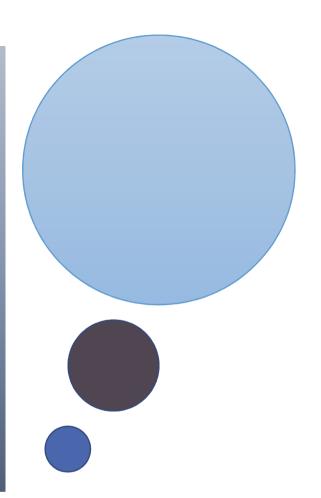


"PROPUESTA DE MEJORA EN LA COMUNICACIÓN DURANTE LA TRANSFERENCIA DE PACIENTES DESCÁREA DE EMERGENCIAS A INTERNAC

Beca de Investigación "Sociedad Argentina de Pediatría" 2017-2018



- JCI: la falla en la comunicación fue la principal causa de eventos centinela entre 1995-2004
- ACR: la comunicación inefectiva fue responsable del 70% de estos eventos.
- Causa principal de errores de medicación, retrasos de tratamiento y cirugías en lugar incorrecto.
- Segunda causa de eventos en cirugías, postoperatorios y caídas fatales.



Errar es humano: en EEUU mueren entre 44.000 y 98.000 personas al año por errores médicos (1999 IOM)



Patient Fall



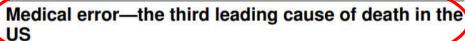
In September 2015. The Joint Commission issued a Sentinel Event Alert on Preventing falls and fall-related injuries in health care facilities. Analysis of falls with injury reveals the most common contributing factors pertain to:

- Inadequate assessment
- Communication failures
 - Lack of adherence to protocols and safety practices
 - Inadequate staff orientation, supervision, staffing levels or sl
 - Deficiencies in the physical environment
 - Lack of leadership





BMJ 2016;353:i2139 doi: 10.1136/bmj.i2139 (Published 3 May 2016)



Medical error is not included on death certificates or in rankings of cause of death. Martin Makary and Michael Seniel assess its contribution to mortality and call for better reporting

2016 Hospital

National Patient Safety Goals

The purpose of the National Patient Safety Goals is to improve patient safety. The goals focus on problems in health care safety and how to solve them.

identify patients correctly

NPSG 01 01 01

Use at least two ways to identify gatients. For example, use the patient's name and date of birth. This is done to make sure that each patient gets the correct medicine and treatment.

Make sure that the correct patient gets the correct blood when they get a blood

NPSG.01.03.01

Improve staff communication

NPSG.02.03.01

et important test results to the right staff person on time.

Sentinel Alert Event

A complimentary publication of The Joint Commission Issue 58, September 12, 2017

Inadequate hand-off communication

typically take great pride and exert painstaking effort to meet patient needs and provide the best possible care. Unfortunately, too often, this diligence and attentiveness falters when the patient is handed off, or transitioned, to another health care provider for continuing care, treatment or services. A common problem regarding hand-offs, or hand-overs, centers on communication: expectations can be out of balance between the sender* of the information and the receiver. 1 This misalignment is where the problem often occurs in hand-off communication.

Potential for patient harm - from the minor to the severe - is introduced when the receiver gets information that is inaccurate, incomplete, not timely, misinterpreted, or otherwise not what is needed. When hand-off communication fails, many factors are involved, such as health care provider training and expectations, language barriers, cultural or ethnic considerations, and inadequate, incomplete or nonexistent documentation, to name just a few.

A hand-off is a transfer and

What is a hand-off?

acceptance of patient care responsibility achieved through effective communication. It is a realtime process of passing patientspecific information from one caregiver to another or from one team of caregivers to another for the purpose of ensuring the continuity and safety of the patient's care.



Published for Joint Commission-accredited organizations and interested health care professionals. Sentinel Event Alert identifies specific types of sentinel and adverse events and high risk conditions, describes their common underlying causes, and recommends steps to reduce risk and prevent future occurrences.

Accredited organizations should consider information in a Sentinel Event Alert when designing or redesigning processes and consider implementing relevant suggestions contained in the alert or reasonable alternatives.

