

PASES DE PACIENTES Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN EN INSTITUCIONES DE AGUDOS

Dr. Fabián Vítolo
Noble Compañía de Seguros

La atención de salud en el siglo XXI es compleja. Durante un episodio de enfermedad, un paciente puede ser tratado potencialmente por distintos médicos y auxiliares, con distintas especialidades y en múltiples entornos, incluyendo atención primaria, centros ambulatorios especializados, institutos de diagnóstico, consultorios externos, centros de rehabilitación, guardias de emergencia, hospitales y clínicas con internación. Dentro de estos últimos pueden ser atendidos sucesivamente por distintas unidades, como cirugía, terapia intensiva y unidad coronaria con personal que rota de manera cada vez más frecuente para evitar el cansancio y el stress.

Los pases de pacientes son una parte importante de la práctica de todos los días. En una época en la cual la calidad de la atención y la seguridad dependen del intercambio efectivo de información entre individuos y equipos que brindan atención en forma colectiva en distintos lugares a lo largo del tiempo, la importancia de los “pases de mano” es creciente. Este proceso puede ser definido como la “transferencia de responsabilidad en la atención de algunos o de todos los aspectos del cuidado de un paciente o de un grupo de pacientes a otra persona o grupo profesional en forma permanente o temporaria”.(1). La información que se comparte en general consiste en el estado actual del paciente, cambios recientes en su estado, tratamiento en curso y posibles cambios o complicaciones que pudieran ocurrir. El traspaso de un paciente es mucho más que la transferencia pasiva de información. Si bien la

comunicación es el eje central de un pase, lo que lo define es la transferencia de responsabilidad por la atención del paciente entre los participantes.

La comunicación entre las unidades y los equipos de atención al momento del pase puede no incluir toda la información esencial, o dicha información puede ser interpretada de manera incorrecta. Estas brechas en la comunicación han sido identificadas como una de las principales causas prevenibles de daño a los pacientes.(2) Los pases deficientes, a su vez, pueden llevar a retrasos innecesarios en diagnósticos o tratamientos, a repetición de estudios, y a errores en el manejo y la medicación del paciente.

Los pases pueden darse de manera interna dentro de las instituciones (cambios de turno, traspasos de guardia a UTI, piso o quirófano (o viceversa), de piso a radiología, etc. o bien pueden ser realizados a equipos externos (médicos de consultorios externos, centros de rehabilitación, derivación a otras instituciones, etc.). Este trabajo trata principalmente de los pases internos en instituciones de agudos, si bien muchos de los principios que se discuten son aplicables a cualquier ámbito. En la página web de NOBLE podrá encontrar otro artículo específicamente referido a la planificación de altas y el traspaso de los pacientes desde el hospital hacia sus domicilios o centros de rehabilitación.

Los actuales procesos de transferencia de información y de responsabilidad son extremadamente variables y no

resultan confiables, habiéndose transformado en una práctica pobremente definida con alta probabilidad de errores. La mayoría de las instituciones médicas no tienen normas claras al respecto y la calidad de los pases queda bajo la órbita del libre ejercicio profesional de quienes lo realizan, con distinto grado de compromiso. Si bien todos los profesionales de la salud pueden mejorar individualmente sus propias prácticas de pase, la transferencia de responsabilidad se trata de un ejercicio grupal y, para garantizar la seguridad de los pacientes se requiere mejorar las prácticas de todo el personal, en todos los casos. La estandarización del contenido y de la forma de los pases asegura que el intercambio de información crítica se más consistente.

Magnitud del problema e impacto

El problema con los actuales sistemas de traspaso de pacientes ha sido estudiado en distintos países:

- La interrupción de la comunicación fue la causa principal de los eventos centinela (daños graves) denunciados ante la Joint Commission de los Estados Unidos entre 1995 y 2006. (3)
- Los daños originados en pases inadecuados se encuentran entre las causas más comunes de juicios por mala praxis en los Estados Unidos, especialmente en personal en entrenamiento, representando el 20% de los casos (4)
- De entre 25.000 a 30.000 eventos adversos evitables que condujeron a una discapacidad en Australia, el 11% se debió a problemas de comunicación, en contraste con el 6% debido a niveles de competencia inadecuados de los facultativos.(5)
- Los pases clínicos son un escenario de alto riesgo para la seguridad del paciente. Los principales peligros incluyen la discontinuidad en la atención, los eventos adversos y los juicios por mala praxis.(6)
- Una encuesta realizada a médicos australianos reveló que el 95% de los mismos creía que no existía un set de procedimientos formales para “pasar” un paciente a otro profesional.(7)
- Un estudio australiano sobre pases de pacientes en guardia de emergencias encontró que en un 15,4% de los casos no se transfirió toda la información que se requería, resultando en eventos adversos.(8)
- Una encuesta a médicos en formación del Reino Unido descubrió que el 83% de los mismos consideraban que el proceso de pases de pacientes era pobre. Raramente se recibían pases escritos, representando sólo el 6% de los casos.(9)
- Un análisis detallado de pases de enfermería reveló que algunos pases promovían la confusión y no contribuían a la atención del paciente.(10)
- Una encuesta a residentes de los EE.UU sugirió que el 15% de los eventos adversos, errores o “casi accidentes” se vinculaban con los pases de pacientes. (11)
- La forma de transmisión y registro de los pases tiene un impacto sustancial sobre la información que es retenida (y sobre la cual se actúa). En un fin de semana típico, puede haber como hasta 5 cambios de guardia; Si no hay un registro escrito, sólo el 2,5% de la información provista en el primer pase es retenida en el último. Si se toman notas, se retiene el 85,5% de la información, pero este porcentaje aumenta al 99% cuando se utiliza una proforma estandarizada.(12)

¿Por qué los pases de pacientes no son eficientes?

