

TEMA 1:

**Sistema de triaje estructurado
MANCHESTER en Urgencias.**

**Transferencia de pacientes:
sistema de comunicación (SBAR).**

SISTEMA DE TRIAJE

ESTRUCTURADO MANCHESTER EN

URGENCIAS

La misión de la Medicina de Urgencias y Emergencias es **acoger, clasificar y atender de manera plenamente individualizada** (antes y con más medios los más graves) las urgencias y emergencias sanitarias de los ciudadanos, allá donde acontezcan, siempre desde la mejor capacidad técnica y científica posibles, pero también bajo imprescindibles principios éticos y humanistas.

Se define **URGENCIA** como aquella situación clínica con capacidad para generar deterioro o peligro para la salud o la vida del paciente y que requiere atención médica **inmediata**. Esta definición engloba tanto **aspectos objetivos** (la gravedad y agudeza del proceso), como aspectos **subjetivos** (conciencia de una necesidad inminente de atención) que genera en el usuario la expectativa de una rápida atención y resolución. Ejemplos de estas situaciones serían:

- Situaciones sin riesgo vital inmediato, pero que pueden llegar a presentarlo en un breve período de tiempo si no se diagnostican y se tratan de forma precoz.
- Situaciones sin riesgo vital en las que es importante un diagnóstico precoz desde el punto de vista epidemiológico para evitar la diseminación de una enfermedad en una colectividad.
- Situaciones en las que la asistencia médica se limita a solventar problemas sociales o deficiencias de los niveles asistenciales previos.

La OMS define la urgencia como la aparición fortuita (imprevista e inesperada) en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia. Llama la atención la existencia de un **criterio temporal** genérico

(“necesidad inminente”), pero en base a una sensación plenamente **subjetiva** (“que genera la conciencia de una necesidad”).

Se define la **EMERGENCIA** como aquella situación con riesgo vital **inminente** que obliga a poner en marcha unos recursos y medios especiales y exigen una actuación y tratamiento inmediatos para salvar la vida del enfermo y, en algunos casos, un diagnóstico etiológico con la mayor premura posible.

La American Medical Association define la emergencia como aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de un órgano. Nuevamente, obtenemos un criterio temporal (ahora, inmediato), pero la definición adolece de la misma subjetividad previa: salvando los casos evidentes. Podemos consensuar que la naturaleza de la urgencia implica que hay poco tiempo para resolverla (en ocasiones, ninguno) y que quien la sufre es básicamente **subjetivo** en su valoración, pero lo que parece claro es que el que la atiende debe ser claramente objetivo al hacerlo.

En este sentido, la Medicina de Urgencias y Emergencias dispone de un elemento imprescindible, el **TRIAJE**, que incorpora un grado de **objetividad** científicamente fiable. El triaje es, pues, el proceso que permite gestionar el riesgo clínico de las demandas de urgencia de los ciudadanos, consiguiendo categorizarlas con fiabilidad clínica y determinando los tiempos máximos aconsejados para su valoración clínica definitiva. El objetivo es garantizar la atención precoz y proporcionada de las situaciones de urgencia (antes y con más medios los más graves), y hacerlo en el espacio asistencial más eficiente. En los SUH, con frecuencia, la demanda y las necesidades clínicas superan los recursos, por lo que el triaje es un proceso esencial para el manejo del riesgo clínico y la asignación de los recursos de forma equitativa, constituyéndose en fundamental para constituir el proceso urgente en un acto bioéticamente sólido y clínicamente seguro.

La aplicación del *traje*, tal como lo conocemos, proviene del mundo anglosajón que desarrolla a partir de los años 60 diversos planteamientos basados en escalas de 3 ó 4 niveles de categorización⁶ que, al no haber demostrado suficiente fiabilidad, relevancia y validez⁷, han sido casi todas sustituidas a partir de los años 90 por nuevas escalas de 5 niveles de

priorización que pueden ser aplicadas en modelos del denominado *triaje* estructurado

Triaje estructurado: se lleva a cabo a partir de escalas validadas, útiles, relevantes y reproducibles. Actualmente existen 5 sistemas de triaje estructurados con mayor reconocimiento internacional: ATS (Australian Triage Scale), CATS (Canadian Triage and Acuity Scale), MTS (Manchester Triage System), ESI (Emergency Severity Index) y el Sistema Español de *Triaje* (SET) (adoptado por la Sociedad Española de Medicina de Emergencias (SEMES) a partir del *Model Andorrà de Triatge*: MAT).

Triaje avanzado: se trata de un triaje estructurado con protocolos específicos, para poder realizar, antes de la visita convencional médica, determinadas pruebas diagnósticas, como analíticas o radiografías simples. Incluso pueden incluir algunas acciones terapéuticas (vías periféricas, analgesia, sueroterapia, etc). Se incluye a los pacientes en algoritmos de decisión, con la finalidad de aumentar la seguridad clínica, la calidad asistencial, la satisfacción del usuario y la reducción de los tiempos de estancia en el SUH.

Triaje multidisciplinar: es realizado por un equipo en el que, como mínimo, participan médico y enfermera. También pueden colaborar personal administrativo y TCAE. Aparte de la valoración inicial, que en este caso es llevada a cabo por el médico, se realizan pruebas básicas, como en el triaje avanzado, antes de la visita convencional.

Dentro del triaje ESTRUCTURADO podemos hablar de un:

- **TRIAJE BLANCO:** se emplea para registrar a los pacientes que requieren asistencia en el servicio de urgencias pero que no acuden por una urgencia y, por lo tanto, no se incluyen en el sistema de priorización de pacientes. Puede tratarse de pacientes que son derivados desde otro centro, trámites administrativos, etc...
- **TRIAJE NEGRO:** se emplea en situaciones de catástrofes y accidentes de múltiples víctimas para reflejar que el paciente ha fallecido o que sigue vivo pero sin posibilidades de supervivencia. En cualquier caso, el triaje negro indica que el paciente no requiere

asistencia y que debe priorizarse a los pacientes más graves pero con posibilidad de recuperación.

