



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



CARTAS AL DIRECTOR

Transferencias de responsabilidad entre médicos: problemas y soluciones



Patient handoffs: Problems and solutions

Sra. Directora:

Durante su ingreso hospitalario un paciente cambia de médico responsable en múltiples ocasiones. Estas transferencias de responsabilidad (TR) reciben muy poca atención en nuestro entorno, a pesar de su volumen y repercusiones sobre el enfermo. Algunos autores¹ definen la TR como «el intercambio de información entre profesionales de la salud que acompaña a una transferencia del control y responsabilidad sobre el paciente» (en inglés aparecen como: *handoff*, *handover*, *signout*, *signover*, *shift report*). Pueden ser temporales o definitivas². Su función principal es incrementar la eficacia de las acciones a realizar sobre el enfermo¹, y su aspecto más importante la transmisión de información¹. Sin embargo, es algo más que compartir información, implica coordinación del personal sanitario, seguridad del paciente, en especial si hay traslado físico del mismo, e informar al enfermo y familiares. Las TR plantean problemas que requieren soluciones (tabla 1).

Los problemas aparecen porque las TR son informales, no estructuradas y el aporte directo de información, cuando lo hay, es casi siempre parcial³. Con frecuencia, la historia clínica está incompleta o es poco accesible. Las TR son muy vulnerables a los problemas de comunicación⁴, que pueden conducir a incidentes y errores médicos con resultados adversos para el paciente⁵.

Causas de mala comunicación son ruidos, locales mal dotados, ausencia de comunicación cara a cara y falta de tiempo². Las TR a menudo requieren negociar, y con frecuencia las negociaciones más difíciles se delegan en los especialistas menos experimentados o en residentes. También las discrepancias en la percepción de la responsabilidad sobre el enfermo entorpecen la comunicación⁶. Un problema de comunicación particular es no dar una adecuada información al paciente y familiares, lo que facilita la aparición de malentendidos y retrasos en la toma de decisiones que necesitan su colaboración.

El cambio frecuente de médico responsable en hospitalización, también en consultas de atención especializada y primaria, origina efectos nocivos como pérdida de

Tabla 1 Transferencias de responsabilidad

Problemas	Soluciones
Escaso reconocimiento e infravaloradas Informales	Aceptar su existencia e importancia
No estructuradas	Prepararlas y ejecutarlas correctamente
Información incompleta/poco accesible	Estandarizarlas
Negociadores inexpertos	Historia completa y accesible. Comunicación fluida. Contacto verbal
Frecuente cambio de médico responsable	Médicos preparados y con experiencia
Mala coordinación	Mejorar la organización de los servicios
Responsabilidad difusa	Contacto verbal. Trabajo en equipo
Conflictos entre médicos	Contacto verbal. Trabajo en equipo
Falta formación	Afrontarlos y resolverlos adecuadamente
	Formación adecuada

tiempo, confusión, disminución de la responsabilidad sobre el enfermo, aumento de la morbimortalidad⁷ y de errores médicos. La falta de coordinación produce problemas de polifarmacia, indicaciones médicas confusas o contradictorias⁸ y un incremento inadecuado de pruebas diagnósticas⁵.

La interconsulta médica plantea problemas vinculados con la TR al transferir parte de la responsabilidad sobre el enfermo a otro médico. Aunque la máxima autoridad es el médico a cargo del enfermo y no el consultor⁹, si no se delimitan bien los papeles de cada uno se puede producir un peligroso vacío de responsabilidad. Si las responsabilidades de ambos están bien definidas, sus trabajos serán complementarios, coordinados y no se solaparán.

En teoría, cada día se le transfiere al médico de guardia la responsabilidad sobre los enfermos ingresados, lo cual es un problema por su volumen y complejidad. Por ello, no debemos sobrecargarle obligándole a adoptar decisiones rápidas, a menudo con información insuficiente, que corresponden realmente al médico responsable del enfermo.

Estos problemas originan riesgos para los pacientes y conflictos entre los médicos implicados, por lo que debemos procurar solucionarlos.

Las soluciones consisten en anticiparnos a posibles incidencias, escribir las recomendaciones oportunas y avisar de su posible aparición, incluso se pueden estandarizar las TR¹. La historia clínica estará accesible, completa y actualizada, en especial ciertas circunstancias como las órdenes de no reanimación, y acompañará al paciente en sus movimientos por el hospital. Si existe historia electrónica debe existir acceso universal a la red informática.

