

4. Propuesta protocolo comunicación de enfermería en servicio de urgencias y emergencias (S.B.A.R)

PROPOSAL PROTOCOL COMMUNICATION OF NURSING IN EMERGENCY SERVICE (S.B.A.R)

Alfonso Francisco Sanz Caba

Graduado en Enfermería por la Universidad de Castilla La Mancha.

RESUMEN

En un esfuerzo por reducir los errores de comunicación que tienen lugar durante el traspaso de información en la transferencia del paciente, numerosos profesionales sanitarios pertenecientes a la organización en Colorado, Kaiser Permanente, adaptaron el modelo SBAR (situación, antecedentes, evolución, recomendación), modelo creado por la Navy de los Estados Unidos. SBAR es un modelo que facilita la comunicación entre profesionales y evita un daño iatrogénico.

El esfuerzo por protocolizar el traspaso de información en enfermería ha incrementado en los últimos años, es tan importante el acto de comunicar como el de escuchar, ya que se traspasa una responsabilidad. El principal objetivo es recalcar la importancia del traspaso de información. Numerosos estudios internacionales han comprobado la eficacia de seguir un protocolo en comunicación basado en el modelo SBAR.

SBAR no sólo permite una comunicación interprofesional entre enfermeros/as, sino que permite una comunicación más amplia con más profesionales sanitarios.

Palabras clave: SBAR, comunicación, información, profesionales, enfermería, protocolo, eficacia.

ABSTRACT

In an effort to reduce communication errors that take place during handoffs, members of Kaiser Permanente organization in Colorado adapted the SBAR (situation, background, assessment, recommendation) communication template. SBAR allows clinicians to communicate clearly and easily and therefore prevents from iatrogenic harm.

Lately the effort to standarize the handover between nurses has increased, it is as important to communicate as to listen to what it is said in order to take responsibility. The main goal is to stress how important it is the act of handing over the information. Several international studies have come to conclusion that using SBAR template is effective.

SBAR does not only let you communicate between nurses but also with other clinicians.

Keywords: SBAR, communication, information, professionals, nursing, protocol, effectiveness.

INTRODUCCIÓN

En el medio sanitario, el traspaso de información forma parte del trabajo clínico diario que, en este caso, acontece entre enfermero-enfermero o enfermero-profesional sanitario y es un componente esencial para garantizar que se transmite la información clara y concisa sobre el estado clínico de un paciente (1). La "JOINT COMMISSION" define transferencia de información como: "Un proceso en el que se comunica información específica de un paciente de un sanitario a otro con el fin de asegurar la continuidad de cuidados y su seguridad" (2). Durante este proceso, la información sobre los cuidados aplicados al enfermo, tratamiento, el estado clínico actual y cualquier cambio reciente, debe ser clara, completa y lo más precisa posible para evitar cualquier suceso que afecte perjudicialmente al paciente. La pérdida de información durante el traspaso de información de sanitario a sanitario ha sido descrita y estudiada en multitud de casos en el entorno hospitalario, en emergencias se une el factor estresante de la situación, ya en 2005 Bruce y Suserud describieron cómo los pacientes trasladados en ambulancias al hospital eran los más perjudicados (3).

Implementar un protocolo estandarizado mejoraría el proceso de traspaso de información previniendo errores y omisiones de comunicación sobre el paciente (4). Protocolizarlo implicaría detallar qué información debe ser transmitida y quienes deben estar presente en esa transferencia, con ello, tanto el enfermero que está al cuidado del paciente como el que lo recibe tienen claro las expectativas de la información que debe conocerse, comunicarse y actuar en base a lo recibido, en definitiva, deben compartir un mismo modelo mental de entendimiento y conocimiento (5). Según un informe del Ministerio de Sanidad (estudio SYREC) (6-7) los factores relacionados con la comunicación estuvieron presentes en un 5.76% de los incidentes sanitarios y en más de los casos centinela lo que se asoció a un aumento de la estancia hospitalaria, errores en el tratamiento y aumento del gasto sanitario. En nuestro país, la estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020 ha promovido la comunicación entre profesionales para asegurar que la información transmitida sea precisa, dirigida al profesional correcto, y recomienda la implementación de técnicas de comunicación estructurada.