La aplicación de dichas escalas parte de un concepto básico en *triaje*: lo urgente no siempre es grave y lo grave no es siempre urgente. Ello hace posible clasificar a los pacientes a partir del «grado de urgencia», de tal modo que los pacientes más urgentes serán asistidos primero y el resto serán reevaluados hasta ser vistos por el médico. Se acepta, en consecuencia, que las funciones del *triaje* deben ser:

- Identificar a los pacientes con riesgo vital inmediato (emergencia).
- Priorizar la asistencia en función del nivel urgencia-gravedad.
- Asegurar la reevaluación continua de los pacientes en espera.
- Asignar el área más adecuada a cada paciente según su situación clínica.
- Aportar información a los pacientes y a sus familiares acerca del proceso asistencial.
- Ayudar a corregir situaciones de saturación del SUH, disminuyendo la congestión de las áreas de tratamiento.
- Crear un lenguaje común para todos los profesionales sanitarios que atiende urgencias y emergencias, independientemente del tamaño, estructura o ubicación.
- Proporcionar información de actividad, comparable con otros SUH y que permita retroalimentar las necesidades estructurales y/o funcionales del propio servicio, así como facilitar estudios de calidad asistencial y seguridad del paciente.

Así pues, el objetivo del triaje no es establecer diagnósticos médicos, sino establecer el nivel de prioridad adecuado al paciente según los signos y síntomas que presenta, con la finalidad de disminuir el riesgo ante una eventual espera para ser atendidos.

Centrándonos en el ámbito hospitalario, los dos sistemas con mayor implementación en España, son el Sistema Español de Triage (SET) y el Manchester triage System (MTS). En la Comunidad de Navarra existe una adaptación de los dos anteriores elaborado para la red pública de Hospitales de Navarra.

MANCHESTER TRIAGE SYSTEM (MTS)

El Manchester Triage Group nació en el mes de noviembre de 1994 y sus esfuerzos se centraron en 5 objetivos²⁹:

1. Elaborar una nomenclatura común.
2. Usar definiciones comunes.
3. Desarrollar una metodología sólida de *triaje*.
4. Implantar un modelo global de formación.
5. Permitir y facilitar la auditoria del método de *triaje* desarrollado.

Se estableció un sistema de clasificación de 5 niveles y a cada una de estas nuevas categorías o niveles se le atribuyó un número, un color y un nombre que se definió en términos de «tiempo clave» o «tiempo máximo para el primer contacto con el terapeuta».

Niveles de clasificación de la MTS			
Número	Nombre	Color	Tiempo máximo
1	Atención inmediata	Rojo	0
2	Muy urgente	Naranja	10
3	Urgente	Amarillo	60
4	Normal	Verde	120
5	No urgente	Azul	240

El sistema se revisó en 2006 y se introdujeron las aportaciones recibidas en esos 10 años²⁹. A lo largo de este tiempo ha sido adoptado en muchos hospitales de todo el mundo³⁰.

En España el Servicio de Urgencias del complejo Hospitalario de Ourense (Galicia), en el año 2002, realizó un estudio de validación y aplicación de MTS en nuestro medio, concluyendo que reúne las condiciones adecuadas para su aplicación³¹.

En el año **2003**, se crea el **Grupo Español de *triaje* Manchester (GET-M)** que se integra en el Grupo Europeo de *triaje* Manchester el 30 de abril de 2004 y que participa en reuniones científicas del mismo.

Análisis del MTS:

La escala de clasificación de pacientes contempla **52 motivos posibles** de consulta que, de forma amplia se pueden agrupar en las 5 categorías siguientes: Enfermedad, Lesión, Niños, Conducta anormal e inusual y Catástrofes. Dentro de cada motivo se despliega un árbol de flujo de bloques de preguntas o discriminadores, generales o específicos, cuya contestación es siempre SI/NO.

• ADULTO CON MAL ESTADO GENERAL (MEG)	• ENFERMEDAD HEMATOLOGICA
• ADULTO CON SÍNCOPE O LIPOTIMIA	• ENFERMEDAD MENTAL
• AGRESIÓN	• ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL
• APARENTEMENTE EBRIO	• EXANTEMAS
• ASMA	• EXPOSICIÓN A SUSTANCIAS QUÍMICAS
• AUTOLESIÓN	• HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL
• BEBÉ O NIÑO QUE LLORA	• HEMORRAGIA VAGINAL
• CAÍDAS	• HERIDAS
• CATÁSTROFE – EVALUACIÓN PRIMARIA	• INFECCIONES LOCALES Y ABSCESOS
• CATÁSTROFE – EVALUACIÓN SECUNDARIA	• LESIONES EN EL TRONCO
• CEFALEA	• MORDEDUDAS Y PICADURAS
• COMPORTAMIENTO EXTRAÑO	• NIÑO COJEANDO
• CONVULSIONES	• NIÑO CON MAL ESTADO GENERAL (MEG)
• CUERPO EXTRAÑO	• NIÑO IRRITABLE
• DIABETES	• PADRES PREOCUPADOS
• DIARREA	• POLITRAUMATISMO
• DISNEA	• PROBLEMAS EN LAS EXTREMIDADES
• DISNEA EN NIÑOS	• PROBLEMAS DE OÍDO
• DOLOR ABDOMINAL	• PROBLEMAS DENTALES
• DOLOR ABDOMINAL EN NIÑOS	• PROBLEMAS NASALES
• DOLOR DE CUELLO	• PROBLEMAS OCULARES
• DOLOR DE ESPALDA	• PROBLEMAS URINARIOS
• DOLOR DE GARGANTA	• QUEMADURAS Y ESCALDADURAS
• DOLOR TESTICULAR	• SOBREDOSIS Y ENVENENAMIENTO
• DOLOR TORÁCICO	• TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO
• EMBARAZO	• VÓMITOS

Tabla 1. Motivos de consulta

En cada caso, los discriminadores generales llevarán al profesional de triage asignar la misma prioridad clínica. Son aplicables a todos los usuarios y aparecen constantemente en todos los diagramas:

- Riesgo vital.
- Dolor.
- Hemorragia.
- Nivel de consciencia.
- Temperatura.
- Tiempo de evolución.

Los discriminadores específicos son aplicables a formas de presentación concretas o a pequeños grupos y se relacionan con aspectos clave de las condiciones particulares de los pacientes. Otras características

del dolor, como localización, irradiación y periodicidad pueden aparecer también como discriminadores específicos.