En parte, los problemas que surgen en el momento del traspaso se originan en la forma en que están capacitados (o no) los profesionales de la salud en cuanto a trabajo en equipo y en 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 individual.

La cultura de la medicina, que históricamente no ha puesto suficiente énfasis en involucrar a los pacientes y sus familias en la prestación de atención, es otra causa fundamental. 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.

Por otra parte, si bien el alto grado de especialización de la medicina moderna puede mejorar el tratamiento, también implica más personas y unidades involucradas, fragmentando la atención y complicando la comunicación. Otro problema que contribuye a una mala comunicación es la pobre dotación de personal, que puede no reflejar la realidad demográfica de la comunidad a la que se está atendiendo.

Los pases de pacientes requieren de la aplicación e integración de habilidades clínicas y de comunicación, y una comprensión de los sistemas de atención, las cuales deben converger simultáneamente en una actividad que debe ser desarrollada de manera obligatoria y en poco tiempo. La adquisición de la capacidad para hacer esto bien, dada su complejidad, demanda años de perfeccionamiento en el campo.

Estrategias para mejorar los pases de pacientes

Si bien existe una interesante proliferación de literatura científica sobre traspasos de pacientes en los últimos años, las investigaciones sobre las mejores prácticas de pases para diferentes situaciones clínicas todavía siguen su curso. La falta de una estructura basada en la evidencia acerca del contenido, el proceso y las herramientas informativas de los pases, han llevado a que los mismos sean altamente variables y muy dependientes del operador. Sin embargo, estos estudios comienzan a arrojar indicios acerca de cuáles son los principios fundamentales para mejorar esta práctica, los que describiremos a continuación.

1. Comunicación cara a cara

La comunicación precisa y no ambigua, cara a cara entre las personas es la mejor manera de asegurar pases efectivos. Esta forma de comunicación brinda más oportunidades para clarificar la información, tan sólo permitiendo la verificación por parte de la persona que la recibe, leyéndosela o repitiéndosela al emisor para que este le confirme que ha entendido correctamente. Además de mejorar la entrega de información, el pase cara a cara brinda mejores oportunidades para la interacción social, la educación y la construcción de equipos de trabajo. Ningún otro método que pueda ser desarrollado para disminuir los tiempos (pases virtuales electrónicos, por teléfono, grabaciones, etc.) reemplaza a esta interacción humana, que crea un clima de mutuo entendimiento y apoyo que termina beneficiando al paciente. Un estudio investigó los pases verbales grabados de un turno a otro.⁽¹³⁾ Si bien el tiempo del pase resultó menor que cuando se hacía cara a cara, se observó que las grabaciones no revelaban adecuadamente la condición general del paciente. Esto puede llevar al personal a tener que perder todavía más tiempo encontrando y clarificando información sobre el paciente.

2. Documentación

Los principales trabajos sobre este tema recomiendan que el pase verbal sea complementado por alguna forma de documentación. Los médicos generalmente se limitan a hacer un pase exclusivamente verbal, mientras que las enfermeras suelen además tomar notas. Los pases verbales sin registro dependen fuertemente de la memoria y son considerados por muchos como una práctica de con alto riesgo de errores. Un estudio sobre el desempeño de un grupo de médicos en distintos ciclos de simulación de pases observó que sólo el 33% de la información era retenida en el primer pase y que sólo el 2,5% de la información era retenida luego de cinco ciclos de pase (un verdadero juego de “teléfono descompuesto”).(12) La utilización de alguna hoja proforma con los ítems fundamentales que se deben registrar parece colaborar fuertemente con el mantenimiento de los datos. Además toda la información esencial deberá quedar adecuadamente documentada en la historia clínica.

3. Estandarización flexible

Los procesos en salud pueden ser rutinarios y repetitivos o no rutinarios. Los pases de pacientes claramente se encuadran dentro de la primera categoría, siendo procesos muy similares pero no idénticos todas las veces. Los procesos de rutina pueden ser definidos y mejorados mediante la utilización de listados de verificación (“Checklists”) y guías de práctica clínica que, si bien estandarizan, dejan espacio para variar de acuerdo a la situación. La estandarización permite que la información sea transmitida de manera eficiente y confiable. (14)

Bajo un efectivo proceso de pase estandarizado, todos los participantes conocen el propósito del mismo y la información que se requiere conocer y comunicar. Saben además cuál es la documentación necesaria. Cuando se establece un sistema de este tipo, el personal de planta más antiguo garantiza que la estructura del pase mantenga la forma y el tiempo que se ha

acordado, sin atajos, y que se encuentren presentes quienes deben estar. La relevancia de la información a transmitir estará determinada por la información que necesita ser comunicada para transferir la responsabilidad de la atención. La entrega debe incluir las acciones y el grado de vigilancia requeridos para garantizar una atención segura.

Sin embargo, la estandarización que se elija debe ser flexible, adaptándose a las necesidades de los pacientes y del personal que participa de los pases. Estas necesidades varían mucho entre las distintas unidades clínicas de una misma institución. No es lo mismo, ni en funciones ni en tipo y cantidad de personal, la realidad de la terapia intensiva que la de guardia, piso o quirófano. El médico a cargo del paciente puede no encontrarse en el lugar o, encontrándose, puede no estar disponible (ej: cirugía, anestesia). Los pases entre distintas unidades o instituciones tienen a su vez su propia complejidad. Puede estar involucrado además un equipo de transporte, requiriendo pasos de comunicación extras, originando retrasos durante los cuales la condición del paciente puede deteriorarse. Inevitablemente las prioridades, la cultura y la cantidad de personal de las distintas unidades difieren en formas que pueden agregar riesgo al proceso de pase (ej: traslados de pacientes de unidades de UTI, con alta especialización y cantidad de personal a piso clínico, que cuenta con menos personal).

