
ARTÍCULO ORIGINAL

Aplicación de comunicación estructurada para traspaso de información del paciente en un hospital pediátrico de enseñanza con recursos limitados

Implementation of structured handoff communication in a resource-limited pediatric teaching hospital

Drs.: Ariel A. Salas*, Víctor Hugo Velasco**

Resumen

Antecedentes: El traspaso del cuidado de un paciente de un proveedor a otro es importante para garantizar la seguridad del paciente.

Objetivo: Evaluar si la implementación de algunas partes de un programa de traspaso (I-PASS) es factible en un hospital pediátrico de enseñanza que no utiliza de forma rutinaria comunicación estructurada para traspaso verbal o escrito de pacientes.

Métodos: Se realizó un estudio de intervención prospectivo en el Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga U. La intervención consistió en un taller con residentes de pediatría en el que se introdujeron algunos componentes de un programa de traspaso de pacientes. Se colectaron datos pre y post-intervención.

Resultados: Antes de la intervención, frases resumen de una sola línea se utilizaron raramente, los planes de contingencia no fueron discutidos y la síntesis por el receptor no fue observada o requerida durante la comunicación verbal de traspaso. Tras la finalización del taller, 19 residentes se sintieron competentes para recitar y describir los elementos individuales de la nemotécnica I-PASS. También fueron capaces de enumerar las circunstancias en las que estrategias de comunicación como reuniones de planificación, recapitulación de eventos y reforzamiento del plan pueden ser utilizadas. La evaluación posterior a la intervención mostró que la comunicación estructurada para traspaso no prolongó la duración de la visita médica y ayudó a reforzar el plan con enfermeras, dietistas y trabajadoras sociales.

Conclusiones: Comunicación estructurada para traspaso del cuidado del paciente de un proveedor a otro puede mejorar el rendimiento del equipo, facilitar el desarrollo de un modelo mental compartido entre los miembros del equipo y potencialmente mejorar la seguridad del paciente sin afectar negativamente el flujo de trabajo entre residentes.

Palabras clave:

Rev Soc Bol Ped 2015; 54 (2): 62-8: programa, traspaso, información, pacientes, I-PASS.

Abstract

Background: Transition of patient care from one provider to another is important to ensure patient safety.

Objective: To assess whether implementation of some portions of a standardized handoff program (I-PASS) is feasible in a pediatric teaching hospital where structured handoff communication either verbal or written are not routinely used.

Methods: This was a prospective intervention conducted at the Children's Hospital Dr Ovidio Aliaga U. The intervention consisted of a workshop with pediatric residents in which some components of a standardized handoff program were introduced. Pre and post-intervention data were collected.

Results: Summary statements (one-liner) were rarely used prior to the intervention. Similarly, contingency plans were never discussed and synthesis by receiver was never required or observed during verbal handoff communication. After completion of the workshop, 19 residents felt competent to recite and describe the individual elements of the IPASS mnemonic. They were also able to list the circumstances in which they would utilize briefs, huddles, and debriefs. The post-intervention assessment showed that structured handoff communication did not prolong duration of rounds and helped to reinforce the plan with nurses, dieticians, and social workers.

Conclusion: Structured handoff communication can improve team performance, facilitate development of a shared mental model amongst team members, and potentially improve patient safety without affecting resident workflow adversely.

Key words:

Rev Soc Bol Ped 2015; 54 (2): 62-8: program, transition, information, patient, I-PASS.

* Médico Pediatra MSPH – ex residente. Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uria"

** Jefe de Enseñanza e Investigación. Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uria"

Correspondencia: Dr. Ariel Salas, correo electrónico: salasaa@email.chop.ed

Conflicto de intereses: el presente trabajo no tiene conflicto de intereses.

Artículo aceptado para su publicación el 20/06/15.

Introducción

El traspaso del cuidado del paciente de un proveedor a otro es muy importante para garantizar la seguridad del paciente. Del mismo modo, la comunicación estructurada durante el traspaso es esencial para promover atención médica de alta calidad. Errores en comunicación durante este proceso de traspaso son una de las principales causas de error en la atención del paciente en algunos países desarrollados.

La comunicación de traspaso representa una oportunidad para revisar el cuidado al paciente como equipo y discutir información y necesidades del paciente. Errores de comunicación en estas situaciones son generalmente consecuencia de un insuficiente tiempo asignado para transferir la información del paciente y la falta de comunicación estructurada. Publicaciones recientes han identificado los elementos más importantes de la comunicación de traspaso y varios formatos estandarizados están ahora disponibles. Uno de los nuevos nemotécnicos, I-PASS, representa un programa de traspaso apropiadamente estructurado que se desarrolló con base en las mejores prácticas citadas en la literatura y las experiencias prácticas con profesores y residentes de 10 instituciones pediátricas grandes.