"SBAR" consiste en una estrategia de comunicación desarrollada originalmente por la NAVY de los EE. UU. y más

tarde adoptada por otros sectores, como el de la salud; proporciona un modelo de comunicación para los equipos sanitarios con el fin de compartir y transmitir información estructurada (también en formato papel) del paciente, siguiendo unos parámetros que obligan a comunicar paso a paso la situación clínica del paciente (8).

La seguridad del paciente es crucial para una atención sanitaria efectiva y de calidad y fue definida por la *"Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente"* de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como *"la reducción del riesgo de un daño innecesario relacionado con una atención sanitaria mínima aceptada"* (9).

OBJETIVOS

Mejorar la comunicación entre enfermeros y otros profesionales sanitarios en el transporte y transferencia del paciente en el servicio de urgencia y emergencias, por tanto, mantener una buena calidad de cuidados hacia el paciente, aumentar su supervivencia y minimizar los daños producidos por errores de comunicación.

Finalmente, establecer un protocolo de comunicación basado en el modelo *SBAR* (Situación, antecedentes, evolución y recomendación) es necesario, ya que fallos de comunicación que acontecen a diario representan una de las principales causas de eventos adversos en la rutina clínica entre enfermero-paciente.

MÉTODO

Entre las fechas de agosto y noviembre de 2020 se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos del *NHS* (Red Sanitaria de Reino Unido-National Health System), asociada a estudios más actuales del tema en concreto, específicamente en el instituto de innovación y desarrollo, por otro lado, se realizó una revisión bibliográfica en las principales bases de datos PUBMED, EMBASE, CINAHL, Cochrane Library and PsycINFO, de la evidencia disponible y realización de una lectura crítica de aquellos artículos en castellano y en inglés que reúnen las características de búsqueda seleccionadas utilizando como palabras clave *"handover"*, *"Communication"* y *"SBAR"*.

Los artículos en los que se basa este trabajo datan entre 2015 y 2018, en español e inglés, existiendo más artículos y estudios clínicos en lengua inglesa y cuyos estudios son más recientes, se descartaron aquellos cuyo acceso no era libre.

DESARROLLO

El traspaso de información se define como la comunicación entre profesionales sanitarios en la que se transmite información de carácter clínico sobre un paciente y se traspasa la responsabilidad del cuidado, éste a su vez, puede ser: Intradisciplinar, el que se produce entre profesionales con la misma formación académica o interdisciplinar, el que, por el contrario, se produce entre profesionales con distinta formación académica (10-13).



Imagen 1. Kaiser Permanente. Fuente <http://healthy.kaiserpermanente.org>.

En el contexto prehospitalario, el enfermero tiene muy poco tiempo de actuación y recogida de información sobre el paciente, por tanto tiene que transmitir toda la información que recopila en ese espacio de tiempo al equipo sanitario del hospital, para evitar omitir datos importantes (14), se propone un protocolo de comunicación *SBAR* (15), cuyos componentes son: Situación, antecedentes, evolución, recomendaciones; la omisión de información que al sanitario le parezca insignificante puede derivar en un traspaso de información fallido (16). Errores de comunicación entre sanitarios han sido ampliamente descritos y generalmente producen eventos adversos tales como: Retraso de inicio de tratamiento, errores de medicación, caídas, equivocaciones en transfusiones sanguíneas, infecciones nosocomiales (2).

La *Joint Commision* actualizó su base de datos de informe sobre eventos centinela en el año 2015, llegando a la conclusión que los errores de comunicación están en el puesto tres de causas de eventos centinela (2).

En un esfuerzo por reducir las principales barreras comunicativas que tienen lugar durante el traspaso de información entre profesionales, miembros de la organización Kaiser Permanente en Colorado adaptaron el formato de comunicación *SBAR* al campo de la salud. En sus inicios fue utilizado por los enfermeros cuando contactaban con el facultativo siguiendo un protocolo de comunicación basado en preguntas y respuestas relativas al paciente, posteriormente se comenzó a usar para guiar tanto los cambios de turnos entre enfermeros en hospital como en servicios extrahospitalarios.