La necesidad de desarrollar soluciones estandarizadas que mejoren la evolución de los pacientes debe ser reconocida, y resulta prioritario que el personal de la salud se involucre en el diseño de la estructura del pase, desarrollando soluciones que sean compatibles con la práctica y la cultura local. El agregado de tiempo innecesario, trabajo o complejidad al pase puede disminuir la seguridad del paciente, la calidad de atención y la satisfacción del staff. Por ello, la estandarización del proceso tiene que tener la clara intención de asegurar la seguridad del paciente armonizándolo con el contexto del servicio que se trate.

Para comprender mejor el concepto de estandarización flexible, podemos mencionar este ejemplo: (1)

El pase de un paciente con insuficiencia renal crónica será diferente si el mismo se realiza en el piso de internación clínica que si se realiza en la unidad de diálisis. En el pase de piso, la información a transmitir debe incluir la logística para organizar la diálisis y el manejo de la atención peri-diálisis, tales como la hora, forma y responsable de trasladar al paciente a la unidad de diálisis o la indicación de evitar tomar la presión arterial o colocar vías en el brazo con la fístula arterio-venosa. En la unidad o centro de diálisis, sin embargo, el pase del mismo paciente incluirá detalles técnicos de la diálisis (tiempo y duración, acceso venoso, infusión de heparina durante la diálisis y anomalías en los electrolitos que podrían requerir una intervención.) Si bien algunos datos clínicos, como la razón para admitir al paciente y el tratamiento hasta el momento, serán los mismos en los dos pases, el conjunto de datos mínimos que requieren unos y otros son levemente diferentes y dependen del ámbito local, de ahí el término “estandarización flexible”.

4. Liderazgo organizacional

Si bien el entusiasmo y el esfuerzo individual para mejorar los pases son bienvenidos, es poco probable que los mismos puedan llevar por sí solos a la adopción de un proceso de transferencia de información y responsabilidad estandarizado, con cambios que puedan sostenerse en el tiempo. La alta rotación del personal de la salud y la reducción de cargas horarias con mayor cantidad de turnos pueden conspirar contra el éxito sostenido y consistente del cambio que se propone. Las autoridades de la institución deben brindar los recursos necesarios y la mejora de los actuales procesos de pase debería ser también parte de su agenda y responsabilidad. Los intentos de cambios organizativos funcionarán mejor si se encuentran en sintonía con los objetivos y valores de la organización.

Será responsabilidad de los líderes enfatizar que la mejora de los actuales procesos de pase es una prioridad. Como en las organizaciones las prioridades compiten entre sí, resulta importante identificar otros proyectos de seguridad del paciente y cambios en la práctica que se estén llevando a cabo para evitar una “fatiga de cambios” en el personal. Idealmente la mejora de los pases debe estar alineada con los planes de calidad y seguridad de la institución.

Es importante reconocer que cuando se trata de cambiar prácticas clínicas, muchos profesionales pueden no sentir la necesidad de un cambio. El liderazgo entonces deberá ser demostrado a través de una clara comprensión de las deficiencias en las actuales prácticas de pase, ayudando a que el personal comprenda las razones para cambiar (experiencias de eventos adversos propios, bibliografía científica, etc). Por otra parte, no se puede liderar lo que no se conoce, por lo cual las autoridades deberán realizar un esfuerzo para comprender las prácticas propias de cada servicio desde la perspectiva de los médicos y enfermeras. Esta perspectiva debería incluir el contexto (clima de trabajo en equipo, atención multidisciplinaria), el contenido (información que se intercambia) y el actual proceso de pases de pacientes. Algunas personas pueden tener muy buenas ideas para mejorar que deberán ser consideradas en el diseño e implementación del nuevo proceso.

Por último, los jefes deberán comprender tanto las motivaciones que pueden apoyar como las barreras que pueden comprometer los cambios en los actuales sistemas de pase. Las mismas pueden tener que ver con factores estructurales y humanos tales como la sobrecarga de trabajo, la falta de espacio, la disponibilidad de la historia clínica y la adherencia de los profesionales a las actuales normas y procedimientos de la institución.

Programa para mejorar los pases de pacientes

Describimos a continuación algunos de los pasos recomendados para desarrollar programas de mejora de transferencia de información y responsabilidad.

1. Armado de un equipo
2. Análisis de los actuales procesos de pase de pacientes
3. Desarrollo de herramientas y técnicas de estandarización del pase
4. Implementación
5. Evaluación y mantenimiento

1. Armado de un equipo

Si bien el número exacto de miembros y la sumatoria de capacidades de cualquier equipo pueden ser variables, se sugiere que en una etapa inicial este equipo cuente con lo siguiente: (1)

- Un líder de proyecto
El líder de proyecto deberá ser un médico que tenga un alto interés en programas de calidad en general y en la mejora de los pases en particular
- Apoyo de la alta dirección
Un representante de la dirección servirá de apoyo al equipo, destacando la prioridad y brindando los recursos que se requieran.
- Experiencia en calidad y seguridad
La presencia de personas con experiencia en calidad y seguridad garantizará que el proyecto se encuentre alineado con otros proyectos de mejora. Es deseable que se involucren desde un primer momento individuos con una visión sistémica de los problemas.

- Líderes Clínicos
Los líderes o “campeones” efectivos suelen ser médicos muy respetados, que idealmente tienen experiencia en la especialidad que se ve afectada por la iniciativa bajo consideración. Un buen campeón tiene gravitación profesional, no siendo absolutamente necesario que tenga gravitación organizacional
- Experiencia en docencia y capacitación
La mejora de los actuales sistemas de pase requiere significativos esfuerzos para capacitar y entrenar a los médicos y enfermeras. La presencia de docentes y comunicadores experimentados facilitará este proceso.
- Input de pacientes, cuidadores y consumidores
Puede involucrarse a un paciente o cuidador en el equipo. Alternativamente un miembro del equipo puede buscar las opiniones de pacientes o consumidores (por ejemplo a través de entrevistas o encuestas). La necesidad de esta perspectiva debería ser considerada desde el inicio del proyecto.
- Educadores o consultores externos
Para poder capacitar al personal, el propio equipo que promueve el cambio del sistema de pase deberá estar a su vez capacitado a través de especialistas en este tipo de temas (comunicación, cambio, etc.,) que pueden ser invitados a sesiones reducidas. Se deberá conocer además toda la literatura relevante respecto a pases de pacientes.