Las TR las realizarán médicos experimentados y con conocimiento suficiente sobre la situación del enfermo⁹. Darán la información necesaria, oral y/o escrita, para que el nuevo médico a cargo del enfermo, aunque sea por un corto periodo de tiempo, sepa qué se le pide y por qué y el grado de responsabilidad que debe asumir⁹. Es fundamental poder preguntar y responder preguntas, y discutir las cuestiones de interés entre los 2 médicos³. Si la información transmitida es incorrecta o no se hace de la forma adecuada, el médico receptor puede interpretar este hecho como falta de interés, de competencia o ambos¹⁰, y dificultar más el proceso de la TR. El paciente y acompañantes deben recibir información suficiente.

Cuando varios médicos atienden simultáneamente a un paciente, como en la interconsulta médica, uno de ellos actuará de coordinador, habitualmente el responsable del enfermo. No hay buena formación sobre las TR², por lo que es necesario establecer los mecanismos necesarios para adquirirla, así como recibir instrucción sobre el trabajo en equipo.

Como conclusión podemos señalar que las TR son muy frecuentes durante el ingreso hospitalario e implican riesgos para el enfermo. A pesar de ello, no reciben la adecuada atención, no están estandarizadas ni protocolizadas, disponemos de muy poca información sobre ellas y no se imparte formación para realizarlas de forma correcta.

Bibliografía

1. Cohen MD, Hilligoss PB. The published literature on handoffs in hospitals: Deficiencies identified in an extensive review. *Qual Saf Health Care*. 2010;19:493–7.
2. Arora VM, Farnan JM. Care transitions for hospitalized patients. *Med Clin North Am*. 2008;92:315–24.
3. Kalkman CJ. Handover in the perioperative care process. *Curr Opin Anesthesiol*. 2010;23:749–53.
4. Greenberg CC, Regenbogen SE, Studdert DM, Lipsitz SR, Rogers SO, Zinner MJ, et al. Patterns of communication breakdowns resulting in injury to surgical patients. *J Am Coll Surg*. 2007;204:533–40.
5. Petersen LA, Brennan TA, O'Neil AC, Cook EF, Lee TH. Does housestaff discontinuity of care increase the risk for preventable adverse events? *Ann Intern Med*. 1994;121:866–72.
6. Nagpal K, Vats A, Ahmed K, Smith AB, Sevdalis N, Jonansson H, et al. A systematic quantitative assessment of risks associated with poor communication in surgical care. *Arch Surg*. 2010;145:582–8.
7. Soler-Bel J, Sala C, Relaño N, Moya MJ, Vergéz L, Flor A. Estudio de las interconsultas solicitadas por el Servicio de Cirugía General al Servicio de Medicina Interna. *An Med Interna*. 2007;24:520–4.
8. Bodenheimer T. Coordinating care - A perilous journey through the health care system. *N Engl J Med*. 2008;358:1064–71.
9. Pearson SD. Principles of generalist-specialist relationships. *J Gen Intern Med*. 1999;14:513–20.
10. Muzzin LJ. Understanding the process of medical referral. Part 5: Communication. *Can Fam Physician*. 1992;38:301–7.

E. Montero Ruiz* y J. López Álvarez

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eduardo.montero@salud.madrid.org (E. Montero Ruiz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2013.09.003>

Contribución de los médicos de familia a la elaboración de guías de práctica clínica[☆]



Contribution of family physicians in the development of clinical practice guidelines

Sra. Directora:

La adhesión de los médicos de familia (MF) a las guías de práctica clínica (GPC) es variable¹, y su utilización puede estar influenciada por factores contextuales y actitudinales², así como relacionados con las propias guías,

como el rigor en su elaboración o la composición del equipo redactor o revisor³. Diferentes estudios muestran que para la mayoría de los MF las GPC son una valiosa fuente de asesoramiento y creen que mejoran la calidad de la atención sanitaria⁴.

Hemos realizado un estudio para describir la participación de los MF en la elaboración de las GPC producidas en España, incluidas en el catálogo de GPC del Sistema Nacional de Salud (SNS). Se trata de un estudio descriptivo en el que fueron examinadas por 2 evaluadores todas las GPC vigentes en dicho catálogo⁵ durante el último trimestre de 2012 (n=72), disponibles en: <http://portal.guiasalud.es/web/guest/catalogo>. Tras la revisión individual, ambos evaluadores realizaron una puesta en común para consensuar las discrepancias observadas. Las variables incluyeron: entidades elaboradoras, destinatarios de las GPC, autoría (número de autores, profesión, especialidad y afiliación), tema principal de la guía según la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP-2) y número, profesión y afiliación tanto de colaboradores como de revisores externos.

[☆] De este estudio fue presentada una comunicación en el XXXIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC). Granada, 6-8 de junio de 2013.