El siguiente recuadro ejemplifica las principales barreras comunicativas que se producen en la urgencia extrahospitalaria:

- Falta de formación sobre el proceso de traspaso de información (5).
- Falta de información sobre el proceso de cuidado al paciente donde el enfermero tiene poco conocimiento sobre el paciente que transfiere (2).
- Poco o nulo interés y atención por el enfermero/sanitario que recibe el paciente (5). El enfermero que recibe el paciente puede tener otras prioridades en ese momento y no puede centrarse en el paciente que recibe (2).
- Diferentes puntos de vista sobre qué información es importante y no entre enfermeros (2).
- Poco entendimiento o respeto entre profesionales de prehospitalaria y hospitalaria (2).
- Insuficiente cantidad de tiempo dedicado a un traspaso de información completo (2). Esto puede deberse a una presión por alcanzar los tiempos protocolarios en el servicio de urgencias/SVA o por prioridades del profesional,
- Problemas con el lugar donde transcurre la transferencia del paciente, como ruido e interrupciones (17).
- Diferencias culturales y de idioma entre la población (paciente) y sanitario (9).

Por tanto, es importante recalcar que para que exista comunicación, debe existir un feedback, la intención de este protocolo no es que el sanitario que transfiere al paciente hable siguiendo los pasos del SBAR y esperar completo silencio por parte del profesional que va a tomar cuidado del paciente que se le transfiere, sino que la comunicación tiene que ser asertiva y bidireccional. Debe combinarse la información verbal y escrita (informes), se recomienda el método narrativo con el apoyo de estrategias mnemotécnicas, dejando tiempo para preguntas o comentarios. El enfermero que transmite la información del paciente debe dedicar un tiempo proporcional al empleado en otros pacientes y reconducir las discusiones, es importante saber gestionar las interrupciones para evitar distracciones y fallos posteriores (18-19).

El lugar de realización de transferencia del paciente también sería ideal consensuarlo, evitar pasillos para no obstaculizar, normalmente en la entrada hospitalaria se asienta una habitación para triaje, donde normalmente se realizará la transferencia según el estado clínico del paciente (20).

A continuación, se detallan algunas recomendaciones y estrategias para mejorar el traspaso de información en servicio de urgencias y emergencias:

RECOMENDACIONES	ESTRATEGIAS
Comunicación constante con CCU	• Para activación de códigos. • Preavisos hospitalarios.
Lugar adecuado	• Ausencia de ruidos y alarmas. • Gestión de las interrupciones.
Ambiente relajado	• Facilitar el intercambio interactivo. • Favorecer preguntas y respuestas.
Trasferencia cara a cara	• Uso de lenguaje verbal y no verbal.
Apoyo documental	• Informe SBAR.
Incluir programas de formación en traspaso de información	• Cursos de formación.

Existen situaciones en las que el inicio de comunicación no se realiza cara a cara por la gravedad de la situación y es a través del Centro Coordinador de Urgencias (CCU), situaciones como código infarto o ictus implica que desde el lugar de asistencia prehospitalaria se necesite preavisar a sala de triaje, facultativo, etc y para ello, los enfermeros reguladores del CCU recogen información veraz y precisa de los sanitarios que asisten al paciente para comunicársela al profesional pertinente en el hospital útil. Es importante mantener una buena coordinación para facilitar el acceso al lugar de destino, es una comunicación principalmente verbal y generalmente interdisciplinar, según la disponibilidad del profesional sanitario (del hospital) en el momento de la llamada.

FORMACIÓN

Generalmente el traspaso de información suele producirse de manera jerarquizada sin estar protocolizada, la comuni-

cación es un factor importante en el servicio de urgencias y emergencias, lo que también obliga a enfermería a tener una formación básica en ello. Internacionalmente, la *Joint Commission*, el *European Handover Group* y la *National Quality Forum* recomiendan que los programas formativos comiencen desde el desarrollo de la carrera universitaria (21-24).

La simulación clínica en el puesto de trabajo ha mostrado buenos resultados, ya que se produce en un entorno seguro sin riesgos. También se ha de tener en cuenta el trabajo en equipo (25).