Siempre debe recordarse que algunos miembros del equipo pueden estar involucrados en muchos proyectos de mejora al mismo tiempo. Si se quiere que el proyecto de mejora de pases sea exitoso se deberá destinar un tiempo específico para discutir el tema, sin superponerse con otros.

2. Análisis de los actuales procesos de pase de pacientes

Para poder proponer cualquier mejora, el equipo deberá comprender en detalle cómo son las actuales prácticas de pases de pacientes en y entre las distintas unidades. Esta etapa del programa debe ser muy colaborativa y los médicos y enfermeras a los que se entrevista o se observa a través de grabaciones deben tener la certeza de que dicho análisis no busca emitir un juicio de valor y que no será utilizado para evaluaciones del desempeño individual. La falta de la colaboración de los profesionales asistenciales en esta etapa tendrá un significativo impacto negativo en el futuro del proyecto.

Pueden existir diferencias en la percepción que tienen de los pases los jefes y médicos más experimentados y los médicos residentes. Si es así, deberá tomarse nota. Mediante técnicas de observación, también suelen encontrarse diferencias entre la percepción de lo que se hace y la práctica real. Raramente hacemos lo que decimos que hacemos. Resulta fundamental identificar y comprender esta brecha antes de proceder a diseñar cualquier solución.

Las observaciones y entrevistas estructuradas deben ayudar a responder las siguientes diez preguntas. El ejercicio de responder a las mismas ayudará al diseño e implementación de soluciones para mejorar los pases de pacientes: (1)

1. ¿Qué tipos de pases de practican actualmente?

La actual práctica de pases debería ser claramente descripta, (por ejemplo si se realiza al borde de la cama, en la sala de médicos, etc). También si el contenido es transmitido en forma verbal, en un formato escrito o en ambos. El receptor de la información, ¿la registra o confía solamente en su memoria? El equipo deberá chequear además si existe alguna norma o protocolo respecto a los pases de pacientes. Si la hay, es importante verificar si el personal la conoce y la cumple

2. ¿En qué momento ocurren los pases?

Para evitar pérdidas de tiempo del personal y jerarquizar el proceso, el pase de guardia o de turno debería ser llevado a cabo en una hora y lugar fijo, exigiendo puntualidad. La efectividad del pase se verá a su vez afectada por la estructura de trabajo que tenga la unidad, por lo que resulta de vital importancia conocerla. En el diseño de los turnos debe contemplarse la necesidad de tiempo compartido entre los profesionales que entran y los que salen. La falta de superposición de horarios resultará en un mal pase, ya que los que finalizan su turno querrán retirarse cuanto antes. La duración del pase tampoco debe ser muy prolongada, ya que esto puede originar confusiones en cuanto a quién tiene la responsabilidad de la atención durante el tiempo superpuesto.

3. ¿Cuál es el rol de los pacientes y sus familias?

La atención centrada en el paciente implica la activa participación de los mismos y de sus familias en la atención. Como los pacientes son el eslabón común entre todas las formas de traspaso, deberían ser incluidos, aumentando en general la efectividad del pase. Aún cuando no se anticipe una activa participación del paciente y de su familia en el pase, sus preocupaciones respecto a los cambios de médicos a cargo deberán ser exploradas y atendidas. Se debe considerar, si resulta apropiado, el pase al borde de la cama, ya que algunos estudios han demostrado que aumenta la satisfacción del paciente y su seguridad.(15)

4. ¿Quiénes participan y quién lidera los pases?

La responsabilidad general del pase debería recaer sobre un profesional designado (generalmente el de más experiencia o rango), quien debe asumir el liderazgo, iniciando el pase y supervisando a las distintas personas que intervienen individualmente. Esta persona debería asegurar que se brinde toda la información relevante y de que las acciones a

tomar sean comprendidas por el personal entrante. Un liderazgo fuerte mejora la eficiencia del pase y la seguridad de los pacientes, minimizando el riesgo de omisiones y malos entendidos.

Si bien la atención de los pacientes es multidisciplinaria, mucha de la comunicación, incluyendo el pase, se realiza entre personas de una misma disciplina (médicos a médicos y enfermeras a enfermeras). Debe reconsiderarse si éste es el mejor modelo o si la introducción de un modelo multidisciplinario podría mejorar la seguridad de los pases. Esto no siempre es fácil de hacer en servicios que no son cerrados, con profesionales de distintas disciplinas que tienen distintos horarios y localizaciones. Otras veces, no hay espacio físico suficiente para involucrar a todos los que intervienen en la atención.

Las recorridas multidisciplinarias (médicos, enfermeros, kinesiólogos, nutricionistas, etc.) han sido propuestas por muchos para reducir el riesgo de discontinuidad en la atención. Esto es especialmente importante en situaciones clínicas complejas o cuando muchos profesionales o equipos interactúan permanentemente, como ocurre en las terapias intensivas, por ejemplo. Sin embargo, la participación de muchos equipos o profesionales en el proceso de pase no siempre resulta en un uso eficiente del tiempo, sobre todo en los casos en los cuales cada miembro del equipo lleva adelante sus tareas de manera independiente. A pesar de ello, como la atención del paciente es multidisciplinaria, siempre se requiere algún nivel de coordinación (ej: la enfermera que sale sabe qué equipos necesitan ver a qué pacientes, y pasará esa información a la enfermera entrante.)