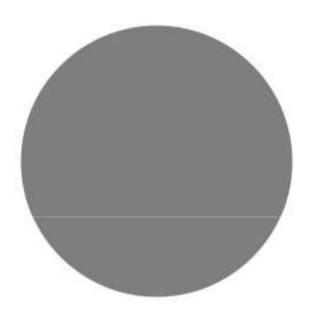
Please route this issue to appropriate staff within your organization. Sentinel Event Alert may be reproduced if

Dra. Lucrecia Arpí- 2º Congreso Medicina Interna-SAP

Dra. Lucrecia Arpí, Dr. Néstor Panattieri, Farm. Cristina Godio, Dra. Verónica Sabio Paz y Dra. Nora Dackiewicz

Subcomisión Calidad y Seguridad del Paciente de la SAP, en colaboración con PRONAP.

Arch. argent. pediatr. vol.115 no.1 Buenos Aires feb. 2017 http://dx.doi.org/10.5546/aap.2017.82



Diagnóstico de situación de seguridad del paciente en Argentina. Estudio transversal The current status of patient safety in Argentina: Cross sectional study

Dra Lucrecia Arpi. Sociedad Argentina de Pediatria. Hospital Garrahan.

Resultados: Transferenci a o handoff en Argentina (6428 respuestas) Comunicación/ transferencia entre médicos

45% no tiene pase o no siempre se cumple o quedan datos importantes sin comunicar.

Comunicación con enfermería

70% respondió que no hay pase o no siempre se cumple o quedan datos importantes sin comunicar.



El pase de pacientes es un proceso interactivo de comunicación de datos y transferencia de responsabilidades para mantener la continuidad de la atención. Las fallas ocasionan cuidados inadecuados y favorecen errores





OBJETIVOS:

Primarios:

- Implementar herramienta estandarizada para la transferencia de Emergencias a internación.
- Comparar comunicación e incidencia de errores.

Secundarios:

- Diagnóstico: comunicación oral y escrita.
- Consensuar y validar un formulario.
- Implementarlo.
- Medir y comparar la transferencia oral y escrita.
- Ula incidencia de errores por fallas en la comunicación



POBLACION Y MÉTODOS:

Estudio antes-después.

Intervención:

Implementación formulario de transferencia escrito.

Población:

Pacientes transferidos Emergencia a CIM 2017-2018.

Muestra:

Pre septiembre 2017 n: 110.

Post mayo 2018 n:110.

4 salas, selección aleatoria.

Se estimó un n de 57 para mejora de 25%.



Variables de estudio:

Transferencia oral: Si/no completa/ oportuna Transferencia escrita: Si/no completa/ oportuna

- Alarmas
- Nombre y apellido
- Peso
- Edad
- Diagnóstico actual
- Evolución en Emergencias
- Enfermedad de base
- Comorbilidades
- Laboratorio relevante

- Imágenes relevantes
- Estudios/ procedimientos con turno
- Vías -Drenajes ostomías
- Balance
- Alimentación
- Indicaciones
- Riesgo social
- Errores en las 1º 24 hs



Periodo pre intervención:

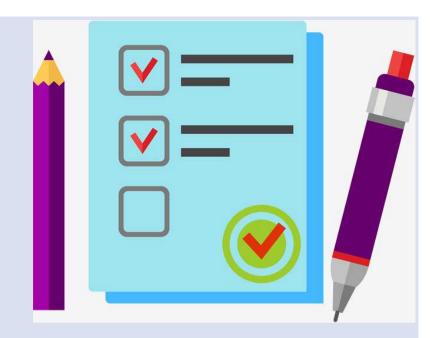
- ✓ Grupos de foco: Emerg, CIM, Comité Seguridad y Dirección.
- ✓ Espina de pescado.
- ✓ Confección del formulario
- ✓ Validación: 20 pacientes, 2 profesionales, grado de acuerdo.

Septiembre 2017

- ✓ Diagnóstico.
- ✓ Valoración transf. oral y escrita. Entrevista y revisión de HC
- ✓ Completa: todos los datos. Oportuna: 2 horas.
- ✓ Pesquisa de errores. Entrevistas y revisión de indicaciones.
 Dra. Lucrecia Arpí- 2º Congreso Medicina

Interna-SAP

Recolección y Análisis de datos



Noviembre Diciembre 2017 y Enero 2018

- Revisión de HC, indicaciones.
- Entrevista a médicos que recibieron pacientes desde emergencias durante la guardia.
- Información registrada en lista de verificación, para comunicación oral y escrita.
- Evaluación resultados primera etapa.