Figura 1. Metodología del STM

Cada bloque de preguntas o discriminadores tiene asociado un nivel de atención o prioridad. Cada uno se traduce en un código de color y en un tiempo máximo de atención, lo que permite priorizar al paciente en función de la gravedad y, sobre todo, objetivar clínicamente la decisión de priorización.

El método es coherente en sus planteamientos ya que los síntomas guía pueden conducir a más de un diagrama de presentación clínica. Así, un paciente que no se encuentra bien con el cuello rígido y dolor de cabeza tendrá la misma prioridad si el profesional utiliza los diagramas de «adulto con mal estado general», «dolor de cuello» o «dolor de cabeza». En la [figura 1](#) se representa un diagrama de flujo de los discriminadores generales y de uno de los 52 motivos de consulta:

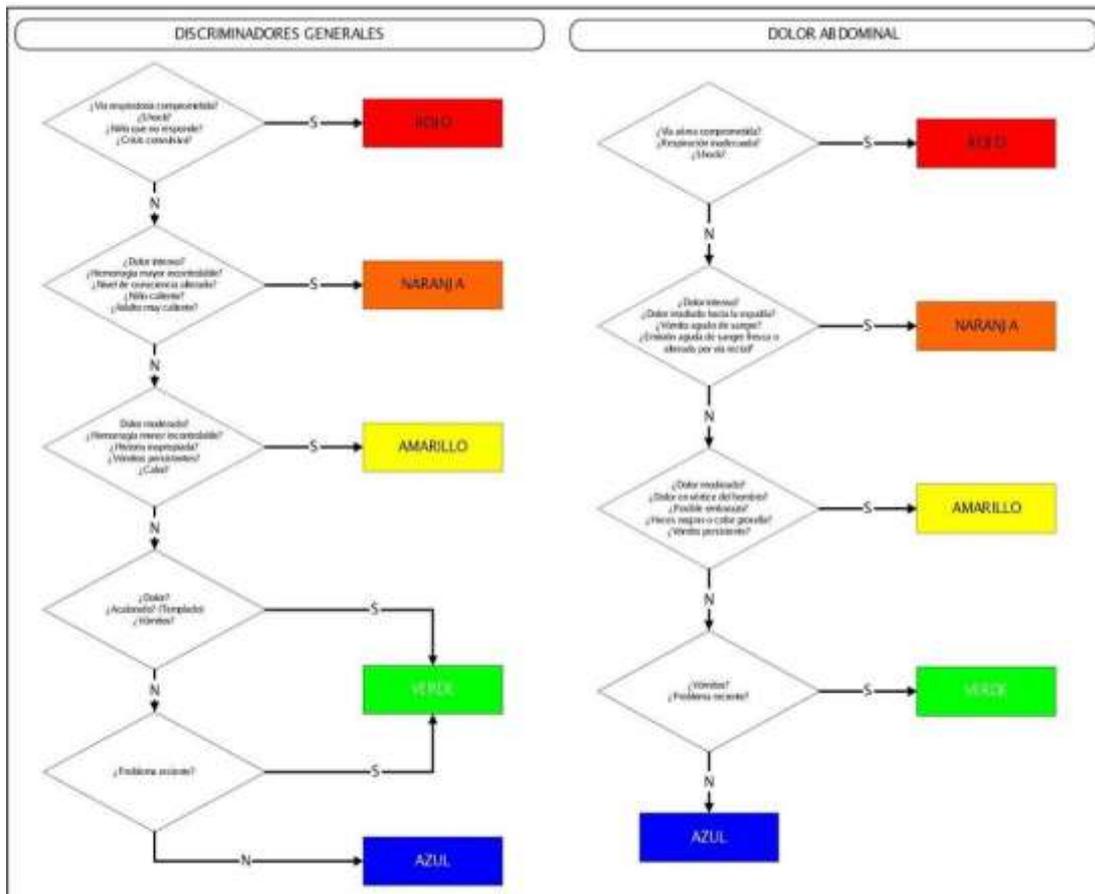


Figura 1. Diagrama de flujo de los discriminadores generales y del «dolor abdominal», uno de los 52 motivos de consulta del Sistema Manchester de *Triage*.

No hace ninguna suposición sobre el diagnóstico y puede ser desarrollado por cualquier enfermero o enfermera independientemente de su grado de experiencia.

Permite realizar auditorías de calidad en la clasificación de pacientes tanto internas como externas, es válido, reproducible y aplicable, tiene una buena concordancia y es muy ágil y rápido en su aplicación cotidiana. Discrimina bien los paciente críticos y es aplicable tanto a pacientes adultos como a pacientes en edad pediátrica

Se diferencian varias fases del proceso de triaje, cuyo tiempo no debe exceder de 5 minutos:

- Recepción: todo paciente debe ser valorado por la enfermera de triaje en menos de 10 minutos desde su llegada al SUH.

- Entrevista: el profesional triaje realizará una anamnesis al paciente y/o familiares para establecer el motivo de consulta. Será importante recabar toda la información relacionada con el proceso (antecedentes personales, visitas previas por el mismo motivo, cómo se desencadenó, evolución, etc.). (SES: tiempo medio de triaje < 1 minuto)
- Exploración: se realizará una exploración guiada acorde con el motivo de consulta que el paciente presenta. La observación del paciente será un pilar fundamental en esta fase.
- Signos vitales: su toma se hace necesaria como dato objetivo para establecer el nivel de prioridad. Se tomarán todos ellos según el motivo de consulta que el paciente presenta, teniendo en cuenta que, en muchas ocasiones, dichos signos vitales serán el factor discriminante para establecer el nivel de prioridad.
- Motivo de consulta: se establecerá el motivo de consulta con relación a la queja principal que presenta el paciente. Cabe recordar que en triaje no se establecen diagnósticos médicos, pues este será el proceso final de su asistencia en el SUH. Utilización de codificación CIE para motivos de consulta.
- Nivel de prioridad: es el objetivo básico del proceso de triaje, estará acorde con la situación clínica que presenta el paciente. Dicho nivel de prioridad se establecerá a partir de los hallazgos detectados en la fase anterior, siguiendo las recomendaciones objetivas del sistema de triaje utilizado.
- Ubicación: la ubicación del paciente se realizará siguiendo los diferentes algoritmos establecidos por el SUH, cuya finalidad será la de realizar una gestión segura y eficiente del paciente, teniendo en cuenta los recursos humanos, materiales y estructurales disponibles.
- Reevaluaciones: es importante realizar las reevaluaciones de forma activa cuando se hayan superado los tiempos máximos recomendados para realizar la asistencia médica, así como todas aquellas reevaluaciones demandadas por el paciente porque haya cambiado su situación clínica.
- Información: cabe destacar que el momento del triaje puede ser el primer contacto del paciente/familiares con el sistema sanitario, por lo que deberemos proporcionarles la información necesaria con

relación a las actuaciones que vamos a realizar (nivel de prioridad establecido, normativa del servicio, zonas de espera, etc).