5. ¿Cómo se garantiza la continuidad de la atención de los pacientes durante los pases?

Como los pases generalmente retiran al personal clínico de la atención directa de los pacientes, es muy importante garantizar que la atención de los pacientes continúe y no se vea afectada por el pase. El equipo debería identificar cuán bien se cumple con esto y cuáles son los actuales métodos para garantizar la continuidad de la atención durante el pase.

Entre los tipos de atención que podrían tener que ser brindadas en el momento del pase se pueden incluir:

- Ingresos previstos o traslados, especialmente de pacientes inestables
- Tratamientos o situaciones que deben ser atendidas en ese momento específico
- Emergencias inesperadas durante el pase
- Respuesta al llamado de los pacientes

6. ¿Cómo se documenta el pase (si se lo hace) y qué relación tiene este registro con la historia clínica?

Alguna información que se maneja durante el pase debe ser regularmente remitida a la historia clínica, formando parte permanente de la misma (ej: cambios en el diagnóstico o tratamiento, epicrisis de salida de terapia intensiva o de recuperación anestésica etc.). Otra es de menor relevancia en cuanto a su duración en el tiempo (ej: “tiene turno de tomografía a las 15:00 hs, y estamos esperando al camillero para que lo lleve”). La información del pase puede estar siendo transmitida en forma verbal, puede ser cargada en un sistema o simplemente anotada en un papel como ayuda memoria. El equipo deberá identificar claramente la distinción entre este tipo de registro y cualquier otra documentación “oficial” del paciente. A su vez se deberá ponderar si la documentación del pase debería ser archivada en la historia clínica o de alguna otra forma. La historia clínica electrónica invalida esta opción. Debe

remarcarse que la documentación del pase no reemplaza la necesidad de registrar claramente en la historia clínica del paciente su evolución y el plan de atención.

7. ¿Qué otras funciones cumple el pase?

Además de transmitir información y responsabilidad, los pases suelen cumplir otras funciones importantes. El mismo proceso brinda una oportunidad para discutir opciones en grupo y gatillar la toma de algunas decisiones clínicas. Además, son una importante fuente de enseñanza para los médicos y enfermeras más jóvenes, que aprenden la práctica y la cultura del lugar interactuando con profesionales más experimentados. Los pases sirven además para fortalecer los lazos entre el personal. Si la implementación de un formato de pase más estructurado compromete estas importantes funciones, habrá que buscar la mejor forma de conservarlas.

8. ¿Es el actual proceso de pases eficiente?

Algunos factores afectan la eficiencia y efectividad de los pases: interrupciones, ambientes ruidosos, falta de conciencia de su importancia, fatiga, stress, etc. Es importante que el equipo que estudia los actuales procesos de pases reconozca el impacto de estos factores en el proceso. Cualquier factor de distracción debería ser identificado y resuelto. Las soluciones pueden ir desde garantizar el número de sillas suficientes, a disponer de un ambiente con cierta privacidad y ajeno al ruido, hasta la prohibición de cualquier actividad que no tenga que ver con el pase (como por ejemplo, comer durante el mismo.)

9. ¿Hay un formato estandarizado para transmitir la información del pase?

La efectividad del pase puede ser mejorada con un formato estandarizado que garantice la transmisión de la mayoría de la información. Es probable que el equipo observe que ya existe

algún grado de estandarización formal o informal. Si es así, este hecho debe ser descripto, identificando si hay mucha variabilidad en la utilización de este formato e investigando cuáles son sus causas (ej: falta de tiempo). Todos los pases clínicos deberían seguir un formato particular y debería disponerse de un checklist o listado de verificación para asegurar que se cubran todos los aspectos. La utilización de un set de datos mínimos en cada pase individual minimizará interrupciones por parte del receptor, que no se adelantará preguntando aspectos que sabe que van a quedar aclarados si se aplica el formato.

10. ¿Se utilizan herramientas para ayudar a la preparación y al proceso del pase?

Distintas herramientas pueden ser utilizadas para ayudar a los pases clínicos: pizarrones, proyección electrónica de datos, guías claras para pasar información, calculadoras, sistemas de pases electrónicos etc. Cualquier herramienta de ayuda debería forzar a documentar la clara transferencia de responsabilidad. Es importante que todos utilicen la misma herramienta. Por ejemplo, la combinación de un libro de pases y de un sistema electrónico puede disminuir la seguridad.

Hay básicamente tres técnicas que pueden ayudar al equipo a contestar estas preguntas: el diseño de un diagrama de las actuales guardias y cambios de turno, observaciones estructuradas y entrevistas personales, también estructuradas. La utilización de encuestas como herramienta de investigación es desaconsejada por limitaciones en la riqueza de la información que se puede obtener con este método. La realización del diagrama servirá para que el equipo pueda comprender de qué manera la estructura de turnos de las distintas unidades o de la guardia puede afectar el proceso de pase. Las sesiones de observación siempre deberían ser realizadas para estudiar los actuales pases. Se han utilizado en

forma satisfactoria videos,(16) si bien las observaciones pueden ser registradas también a mano. En general los observadores deben ser médicos o enfermeras, con el beneficio de que comprenden el sistema actual y el lenguaje utilizado. Sin embargo, sus observaciones pueden estar un poco sesgadas. Los observadores que no son profesionales de la salud raramente son aceptados. El número de observaciones requerida es altamente variable, pero algunos trabajos aconsejan un mínimo de 10 sesiones en un mismo servicio para que el equipo pueda tener una cabal muestra del rango de prácticas existentes. Por último, todos los entrevistados deben responder a las mismas preguntas, diseñadas de antemano. Las entrevistas deben realizarse a profesionales con distintas jerarquías en el servicio y deben dar la oportunidad para describir el actual proceso y de sugerir formas para mejorarlo.