Intervención

Febrero-Marzo:

✓ Talleres: emergencia, CIM, guardia, residentes y becarios

Abril:

- ✓ Implementación herramienta.
- ✓ Dificultades adherencia.
- ✓ Talleres difusión.



Mayo:

- ✓ Implementación de la herramienta.
- ✓ Valoración transferencia oral y escrita.
- ✓ Entrevista al médico que recibió al paciente.
- ✓ Registro en lista de verificación.





Análisis estadístico:

- Variables continuas: medidas de resumen y dispersión acorde a la distribución.
- Variables categóricas: proporciones o porcentajes.
- Grado de acuerdo entre observadores: coeficiente kappa.
- Test de T de mediciones pareadas para variables continuas con distribución normal
- Test de Wilcoxon de mediciones pareadas para variables de distribución no normal
- Test de Mc Nemar para proporciones.



RESULTADOS:

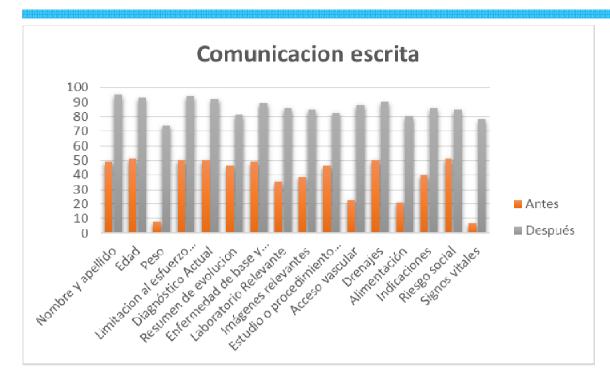
• 110 transferencias, antes y después de la intervención.

• Pre Intervención: comunicación escrita 45 %, post: 86%.

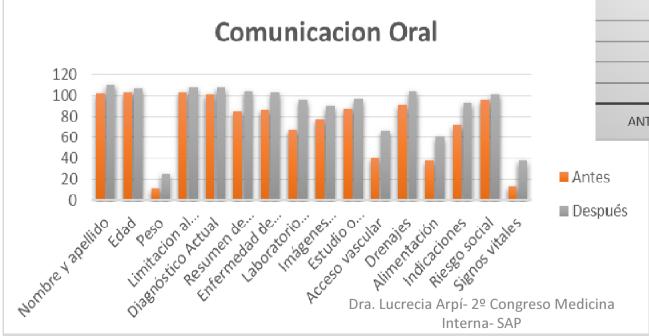
• Pre intervención: comunicación oportuna 15 %; Post: 86 %.

	Comunicación Escrita					Comunicación Oral				
Variable	Antes		Después			Antes		Después		
	n	%	n	%	Valor de P	n	%	n	%	Valor de P
Nombre y apellido	49	45	95	86	< 0,01	102	93	110	100	< 0,01
Edad	51	46	93	85	< 0,01	103	94	107	97	< 0,01
Peso	8	7	74	67	< 0,01	11	10	25	23	< 0,01
Limitacion al esfuerzo terapeutico	50	45	94	85	< 0,01	103	94	108	98	< 0,01
Diagnóstico Actual	50	45	92	85	< 0,01	101	92	108	98	< 0,01
Resumen de evolucion	46	42	81	74	< 0,01	85	77	104	95	< 0,01
Enfermedad de base y comorbilidad	49	45	89	81	< 0,01	87	79	103	94	< 0,01
Laboratorio Relevante	35	32	86	78	< 0,01	68	62	96	87	< 0,01
lmágenes relevantes	39	35	85	77	< 0,01	78	71	90	82	< 0,01
Estudio o procedimiento con turno asignado	46	42	83	75	< 0,01	88	80	97	88	< 0,01
Acceso vascular	23	21	88	80	< 0,01	40	36	67	61	< 0,01
Drenajes	50	45	90	82	< 0,01	91	83	104	95	< 0,01
Alimentación	21	19	80	73	< 0,01	38	35	60	55	< 0,01
Indicaciones	40	36	86	78	< 0,01	72	65	93	85	< 0,01
Riesgo social	51	46	85	77	< 0,01	96	87	101	91	< 0,01
Signos vitales	7	6	78	72	< 0,01	13	12	38	35	< 0,01











CONCLUSIONES:

La implementación de una herramienta estandarizada para la trasferencia de pacientes de un sector a otro ayuda a la comunicación de datos clínicos relevantes y reduce la incidencia de errores en la atención.