La implementación de I-PASS como un programa de traspaso entre residentes de hospitales pediátricos ha reducido las tasas de errores médicos y eventos adversos prevenibles en niños hospitalizados; sin embargo, se desconoce si las adaptaciones parciales de programas similares a I-PASS en instituciones pediátricas de recursos limitados es factible, sobre todo en hospitales de tercer nivel donde los traspasos verbales son raramente completos debido a la falta de comunicación estructurada de traspaso por escrito. El objetivo de este proyecto de mejora de la calidad (QI) fue evaluar la aplicación de algunos componentes de un programa de traspaso en un hospital de enseñanza pediátrica que no utiliza de forma rutinaria la comunicación estructurada verbal y escrita para traspaso de pacientes entre residentes.

Métodos

Este estudio prospectivo de intervención se realizó durante un período de 3 semanas en el Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”, un hospital pediátrico público de 160 camas ubicado en La Paz, Bolivia. Los participantes del estudio incluyeron residentes de primer, segundo y tercer año de postgrado en pediatría. Los datos pre-intervención fueron recolectados del 15 de enero al 19 de enero de 2014. La intervención consistió en un taller en el que se introdujeron algunos componentes del programa de traspaso I-PASS. Los datos posteriores a la intervención se obtuvieron del 1 de febrero al 4 de febrero de 2014.

Los materiales educativos de I-PASS fueron revisados y traducidos al español. Todos los residentes de pediatría, con independencia del año de formación, recibieron capacitación en comunicación de traspaso. Al concluir el taller, se pidió a los residentes usar las nuevas estructuras de traspaso durante su trabajo en las unidades pediátricas. Datos observacionales se recolectaron siguiendo los pasos estandarizados del ciclo de aprendizaje y mejora (Figura # 1).

Figura # 1. Pasos estandarizados del ciclo de aprendizaje y mejora.



Verificar: la primera parte del proyecto incluyó una evaluación sobre el estado de la comunicación verbal de traspaso durante cuatro cambios de turno consecutivos en el que los pacientes hospitalizados de todas las unidades pediátricas que requieren una observación más estricta durante la noche son presentados a un equipo de guardia (médico de planta, residentes y estudiantes de medicina). Al finalizar la comunicación verbal de traspaso en todas las unidades de pediatría, el equipo de guardia realizó rutinariamente una reunión de recapitulación de eventos para anticipar problemas potenciales y desarrollar planes de contingencia para cada paciente. Un formulario de evaluación de traspaso verbal estandarizado fue utilizado para recopilar esta información.

Actuar: después de analizar los datos obtenidos previos a la intervención, una reunión con el director del programa de residencia pediátrica fue programada para discutir los resultados de la eva-

luación de traspaso verbal. Una vez que los resultados fueron discutidos, el modelo I-PASS fue presentado y la factibilidad de su implementación fue discutida. Los materiales educativos fueron evaluados por el investigador principal y director del programa de residencia pediátrica y fueron adaptados con base en observaciones documentadas durante la evaluación inicial.

Planificar: al finalizar la reunión con el director del programa de residencia pediátrica, un taller fue programado con todos los residentes de pediatría para introducir la versión en español de la nemotecnia I-PASS (Figura # 2) y presentar algunos otros elementos del paquete I-PASS, principalmente las estrategias de comunicación Team STEPPS (cuadro # 1) y plantillas estandarizadas para traspasos escritos (cuadro # 2). En el taller también se discutió la importancia de la seguridad del paciente y la prevención de eventos centinela.

Figura # 2. Versión en español de la mnemotecnica I-PASS

I-PASS

- I IDENTIFICACION DE LA SEVERIDAD**
Estable, requiere observación estricta, inestable
- P PACIENTE**
Frase resumen; eventos que determinaron la hospitalización; evolución hospitalaria; evaluación actual; plan
- A ACCIONES**
Lista de acciones
- S SITUACIÓN Y PLAN DE CONTINGENCIA**
Saber lo que está pasando y establecer un plan para lo que podría pasar
- S SINTESIS**
Resumir; hacer preguntas; confirmar acciones

Hacer: la evaluación posterior a la intervención se llevó a cabo en una de las unidades de hospitalización pediátrica seleccionada al azar para evaluar la viabilidad y el rendimiento general de la intervención. Esta evaluación fue completada por médicos tratantes, enfermeras y estudiantes de medicina que estaban disponibles durante el día de la evaluación.