SISTEMA ESPAÑOL DE TRIAJE (SET).

Es una adaptación del Modelo andorrano de Triage (MAT).

Sus principios fundamentales son²⁷:

- *Triage* de 5 niveles normalizado, con un programa informático de gestión del *triage* que ayuda a la decisión clínica en el *triage* (PAT).
- Modelo de *triage* de enfermería no excluyente, que prioriza la urgencia del paciente sobre cualquier otro planteamiento.
- Integrado en un sistema de mejoría continúa de la calidad, con seguimiento de indicadores de calidad en el *triage*.
- Debe integrarse en un modelo global de historia clínica electrónica.

Son un conjunto de síntomas o síndromes que el profesional interpreta y reconoce a partir del motivo de consulta referido por el paciente y que permiten clasificarlo dentro de una misma categoría clínica.

El SET reconoce 32 categorías sintomáticas y 14 subcategorías que agrupan 578 motivos clínicos de consulta, todos vinculados a las diferentes categorías y subcategorías sintomáticas.

Relación entre escalas y niveles de gravedad en el SET			
Nivel	Color	Categoría	Tiempo de atención
I	Azul	Reanimación	Inmediato
II	Rojo	Emergencia	Inmediato enfermería/médicos 7 min
III	Naranja	Urgente	30 min
IV	Verde	Menos urgente	45 min
V	Negro	No urgente	60 min

- Nivel I (Reanimación): riesgo vital inmediato evidente. Se debe atender en la sala de críticos, donde se encuentra todo el material necesario para aplicar cuidados de SVA. Ej: PCR.

- Nivel II (Emergencia): situaciones de emergencia o muy urgentes, con un previsible riesgo vital a acorto plazo para el paciente, cuya resolución depende fundamentalmente del tiempo en el que se tarde en el diagnóstico y tratamiento. El paciente puede ser ubicado en sala de críticos o box de observación, siempre garantizando la asistencia precoz. Ej: IAM.
- Nivel III (Urgencia): situaciones de urgencia de potencial riesgo vital. Ej: Fiebre alta.
- Nivel IV (Menos urgente): situaciones de menos urgencia, que pueden ser complejas, pero sin potencial riesgo vital para el paciente. Ej: dolor moderado, traumas menores.
- Nivel V (No urgentes): situaciones de baja complejidad sin riesgo vial para el paciente. Ej: catarro, trámites administrativos.

COMPARATIVA MTS / SET:

	MTS	SET-MAT
Distribución en España		
Años de experiencia	Apareció en 1994 (22 años)	Apareció en 2000 (16 años)
Se basan en	Síntomas y signos	Categorías sintomáticas
Motivos de consulta	52 motivos. 5 categorías	617 motivos. 32 categorías y 14 subcategorías.
Personal que lo realiza	Enfermería	Triaje de enfermería no excluyente.
Escala del dolor	Usa escala de valoración numérica	Emplea una guía clínica de evaluación del dolor.

NIVELES	CATEGORÍA	MTS		SET	
		COLOR	TIEMPO ATENCIÓN	COLOR	TIEMPO ATENCIÓN
Nivel I	Reanimación	Rojo	Inmediata	Azul	Inmediato enfermería
Nivel II	Emergencia	Naranja	10 minutos	Rojo	Inmediato enfermería/7 minutos médico
Nivel III	Urgencia	Amarillo	60 minutos	Naranja	30 minutos
Nivel IV	Menos urgente	Verde	120 minutos	Verde	45 minutos
Nivel V	No urgente	Azul	240 minutos	Negro	60 minutos

Bibliografía:

- Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias. Hospital Virgen de la Salud. Complejo Hospitalario de Toledo. 5ª Edición. Capítulo 2: Servicio de Urgencias. Conceptos, organización y triaje.
- Anales sistema sanitario de Navarra. Vol.33 supl.1 Pamplona 2010. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias.
- Manual de Usuario. Módulo de Clasificación v1.0.2. Sistema Andaluz de Salud.
- Implantación de un sistema de triaje estructurado en el SES. (Presentación PWP).

MARTA GIL

TRANSFERENCIA DE PACIENTES: **SISTEMA DE COMUNICACIÓN** **(SBAR).**

INTRODUCCIÓN:

Ante un episodio de enfermedad, el paciente es atendido por un amplio número de profesionales, distribuidos en diferentes unidades, áreas de diagnóstico y tratamiento, y dispositivos asistenciales. Además, cuando estos procesos de atención incluyen estancias hospitalarias, los pacientes son atendidos por varios turnos de personal al día. La transferencia de información constituye uno de los momentos frágiles que puede conllevar errores relacionados con una inadecuada o incompleta comunicación entre profesionales, produciéndose interrupciones en la continuidad de la atención, tratamientos inadecuados o incluso daño potencial al paciente.

Se entiende por **“Transferencia”** o **“Traspaso”** del paciente el acto en el que los profesionales trasladan la responsabilidad de la atención y cuidados de un paciente a otro profesional o grupo de profesionales sanitarios, mediante la transmisión de información clínica de dicho paciente. Este traspaso puede ser de carácter temporal (por ejemplo, el cambio de turno o el relevo en una guardia) o de carácter definitivo (por ejemplo, el traslado de una unidad a otra o de un centro a otro).

La comunicación en el momento del traspaso está relacionada con el “proceso de trasladar la información específica de un paciente de un prestador de atención a otro, de un equipo de prestadores al siguiente, o de los prestadores de atención al paciente y su familia, a efectos de asegurar la continuidad y la seguridad de la atención del paciente”.

