

Comunicación en el pase de guardia en las áreas de cuidados intensivos en un hospital universitario. Estudio transversal

Communication during patient handoff in the areas of intensive care of a university hospital. A cross-sectional study

Dr. César A. Belziti^a, Dr. Alfredo Eymann^a, Dr. Eduardo Durante^a,
Dr. Rodolfo Pizarro^a, Lic. Silvia Carrió^a y Dr. Marcelo Figari^a

RESUMEN

Objetivo. Evaluar la percepción de la calidad de la comunicación en el pase de guardia en las áreas de cuidados intensivos.

Materiales y métodos. Estudio de corte transversal en un hospital universitario. Se evaluó la percepción de la calidad de la información sobre los pacientes recibida en el pase de guardia y la posibilidad de confundir la información de un paciente con la de otro, en los médicos que realizan guardias en las áreas de cuidados intensivos.

Resultados. La información fue percibida como de "buena" calidad si el pase de guardia se desarrollaba en las áreas pediátricas (85,7%), en un ámbito tranquilo (74,4%), siguiendo una sistemática de presentación de pacientes (82,9%), si el médico estaba a cargo de menos de 17 pacientes (91%) y si había recibido formación para comunicarse en los pases de guardia (87,5%). No se observó una asociación significativa con las otras variables analizadas.

La posibilidad de confundir la información de un paciente con la de otro fue percibida como "baja" si el pase se realizaba en áreas pediátricas (95,2%), se seguía una sistemática de presentación (80%), no existían más de tres interrupciones (84,6%), el médico estaba a cargo de menos de 17 pacientes (90,9%), había recibido formación para comunicar en el pase de guardia (91,7%) y era médico de planta (77,1%).

Conclusiones. La percepción de la calidad de la información recibida en el pase de guardia y la posibilidad de confundir la información de un paciente con la de otro se asociaron con aspectos ambientales, organizativos y educacionales potencialmente mejorables.

Palabras clave: *pase de guardia, medicina intensiva, calidad de atención, comunicación.*

INTRODUCCIÓN

El pase de guardia es un proceso interactivo de comunicación de datos específicos del paciente y de transferencia de responsabilidades con el propósito de mantener la continuidad de la atención en forma segura. Se utiliza cuando el paciente cambia de área de atención o cuando

en la misma área cambia el médico a cargo, que es la dinámica habitual en las áreas de cuidados intensivos.^{1,2} Las fallas en este proceso pueden ocasionar cuidados inadecuados en los pacientes^{3,4} y dentro del aprendizaje organizacional se considera un pase apropiado como un elemento para mantener el entrenamiento y la cohesión del grupo de trabajo.⁵

La evaluación permanente, las intervenciones y los múltiples estudios que se realizan en las áreas de cuidado intensivo generan gran cantidad de información y sobre esa plataforma se toman las decisiones. La omisión o la distorsión de la información pueden ocasionar errores médicos.⁶

Si la comunicación en esta instancia no es adecuada, pueden cometerse errores diagnósticos y terapéuticos. En los Estados Unidos, se considera que mueren anualmente 44 000 a 98 000 pacientes debido a errores médicos durante su atención.⁷ Los estudios que han analizado los distintos tipos de error médico, como el realizado en hospitales australianos, encontraron que el error más frecuente era el vinculado a la mala comunicación médica y se asoció con un aumento de la mortalidad.⁸

A pesar de la importancia que se le otorga a la comunicación adecuada y a las recomendaciones de formación sobre las competencias comunicacionales, tanto con los pacientes como con otros profesionales de la salud, la investigación sobre estos puntos, específicamente en los pases de guardia, ha sido escasa y el tema no se suele leer ni discutir en la

a. Comité de Investigación en Educación Médica, Departamento de Docencia e Investigación, Hospital Italiano de Buenos Aires.

Correspondencia:
Dr. Alfredo Eymann:
alfredo.eymann@hospitalitaliano.org.ar

Conflicto de intereses:
Ninguno que declarar.

Recibido: 8-5-2013
Aceptado: 28-8-2013

bibliografía que consulta el médico asistencial, que es el involucrado en este proceso.^{9,10}

El pase de guardia en las áreas de cuidados intensivos resulta un ámbito apropiado para estudiar el tema.

