



LECTURA CRÍTICA DE ARTÍCULO

Cambios en los errores médicos después de implementar un programa de transferencia

Artículo Original: Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, et al. Changes in Medical Errors after Implementation of a Handoff Program. *N Engl J Med* 2014; 371: 1803-12. [PubMed](#)

García Sánchez MJ (1), Martín Alcrudo S (2), Arnal Velasco D (3), Baca Morillas Y (1).

(1) H. Universitario Virgen de las Nieves. Complejo Hospitalario de Granada

(2) H. Cruz Roja San José y Santa Adela. Madrid

(3) H. Universitario Fundación Alcorcón.

Resumen

Aunque se ha avanzado bastante en reducir cierto tipo de eventos adversos (EA) prevenibles, la tasa de error sigue siendo alta. Los problemas de comunicación durante la transferencia asistencial son la principal causa de errores médicos graves y contribuyen a dos de cada tres eventos centinela.

Mejorar la transferencia asistencial se ha convertido en una herramienta prioritaria para mejorar la seguridad de los pacientes. Actualmente los programas de acreditación médica en algunos países incluyen formación y monitorización de la transferencia como parte de la evaluación de calidad de las instituciones sanitarias. Hay pocos estudios con diseños epidemiológicos rigurosos que evalúen las mejoras en seguridad con la aplicación de herramientas durante la transferencia de pacientes. Este estudio se lleva a cabo bajo la hipótesis de que, la aplicación de una herramienta de comunicación, podría dar lugar a mejoras en la seguridad del paciente.

Introducción

Aunque se ha avanzado bastante en reducir cierto tipo de eventos adversos (EA) prevenibles, la tasa de error sigue siendo alta. Los problemas de comunicación durante la transferencia asistencial son la principal causa de errores médicos graves y contribuyen a dos de cada tres eventos centinela (1).

Mejorar la transferencia asistencial se ha convertido en una herramienta prioritaria para mejorar la seguridad de los pacientes. Actualmente los programas de acreditación médica en algunos países incluyen formación y monitorización de la transferencia como parte de la evaluación de calidad de las instituciones sanitarias. Hay pocos estudios con diseños epidemiológicos rigurosos que evalúen las mejoras en

seguridad con la aplicación de herramientas durante la transferencia de pacientes. Este estudio se lleva a cabo bajo la hipótesis de que, la aplicación de una herramienta de comunicación, podría dar lugar a mejoras en la seguridad del paciente.

Resumen

Los autores realizan un estudio de intervención experimental con un programa de mejora de la transferencia asistencial que realizan los médicos residentes de nueve centros pediátricos hospitalarios con formación médica de EEUU y Canadá. Emplean una herramienta de estandarización de la comunicación a través de la aplicación de una regla nemotécnica a la transferencia oral y escrita (I-PASS

illness severity, patient summary, action list, situation awareness and contingency plans, and synthesis by receiver (Figura 1)). Este programa se asocia a formación en transferencia y comunicación y a la formación de los observadores del estudio. Miden las siguientes variables: tasa media de error, tasa de EA prevenibles, tasa de error de comunicación, flujo de trabajo y sostenibilidad del programa.

En 10.740 admisiones de pacientes, la tasa de errores médicos disminuyó en un 23% del período previo a la intervención con respecto al período posterior a la intervención (24,5 vs. 18,8 por 100 admisiones, $P < 0,001$), (Figura 2) y la tasa de eventos adversos prevenibles disminuyó en un 30% (4,7 vs. 3,3 eventos por 100 admisiones, $P < 0,001$). La tasa de eventos adversos no prevenibles no cambió significativamente (3,0 y 2,8 eventos por 100 admisiones, $P = 0,79$).

Se produjeron reducciones significativas de error en seis de los nueve hospitales, en todos se observaron incrementos significativos en la inclusión de los elementos clave especificados durante la transferencia. No hubo cambios con respecto a la duración de transferencias orales (2,4 y 2,5 minutos por paciente, respectivamente; $p = 0,55$) o en el flujo de trabajo.

Los autores concluyen que la ejecución del programa de transferencia se asoció con reducciones en los errores médicos, de los eventos adversos prevenibles y con mejoras en la comunicación, sin un efecto negativo en el flujo de trabajo.

I-PASS Mejor Transferencia. Cuidado Seguro.

I	Severidad de la enfermedad	• Estable, observable, inestable
P	Resumen del paciente	• Resumen estado • Eventos que motivaron su ingreso • Curso hospitalario • Evolución • Plan
A	Lista de acciones	• Hacer una lista • Tiempo necesario
S	Conciencia de la situación y plan de contingencia	• Conocer lo que va pasar • Plan para lo que pueda pasar
S	Síntesis por el receptor	• Resumen de lo que ha oído • Formula cuestiones • Resalta la acción clave a realizar

Figura 1. I-PAS. Mejor Transferencia. Cuidado Seguro Traducido y modificado de Starmer AJ (6)

Incidencia de errores médicos, eventos adversos prevenibles, y subtipos de errores médicos antes y después de implementar la herramienta de transferencia I-PASS

