



LECTURA CRÍTICA DE ARTÍCULO

El pase del paciente crítico o “handoff” no es un telegrama

Artículo original: Cohen M, Hilligoss B, Kajdacsy-Balla A. A handoff is not a telegram: an understanding of the patient is co-constructed. Crit Care. 2012 Feb 8;16(1):303. ([PubMed](#))

Bernardino Santos M, Gómez-Arnau Díaz-Cañabate JI.

Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.

Resumen

Los errores de comunicación son unos de los problemas de seguridad más frecuentes en la asistencia hospitalaria. La transferencia de información puede ser deficitaria o errónea en múltiples niveles: entre instituciones sanitarias (de centro de salud a hospital y viceversa, por ejemplo), entre médico o enfermera y enfermo, entre médicos, o entre estos profesionales entre sí. Una situación muy típica en la que pueden producirse errores de comunicación es en la transferencia de información al cambiar un enfermo de dependencia o de servicio asistencial o en los pases de visita. En Anestesia en concreto hay situaciones como el cambio de anestesista en una cirugía, el traslado desde quirófano a reanimación u otras dependencias, etc. en que existen oportunidades de error.

En la literatura reciente hay un acuerdo generalizado en que una efectiva transferencia de información (“pase del paciente”, “handoff” o “handover”) entre el personal sanitario es fundamental para la seguridad del paciente, ya que facilita la continuidad y calidad de los cuidados y la coordinación entre todo el equipo sanitario, y así lo recomiendan las organizaciones internacionales de anestesiólogos. La prevención del error en la transferencia de información y conseguir una comunicación eficaz se plantean como objetivos de seguridad para el paciente desde el año 2006 y 2007.

Recientemente se ha publicado en Critical Care un trabajo donde se analiza el “handoff” del paciente crítico y lo presenta como una fotografía que deben construir de forma conjunta ambas partes. Describe de forma práctica un modelo de handoff y aporta ideas sobre cómo mejorar las técnicas de comunicación. Nos ha parecido útil comentarlo en estas páginas.

Introducción

Los errores de comunicación son unos de los problemas de seguridad más frecuentes en la asistencia hospitalaria. La transferencia de información puede ser deficitaria o errónea en múltiples niveles: entre instituciones sanitarias (de centro de salud a hospital y viceversa, por ejemplo), entre médico o enfermera y enfermo, entre médicos, o entre estos profesionales entre sí (1). Una situación muy típica en la que pueden producirse errores de comunicación es en la transferencia de información al cambiar un enfermo de dependencia o de servicio asistencial o en los pases de

visita. En Anestesia en concreto hay situaciones como el cambio de anestesista en una cirugía, el traslado desde quirófano a reanimación u otras dependencias, etc. en que existen oportunidades de error.



En la literatura reciente hay un acuerdo generalizado en que una efectiva transferencia de información (“*pase del paciente*”, “*handoff*” o “*handover*”) entre el personal sanitario es fundamental para la seguridad del paciente, ya que facilita la continuidad y calidad de los cuidados y la coordinación entre todo el equipo sanitario, y así lo recomiendan las organizaciones internacionales de anestesiólogos (5 y 6). La prevención del error en la transferencia de información y conseguir una comunicación eficaz se plantean como objetivos de seguridad para el paciente desde el año 2006 y 2007 (7 y 8).

Recientemente se ha publicado en Critical Care un trabajo donde se analiza el “*handoff*” del paciente crítico y lo presenta como una fotografía que deben construir de forma conjunta ambas partes. Describe de forma práctica un modelo de *handoff* y aporta ideas sobre cómo mejorar las técnicas de comunicación. Nos ha parecido útil comentarlo en estas páginas.

Resumen

Se define el término “*handoff*” o “*pase del paciente*” como el intercambio de información clínica cuando un nuevo médico o equipo médico asume el manejo de un paciente.

1.- La importancia de la transferencia de información sobre el paciente

El objetivo del “*handoff*” es proporcionar la información necesaria que permita aplicar medidas eficaces y seguras al nuevo médico que se hace responsable del paciente. Es un proceso complejo que habitualmente no se enseña de forma reglada dentro de la formación médica. Hay estudios que demuestran el doble de efectos adversos “*evitables*” en pacientes que están siendo atendidos por médicos de

guardia que pertenecen a equipos diferentes a los médicos responsables del cuidado diario (6).

Cuando la información es demasiado resumida los “*handoff*” se convierten en telegramas. En un estudio con médicos de medicina interna se observó que en la mayoría de los “*handoff*” de médicos residentes no había preguntas por parte del equipo receptor y aunque a primera vista pudiera parecer que era por conocimiento previo del paciente el estudio demostró que se omitía de forma sistemática información clínica relevante hasta en el 20% de los casos. Una transmisión unidireccional de información puede no ser suficiente para crear en la mente del médico receptor una idea global del paciente y de su posible evolución.

2.- Una comunicación eficaz es mucho más que una transmisión unidireccional

Para ilustrar qué significa un “*handoff*” se describe el concepto de la “*fotografía*” del paciente. Como ejemplo se presenta el caso clínico de un hombre de 63 años con shock séptico. El “*handoff*” de este paciente incluiría:

- Antecedentes médicos
- Evolución del cuadro clínico agudo
- Técnicas pendientes
- Dudas: “... *estuvo hipotenso anoche. Creo que puede estar hipovolémico tras la hemofiltración. Precisó drogas vasoactivas que se retiraron tras administrar volumen. No sé si pudiera estar séptico de nuevo...*”.
- Anticipación de sucesos: “... *si volviese a estar hipotenso yo añadiría antibióticos y solicitaría un TAC abdominal...*”.