El objetivo de este estudio fue evaluar la percepción de la calidad de la comunicación de la información en el pase de guardia en las áreas de cuidados intensivos.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Se trató de un estudio observacional de corte transversal realizado en un hospital universitario de la Ciudad de Buenos Aires, que cuenta con 740 camas en dos sedes, de las cuales 85 corresponden a cuidados intensivos de adultos y 48, a cuidados intensivos pediátricos.

Se define el pase de guardia como el proceso de transmisión oral de información de los pacientes, cuyo cuidado se tendrá a cargo durante la guardia de un médico a otro.

Para evaluar la percepción de la comunicación se elaboró un cuestionario que consideró las siguientes variables: área de trabajo, edad, año de graduación, sexo, si era médico de planta o médico residente, y día de la semana. Además, se formularon 18 preguntas que exploraban facilitadores y obstaculizadores de la comunicación en los dominios ambiental (número de interrupciones y si el ámbito le permitía concentrarse); organizativo (número de pacientes a cargo, número de médicos informantes, tiempo de duración del pase de guardia, sistemática para presentar pacientes, toma de decisiones de emergencia, consulta de información complementaria y conductas ante complicaciones); contexto familiar (conflictos con los familiares y advertencia de posibles conflictos con familiares y preferencias para limitar medidas de soporte vital en enfermos terminales) y educativo (si recibió formación en los estudios de grado o posgrado de comunicación en pases de guardia y si consideraba útil recibirla). Las variables se definieron como nominales, categóricas o continuas, según correspondiera.

Una vez elaborado el cuestionario, se realizó un ajuste de comprensión en 15 médicos que no participaron en el estudio y que confirmaron su validez aparente.

Se invitó a participar en forma voluntaria a todos los médicos de las áreas de cuidados intensivos. La encuesta fue completada inmediatamente al finalizar la guardia por los participantes en forma autoadministrada y

anónima durante el mes de agosto de 2011.

Se consideraron variables dependientes la "percepción de la calidad de la información recibida" y la "posibilidad de confundir la información de un paciente con otro". Para estas dos variables se usó una escala de Likert de cinco opciones y para su análisis se dicotomizaron: la primera como "mala" (muy mala-mala-regular) y "buena" (buena-muy buena) y la segunda como "baja" (casi nula-escasa) y "alta" (media-alta-muy alta), siguiendo la recomendación de Streiner y Norman.¹¹ Se aplicó la prueba de la χ^2 y se consideró significativo un valor de p menor de 0,05. Para el cálculo de confiabilidad se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach. Para el análisis estadístico, se utilizó el programa Stata 8.0, Texas, EE.UU. El estudio fue aprobado por el Comité de Evaluación de Protocolos de Investigación de la institución.

RESULTADOS

Se completaron 51 encuestas que corresponden al total de médicos que realizan guardias en las áreas de cuidados intensivos, de los cuales, 21 son de las áreas pediátricas y 30 de las áreas de adultos.

En la *Tabla 1* se describen las características de los médicos y del pase de guardia.

El 85% de los médicos le adjudicó a la información recibida en los pases de guardia una importancia alta o muy alta, el 68% percibió la calidad de esta información como buena o muy buena y el 66,6% percibió la posibilidad de confundir información de un paciente con otro como casi nula o escasa.

La información fue percibida como de "buena" calidad si el pase de guardia se desarrollaba en las áreas pediátricas, en un ámbito tranquilo, siguiendo una sistemática de presentación de pacientes, si el médico estaba a cargo de menos de 17 pacientes y si había recibido formación para comunicarse en los pases de guardia. No se observó asociación significativa con las otras variables analizadas (*Tabla 2*).

La posibilidad de confundir la información de un paciente con la de otro fue percibida como "baja" si el pase se realizaba en áreas pediátricas, se seguía una sistemática de presentación, no existían más de tres interrupciones, el médico estaba a cargo de menos de 17 pacientes, había recibido formación para comunicar en el pase de guardia y era médico de planta (*Tabla 3*).

El coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach fue de 0,71.