La evaluación estuvo orientada estrictamente hacia el uso de comunicación estructurada para traspaso verbal y el uso de plantillas de traspaso escritas (Cuadro # 2). La comunicación verbal de traspaso fue evaluada mientras los pacientes estaban siendo presentados al resto del equipo médico durante la visita médica de la mañana.

Cuadro # 1. Estrategias de comunicación TeamSTEPPS.

Técnica	Función	Ejemplo
Brief (reunión de planificación)	Planificar actividades del equipo de trabajo	Reunión el primer día de orientación o al comienzo de un turno
Debrief (recapitulación de eventos)	Analizar un evento imprevisto	Recapitulación de eventos al finalizar un turno
Huddle (reforzamiento del plan)	Resolver un problema que podría afectar el trabajo planificado por el equipo	Planificar un procedimiento
Monitorización cruzada/ Retroalimentación	Mejorar rendimiento	Comentario acerca de una decisión o la forma como se realiza un procedimiento
Declaración asertiva	Abogar por acciones seguras y de alta calidad	Reconocer la posibilidad de un error (comenzar una discusión, declarar una preocupación, ofrecer una solución)

Cuadro # 2. Plantilla estandarizada para traspaso escrito

I	Pertinentes del paciente	Acciones necesarias	Situación y plan de contingencia	S
Nicol Pérez Fecha de nac: 6/Nov/12 HC: 45615878 Fecha de admisión: 29/Ene/14 Alergias: No Peso: 15 kg Acceso: IV perif Medicamentos D5 NS with 20 mEq KCl @ 50 mL/h Cefotaxima	14 meses F sin antecedentes patológicos de importancia admitida por historia de fiebre de 5 días actualmente con diagnóstico de ITU complicada. # ITU - Fiebre, PCR elevada, EGO con leucocitos a campo cubierto - Actualmente recibiendo cefotaxima # Anemia - Hb 12.8 (< 13.5). VCM 71 - Mas probablemente carencial - Requiere suplementación con hierro al terminar tratamiento de ITU # FEN/GI (Fluidos, electrolitos, nutrición) - PO ad lib - No historia de constipación - Na, K, Cl normales el día de admisión	<input type="checkbox"/> Documentar resultados de ecografía renal <input type="checkbox"/> Monitorizar curva térmica <input type="checkbox"/> Vigilar tolerancia oral	<input type="checkbox"/> Si IV se infiltra, considerar cambio a cefixima PO si el urocultivo todavía esta pendiente <input type="checkbox"/> Paracetamol en caso de fiebre	
Melvin Sánchez Fecha de nac: 26/Sep/13 HC: 45615879 Fecha de admisión: 30/Ene/14 Alergias: No Peso: 6 kg Acceso: Ninguno Medicamentos Azitromicina	4 meses M, nacido a término con historia de ictericia neonatal severa requiriendo recambio sanguíneo que se presenta con historia de cianosis asociada a tos no-productiva por 3 días actualmente con diagnóstico de síndrome coqueluchoide # Probable infección por B. pertussis - Episodios recurrentes de tos cianosante no emetizante - Hemograma con linfocitosis absoluta - Varios episodios observados durante su hospitalización, actualmente recibiendo O2 suplementario vía canula nasal a 2 L/min - Continua recibiendo azitromicina x 5 días (del 30/01 al 04/02) # Dermatitis del pañal - Actualmente recibiendo tratamiento tópico con óxido de zinc # FEN - Recibe seno materno exclusivo	<input type="checkbox"/> Seguir resultados de PCR para pertussis enviados el 30/01/14 <input type="checkbox"/> Preguntar sobre resultados del IFI viral <input type="checkbox"/> Documentar frecuencia de episodios de tos cianosante	<input type="checkbox"/> Considerar monitorización continua con oximetría de pulso si eventos de cianosis incrementan en frecuencia <input type="checkbox"/> Si se observan episodios de apnea requiriendo estimulación táctil o ventilación con presión positiva (ambu), considerar interconsulta con UTIP.	

