



PROTOCOLO

Check-List sistemático a pie de cama del paciente crítico

Bernardino Santos M, Arnal Velasco D, Miró Murillo M, Santa-Úrsula Tolosa JA, García del Valle y Manzano S, Gómez-Arnau Díaz-Cañabate JI.

Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.

Resumen

La transmisión de información sobre el paciente entre los médicos que dejan y asumen la responsabilidad de los pacientes (“*handover*”, “*handoff*” o “*sign-out*” en la literatura anglosajona) tiene lugar cientos de veces cada día en los hospitales de todo el mundo.

Los errores en la transferencia de información son frecuentes: según la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO 2.003) casi el 70% de los incidentes críticos que ponen en riesgo la seguridad del paciente están causados por errores de comunicación.

En el año 2.006 la US Joint Commission publicó unos objetivos de seguridad para el paciente (Joint Commission National Patient Safety Goal Requirement 2E 2.006) en los que recomienda:

- Mejorar la comunicación eficaz entre el personal sanitario.
- Poner en marcha (implementar) un “*handoff*” estandarizado que dé la oportunidad de preguntar y responder, y crear discusiones.

Existen numerosos estudios en los que se proponen “reglas nemotécnicas” en forma de listas de verificación o checklist como herramienta de ayuda durante el pase o “*handoff*” de los paciente en las unidades de Reanimación.

Introducción

La transmisión de información sobre el paciente entre los médicos que dejan y asumen la responsabilidad de los pacientes (“*handover*”, “*handoff*” o “*sign-out*” en la literatura anglosajona) tiene lugar cientos de veces cada día en los hospitales de todo el mundo (1).

Los errores en la transferencia de información son frecuentes: según la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO 2.003) casi el 70% de los incidentes críticos que ponen en riesgo la seguridad del paciente están causados por errores de comunicación (2).

En el año 2.006 la US Joint Commission publicó unos objetivos de seguridad

para el paciente (Joint Commission National Patient Safety Goal Requirement 2E 2.006) en los que recomienda:



- Mejorar la comunicación eficaz entre el personal sanitario.

- Poner en marcha (implementar) un “*handoff*” estandarizado que dé la

oportunidad de preguntar y responder, y crear discusiones.

Existen numerosos estudios en los que se proponen “*reglas nemotécnicas*” en forma de listas de verificación o checklist como herramienta de ayuda durante el pase o “*handoff*” de los paciente en las unidades de Reanimación.

CHECK-LIST del paciente crítico

En nuestra Unidad de Reanimación se realizan 2 *pases* de pacientes diarios. Uno por la mañana en la sala de sesiones, en las que los médicos salientes de guardia aportan información detallada de cada caso con apoyo audiovisual de la historia electrónica (comentarios, imágenes y analíticas) a los médicos y enfermería responsables de la unidad durante la mañana y médicos de guardia, y otro a pie de cama al final de la mañana.

En el pase a pie de cama están presentes los adjuntos responsables de la Unidad durante la mañana, los que entran de guardia y los residentes, así como la enfermera responsable de cada paciente.

Este segundo pase no pretende ser un nuevo “*repaso*” detallado de cada paciente, ya que todos los presentes han estado en el primero de la mañana y conocen cada caso.

Tras una breve introducción, comprobando filiación correcta, edad y diagnóstico principal del paciente, se repasan los siguientes [items](#):

- - Elevación del cabecero.
- - Neurología:
 - ·Analgesia: Suficiente / Excesiva.
 - ·Sedación: RASS adecuado / Candidato a ventana de sedación.

