



LECTURA CRÍTICA DE ARTÍCULO

Caducidad de un documento impreso sobre handoff

Artículo original: Rosenbluth G, Jacolbia R, Milev D, Auerbach. Half-life of a printed handoff document. *BMJ Qual Saf.* 2016 May;25(5):324-8. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004585. Epub 2015 Nov 11. ([PubMed](#)) ([HTML](#))

Chamorro García E, Hernández García I, Galve Marqués AI, Cabrerizo Torrente P.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

El “handoff” o “pase del paciente” se define como el intercambio de información clínica cuando un nuevo médico o equipo médico asume el manejo de un paciente, bien sea de forma oral o escrita.

La transmisión de información (handoff) oral, es una fuente de errores de comunicación y debe mejorar para disminuir los errores y los eventos adversos.

La naturaleza estática de los documentos escritos hace que rápidamente la información se desactualice aumentando el error.

Los documentos de handoff electrónicos, integrados en la historia clínica se han asociado con mejoras. La impresión hace que la actualización de los datos a tiempo real sea prácticamente imposible, incrementando el riesgo de una información inexacta.

El objetivo del estudio fue determinar el tiempo en el que los datos clínicos del documento escrito se vuelven imprecisos, caracterizar el tipo de imprecisiones e identificar diferencias entre los turnos de día y de noche, así como entre servicios médicos y quirúrgicos.

La hipótesis afirmaba que al final del turno de noche, la mayoría de los documentos de handoff contenían al menos un error, con potencial de producir daño. Se usó el término de “vida media”.

Documentando estas imprecisiones, los autores esperaron que existiera la posibilidad de actualizar los datos en la historia clínica electrónica a tiempo real, con el objetivo de mejorar la seguridad del paciente.

Introducción

El “handoff” o “pase del paciente” se define como el intercambio de información clínica cuando un nuevo médico o equipo médico asume el manejo de un paciente, bien sea de forma oral o escrita.

La transmisión de información (handoff) oral, es una fuente de errores

de comunicación y debe mejorar para disminuir los errores y los eventos adversos.

La naturaleza estática de los documentos escritos hace que rápidamente la información se desactualice aumentando el error.

Los documentos de handoff electrónicos, integrados en la historia clínica se han asociado con mejoras. La impresión hace que la actualización de los datos a tiempo real sea prácticamente imposible incrementando el riesgo de una información inexacta.

El objetivo del estudio fue determinar el tiempo en el que los datos clínicos del documento escrito se vuelven

imprecisos, caracterizar el tipo de imprecisiones e identificar diferencias entre los turnos de día y de noche, así como entre servicios médicos y quirúrgicos.

La hipótesis afirmaba que al final del turno de noche, la mayoría de los documentos de handoff contenían al menos un error, con potencial de producir daño. Se usó el término de “vida media”.

Documentando estas imprecisiones, los autores esperaron que existiera la posibilidad de actualizar los datos en la historia clínica electrónica a tiempo real, con el objetivo de mejorar la seguridad del paciente.

Métodos

En un hospital universitario de cuarto nivel (en Estados Unidos, centros de atención de salud con infraestructuras y personal capaz de brindar atenciones complejas a la población, tanto médicos como quirúrgicos) el documento escrito se generaba desde la historia clínica electrónica. Incluía campos comunes, importados de los datos administrativos, y un resumen de la historia clínica del paciente.

La población de estudio fueron los pacientes admitidos durante un periodo aleatorizado de 24 horas. Se identificaron los primeros 100 pacientes, excluyendo pediátricos, obstétricos y de cuidados críticos. Pertenecían a servicios clínicos y eran atendidos por una gran variedad de personal.

Se identificaron datos que comúnmente se incluyen en los handoff escritos: medicación, dieta, estado del paciente, y localización, que son los que con mayor probabilidad podrían cambiar en 24 horas, y cuyos cambios se podían medir objetivamente mediante revisiones y

podrían suponer un impacto en el cuidado del paciente. Se revisaron todas las órdenes escritas en el periodo de 24 horas, documentando el tipo de orden, la hora y la identidad de la persona que emitía dicha orden.

Calcularon el tiempo hasta emitir la primera orden para cada paciente, ya que este podría ser el tiempo para el primer error potencial en el handoff escrito.