La información en esta transmisión consigue crear una imagen fotográfica del paciente y orientar en los acontecimientos que pueden suceder al médico que lo recibe. Si, por el contrario, el médico solo hubiese dicho “*estuvo corto de volumen la pasada noche*”, aunque el concepto fuera el mismo la información carecería de orientación diagnóstica y no tendría las mismas implicaciones en el tratamiento.

3.- ¿Qué se puede aprender de la investigación cognitiva para mejorar los *handoff*?

En cualquier *handoff* existen dos posibilidades: que el “*modelo mental*” del emisor y del receptor sea similar ó diferente. Ambas situaciones tienen aspectos positivos y negativos.

Si ambos son similares se crea el modelo mental común y será más fácil la comunicación y transmisión de información, pero se corre el riesgo de perpetuar un diagnóstico incorrecto al no plantear discusiones.

Si los modelos mentales son diferentes es más difícil la comunicación y estar seguro de que el receptor reciba y asimile la información completa, pero en cambio puede generar discusiones y plantear hipótesis que generen nuevas posibilidades sobre el paciente.

4.- Cómo establecer un conocimiento común desde modelos individuales

No debemos pensar que tener modelos mentales similares es mejor que modelos diferentes. Se deben utilizar los modelos mentales de todos los participantes para generar un conocimiento conjunto del escenario clínico. Para ello el “*emisor*” debe darse cuenta de lo que la otra parte conoce o desconoce. Es difícil ya que requiere el esfuerzo de “*ponerse en el lugar del otro*” para comprender su punto de

vista. Este esfuerzo es un integrante fundamental para que la transmisión sea efectiva. Si este intento de intentar comprender lo que el otro sabe falla se puede llegar al “falso efecto de consenso” que no es inusual en el paciente crítico.

Las barreras para poder comprender lo que la otra parte sabe o no sabe pueden surgir por diferentes motivos: Diferentes especialidades médicas, diferencias en el nivel de entrenamiento (adjuntos con experiencia en críticos, residentes) o causas menos obvias como falta de confianza entre los participantes.

5.- Implicaciones y estrategias para mejorar la transferencia de información sobre los pacientes

- Las reglas nemotécnicas publicadas como la popular “*SBAR*” (Situation, Background, Assessment and Recommendation) son insuficientes.
- Son necesarias más investigaciones en cómo incorporar formación y entrenamientos en “*handoff*”
- Animar y enseñar al “*emisor*” a ponerse en el lugar del receptor.
- Una narración únicamente de lo hecho hasta el momento y sus justificaciones no aporta demasiado al receptor. Es mucho más interesante y útil exponer lo que aún está por resolver y las complicaciones que pudieran aparecer.
- Favorecer las preguntas: pueden ser muy útiles para aportar nuevas hipótesis sobre la clínica del paciente: No las desestime.
- Dar tiempo a prepararse para el “*handoff*” al receptor (estudio de historia clínica, pruebas complementarias).

Comentario

En Anestesia hay pocos estudios que investiguen sobre este tema pese a ser una especialidad concienciada en la seguridad del paciente y en la que hay transferencia de pacientes complejos en situaciones con entornos desfavorables (2).

Los dos aspectos a resaltar de la primera parte del artículo es que aboga por que la transferencia del paciente no sea un monólogo unidireccional y da especial importancia a las dudas y anticipación de sucesos. Se podría añadir que cuando además el “*handoff*” se realiza a pie de cama (ganando la percepción visual del paciente) (3) y con presencia de facultativos con experiencia en pacientes críticos es mucho más participativo y enriquecedor (4).

En la segunda parte profundiza en las técnicas de comunicación en un intento de crear un conocimiento común “*poniéndose en el lugar del otro*”. Este es sin duda el aspecto más complejo y para el que menos entrenados estamos. La sistematización de la información clínica siguiendo un checklist y la organización de talleres de simulaciones con datos de pacientes reales podrían ser herramientas útiles.

Bibliografía

1.- Bartolomé A, Gómez Arnau JI, Santa Úrsula JA, Arnal D, Marzal JM, Puebla G. El trabajo en equipo y los errores de comunicación en anestesia. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2011;58(Supl.3):S28-S35. ([pdf](#))

2.- Manser T, Foster S. Effective handover Communications: An overview of research and improvement efforts. Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2011 Jun;25(2):181-91. ([PubMed](#))

3.- Wise MP et al: Bedside handover of critically ill patients. Crit Care 2012 (16):419. ([PubMed](#)) ([pdf](#))

4.- Ilan R, Lebaron CD, Christianson MK, Heyland DK, Day A, Cohen MD. Handover patterns: an observational study of critical care physicians. BMC Health Serv Res, 2012 (12):11 ([PubMed](#)) ([pdf1](#)) ([pdf2](#))

5.- American Society of Anaesthesiologists, Task Force on Postanaesthetic Recovery.

6.- Association of Anesthetists of Great Britain and Ireland. Immediate Postanaesthetic Recovery. ([pdf](#))

7.- High 5s. High 5s project action on patient safety [cited 2011 January 21]. ([pdf](#))

8.- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations. JCAHO National patients safety goals for 2007 [cited 2011 January 21]. ([pdf](#))

Correspondencia al autor

Marta Bernardino Santos
marta.bernardino@gmail.com
FEA. Anestesia y Reanimación.
Hospital Universitario Fundación Alcorcón,
Madrid.

[Publicado en AnestesiaR el 6 de junio de 2012](#)