Actualmente, dentro del contexto de la estrategia de seguridad a nivel internacional, el traspaso de un paciente se considera un proceso de alto riesgo ya que representa el 70% de los eventos centinela que se notifican por parte de los centros sanitarios, con importantes consecuencias sobre las estancias hospitalarias, incremento del gasto e insatisfacción de los pacientes, entre otras. Según Joint Commission, la interrupción de la comunicación fue la causa principal de los eventos centinela denunciados

en Estados Unidos entre 1995 y 2006; en Australia, el 11% de los eventos adversos evitables que condujeron a una discapacidad se debieron a problemas de comunicación.

En parte, los **problemas** que surgen en el momento del traspaso se originan en la forma en que están educados (o no) los prestadores de atención sanitaria (en cuanto al trabajo en equipo y las 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 hecho suficiente énfasis en involucrar a los pacientes y sus familias en la prestación de atención, es otra causa fundamental. Además, si bien la especialización de los facultativos de atención sanitaria puede mejorar el tratamiento médico, la especialización de la atención también implica más personas unidades involucradas en la atención del paciente, lo cual puede complicar la comunicación. Otro problema que contribuye a una mala comunicación es que la forma en que está compuesto el personal puede no reflejar la realidad demográfica de la comunidad a la que se está atendiendo. Además, los problemas de idioma resultantes de una gran dependencia en los profesionales de la atención médica de otros países también pueden causar dificultades en la comunicación.

Desde los diversos organismos que trabajan en el ámbito de la calidad se han realizado recomendaciones con el objetivo final de implementar un enfoque estandarizado para la comunicación entre profesionales en el momento del traspaso del paciente. De este modo, se pretende implantar procedimientos que minimicen la variabilidad, hagan más eficiente la comunicación y potencien la concienciación de los profesionales en el contexto de una atención segura.

Gracias a otras industrias de alto riesgo como las de aviación y energía nuclear se están aprendiendo lecciones sobre cómo mejorar los trasposos. Una de esas lecciones es la necesidad de contar con un idioma común para comunicar la información crucial. La incorporación de técnicas de informes de situación tales como el proceso **SBAR** (sigla en inglés correspondiente a **SITUACIÓN, ANTECEDENTES, EVALUACIÓN y RECOMENDACIÓN**) pueden proporcionar un marco estándar para la comunicación en el momento de trasposos de atención de pacientes. Simplemente dando la oportunidad para que los profesionales sanitarios hagan preguntas y las resuelvan puede mejorar la efectividad de las

comunicaciones en el momento del traspaso. La racionalización y estandarización de los informes de cambio de turno puede mejorar el razonamiento crítico, al igual que minimizar el tiempo que pasa lejos del paciente. El volver a leer es otra técnica efectiva empleada en los trasposos, donde el receptor de la información anota la misma y luego la vuelve a leer al proveedor de la información, para obtener la confirmación de que fue comprendida correctamente.

La participación de los pacientes y las familias en el proceso de atención se está reconociendo, cada vez más, como un aspecto importante de la prestación de atención. El paciente y su familia son la única constante, y por donde están en condiciones de desempeñar un papel fundamental para asegurar la continuidad de la atención.

Las siguientes estrategias deberán ser tenidas en cuenta por los estados miembros de **la OMS**.

1. Asegurar que las organizaciones de atención sanitaria implementen un **enfoque estandarizado** para la comunicación entre el personal en el momento del traspaso, los cambios de turno y entre distintas unidades de atención al paciente en el transcurso de la transferencia de un paciente. Entre los elementos sugeridos para este enfoque se incluyen:
 - El uso de la técnica **SBAR** (SITUACIÓN, ANTECEDENTES, EVALUACIÓN y RECOMENDACIÓN).
 - La asignación del tiempo suficiente para comunicar la información importante y para que el personal formule y responda preguntas sin interrupciones, siempre que sea posible (en el proceso de traspaso deberían incluirse pasos de repetición y relectura).
 - El suministro de información referente al estado del paciente, sus medicamentos, sus planes de tratamiento, sus directivas anticipadas y cualquier cambio relevante en su estado.
 - La limitación del intercambio de información a lo que es necesario para prestar una atención segura al paciente.
2. Asegurarse de que las organizaciones de atención sanitaria implementen sistemas que garanticen, en el momento del alta hospitalaria, que el paciente y su siguiente prestador de atención sanitaria obtengan la información clave referente a los diagnósticos

al alta, los planes de tratamiento, los medicamentos y los resultados de las pruebas.

3. Incorporar capacitación sobre comunicación en el momento del traspaso en el plan de estudios y desarrollo profesional permanente para los profesionales de la atención sanitaria.
4. Fomentar la comunicación entre organizaciones que estén prestando atención al mismo paciente en forma paralela (por ejemplo, prestadores tradicionales y no tradicionales).

Oportunidades de participación del paciente y de la familia:

- Proporcionar información a los pacientes sobre sus problemas médicos y su plan de tratamiento en una forma que les resulte comprensible.
- Hacer que los pacientes sean conscientes de sus medicamentos recetados, sus dosis y el tiempo que debe transcurrir entre las administraciones de medicamentos.
- Informar a los pacientes quién es el prestador de atención responsable durante cada turno y con quién deben ponerse en contacto si tienen alguna inquietud sobre la seguridad o la calidad de la atención.
- Ofrecer a los pacientes la oportunidad de leer su propio registro médico, como estrategia para la seguridad del paciente.
- Generar oportunidades para que los pacientes y sus familiares formulen cualquier pregunta sobre la atención sanitaria o expresen sus preocupaciones a los prestadores de atención sanitaria.
- Informar a los pacientes y a sus familiares sobre los siguientes pasos a seguir en su atención, para que, de ser necesario, puedan comunicarlo al prestador de atención del siguiente turno, o para que estén preparados para ser transferidos de un entorno a otro, o a su hogar.
- Hacer participar a los pacientes y a sus familias en las decisiones sobre su atención, al nivel de participación que ellos escojan.

Barreras potenciales:

- Reticencia de los prestadores de atención sanitaria a la modificación de conductas.