3. Desarrollo de herramientas y técnicas de estandarización del pase

La Organización Mundial de la Salud, y la Joint Commission International recomiendan que a todas las organizaciones de atención sanitaria implementen un enfoque estandarizado para la comunicación entre el personal en el momento del traspaso, en los cambios de turno y entre las distintas unidades de atención al pacientes. Específicamente, recomiendan la utilización de la técnica SBAR.(2) El término SBAR es un acrónimo, que por sus siglas en inglés significa **S**ituation, **B**ackground, **A**ssessment y **R**ecommendation. Traducido al español, el acrónimo queda como SAER (**S**ituación, **A**ntecedentes, **E**valuación y **R**ecomendación)

Esta herramienta sigue el modelo de los procedimientos militares navales y fue adaptado a la asistencia sanitaria por Michael Leonard, Doug Bonachum y Suzanne Graham, de Kaiser Permanente (uno de los operadores de salud más importantes de los EE.UU). La técnica proporciona un marco estándar para la comunicación en el momento de traspasos de atención de pacientes. Si

bien puede aplicarse para enmarcar la información a transmitir en cualquier punto de la atención, resulta especialmente útil en situaciones críticas en las cuales se requiere una respuesta inmediata.. Permite clarificar cuál es la información que debe transmitirse entre los miembros del equipo y la manera más efectiva de hacerlo. También ayuda a desarrollar el trabajo en equipo y a fomentar una cultura de seguridad.

La técnica brinda un formato estructurado con cuatro secciones que asegura compartir información concisa y focalizada. Permite que el personal se comunique de manera asertiva y efectiva, reduciendo las repeticiones. La técnica **SBAR (SAER)** sirve así como un recordatorio que lleva al personal a transmitir la información con el nivel de detalle que se precisa para la situación. El simple hecho de que se proporcionen oportunidades para que los prestadores de atención hagan preguntas y las resuelvan puede mejorar la efectividad de las comunicaciones en el momento del traspaso..

A continuación, se describen los pasos: (17)

1) **Situación**

Este primer paso busca transmitir lo que está pasando con el paciente.

- Identifíquese a usted mismo, su ocupación y el lugar desde el que está llamando o proviene.
- Identifique al paciente por su nombre, edad, sala y especifique la razón de su llamado/consulta
- Describa brevemente: el problema y qué es lo que le preocupa. Incluya signos vitales

Ej: "Habla la Lic. Fabiana Pérez, enfermera de la sala de mujeres del turno noche. Lo llamo por la paciente María Gómez, de 75 años, de la habitación 23. El problema es que está deteriorando el sensorio. Pasó de un Glasgow de 15/15 a otro de 10/15.(M4/V4/O2) Se encuentra isocórica y tiene una leve hemiparesia izquierda . Está hipertensa (170/110), y taquipneica. Me preocupa el rápido deterioro.

2. Background – Antecedentes

Se define en este paso cuáles son las condiciones previas y el contexto. Para esto, quien está transmitiendo la información tiene que haber recogido información de la historia clínica del paciente.

- Motivo y fecha de ingreso
- Datos significativos de la Historia
- Se le informa entonces al consultor o a quien toma al paciente sobre el diagnóstico principal de ingreso, procedimientos realizados, medicación actual, alergias, resultados de laboratorio o de imágenes relevantes y cualquier otra información clínica útil.

Ej: La Sra. Gómez ingresó hace dos días por una fractura de cadera. Está a la espera de la prótesis y se operaría entre mañana y pasado. Es diabética, controlada con hipoglucemiantes orales y se encontraba medicada con analgésicos y profilaxis de TVP. Tiene antecedentes de HTA de larga data, medicada con Enalapril. No tiene antecedentes alérgicos. Los últimos resultados de laboratorio son normales. El último control de enfermería fue a las 19:30 y la paciente se encontraba lúcida, orientada en tiempo y espacio y con Glasgow 15/15. En la historia clínica figura que al caerse también tuvo un TEC leve sin pérdida de conocimiento. No se realizó TAC cerebral.

3. Assessment – Evaluación

En este paso, quien presenta al paciente debe establecer cuál es su evaluación de la situación. Esto lo obliga a pensar críticamente cuando informa a otros profesionales acerca de cómo considera el problema y cuál puede ser la causa subyacente de la condición actual del paciente. No sólo se trata de describir los hallazgos de su examen. A partir del mismo y de la revisión de otros indicadores objetivos (ej: laboratorio) se debe intentar arribar a alguna conclusión.

Ej: “Creo que hay que descartar que el paciente esté sufriendo un ACV, ya sea embólico, por la inmovilidad/ el antecedente de fractura o hipertensivo por su actual TA.

Tampoco podría descartarse alguna contusión o hematoma post TEC. Mi preocupación es el brusco deterioro que presentó y temo que continúe emperorando.”

También cabe la posibilidad de que quien consulta no tenga ninguna idea acerca de cuál puede ser la causa del cuadro. En esos casos, se puede decir:

“No sé qué es lo que tiene, pero me preocupa”

4. Recomendación

En este último paso, quien consulta o presenta al paciente debe intentar establecer qué es lo que se debería hacer dada la situación para corregir el problema. En otras palabras, qué es lo que espera que pase al finalizar la conversación con el médico.

- Explique qué es lo que usted necesita. Sea específico acerca del pedido y del margen de tiempo.
- Realice sugerencias
- Clarifique expectativas

Ej: “Creo que requiere una tomografía computada urgente y pase a UTI. Quiere que me comunique con el servicio de Rayos?”

“Necesito que venga a verla urgente”

Este último paso es especialmente importante y no debe pasarse por alto. En nuestro país, es frecuente que el personal clínico menos experimentado (auxiliares de enfermería, residentes de años inferiores, etc.) encuentren embarazoso realizar sugerencias. La recomendación es importante porque claramente describe la acción que el mensajero necesita. Por eso, cuando el personal se sienta incómodo brindando recomendaciones, puede ser necesario darle ánimo y apoyo extra. Una buena forma de empezar en estos casos puede ser probando la herramienta con otros colegas más experimentados.