TABLA 1. Características de los médicos y del pase de guardia

Médicos (n= 51)	
Edad (mediana-IQR)	32 (29 a 38) años
Sexo masculino (%)	58,8
Recibió formación para comunicar en el pase de guardia (%)	47
Considera útil recibir formación para comunicar en el pase de guardia (%)	94
Pase de guardia	
Número de pacientes a cargo durante la guardia (mediana-IQR)	18 (10 a 24)
Número de pacientes a cargo conocidos previos a la guardia (mediana-IQR)	2 (0 a 9)
Número de médicos informantes (mediana-IQR)	3 (1 a 5)
Duración del pase de guardia (mediana-IQR)	60 (40 a 70) minutos
Médicos de fin de semana (%)	21,6
Más de tres interrupciones durante el pase (%)	49
Ámbito tranquilo (%)	84,3
Cumplimiento de una sistemática de presentación de los pacientes (%)	76,9
Le comunican posibles conflictos con los familiares (%)	74
Le comunican la preferencia del paciente o la familia para limitar medidas de soporte vital en enfermos terminales (%)	79
Eventos durante la guardia	
Tomó decisiones de urgencia (%)	74,5
Requirió consultar información complementaria (%)	45
Enfrentó conflictos familiares (%)	51

IQR: intervalo intercuartílico 25-75.

TABLA 2. Percepción de la calidad de la información recibida durante el pase de guardia

	Mala (%)	Buena (%)	* Valor de p
Área pediátrica	14,3	85,7	
Área adultos	43,3	56,7	0,02
Ámbito tranquilo	28,6	74,4	
Ámbito no tranquilo	62,5	37,5	0,03
Cumplimiento de una sistemática de presentación	17,1	82,9	
No cumplimiento de una sistemática de presentación	62,5	37,5	0,001
Menos de 17 pacientes a cargo	9	91	
17 o más pacientes a cargo	48,3	51,7	0,002
Recibió formación para comunicar en el pase de guardia	12,5	87,5	
No recibió formación para comunicar en el pase de guardia	48,1	51,9	0,006

* Prueba de la χ^2 .

TABLA 3. Percepción de la posibilidad de confundir la información de un paciente con la de otro paciente

	Baja (%)	Alta (%)	* Valor de p
Área pediátrica	95,2	4,8	
Área adultos	46,7	53,3	0,0003
Cumplimiento de una sistemática de presentación	80	20	
No cumplimiento de una sistemática de presentación	37,5	62,5	0,002
Menos de 17 pacientes a cargo	90,9	9,1	
17 o más pacientes a cargo	48,2	51,8	0,001
Recibió formación para comunicar en el pase de guardia	91,7	8,3	
No recibió formación para comunicar en el pase de guardia	44,4	55,6	0,0004
Médico de planta	77,1	22,9	
Médico residente	46,7	53,3	0,03
Menos de tres interrupciones	84,6	15,4	
Tres o más interrupciones	48	52	0,005

* Prueba de la χ^2 .

DISCUSIÓN

El pase de guardia es una práctica imprescindible para mantener la continuidad de la atención médica en las áreas de cuidados intensivos. A pesar de este postulado, no existen reglas definidas para su desarrollo ni está incorporado formalmente a los programas de enseñanza médica, aunque últimamente se está dando mayor importancia a la formación de esta habilidad comunicacional.^{23,24} En muchos aspectos de su proceso no existen reglas establecidas y aceptadas: ¿cuánto debe durar un pase de guardia?, ¿es aceptable tener que consultar la historia clínica ante una decisión de emergencia?, ¿de cuántos médicos es conveniente recibir la información? Por lo tanto, podríamos decir que no existen criterios de verdad.

Las preguntas incluidas en el cuestionario contemplaron elementos aceptados en la bibliografía como probables obstaculizadores que podrían interferir en la comunicación y que abarcaban los dominios ambiental, organizativo, familiar y educativo.^{12,13}

Los resultados muestran que, tanto la calidad de la información como la posibilidad de confundirla, se asociaron con aspectos ambientales, organizativos y educacionales. Esto constituye una información valiosa para utilizar en programas de mejoramiento de la calidad de la atención y disminuir el error médico. Por ello, en los últimos años se ha prestado mayor interés al estudio de la estrategia del pase de guardia. La que se utiliza en nuestra institución, que es de médico a médico en forma oral y "cara a cara", fue comparada favorablemente con la transmisión electrónica a través de computadoras.¹⁴