La “vida media” se definió como el tiempo en la que la mitad de los pacientes podrían tener errores en la información en un documento escrito de handoff, equivalente a tiempo medio para el error. Las comparaciones se hicieron a lo largo de un turno de 24 h, empezando a las 18:00 (la hora típica de handoff), jornada diurna de 12 horas (6:00-17:59) y turnos de noche (18:00-5:59), entre servicios médicos y quirúrgicos.

El análisis estadístico empleó t-test para comparar la “vida media” observada entre los grupos, y χ^2 para comparar la distribución de los distintos tipos de orden observados entre los grupos.

Resultados

Se revisaron un total de 1563 órdenes en 100 pacientes.

Los servicios médicos incluían 56 pacientes, y los quirúrgicos 44. De las órdenes dadas en horario nocturno, al menos una se dio de manera escrita para el 59% de los pacientes, y para el 86% de los pacientes en el caso del turno de mañana. Durante el periodo de 24 horas, el 92% tuvieron, al menos, una orden.

La mayor parte de ellas (90%) relacionadas con la medicación. La distribución de los distintos tipos de órdenes fue significativamente diferente entre el día y la noche, con más órdenes

del estado del paciente durante la noche, y más órdenes de la dieta durante el día.

La “vida media” del impreso de handoff en el turno de 12 h de la noche (18:00-6:00) fue de 6 horas y durante el turno diurno de 12 horas fue de 3,3. El número medio de cambios por paciente no fue significativamente diferente entre los turnos. De manera significativa, hubo mayor unificación en las órdenes emitidas en el turno de día que en el turno de noche (2,5 frente a 1,4, siendo estadísticamente significativo, $p = 0,0004$).

Los pacientes quirúrgicos tuvieron una media de órdenes por paciente similar a los no quirúrgicos, un número similar de emisores de órdenes por paciente, y mucho menor vida media (2,2 h vs 6 h, $p < 0,05$).

Hubo diferencias estadísticamente significativas entre el tiempo medio para la primera orden de cambio entre la población quirúrgica frente a la no quirúrgica (6,37-vs 8,98, $p=0,0501$).

Discusión

El contenido del documento escrito de handoff se vuelve desactualizado en el curso de un turno de trabajo médico.

Cualquier cambio en el estado del paciente, dieta, medicaciones, u otras órdenes, pueden suponer problemas en la seguridad.

Los datos demuestran que a menudo hay más de una orden escrita por turno.

A menos que todos los responsables del cuidado del paciente sean informados inmediatamente de los cambios, es probable que alguno de los cuidadores tenga datos incorrectos.

Las discrepancias en los datos relativos a cada paciente tenían lugar más

frecuentemente durante las horas diurnas, debido al manejo más activo así como la presencia de diferentes y múltiples emisores de órdenes.

Es interesante que los cambios en el estado del paciente, fueran más frecuentes durante la noche. Hay diferencias en la organización entre los turnos de día, cuando los equipos pueden tener un mayor número de personal encargado de los pacientes, y con momentos establecidos para la comunicación (“pases”, o sesiones), contrastando con los turnos de noche, donde los equipos solo tienen uno o dos cuidadores, pero sin un momento reglado para la transmisión de información.

Se presentan diversas estrategias para mejorar el trabajo y reducir el riesgo de errores médicos debido a equivocaciones en los handoffs.

1. Explicar la información importante que puede ayudar a tomar decisiones más seguras, que quede registrado de manera escrita y electrónicamente, asociado a la historia clínica del paciente.
2. Instruir a los cuidadores para identificar situaciones con información clave (preguntas clave en el documento escrito de handoff, como alergias, tratamientos, etc.) previamente contrastada en la historia clínica electrónica.
3. Disponer de un documento escrito de handoff, asociado a la historia clínica del paciente, que pueda imprimirse, donde quede reflejada la información relevante del paciente.

Entre las principales limitaciones que podrían afectar a su validez externa, en encontramos que el estudio fue realizado en una única institución

durante un único periodo de 24 horas, el pequeño número de pacientes por cada servicio (aunque se incluyeron servicios tanto médicos como quirúrgicos) y que los pacientes presentaban más complejidad que en otros hospitales de nivel medio.