Cualquier orden o información recibida (indefectiblemente en casos de comunicación telefónica) debe ser repetida por quien la recibe para garantizar la comprensión.

La incorporación de la técnica SBAR(SAER) en la práctica de todos los días puede parecer muy fácil, pero requiere de considerable entrenamiento. Puede ser muy difícil cambiar la forma en la que se comunica la gente, particularmente con superiores jerárquicos.

Ventajas de la Técnica SBAR-SAER

La técnica crea un modelo mental compartido para una transferencia concisa, estructurada y estandarizada de información entre el personal clínico. Provee un marco para la comunicación entre los miembros del equipo de salud sobre la condición de los pacientes. Entre sus ventajas podemos mencionar:

- Fácil de recordar
- Concreto
- Utilizable en todas las situaciones
- Especialmente en las condiciones críticas
- Requiere una atención inmediata
- Facilita la acción

Usos y ámbitos recomendados para la técnica SBAR SAER

- Pacientes internados o ambulatorios
- Comunicaciones urgentes y no urgentes
- Conversaciones enfermera-médico (especialmente útil)
- Consulta médico-médico
- Conversaciones con profesionales auxiliares (ej: kinesiólogos, nutricionistas, etc)
- Pases de guardia o turno
- Preocupación creciente

Las reuniones multidisciplinarias y los pases de sala pueden ser un buen ejemplo del proceso en acción. La mayoría de los presentes se encuentran en posición de ayudar a establecer el manejo más apropiado para el paciente en discusión. El médico directamente

responsable presenta la situación actual y los antecedentes relevantes. La evaluación incluirá una discusión con este médico para clarificar los hallazgos clínicos y luego todos juntos revisarán los resultados de los estudios más relevantes. Las recomendaciones son luego consensuadas por todos los presentes. Esto queda documentado en la historia clínica para su implementación.

Otro ejemplo en donde esta herramienta aportaría claridad y una mejor atención es la llamada de emergencia a un colega que se encuentra durmiendo (típicamente un residente a su jefe o a un médico de planta). Cuando se despierta a alguien a la noche, toma cierto tiempo absorber los hechos y responder. El proceso se verá muy facilitado por una clara presentación de la situación, los antecedentes, la evaluación y el tratamiento que se propone. En pacientes potencialmente quirúrgicos, es muy posible que el cirujano más experimentado necesite más de un estímulo para evaluar al paciente o llevar a cabo la cirugía recomendada. En estos casos, el pedido de ayuda directa debería quedar claro como parte de la recomendación para que no haya ningún malentendido. Después de todo, no es de extrañar que el médico consultor prefiera seguir durmiendo...

Recomendaciones útiles para la aplicación de la técnica SBAR SAER

Es muy importante que el personal recuerde en todo momento cómo debe utilizarse esta herramienta. Los hospitales que utilizan la técnica SBAR SAER desde hace años encuentran útil lo siguiente:

- Pequeños recordatorios impresos en carteleras internas
- Plastificados del tamaño del bolsillo
- Adhesivos junto a los teléfonos (sirven como recordatorios)
- Hacer que la gente sienta que es correcto recordar a la otra parte la necesidad de utilizar el protocolo establecido. Por ejemplo. *“Para saber si lo entendí, ¿cuál es su recomendación?”*

- Tomarse el tiempo necesario para discutir y refinar en equipo la herramienta (si bien los pasos son fijos, en cada uno se puede desarrollar un checklist y las instituciones pueden inventar uno propio)

4. Implementación

Una implementación exitosa requiere del compromiso sostenido del personal y del desarrollo de material de apoyo, incluyendo capacitación, recordatorios y herramientas de comunicación. La escala del plan de implementación variará considerablemente dependiendo del tamaño que tenga el proyecto. Un intento de implementación en todo el hospital o clínica será completamente distinto a uno que involucre a un solo servicio o especialidad. La implementación a gran escala debe ser puesta en consideración a las autoridades institucionales y al departamento de calidad si lo hubiera.

La fase de implementación consume mucho tiempo y el equipo necesita distribuir la carga de trabajo en los líderes clínicos más respetados para mantener el entusiasmo por el proyecto. Lo ideal es que participe más de un “campeón” clínico por servicio, descargando la presión de los miembros del equipo original. Este mismo equipo deberá también considerar los costos del proyecto en términos de horas invertidas en capacitación, impresiones gráficas, etc.

En esta etapa, resulta fundamental que el equipo tenga conciencia de cuáles son las barreras potenciales que pueden comprometer el éxito del programa y que desarrolle estrategias para derribarlas. Entre las mismas, podemos mencionar:

- Reticencia de los médicos y otros profesionales de la salud a modificar conductas ancestrales.
- Falta de disponibilidad de los miembros del staff clínico que se necesitan para el pase.
- Presión de tiempo a causa de las necesidades de atención del paciente y otras responsabilidades de los médicos que compiten con la prioridad del pase.
- Falta de recursos económicos y escasez de personal.
- Falta de conocimientos sobre cómo mejorar sistemas.
- Ausencia de liderazgo para imponer la implementación de nuevos sistemas y conductas.
- Dificultad para capacitar a todo el personal.

Resulta aconsejable comenzar con un proyecto piloto en alguna unidad donde el pase sea más manejable y en aquellas en donde haya más profesionales entusiasmados con la idea. Puede incluso llegar a testearse en un sólo cambio de turno. Lo importante es que puedan sacarse conclusiones acerca de los problemas que surjan y de la consistencia de la implementación, evaluando las sugerencias de los participantes y realizando las modificaciones que sean necesarias. Se debe agradecer adecuadamente a los participantes del proyecto piloto por sus aportes.