- - Ventilación: Modo ventilatorio / Candidato a reducción de FiO2 o prueba de ventilación espontánea.
- - Hemodinámica:
 - · Vasoactivas: Necesita o tiene monitorización invasiva/Se encuentra en pauta descendente y con qué objetivo de tensión arterial media.
 - ·Corticoides: Tiene pautados / Estaría indicado / Se ha realizado Test de Synacthen (Insuficiencia suprarrenal).
- - Renal: Objetivo de balance / Ajuste de diuréticos / Parámetros de técnicas de depuración extrarrenal / Aclaramiento de creatinina semanal.
- - Cultivos: Necesita nuevos cultivos/Pendiente de resultados/Ajustada antibioterapia a resultados.
- - Insulina: Necesidad de perfusión continuada de insulina.
- - Nutrición: Se debe iniciar nutrición / Nutrición enteral o parenteral / Se ha solicitado perfil nutricional semanal.
- - Ulcus: Tiene pautada profilaxis.
- - Trombosis venosa profunda: Tiene pautada profilaxis.
- - Comunicación: Está informada la familia / Se necesitan consentimientos.
- - Bibliografía: Es necesario revisión bibliográfica / Es candidato a inclusión en algún registro.
- - Otros:
 - Pruebas complementarias pendientes.
 - Información pendiente a la familia.

Comentario



Aunque la mayoría de los checklist publicados en nuestra especialidad hacen referencia al periodo perioperatorio (3), existen cada vez más artículos dedicados al paciente crítico, siendo la mayoría de estos checklist acrónimos que es necesario memorizar.

Por poner algún ejemplo, el SBAR (Situation, Background, Assessment and Recommendation), el DeMIST (Details-Mechanism-Injuries-Signs / Symptoms&Observations-Treatment given), el iSoBAR (identify-situation-observations-background-agreed plan-read back) (4), y uno publicado en este blog en una entrada del año pasado por nuestros compañeros del [Hospital de Móstoles](#).

Los artículos que comentan estas reglas nemotécnicas coinciden en señalar que aunque son útiles para no olvidar aspectos clínicos del paciente no son suficientes para garantizar el objetivo final de una comunicación eficaz: el receptor debe asimilar la información necesaria que le permita aplicar medidas eficaces y seguras una vez que asume la responsabilidad del paciente (5, 6).

El checklist que seguimos en nuestra Unidad amplía los aspectos básicos que ya propuso Vincent (2), y en nuestra opinión tiene como principales ventajas:

1. La percepción visual del paciente (se realiza a pie de cama).
2. No se memoriza (ya que se tiene impreso y lo lleva en la mano el médico que realiza el pase).
3. Obliga al receptor de la información a revisar sistemáticamente todos los aspectos del paciente, y no solo los presuntamente importantes.
4. Habitualmente es muy participativo, ya que todos conocen el caso de la primera sesión del día, comentan y aportan opiniones.

En nuestra experiencia de 1 año se ha convertido en una herramienta de apoyo muy útil para que el anestesista que entra de guardia se cree una imagen “fotográfica” del estado actual del paciente tras los ajustes de tratamiento de la mañana, de las principales complicaciones que pudieran surgir y si hay algún punto pendiente (información a familia, prueba diagnóstica) para llevar a cabo durante la guardia.



CHECK-LIST del paciente crítico

Bibliografía

- 1.- Kalkman Cor J. Handover in the perioperative care process. Curr Opin Anaesthesiol. 2010 Dec;23(6):749-53. ([PubMed](#))
- 2.- Vincent JL. Give your patient a fast hug (at least) once a day. Crit Care Med 2005; 33(6):1225-1258. ([PubMed](#))
- 3.- Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a

global population. N Engl J Med. 2009; 360 (5):491-499. ([PubMed](#)) ([pdf](#))

4.- Porteus JM, Stewart-Wynne EG, Connolly M, Cromelin PF. iSoBAR—a concept and handover checklist: the National Clinical Handover. ([PubMed](#)) ([pdf](#))

5.- Cohen M, Hilligoss B, Kajdacsy-Balla A. A handoff is not a telegram: an understanding of the patient is co-constructed. Critical Care 2012,16:303-307. ([PubMed](#))

6.- Manser T, Foster S. Effective handover Communications: An overview of research and improvement efforts. Best Practice and

Research Clinical Anesthesiology 2011;25:181-191. ([PubMed](#))

Correspondencia al autor

Marta Bernardino Santos
marta.bernardino@gmail.com
FEA. Anestesia y Reanimación.
Hospital Universitario Fundación Alcorcón,
Madrid.

[Publicado en AnestesiaR el 3 de septiembre de 2012](#)

