de pacientes destacan por su relevancia a la hora de medir de manera directa aspectos relacionados con la seguridad clínica del paciente atendido en urgencias. Según la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO 2003), casi el 70% de los incidentes críticos que ponen en riesgo la seguridad del paciente, están causados por errores de comunicación. En el año 2006 la JCAHO publicó unos objetivos en los que recomienda:

- Mejorar la comunicación eficaz entre el personal sanitario.
- Poner en marcha un handoff estandarizado que dé la oportunidad de preguntar, responder y crear discusiones.

» 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?

Se realiza un análisis de la situación, revisando la calidad del circuito en la comunicación durante el traspaso del paciente en nuestro servicio de urgencias rural, elaborando un análisis modal de fallos y efectos (AMFE) como herramienta proactiva de prevención de riesgos.

La derivación o traspaso de pacientes de nuestro servicio de urgencias rural al hospital de referencia se realiza por tres vías distintas:

1. Acude el paciente por sus propios medios, con un volante médico.
2. En ambulancia convencional , con un volante médico.
3. En ambulancia que medicalizamos y que posteriormente realizamos trasbordo a mitad de camino con UVI móvil.

Detectamos varios problemas:

- Nos encontramos con muy distintas formas de transmitir la información y a diferentes profesionales.
- En algunos casos la transmisión de información por parte del paciente resultaba muy dispar, encontrándose diferencias entre la aportada en nuestro servicio y la reflejada en el hospital.
- Enfermería solamente realiza comunicaciones de forma verbal perdiéndose información esencial.

- Informes incompletos no estandarizados y con letra ilegible.
- Excesiva rapidez en la comunicación, sin dar pie a preguntas y respuestas, con falta de información, omitiéndose en algunos casos información relevante.

Nuestros objetivos se centran por tanto en garantizar la seguridad del paciente durante la transferencia y minimizar los errores de comunicación

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

Tras un análisis y revisión bibliográfica, se elabora un checklist basado en el modelo ISOBAR para estandarizar la comunicación-transferencia en el traspaso de pacientes, evitando así la omisión de información y los errores de comunicación:

I. Identificación:

- Del paciente.
- De la persona de contacto, relación que tiene con este y su nº de teléfono.
- De los profesionales (médico y enfermera) responsables de la asistencia y a los que se les transfiere el paciente.
- Fecha y hora.
- Donante de órganos.
- Transfusiones sanguíneas previas.

S. Situación:

- Motivo de la asistencia sanitaria.
- Cambios en el estado del paciente.
- Posibles complicaciones y aspectos a vigilar.

O. Observación:

- Evaluación del paciente: vía aérea, respiración, coloración, signos de circulación, pulso, comportamiento, escala de Glasgow y habitual estado de consciencia.
- Signos vitales: temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno y escala de dolor.
- Actividades realizadas: catéter venoso periférico, intraósea, administración de oxígeno (gafas, mascarilla, reservorio, intubación), sonda vesical (registro de ml de diuresis), sonda nasogástrica, vendajes, cura, sutura, inmovilizaciones, otros Indicamos el calibre, ubicación y material de los distintos dispositivos empleados.
- Pruebas diagnósticas: analítica de sangre (identificar los tubos), gasometría, electrocardiograma, glucemia capilar, INR, test de orina.

B. Background:

- Antecedentes clínicos relevantes.
- Alergias y riesgos.
- Medicación habitual.

A. Acordar un plan:

- Medicación administrada, dosis, vía y hora. Incluida profilaxis antitétánica.
- Medidas terapéuticas y cuidados administrados.
- Fluidoterapia (registro de ml. Infundidos y tipo de fluidos).
- ¿qué queda pendiente? Comprobaciones.

R. Read-back: confirmar la eficacia de la transferencia y establecer responsabilidades (¿quién hace y cuando?).

Ventajas del checklist o modelo:

- percepción visual del paciente
- no se memoriza ya que se tiene impreso y lo lleva en la mano el equipo que realiza el pase.
- obliga al receptor de la información a revisar sistemáticamente todos los aspectos del paciente y no solo los presuntamente importantes.
- evita omisiones y olvidos mejorando la comunicación.

Es evidente que el trabajo en equipo y la mejora de la comunicación entre profesionales y con el propio paciente, hace que mejore la calidad de la atención al mismo. Es necesario establecer sistemas de comunicación claros entre los profesionales sanitarios orientados a mejorar la seguridad, disminuir la aparición de EA, disminuir la estancia hospitalaria y mejorar la satisfacción de los profesionales. La transferencia de pacientes debe realizarse por tanto de forma sistemática y organizada, disminuyendo la variabilidad y favoreciendo así la comunicación entre profesionales,

» **Barreras detectadas durante el desarrollo.**

Como principal dificultad nos encontramos con el estrés y la rápida actuación que generan y precisan muchas asistencias urgentes, siendo complicado la cumplimentación del checklist, o al menos en su totalidad.

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

Pediremos la información necesaria al paciente y/o familia, intentado crear un clima de confianza y empatía, dando pie a preguntas y respuestas. Es importante dejar reflejada en los traspasos la situación sociofamiliar de los pacientes, ya que muchas veces nos centramos en la patología aguda del momento, y nos olvidamos de si la familia va camino al hospital, si esta informada de la situación y como contactar con ellos.

» **Propuestas de líneas de investigación.**

Se estima que aproximadamente el 95% de los EA no se declaran, incluso aunque existan sistemas de notificación voluntaria anónima. Por ello, se han de establecer políticas que desarrollen la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales y, no sólo estimular la capacidad de declaración, sino que precisamente por la dificultad de la misma, establecer herramientas de trabajo que permitan detectar el riesgo de EA antes de que se produzcan y así poder introducir medidas de mejora en el sistema e intentar reducir el riesgo. De aquí la importancia de la realización de análisis AMFE de los distintos procesos implicados en la asistencia sanitaria urgente, así como la elaboración de protocolos y medidas de mejora de los mismos. La realización de encuestas de cultura de seguridad tanto a pacientes como a profesionales puede ser otra línea

» **Bibliografía.**

1. Porteous JM, Stewart-Wynne EG, Connolly M, Crommelin PF. ISOBAR- a concept and handover checklist: the National Clinical Handover Initiative. MJA. 2009 Junio 1; 190 (11): 152-156.
2. Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T, grupo de trabajo EVADUR-SEMES. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. Emergencias. 2010; 22: 415-428