Una vez que el proyecto piloto ha sido completado y que se han incorporado las mejoras sugeridas, el nuevo proceso puede ser difundido en otras unidades y guardias mediante un abordaje escalonado. A la capacitación, que tiene que ser intensiva y obligatoria, se debe agregar una adecuada estrategia promocional con pósters, folletos explicativos, etc.

5. Evaluación y mantenimiento

A medida que se implementa, el plan de mejora de pases debe ser permanentemente evaluado, entre otras cosas, para:

- Identificar precozmente “desviaciones” y evitar que el proyecto se encuentre a la deriva.
- Identificar consecuencias indeseadas, como el aumento de la carga del trabajo del personal por mayor ingreso de datos, actividades clínicas

que quedan desatendidas por pases muy largos, historias clínicas incompletas porque se utilizan formularios especiales de pase y esos datos no se vuelcan a la misma, etc.

- Garantizar que la solución se encuentre integrada a la práctica de todos los días.

Se debe tomar nota de la consistencia y exhaustividad con que se aplica el nuevo formato de pase, el nivel de participación del personal, el tiempo que dura el nuevo proceso y su grado de efectividad (ej: si son necesarias llamadas o consultas para clarificar la información). Las técnicas de evaluación son muy similares a las que ya describimos cuando se debía analizar la calidad de los pases actuales (observación directa, entrevistas con el personal participante, auditoría retrospectiva y prospectiva de la documentación, reporte de incidentes, etc.

La etapa de mantenimiento, finalmente, resulta fundamental para la sustentabilidad y el éxito del proyecto. Es importante que esta responsabilidad no recaiga sobre un solo grupo o individuo. El equipo del proyecto deberá garantizar la existencia de recursos y de responsabilidades asumidas para permitir que esta nueva práctica sea continua, más allá de la rotación que pueda tener el personal.

Si bien el “proyecto” nunca se acaba, una vez sentadas las bases e incorporado el nuevo sistema de pases a la práctica, ya no será necesario tener el mismo foco, ni los recursos ni la energía que se necesitó para la implementación de un proceso de pases estandarizado. En términos prácticos esto quiere decir que el equipo inicial puede ser desintegrado, pasando a formar el nuevo sistema de pases parte de las normas y procedimientos generales de la Institución.

A partir de allí el mantenimiento y la actualización de esta solución será una responsabilidad organizacional de las autoridades, quienes deberán velar para que no se pierda el buen hábito adquirido.

Los pases de pacientes son una práctica dinámica que puede y debe permitir cambios para evolucionar. La introducción de un cambio de esta magnitud en la práctica médica de todos los días no es fácil y requiere de considerable tiempo, recursos y energía. Habiendo dicho esto, la mejora de los pases es también un desafío en donde un grupo de trabajo local y comprometido tiene la posibilidad de marcar una diferencia significativa en pos de la seguridad de los pacientes.

Bibliografía

1. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2010). The OSSIE Guide to Clinical Handover Improvement. Sydney, ACSQHC.
2. Organización Mundial de la Salud./ The Joint Commission. Comunicación durante el traspaso de pacientes. Soluciones para la seguridad del paciente. Vol. 1 Solución 3. Mayo 2007
3. Joint Commission. (2006) Root causes of sentinel events, all categories.
4. Singh H, Thomas EJ, Petersen L., & Studdert DM. Medical errors involving trainees: a study of closed malpractice claims from 5 insurers. *Archives of Internal Medicine*, (2007) 167 (19), 2030-2036
5. Zinn, C. 14,000 preventable deaths in Australia. *BMJ*, 1995, 310:1487
6. Wong MC, Yee KV, Turner, P (2008). Clinical Handover Literature Review, eHealth Services Research Group. University of Tasmania Australia.
7. Bomba DT, Prakash R (2005). A description of handover processes in Australian public hospital. *Australian Health Review*, 29(1), 68-79
8. Ye K, Taylor DM, Knott, JC, Dent A, Mac Bean CE. (2007). Handover in the emergency department. Deficiencies and adverse effects. *Emergency Medicine Australasia*, 19, 433-441
9. Roughton VJ, Severs, MP. (1996). The junior doctor handover: current practices and future expectations. *J. R. Coll Physicians Lond.* 30(3), 213-214
10. Sexton A, Chan C, Elliot M, Stuart J, Jayasuriya R, Crookes P (2004). Nursing handovers: do we really need them? *Journal of Nursing Management*, 12(1), 37-42
11. Jagsi R, Kitch B, Weintein D, Campbell E, Hutter M, Weissman J. (2005) Residents report on adverse events and their causes. *Archives of Internal Medicine*, 165(22), 2607-2613
12. Bhabra G, Mackeith S, Monteiro P, Pothier D. An experimental comparison of handover methods. *Ann R Coll Surg Engl* 2007; 89:289-300
13. O'Connell B, Penney W. (2001). Challenging the handover ritual. Recommendations for research and practice. *Collegian*, 8(3), 14-18
14. Lillrank, P, Liukko M (2004). Standard routine and non-routine processes in healthcare. *International Journal of Health care Quality Assurance*. 17 (1), 39-46
15. Chaboyer W, McMurray A, Johnson, J, Hardy L, Wallis M, Chu FYS. (2008). Bedside handover: quality improvement strategy to "transform care at the bedside". *Journal of Nursing Care Quality*, Epub date. Oct 16, 2008.
16. Iedema R, Merrick E, Kerridge R, HerkesR, Lee B, Anscombe M (2009). Handover-Enabling learning in communication for safety (HELiCS): A report on achievements at two hospital sites.. *Medical Journal of Australia* 190 (11), S 133-S136
17. NHS Institute for Innovation and Improvement. SBAR-Situation-Background-Assessment-Recommendation. Quality and Service Improvement Tools, 2008. Accesibe por internet: www.institute.nhs.uk