Conclusiones

Existe un alto riesgo potencial para información incorrecta en los documentos escritos de handoff. En unas 6 horas de turno de noche, tras la impresión del documento escrito, éste tendrá errores en la mitad de los pacientes, siendo la medicación el campo con mayor probabilidad de errores. Durante el día, los errores pueden llegar a acumularse más rápidamente. Una solución potencial para este problema sería un fácil acceso y uso de los documentos online de handoff contenidos en la historia clínica electrónica.

Comentario

El handoff entre médicos o entre médicos y otro personal, cuando se produce un cambio definitivo en la responsabilidad del paciente, constituye un momento y un proceso de especial relevancia y vulnerabilidad para el mismo, constituyendo una importante causa de errores médicos (1). La mayor parte de la literatura existente hasta el momento se centra en comparar y evaluar la superioridad o no de la existencia de un protocolo escrito, bien estructurado, frente a la mera transmisión oral de información relativa al paciente (2).

Aun cuando en nuestro ámbito todavía estamos trabajando por implantarlo y extenderlo, en este estudio van un paso más allá. Y tratan de evaluar la vigencia de esos datos transmitidos en un momento determinado a lo largo del tiempo, hecho que también puede

repercutir de manera notable en la seguridad de nuestros pacientes.

La estandarización de protocolos escritos de handover implica una continua revisión de los mismos, y en este estudio, se valora la posibilidad de su inclusión en la historia clínica electrónica, como medio de actualización rápida de la información médica relevante para el cuidado del paciente, de manera que, de forma casi inmediata, pueda ser conocida por todo el personal encargado de su cuidado (3)(4). Evalúan, por tanto, la rapidez de este sistema y su comparación con la hoja escrita en papel impreso.

Es también interesante la comparación que realizan entre la emisión de órdenes dadas para el cuidado y tratamiento de la población quirúrgica frente a la puramente médica, siendo necesaria una orden de tratamiento más precoz para el primer grupo. En estos resultados sería interesante realizar un análisis más profundo para determinar qué factores son los que determinan esa mayor precocidad en la orden para la población quirúrgica.

Como podemos comprobar, en todos los entornos es fundamental una adecuada transmisión de información para un mejor y más eficaz tratamiento a nuestros enfermos, siendo imprescindible determinar la mejor manera, y más rápida, que permita optimizar y reducir las posibles fuentes de error. La memoria y la información oral se desvanecen en el tiempo, y son muy limitadas, pero lo escrito, también se vuelve pronto obsoleto, y no nos debe dar la falsa sensación de seguridad y veracidad. Por tanto, estos datos no solo nos deben dar una imagen descriptiva de la situación actual, sino ser un punto de partida para seguir trabajando y perfeccionando como actualizar la información relativa al mejor cuidado de nuestros enfermos.

Bibliografía

- Eggins S, Slade D. Communication in Clinical Handover: Improving the Safety and Quality of the Patient Experience. Journal of Public Health Research. 2015;4(3):666. ([PubMed](#)) ([HTML](#)) ([PDF](#))

- Smith AF, Pope C, Goodwin D, Mort M. Interprofessional handover and patient safety in anaesthesia: observational study of handovers in the recovery room; Br J Anaesth 2008; 101 (3): 332-337. ([PubMed](#)) ([HTML](#)) ([PDF](#))

- Alvarado K, Lee R, Christoffersen E, Fram N, Boblin S, Poole N, Human Factors and Work Redesign Transfer of Accountability: Transforming Shift Handover to Enhance Patient Safety. Healthcare Quarterly, 9(Sp) October 2006: 75-79. ([PubMed](#)) ([HTML](#))

- Salzwedel C, Bartz H, Kühnelt I, Appel D, Haupt O, Maisch S. The Effect of a Checklist on the Quality of Post-anaesthesia Patient Handover. A Randomized Controlled Trial

Disclosures: Int J Qual Health Care. 2013;25(2):178-18. ([PubMed](#)) ([HTML](#))

- Choromanski D, Frederick J, McKelvey GM, Wang H. Intraoperative patient information handover between anesthesia providers. Journal of Biomedical Research. 2014;28(5):383-387. ([HTML](#)) ([PDF](#))

Correspondencia al autor

Estefanía Chamorro García

stefy89ch@gmail.com

*Residente de Anestesiología y Reanimación.
Hospital General Universitario Gregorio
Marañón, Madrid.*

Aceptado para blog en agosto de 2018.