Sin embargo, otros estudios demostraron que la comunicación exclusivamente oral era inadecuada y se perdía un gran porcentaje de la información comunicada. Cuando se acompañaba de un registro escrito aumentaba la información retenida y era aún mejor cuando se utilizaba una ficha preimpresa a tal fin, por lo que recomiendan utilizar este último método.^{15,16}

En un estudio realizado en seis hospitales de Dinamarca se observó un 52% de errores en la comunicación oral de la información. Los procesos asociados con mayor frecuencia de errores fueron la mala comunicación telefónica, el pase del paciente a otras áreas del hospital y la consulta con otras especialidades. Los autores desalientan las formas exclusivamente orales, especialmente en las situaciones mencionadas.¹⁷

Nuestro estudio revela que los médicos percibieron la información recibida como de

"buena" calidad y que era "baja" la posibilidad de confundirla con la de otro paciente cuando se respetaba un mismo orden en la presentación. En los últimos años, se describieron diferentes reglas para organizar el pase de guardia con la finalidad de seguir la misma sistemática en la presentación y no omitir información. En una revisión sistemática se identificaron 24 reglas nemotécnicas dirigidas a este tema. La más citada en la bibliografía es la SBAR (por las iniciales en inglés: *situation, background, assessment, recommendations*), pero no existen estudios rigurosos que hayan demostrado la utilidad de ninguna de las reglas en uso.¹⁸

En algunas actividades en las que se requiere alta precisión, como los operadores del manejo del tráfico aéreo, se siguen reglas estrictas y sistemáticas para el cambio de turno.¹⁹

En un estudio se analizó el cambio de turno en tareas en las cuales una falla puede provocar graves consecuencias. Se incluyeron un centro espacial y un centro de distribución ferroviaria en los Estados Unidos, y dos plantas generadoras de energía nuclear y un centro de distribución de ambulancias en Canadá. Del análisis de los datos, se concluyó que la comunicación "cara a cara" era de mucha importancia, dado el valor del componente no verbal de la comunicación; también lo eran la presencia de una tercera persona para colaborar en el recuerdo y comprensión de la información, la repetición de los datos por parte del receptor de la información, evitar las interrupciones y no realizar otra tarea durante el pase, además de la entrega de un informe escrito.²⁰

En nuestro estudio, 51% de los médicos informaron algún tipo de "conflicto familiar" durante su guardia. Si bien ese término es muy general, puede tener distintos grados de complejidad y, además, ser percibido de distinta manera por el médico, es llamativo que en nuestro estudio se presentó en un porcentaje muy alto de las guardias, y aunque estaban advertidos de su posible desarrollo en muchos de los casos (74%), es un punto que plantea la necesidad de una preparación específica para evitar que se instale o, en tal caso, resolverlo.^{21,22}

Los médicos de planta percibieron con menor frecuencia que los médicos residentes la probabilidad de confundir la información de los pacientes. Este dato puede interpretarse como un signo de mayor experiencia.

Otro aspecto para resaltar es la escasa formación en el tema en discusión. Más de la mitad de los médicos no recibieron formación

durante los estudios de grado ni de posgrado sobre la comunicación de información entre colegas y la mayoría consideran útil recibirla.

Un metanálisis reciente incluyó 10 trabajos en los que se implementaron intervenciones educativas para optimizar el pase de guardia y concluyó que estas podrían mejorar el proceso pero, ya sea por el diseño o por el tamaño de la muestra, no pudieron demostrarlo y aún se carece de estudios que muestren que hayan modificado el pronóstico de los pacientes. Otra conclusión alentadora es que, a pesar de que hay poca información sobre el tema, está aumentando en los últimos años.²³

Algunas limitaciones del estudio podrían ser que un constructo complejo, como la comunicación, fue evaluado a través de una encuesta, y que el número de encuestados no permitió aplicar un análisis multivariable. A pesar de esa limitación, se considera que los resultados que surgen son plausibles.