- Presión de tiempo a causa de las necesidades de atención del paciente y demás responsabilidades.
- Costos de capacitación y tiempo de la implementación de nuevos procesos de traspaso.
- Diferencias culturales e idiomáticas entre la población de pacientes y el personal.
- Bajo nivel de instrucción sobre salud.
- Falta de recursos económicos y escasez de personal.
- Falta de conocimiento sobre cómo mejorar sistemas.
- Ausencia de liderazgo para imponer la implementación de nuevos sistemas y conductas.
- Carencia de infraestructura de tecnología de la información y de interoperabilidad.
- Insuficiente investigación generalmente aceptada, datos y justificación económica referentes al análisis de costo y beneficio o el retorno de la inversión (ROI) para la implementación de estas recomendaciones.



La **Agencia de Calidad Sanitaria de la Junta de Andalucía** formula las siguientes recomendaciones:

1. En el traspaso o transferencia de un paciente, deben utilizarse técnicas que cuenten con un lenguaje común para comunicar la información crucial (SBAR, ISOBAR, o similares) que incluyan:
 - Identificación del paciente.
 - Identificación de los profesionales a los que se transfiere el paciente.
 - Motivo del traspaso.
 - Situación del paciente, posibles complicaciones y aspectos que deben vigilarse.
 - Evaluación del paciente (signos vitales, pruebas realizadas, etc).
 - Antecedentes clínicos relevantes (riesgos, alergias, etc.).
 - Elaboración de un plan, que tenga en cuenta lo que se ha hecho y lo que queda pendiente de hacer antes del traspaso (medicación, medidas terapéuticas, comprobaciones, etc.)
2. El traspaso debe realizarse a la cabecera del paciente, lo que favorece la verificación de la información proporcionada por él mismo y su familia, que desempeñan un papel fundamental para asegurar la continuidad de la atención.
3. En caso de pacientes con alteraciones neurológicas, limitaciones cognitivas o pacientes pediátricos, la transferencia debe hacerse en presencia de un familiar o allegado.
4. La transferencia debe realizarse en un área en la que existan recursos que aseguren la vigilancia del paciente y la atención urgente en caso necesario (por ejemplo, en un área de cuidados críticos o cerca de ésta).
5. El traspaso debe realizarse en un lugar en el que se pueda preservar la intimidad del paciente y la confidencialidad de la información aportada, eliminando o reduciendo al mínimo cualquier elemento que pueda dificultar la comunicación (ruidos, interrupciones, tránsito de personas, etc).
6. La información que se proporciona en la transferencia debe ser precisa y pertinente, obviando detalles innecesarios que prolonguen el proceso y desvíen la atención de la información relevante.

7. El lenguaje debe ser claro y normalizado, evitando o aclarando (en caso necesario) términos que puedan resultar ambiguos.
8. El tiempo empleado para la transferencia debe ser el suficiente para dar la oportunidad de formular preguntas y contestarlas.
9. El informe de alta que acompaña al paciente en su traspaso debe contener toda la información clave referida a los diagnósticos al alta, planes de tratamiento y cuidados, medicamentos prescritos, resultados de las pruebas realizadas, etc.
10. Las organizaciones y los centros sanitarios deben fomentar la intercomunicación fluida, eficaz y efectiva, en los casos en los que estén prestando atención al mismo paciente en forma paralela, promoviendo el uso de nuevas tecnologías: registros electrónicos, historia de salud digital, recetas electrónicas, etc.

SISTEMA DE COMUNICACIÓN SBAR

Es un modelo de comunicación estructurada para proporcionar información del paciente, asegurar la transferencia de información completa y ofrecer al receptor una estructura para recordar los detalles que escucharon.

Es una técnica de comunicación entre profesionales sanitarios, especialmente en cuidados críticos y urgencias, que requieren la atención inmediata de un médico y una acción, siendo muy eficaz en la reducción de las diferencias en los estilos de comunicación y ayuda a “hacer que todos estemos en la misma película”.

Consta de preguntas normalizadas dentro de cuatro secciones, para asegurar que el personal está compartiendo información concisa y enfocada directamente al problema.

1.- SITUATION (SITUACIÓN): Describir la situación inicial (¿QUÉ OCURRE EN ESTE MOMENTO?): Nombre del profesional, puesto y unidad de trabajo, tema sobre el que se necesita comunicar, cambios de estados del paciente, cambios en el plan de tratamiento, otros temas,...

2.- BACKGROUND (INFORMACIÓN): Proporcionar información clínica de fondo: Sexo, edad, datos de filiación, responsable del paciente, diagnóstico principal, tratamiento actual,...

3.- ASSESSMENT (EVALUACIÓN): Evaluar y describir el problema a través de los signos y síntomas del paciente (constantes vitales, signos y síntomas,...)

4.- RECOMMENDATION (RECOMENDACIÓN): Hacer una recomendación/ solicitar una instrucción.

La incorporación esta técnica en la práctica diaria puede parecer fácil, pero requiere de considerable entrenamiento y en ocasiones puede ser difícil cambiar la forma en la que se comunica la gente, particularmente con superiores jerárquicos.

Ventajas

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

SBAR es un modelo de comunicación estructurada para proporcionar información del paciente, asegurar la transferencia de información completa, y ofrecer al receptor una estructura para recordar los detalles que escucharon

SITUATION (SITUACIÓN)

Describa la situación inicial

Nombre, puesto y unidad de trabajo
Tema sobre el que se necesita comunicar
Cambios en el estado del paciente
Cambios en el plan de tratamiento
Otros temas (gestión, ambiental, etc)

BACKGROUND (INFORMACIÓN)

Proporcione información clínica de fondo

Edad, sexo, otros datos de filiación, responsable del paciente, diagnóstico principal y otros diagnósticos, fecha de ingreso y previsión de alta, tratamiento actual, y principales resultados de pruebas complementarias.