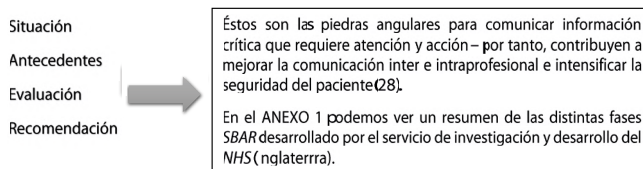
SBAR, COMUNICACIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

¿Qué es?

SBAR es una forma de comunicación estructurada que permite que la información sea transmitida de forma precisa entre profesionales sanitarios y permite mejorar la seguridad del paciente al no omitirse datos vitales (26).

Consta de cuatro secciones con preguntas estandarizadas para asegurar que los profesionales comparten información concisa y centrada en el paciente. Permite comunicarse de manera efectiva, reduciendo la necesidad de repetir datos ya dichos y la probabilidad de error. A la vez que se comparte la información, ayuda a anticipar la información necesitada por el personal al que se le transfiere el paciente e incentiva las habilidades de evaluación hacia el paciente por parte del enfermero (27). En definitiva, el uso de SBAR da entrada a desarrollar la información con el nivel adecuado de detalle.

Los cuatro elementos anteriormente citados son los siguientes:



¿Cuándo usarlo?

Comunicación puede ser definida como “proceso bidireccional por el que se alcanza un entendimiento mutuo, en el cual los participantes no sólo intercambian información, sino que también crean y comparten contenido” (29).

SBAR ayuda a crear un sistema estructurado de interacción que ayuda tanto al que envía la información como al que la recibe. Ayuda al emisor asegurando que ha preparado y desarrollado la información antes de comunicársela al receptor. El receptor ya tiene una idea preconcebida de la información que se le va a transmitir y por tanto no interrumpirá al emisor con preguntas que se irán contestando a lo largo del intercambio durante la conversación (30-32).

El uso de SBAR permita una comunicación con claridad y previene de insinuaciones y malentendidos que el emisor pueda entender (33).

¿Cómo puede ayudar el uso de SBAR?

Una deficiente comunicación, tanto verbal como escrita, es reconocida como la causa común de errores clínicos y de organización serias. En el ámbito sanitario aún existen barreras de comunicación entre profesionales, tales como: Jerarquía, de género, origen étnico y diferencias de estilos de comunicación entre individuales (34).

La comunicación ha sido descrita como más efectiva entre trabajadores que funcionan como un equipo y éstos, siguen unas guías de comunicación estandarizadas o protocolizadas en el lugar de trabajo (29)

Tabla 1. Resumen técnicas comunicación SBAR (56).

- SBAR elimina la incertidumbre durante la comunicación, previene el uso del "supuesto", de la imprecisión o reticencia que a veces ocurre, particularmente, cuando no se está familiarizado con el ambiente de trabajo o nuevos profesionales sin aún experiencia o por su posición en la jerarquía. En definitiva, como se citó anteriormente previene de malentendidos durante el intercambio de información (35).
- SBAR ayuda a prevenir fallos en la comunicación, tanto verbal como escrita, creando un modelo mental conjunto (33), dirigido al acto de traspaso de información y situaciones que requieren de atención urgente y por tanto obligan a comunicarse con otros profesionales (36).
- SBAR es usado como un medio para poner en el mismo rango a médicos y demás sanitarios construyendo un lenguaje común para referirse a situaciones críticas y reducir las barreras de comunicación entre diferentes profesionales sanitarios (37).

S

SITUATION

SITUACIÓN

Bajo la "S" nos encontramos la sección de situación, el enfermero:

- Se identifica y especifica de qué unidad/soporte llama.
- Identifica al paciente por el nombre y la razón de la llamada.
- Describe síntomas y mecanismo de lesión si existe.

Finalmente, describe la situación de lo que está aconteciendo y dónde está ocurriendo, el estado clínico del paciente y sus constantes.

Ejemplo (Comunicación Enfermera SVAE-CCU):

"Soy María, la enfermera de la UME 3 de Valladolid, llamo por el paciente XX del parte 001, la razón por la que llamo es que el paciente lleva con dolor torácico a pesar de los 2 puff de nitro, está pálido y sudoroso, además tiene disnea, saturación a 87% sin oxígeno, le he puesto unas gafas nasales a 4l, la frecuencia respiratoria es de 25 rpm y la tensión arterial: 85/50 mmHg.