	Antes (N=5516) # total (#/100 admisiones)	Después (N=5224) # total (#/100 admisiones)	Valor p
Total de errores médicos	1349 (24,5)	981 (18,8)	<0,001
Eventos adversos prevenibles	261 (4,7)	173 (3,3)	<0,001
Casi error o errores médicos sin daño	1088 (19,7)	808 (15,5)	<0,001
Subtipo de errores médicos			
Relacionados con diagnóstico (incorrecto, retrasado u omitido)	184 (3,3)	113 (2,1)	<0,001
Relacionados con terapia distinta a la medicación o procedimiento	112 (2,0)	77 (1,5)	<0,04
Errores relacionados con la historia clínica o examen físico	43 (0,8)	0	<0,001
Errores multifactoriales	239 (4,3)	106 (2,0)	<0,001
Errores de medicación	660 (12,0)	580 (11,1)	0,28
Errores de procedimiento	83 (1,5)	85 (1,6)	0,49
Cálidas	13 (0,2)	9 (0,2)	0,37
Infección nosocomial	15 (0,3)	14 (0,3)	0,79

Figura 2. Incidencia de errores médicos, eventos adversos prevenibles, y subtipos de errores médicos antes y después de implementar la herramienta de transferencia I-PASS Traducido y modificado de Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, et al. Changes in Medical Errors after Implementation of a Handoff Program. N Engl J Med 2014; 371: 1803-12.

Comentario

El principal interés de este trabajo radica en poner de manifiesto la necesidad de estandarizar la comunicación durante la transferencia de pacientes, mejorar la seguridad de los pacientes mediante la aplicación de herramientas que estructuren la comunicación y permitan una reducción de los errores asistenciales asociados.

Existe un creciente interés en este campo que pone de manifiesto la importancia de los factores humanos (2) en la seguridad del paciente. Factores fisiológicos, psicológicos y ambientales

pueden influir en la aparición del error. La falta de comunicación o la comunicación ineficaz entre los profesionales es un factor importante y determinante en la seguridad del paciente (3). Los obstáculos que impiden una comunicación eficaz son las diferencias culturales o de prioridades, la falta de trabajo en equipo entre médicos y/o enfermeras, las diferencias de género, los complejos personales, los sistemas jerárquicos intimidatorios, la falta de tiempo y la ausencia de procedimientos estructurados en comunicación efectiva (4).

La normalización de la comunicación oral es una práctica recomendada en 2008 por la JCAHO (Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations) como NPSG (5) (National Patient Safety Goals, Objetivos Nacionales en Seguridad del Paciente). En este contexto se han desarrollado una serie de herramientas de comunicación dirigidas a mejorar la seguridad de los pacientes: “*WalkRounds*” (rondas de seguridad), “*Safety Briefings*” (reuniones de seguridad) y la técnica de comunicación estructurada SBAR (Situación, Antecedentes, Evaluación, Recomendación). La regla nemotécnica (*I-PASS*) (7) aplicada por los autores de este trabajo vendría a incrementar la lista de herramientas aplicables a la mejora de la comunicación asistencial.

En nuestro medio se han dado algunos pasos en este sentido a través de [SENSAR](#) con la publicación de herramientas específicas de transmisión de la información en el paciente crítico (7-8) o en las transferencias asistenciales desde el área quirúrgica hasta la unidad de reanimación postoperatoria (9).

Este estudio tiene una calidad metodológica adecuada por lo que las

conclusiones del trabajo podrían ser de aplicación a otros ambientes sanitarios, aunque no debemos olvidar que este tipo de iniciativas están comenzando a tener cierta entidad en ambientes sanitarios maduros desde el punto de vista de la seguridad del paciente.

Bibliografía

1. Sentinel event data: root causes by event type. Chicago: The Joint Commission, March 19, 2014. [enlace](#)
2. Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care* 2004; 13, Suppl 1: 185-90. [PubMed](#)
3. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basavan P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians. Implications for patient safety and continuity of care. *JAMA* 2007; 297: 831-41. [PubMed](#)
4. Rosenstein AH, O'Daniel MO. A survey of the impact of disruptive behaviors and communication defects on patient safety. *Joint Comm J Qual Patient Saf* 2008; 34:464-71. [PubMed](#)
5. Topics in Patient Safety. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. National Patient Safety Goals for 2008, Goals 2. Improve the effectiveness of communication among caregivers. [Aquí disponible](#)
6. Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, Allen AD, Landrigan CP, Sexton TC. I-

- PASS Study Group. I-pass, a mnemonic to standardize verbal handoffs. *Pediatrics* 2012; 129: 201–204. [PubMed](#)
7. Bernardino-Santos M, Gómez-Arnau JI. El pase del paciente crítico o “Handoff” no es un telegrama. [Aquí disponible](#)
 8. Bernardino-Santos M, Arnal-Velasco D, Miró-Murillo M, et al. Check-list sistemático a pie de cama del paciente crítico: una herramienta útil para una transmisión de información (Hand-off) eficaz. [Aquí disponible](#)
 9. García-Sánchez MJ, Fernández-Guerrero C, López-Toribio P, et al. Calidad del registro escrito del médico anestesiólogo durante la transferencia de pacientes postoperados: influencia de la aplicación de una herramienta de comunicación estructurada. *Rev Esp Anestesiología y Reanimación* 2014, 61: 6-14. [PubMed](#)

Correspondencia al autor

M^a José García Sánchez
mj.garciasanchez@gmail.com
FEA Anestesia y Reanimación
H. Universitario Virgen de las Nieves. Complejo Hospitalario de Granada

Sonsoles Martín Alcrudo
dramartin.anestesista@gmail.com
FEA Anestesia y Reanimación
H. Cruz Roja San José y Santa Adela. Madrid

Daniel Arnal Velasco
darnal@anestesiario.org
FEA Anestesia y Reanimación
H. Universitario Fundación Alcorcón.

Yolanda Baca Morillas
bacamorilla@hotmail.com
FEA Anestesia y Reanimación H. Universitario
Virgen de las Nieves. Complejo Hospitalario de Granada

[Publicado en AnestesiaR el 17 de agosto 2015](#)