CONCLUSIONES

Se concluye que tanto la percepción de la calidad de la información como la posibilidad de confundirla en el pase de guardia se asociaron con aspectos ambientales, organizativos y educacionales. Los datos obtenidos aportan información sobre espacios posibles de intervención para la mejora del proceso y plantean interrogantes motivadores para continuar investigando en este campo. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2003;327:1219-21.
2. Greenberg CC, Regenbogen SE, Studdert DM, Lipsitz SR, et al. Patterns of communication breakdowns resulting in injury to surgical patients. *J Am Coll Surg* 2007;204:533-40.
3. Pronovost P, Thompson D, Holzmueller CG, Lubomski LH, et al. Toward learning from patient safety reporting systems. *J Crit Care* 2006;21:305-15.
4. Arora V, Johnson J, Lovinger D, Humphrey J, Meltzer DO. Communication failures in patients sign-out and suggestions for improvements: a critical incident analysis. *Qual Saf Health Care* 2005;14:401-7.
5. Pickering BW, Hurley K, Marsh B. Identification of patient information corruption in the intensive care unit: Using a scoring tool to direct quality improvements in handover. *Crit Care Med* 2009;37:2905-12.
6. Sutcliffe KM, Lewton E, Rosenthal MM. Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. *Acad Med* 2004;79:186-94.
7. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human. Building a safer health care system. Committee on Quality and Healthcare in America. Washington DC: Institute of Medicine. National Academy Press; 2000.
8. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, et al. The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust* 1995;163:458-71.
9. Frank JR, ed. The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework. Better standards. Better physicians. Better care. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2005.
10. Accreditation Council for Graduate Medical Education. 2001. Outcome project timeline-Working guidelines. [Acceso: 4 de diciembre de 2010]. Disponible en: http://www.acgme.org/outcome/project/timeline/TIMELINE_index_frame.htm
11. Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales. A practical guide to their development and use. 4th. ed. Oxford: Oxford University Press; 2008.
12. Ilan R, LeBaron CD, Christianson MK, Heyland DK, et al. Handover patterns: an observational study of critical care physicians. *BMC Health Serv Res* 2012;12:11.
13. Burbano O'Leary SC, Federico S, Hampers LC. The truth about language barriers: one residency program's experience. *Pediatrics* 2003;111:e569-73.
14. Solet DJ, Norvell JM, Rutan GH, Frankel RM. Lost in translation: challenges and opportunities in physician-to-physician communication during patients handoffs. *Acad Med* 2005;80:1094-9.
15. Bhabra G, Mackeith S, Monteiro P, Pothier DD. An experimental comparison of handover methods. *Ann R Coll Surg Engl* 2007;89:298-300.
16. Wayne JD, Tyagi R, Reinhardt G, Rooney D, et al. Simple standardized patient handoff system that increases accuracy and completeness. *J Surg Educ* 65:476-85.
17. Rabol LI, Andersen ML, Ostergaard D, Bjorn B, et al. Descriptions of verbal communication errors between staff. An analysis of 84 root cause analysis-reports from Danish hospitals. *BMJ Qual Saf* 2011;20:268-74.
18. Riesenber LA, Leitzsch J, Little BW. Systematic review of handoff mnemonics literature. *Am J Med Quality* 2009;24:196-204.
19. Kanki BG, Lozito S, Foushee HC. Communication indices of crew coordination. *Aviat Space Environ Med* 1989;60:56-60.
20. Patterson ES, Roth EM, Woods DD, Chow R, Gomes JO. Handoff strategies in settings with high consequences for failure: lessons for health care operations. *Int J Qual Health Care* 2004;16:125-32.
21. Volpp KGM, Grande D. Residents suggestions for reducing errors in teaching hospitals. *N Engl J Med* 2003;348:851-5.
22. Mauksch LB, Dugdale DC, Dodson S, Epstein R. Relationship, communication, and efficiency in the medical encounter: creating a clinical model from a literature review. *Arch Intern Med* 2008;168(13):1387-95.
23. Findley GM. Educational interventions to improve handover in health care: a systematic review. *Med Educ* 2011;45:1081-9.
24. Wohlauer MV, Horwitz LI, Bass EJ, Mahan SE, et al. The patient handoff: a comprehensive curricular blueprint for resident education to improve continuity of care. *Acad Med* 2012;87:411-8.