ASSESSEMENT (EVALUACIÓN)

Evalúe y describa el problema a través de los signos y síntomas del paciente

Describir el problema detectado y los cambios desde la última evaluación del paciente:

- Constantes vitales, signos o síntomas, cambios de comportamiento, conciencia, etc
- Otros: traslados, soporte familiar, etc

RECOMENDATION (RECOMENDACIÓN)

Haga una recomendación/solicite una instrucción

Plantear una sugerencia o recomendación en base a los datos expuestos, solicitar una respuesta y un canal de comunicación si fuese necesario



Agencia Sanitaria Costa del Sol
CONSEJERÍA DE SALUD

EJEMPLO DE COMUNICACIÓN EFECTIVA CON SBAR

S

SITUATION (SITUACIÓN)

Usted avisa al médico y le indica su nombre y su unidad; después le dice: "Llamo en relación a Juan García García, varón de 70 años, cama 1216V. Presenta una erupción cutánea en el tórax, acompañada de prurito intenso"

B

BACKGROUND (INFORMACIÓN)

"Fue ingresado hace 3 días a cargo de Urología por Hematuria, no tiene alergias conocidas a medicamentos ni otros antecedentes de interés. Estaba recibiendo tratamiento con amoxicilina-clavulánico 1gr. iv/8h , y hoy se cambió por ciprofloxacino 200 mgr. iv. Cada 12 horas."

A

ASSESEMENT (EVALUACIÓN)

"Los signos vitales son estables y la hematuria está controlada. El único problema es la erupción cutánea."

R

RECOMENDATION (RECOMENDACIÓN)

"Estoy preocupado por la posibilidad de que el paciente desarrolle una reacción alérgica al antibiótico, y justo en este momento tendría que administrar una nueva dosis. Creo que debería interrumpirse la administración del antibiótico y prescribir otro distinto. Además, se requiere algún tratamiento para la erupción cutánea y el prurito.

¿Podría modificar ahora la prescripción para administrar la dosis con el nuevo antibiótico? ¿Podría prescribir también algo para la erupción cutánea?"



Agencia Ejecutiva Coste del Sal
CONSEJERÍA DE SALUD

COMISIÓN DE SEGURIDAD DE PACIENTES

EJEMPLO:**SITUACIÓN. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN INICIAL:**

- Soy María, enfermera de la planta 4ª de M.Interna. Le informo del paciente Pedro García, de 70 años, presenta un deterioro de su estado clínico, está desorientado y disminución del nivel de conciencia.

BACKGROUND. INFORMACIÓN:

- El paciente ingreso ayer tras ser intervenido de una HSA postraumática, destaca entre sus antecedentes personales ser HTA y no tener alergias medicamentosas. En tratamiento con Enalapril 5mg / 24h.

ASSESSMENT. EVALUACIÓN.

- Presenta una TA de 100/60, FC 100 lpm y SaO2 de 90% sin aporte de oxígeno. Un descenso del Glasgow de 15 a 10.

RECOMENDATION.

- Creo que por su rápido deterioro puede que esté sufriendo un nuevo resangrado. (Otra opción de respuesta: “no sé lo que tiene pero me preocupa”). Sugiero...qué piensa si...qué puedo hacer...

Aunque la técnica SBAR fue diseñado para comunicación de situaciones de alto riesgo, puede funcionar con otros tipos de comunicaciones, con algunas adaptaciones.

Sin embargo, uno de los peligros es sobreimplementar esta técnica. No todas las conversaciones entre los miembros de equipos o entre profesionales de diferentes ámbitos necesitan ser estandarizadas. Todavía existe la necesidad de permitir que la gente se exprese libremente, y la estandarización no es necesaria para todos los intercambios.

Usos recomendados:

- Situaciones urgentes y críticas.
- Cuando se toman decisiones sobre tratamiento y todos tienen que estar en sintonía con el plan.
- Especialmente útil en las comunicaciones de enfermera-médico y viceversa, interconsultas médicas.
- Llamadas telefónicas sobre todo a médicos.
- En el cambio de turno/guardia y transferencia de pacientes.
- Cuando se necesite claridad.

Aparte del SBAR, existen otros sistemas de comunicación en la transferencia de pacientes:

Modelo ISOBAR:

Modelo metodológico para la transferencia de pacientes creado para promover la adopción de medidas orientadas a reforzar la eficacia de comunicación entre profesionales sanitarios. Es un modelo adaptado a nuestro entorno con la finalidad de eliminar los déficits de comunicación y minimizar los errores producidos por estos.

I: Identificación: identificar al paciente y a los profesionales involucrados en su transferencia.

S: Situación: especificación del motivo de la asistencia sanitaria, cambios en el estado del paciente y posibles complicaciones o aspectos a vigilar.

O: Observación: identificación de los signos vitales recientes, evaluación y pruebas realizadas.

B: Background (información): proporcionar información clínica de fondo indicando edad, género, diagnósticos principales y asociados, antecedentes clínicos relevantes, riesgos y alergias, etc.

A: Agree (acordar): acordar un plan indicando qué se ha hecho ya (tratamiento, medidas terapéuticas, cuidados...) y qué queda pendiente (medidas terapéuticas, medicación, perfusiones, comprobaciones...).

R: Read-back (releer): confirmar la eficacia de la transferencia y establecer responsabilidades (¿qué se debe hacer? ¿quién lo hace? ¿cuándo se hace?).

Modelos IDEAS:

Modelo estandarizado para la transmisión de información durante el parte verbal a través de un check-list de cinco puntos que contienen la información necesaria para garantizar un conjunto mínimo de datos que permitan la continuidad de la asistencia:

- Identificación: identificar al paciente incluyendo nombre, ubicación y datos básicos, así como el profesional responsable o de referencia.

- Diagnóstico: consiste en una definición clara, estandarizada y codificada del problema actual objeto de asistencia, así como los antecedentes y enfermedades crónicas de relevancia.
- Estado: exposición breve y ordenada de las funciones vitales del paciente reseñando las alteraciones existentes.
- Actuaciones: incluye las medidas terapéuticas que se han llevado a cabo hasta el momento y el plan de acción a seguir.
- Signos y síntomas de alarma: indicado especialmente en pacientes críticos o graves, se centra en los aspectos clave que requieren una atención especial, dadas las alteraciones del paciente.

Modelo I PASS THE BATON

Es un proceso sencillo de comunicación entre el equipo de salud y el paciente, que tiene como finalidad conocer y verificar datos del paciente que nos permitan establecer una relación de confianza para garantizar, en la medida de lo posible, la seguridad del paciente y la calidad de la atención, mediante información correspondiente al personal involucrado en ese momento así como sus funciones, la identificación del paciente, el estado de salud del paciente, conocer los riesgos y el plan de acción o tratamiento, así como algunas alternativas de tratamiento, en caso de que se presente algún imprevisto.