Resultados

Evaluación de base antes de la intervención: resúmenes del paciente incluyendo acontecimientos que condujeron a la admisión hospitalaria, curso hospitalario y resultados de la evaluación continua se utilizaron constantemente, pero sin una frase resumen de una sola línea al comienzo de la presentación. La evaluación de la comunicación para traspaso verbal también mostró que rara vez se identifica la gravedad de la enfermedad como estable o inestable. En raras ocasiones, una lista de acciones fue proporcionada al transferir la información del paciente al equipo de guardia, planes de contingencia nunca fueron discutidos durante la comunicación para traspaso verbal. Síntesis por el receptor nunca fue observada o requerida. Del mismo modo, la opción de realizar preguntas no fueron ofrecidas por el residente emisor de la comunicación verbal y omisión de información importante ocurrió en repetidas ocasiones debido principalmente a conversaciones no relacionadas al caso siendo presentado durante la comunicación de traspaso.

Un taller de 3 horas se llevó a cabo con 19 residentes. Después de participar en el taller, la mayoría de los participantes estuvieron muy de acuerdo de que eran capaces de recitar y describir los elementos individuales de la nemotécnica I-PASS y que eran capaces de describir el desarrollo de un modelo mental compartido. Del mismo modo, la mayoría coincidió en que eran capaces de enumerar las circunstancias en las que utilizarían estrategias de comunicación, pero la gran mayoría de los participantes se consideraron neutrales acerca de ser capaces de articular las características de un resumen de paciente de alta calidad, incluyendo el uso de buenos calificadores semánticos. Del mismo modo, las evaluaciones fueron neutrales cuando se preguntó a los participantes si podían comparar las diferencias entre la comunicación verbal y la documentación de traspaso por escrito. Las evaluaciones del taller destacaron la importancia del receptor en el proceso de comunicación de traspaso y la pertinencia de los

planes de contingencia. Asimismo, los participantes valoraron el taller por su enfoque en la importancia de la calidad de atención, el equilibrio de la comunicación respetuosa entre los proveedores de atención médica, el uso de la comunicación estructurada y la relevancia del enfoque en la seguridad del paciente. La mayoría de los participantes también estuvieron muy de acuerdo en que el taller proporcionó conocimientos y habilidades relacionadas a actividades diarias de atención al paciente. Una de las recomendaciones más comunes de los participantes del taller fue la provisión de más material educativo en español. Los participantes recomendaron también aumentar la duración del taller para abordar adecuadamente el contenido, particularmente para casos de simulación. Las limitaciones de tiempo afectaron negativamente la evaluación del equilibrio entre los elementos didácticos e interactivos del taller.

Evaluación posterior a la intervención: la experiencia en la Unidad de Infectología fue en general buena. Los residentes tuvieron dificultades para usar frases resumen. Se observó que completar o actualizar las notas de traspaso escritas durante la visita médica de la mañana no prolongó el tiempo de la visita y ayudó a reforzar el plan con las enfermeras, dietistas y trabajadores sociales. Los participantes se mostraron satisfechos con el concepto de modelo mental compartido.

Discusión

En esta implementación preliminar y parcial del programa de traspaso I-PASS se encontró que la comunicación de traspaso es eficiente pero no es orientada hacia la promoción de cuestionamientos que podrían aclarar algunos puntos de incertidumbre y promover la participación de todos los miembros presentes durante el proceso de traspaso. La participación en el taller ayudó a los residentes a describir los elementos de la nemotecnia I-PASS y a enumerar las circunstancias en que estrategias de comunicación como recapitulación de eventos y

reforzamiento de plan podrían ser implementadas. Las evaluaciones del taller describieron atención de alta calidad, seguridad del paciente, síntesis por el receptor del traspaso, elaboración de planes de contingencia y comunicación eficiente como los elementos más importantes aprendidos en el taller. La evaluación posterior a la intervención mostró que la elaboración de comunicación de traspaso escrito durante las visitas médicas de la mañana facilitó la implementación de un modelo mental compartido entre los profesionales de la salud y no cambió el flujo de trabajo de los residentes o la duración de la visita médica negativamente.

Aunque este estudio ofrece un primer paso positivo en la evaluación de comunicación de traspaso en este ámbito hospitalario específico, varias limitaciones necesitan ser reconocidas. En primer lugar, este proyecto QI consistió en una implementación parcial de un programa de traspaso estandarizado desarrollado con varios pasos de mejoramiento. Por lo tanto, los resultados de este estudio no se pueden comparar a los estudios que consistieron en una implementación completa del programa I-PASS. En segundo lugar, la comunicación estructurada de traspaso durante los cambios de turno después de la intervención no fue evaluada debido a limitaciones de tiempo, y por tanto, una medida cuantitativa de la mejora no pudo realizarse debido a que las evaluaciones previas y posteriores a la intervención no fueron llevadas a cabo en el mismo escenario clínico (cambio de turno versus visita médica de la mañana). A pesar de esta limitación, se hicieron importantes esfuerzos para reforzar el uso de la nemotecnia I-PASS durante el período posterior a la intervención. Otra de las limitaciones del estudio fue que las actividades educativas fueron coordinadas únicamente con el director del programa sin la participación de otros profesores o residentes debido a limitaciones de tiempo. Finalmente, fue imposible determinar y medir objetivamente el uso de las estrategias de comunicación en situaciones clínicas que podrían haber beneficiado la atención del paciente.