- Introducción: identificación de las personas que participan en el proceso, sus funciones y puestos de trabajo.
- Paciente: comunicar el nombre del paciente y datos como género, edad y ubicación.
- Assessment (evaluación): presentar la queja principal del paciente, los signos vitales, síntomas y diagnóstico principal.
- Situación: comunicación de la situación y las circunstancias actuales, incluyendo el estado de salud actual, nivel de certeza o incertidumbre, los cambios reciente y la respuesta al tratamiento.
- Seguridad: las preocupaciones de seguridad, tales como valores de laboratorio, factores socioeconómicos del paciente a tener en cuenta, riesgos y alergias, etc.
- Background (información): identificación de antecedentes de interés, comorbilidades, episodios anteriores, medicamentos actuales e historia familiar.

- Actions (acciones): detallar las acciones que se llevaron a cabo o se requieren y proporcionar una breve justificación de las mismas.
- Timing (tiempo): indicar el nivel de urgencias, calendario explícito y priorización de las acciones.
- Ownership (propiedad): indicar los profesionales de referencia, así como establecer las responsabilidades familiares.
- Next (siguiente): indicar el plan de acción desde este momento, acciones críticas que se requieren de inmediato, cambios previstos o algún plan de contingencia.

Modelo CINCO P

Este modelo considera los elementos en los que se debe tener particular atención al momento de estar en contacto con el paciente, incluyendo la identificación del mismo, el proceso de atención, los fundamentos del proceso seleccionado, así como posibles consecuencias que se puedan presentar en caso de no efectuar las acciones necesarias:

1. Paciente: comunicar nombre, edad, género y localidad de la que proviene el paciente.
2. Plan: comunicar el diagnóstico del paciente, plan de tratamiento y los siguientes pasos.
3. Propósito: proporcionar un fundamentos para el plan de tratamiento.
4. Problemas: comunicar lo que es diferente o inusual en este paciente específico.
5. Precauciones: considerar los que se espera que sea diferente o poco común sobre el paciente y aspectos a vigilar.

Tabla 1. Herramientas de comunicación estandarizadas.

HERRAMIENTAS DE COMUNICACIÓN ESTANDARIZADAS			
SBAR	ISOBAR	SHARQ	IDEAS
S: Situación	I: Identificación	S: Situación	I: Identificación
B: Antecedentes	S: Situación	H: Antecedentes	D: Diagnostico
A: Evaluación	O: Observación	médicos	E: Estado
R:	B: <u>Background</u>	A: Evaluación	A: Actuaciones
Recomendaciones	A: Acordar un plan	R: Recomendaciones	S: Signos y síntomas
	R: <u>Read back</u>	Q: Resultados	

TRANSFERENCIA FÍSICA:

La transferencia física no cuenta con el mismo nivel de evidencia científica que la comunicativa.

Es un momento crítico, de alto riesgo de inestabilización del paciente y de pérdida de dispositivos (tubo traqueal, acceso vascular, drenajes, sondas). Requiere un conjunto de acciones claras, bien coordinadas entre los equipos intervinientes y cuidadosamente ejecutadas, orientadas a minimizar estos riesgos, por lo que un buen trabajo en equipo debidamente liderado resulta fundamental.

Resulta esencial la valoración del escenario y de las estructuras entre las que se producirá el cambio y una cuidadosa preparación del paciente y sus dispositivos previamente al traspaso, así como su revisión y ajuste posterior. Es necesario que haya un claro acuerdo entre los equipos asistenciales sobre quién es el responsable del procedimiento, quien lo liderará, como se realizará y qué material será utilizado.

Elementos esenciales en la transferencia física:

- Una única persona (líder) se posicionará a la cabecera del paciente controlando el segmento cervical. Su responsabilidad será dirigir la movilización, dando órdenes claras y concisas.
- El equipo de emergencias será el responsable del paciente hasta que se haya traspasado la información al equipo hospitalario y haya sido ubicado en la camilla del hospital.
- Debe centrarse en el paciente, por lo que todo el proceso debe asegurar una correcta asistencia, priorizando las acciones de acuerdo con la seguridad clínica.
- El material a utilizar y la forma de proceder se adecuarán a los dispositivos de inmovilización con los que el paciente llegue al hospital y en la existencia o no de criterios para una inmovilización estricta del raquis.
- Se deben asegurar catéteres y drenajes durante el proceso (tubo traqueal, vía venosa, etc).

CONCLUSIONES:

- La continuidad en la asistencia requiere una transferencia entre equipos ordenada, estructurada, segura y efectiva, que evite la pérdida de información relevante, la inestabilización del paciente, la pérdida de dispositivos (catéteres, drenajes) y que sea ejecutada en el menor tiempo posible.
- La transferencia tiene dos dimensiones complementarias claramente diferenciadas, la transferencia comunicativa (sistemas de comunicaciones: SBAR, ISOBAR, IDEAS,...) y la transferencia física (traspaso del paciente entre literas). Las acciones deben ser claras, coordinadas y bien ejecutadas.
- El líder del procedimiento, de manera habitual, es el responsable prehospitalario hasta que el paciente esté en la camilla del hospital.
- Hay que reforzar la formación específica centrada en la transferencia hospitalaria del paciente traumático.
- Por último, existen elementos que sugieren el aumento del riesgo y una mayor morbimortalidad directamente relacionado con la transferencia, cuestiones que se deberían plantear en la práctica clínica diaria y una oportunidad de desarrollar proyectos de investigación.

Bibliografía:

- Recomendaciones de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Nº 24. Traspaso de pacientes. Julio/2015.
- Comunicación durante el traspaso de pacientes. Soluciones para la seguridad del paciente. Vol 1, solución 3, Mayo 2007. The Joint Commission. Centro colaborador de la OMS sobre soluciones para la seguridad del paciente.
- Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias. Hospital Virgen de la Salud. Complejo Hospitalario de Toledo. 5ª Edición. Capítulo 4: Transferencia de pacientes en el servicio de Urgencias.

MARTA GIL