La falta de estudios publicados en ámbitos similares limita el alcance de esta discusión. La teoría de comunicación y estudios organizacionales sugieren que la comunicación estructurada de traspaso facilita las interacciones empáticas y promueve la colaboración que resulta en mejor proceso de decisión, mayor innovación y mejor flexibilidad. Publicaciones recientes también demostraron mejores resultados en cuidado del paciente después de la implementación de programas de traspaso estandarizados y esto valida la importancia de la difusión de programas de traspaso de alta calidad. Los hospitales universitarios tienen más probabilidades de beneficiarse de la mejora en este aspecto debido a que la comunicación de traspaso ocurre con más frecuencia en estos entornos y problemas de comunicación pueden dar lugar a errores médicos de mayor gravedad dada la alta complejidad de los casos atendidos en estas instalaciones. Un trabajo continuo para mejorar y estandarizar la comunicación de traspaso puede llevar a una mejora en la seguridad del paciente. La sostenibilidad de este proyecto se podría lograr con frecuentes reuniones que incluyan profesores y residentes para discutir los resultados de la evaluación de base, para presentar las principales características del programa estandarizado, y para evaluar posibles alternativas para una mejor aplicación. Costos son una preocupación inevitable cuando la comunicación de traspaso se hace más compleja, pero esto puede reducirse con cambios sistemáticos y esfuerzos adicionales para la investigación de otros beneficios potenciales de la comunicación estructurada de traspaso que incluyan análisis de costo-efectividad. Del mismo modo, la revisión constante de estrategias de comunicación es fundamental para facilitar el desarrollo de estrategias efectivas y modelos mentales compartidos que garanticen la eficacia de la comunicación de traspaso. Cultura de la organización y la comprensión de trabajo son otras áreas de mejora.

En resumen, una serie de barreras para la funcionalidad eficaz de equipo médico en el cuidado del

paciente fueron identificadas en este entorno específico. Al reconocer estas barreras, algunas de las estrategias que los miembros del equipo podrían utilizar con el fin de superar estas barreras fueron introducidas. Con el uso de estas herramientas para la mejora en la comunicación de traspaso verbal y escrito, la expectativa es mejorar el rendimiento del equipo, facilitar el desarrollo de un modelo mental compartido entre los miembros del equipo, y mejorar la seguridad del paciente, sin afectar negativamente el flujo de trabajo del residente o incurrir en mayores costos. La implementación de I-PASS es factible y parece contribuir a una mejor comprensión de los planes por el equipo médico y tiene el potencial de reducir errores médicos. Las lecciones aprendidas de este proyecto QI pueden aplicarse a otros entornos donde las oportunidades para mejorar la comunicación de traspaso sigue siendo un desafío. Se necesitan estudios rigurosos diseñados para evaluar la eficacia de la comunicación de traspaso, para determinar mejores nemotécnicos con diferentes configuraciones para diferentes profesio-

nales y para identificar las mejores estrategias para su implementación.

Referencias

1. Gordon M, Findley R. Educational interventions to improve handover in health care: a systematic review. *Med Educ* 2011;45:1081-9.
2. Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, Allen AD, Landrigan CP, Sectish TC; I-PASS Study Group. I-pass, a mnemonic to standardize verbal handoffs. *Pediatrics* 2012;129:201-4.
3. Starmer AJ, Sectish TC, Simon DW, Keohane C, McSweeney ME, Chung EY, et al. Rates of medical errors and preventable adverse events among hospitalized children following implementation of a resident handoff bundle. *JAMA* 2013;310:2262-70.
4. Riesenberg LA, Leitzsch J, Little BW. Systematic review of handoff mnemonics literature. *Am J Med Qual* 2009;24:196-204.
5. Apker J, Mallak LA, Applegate EB 3rd, Gibson SC, Ham JJ, Johnson NA, Street RL Jr. Exploring emergency physician-hospitalist handoff interactions: development of the Handoff Communication Assessment. *Ann Emerg Med* 2010;55:161-70.