Enfermera CCUE Castilla y León. Foto: Sánchez Bermejo, Raúl. (2019). Experto Universitario en triaje para enfermería. Recuperado de <http://medicapnamericana.com>

Muller, M. (2018). Impact of the communication and patient hand-off SBAR on patient safety: A systematic review. Recuperado de <http://bmjopen.bmj.com/>

		PREGUNTAS	DESCRIPCIÓN	EJEMPLO
S	Situación	¿Qué le ocurre al paciente? // ¿Qué situación clínica le ha alarmado?	Primero el enfermero explica la situación, se identifica, así como al paciente y resume el problema.	CCU, enfermero UME 2 Valladolid, llamo por paciente XX, tiene disartria.
B	Antecedentes	¿Cuáles son los antecedentes de este paciente?	El enfermero proporciona datos (antecedentes), historia clínica relevante (si ha sido hospitalizado).	XX tiene 85 años, antecedentes de ictus lacunar y ahora tiene la comiura desviada.
A	Evaluación	¿Cuál es el problema?	Información clínica de interés, constantes, si cambia el estado del paciente. Aquí se puede hacer un diagnóstico provisional o una impresión clínica.	XX presenta paresia, creo que tiene un ACV.
R	Recomendación	¿Cuál es el siguiente paso en el manejo del paciente?	Sugerir recomendación relativa al cuidado del paciente. Es necesario explicar clara y específicamente todo lo relacionado al problema inicial.	Necesito que CCU se comunique con neurólogo de guardia para activación de código ictus (ANEXO 1).



Summa 112, base aérea. Foto: Alonso, Pablo. (2020). Recuperado de <http://madridesnoticia.es>

B

BACKGROUND

ANTECEDENTES

La "B" o la sección de antecedentes contiene:

- Fecha de ingreso reciente o razón de ingresos anteriores.
- Especificar la razón de traslado para ingreso hospitalario.
- Alergias, tratamiento actual, si porta sondas o drenajes, si tiene dolor.
- Intervenciones recientes.
- Antecedentes de interés del paciente.

Ejemplo (Continuación):

"El paciente X fue ingresado hace dos meses en cardiología, le pusieron dos stents, es un cardiópata obeso que no ha estado siguiendo la dieta recomendada tras la cirugía, diabético tipo II, el dolor no mejora tras el antiagregante y los dos puff, se ha iniciado morfina, su tratamiento de base es enalapril y metformina que no ha estado tomando regularmente. No tiene alergias conocidas".

A

ASSESSMENT

EVOLUCIÓN

La "A" o sección de evolución incluye:

- Una descripción de lo que está ocurriendo.
- Recientes cambios en el estado clínico del paciente.
- Una nueva evaluación del paciente.
- Constantes vitales, impresión clínica, intervenciones de enfermería.

Un ejemplo (Continuación):

"El paciente XX sigue hipotesando (70/46 mmHg) y taquicárdico (140 lpm), El electrocardiograma muestra una clara elevación del ST, se han cogido dos vías de grueso calibre".

El enfermero que llama, en este caso de un SVAE, necesita tener un pensamiento centrado en paciente crítico, por tanto, informar con datos objetivos. En base a esos datos, figurarse un diagnóstico para poder actuar según la sintomatología, no sólo basarse en datos subjetivos extraídos de la evaluación tanto primaria como posterior, sino unirlos a los datos objetivos mencionados anteriormente.



Summa 112. Ambulancia medicalizada. Foto: Madrid emergency vehicles. Recuperado de <http://elboletin.com>

Si no has podido realizar una evaluación primaria, podrías decir:

“Creo que el paciente tiene un síndrome coronario agudo con elevación de ST”.

R

RECOMENDATION

RECOMENDACIÓN

Finalmente, la “R” o sección de recomendación, el enfermero:

- Realizar cualquier pregunta si presenta dudas.
- Realiza recomendaciones al personal que transfiere el paciente (por ejemplo, si necesitase una vía nueva o control del estado neurológico: Glasgow Coma Scale (GCS)),
- Asegurarse del que el equipo que recibe el paciente haya entendido todo lo informado en el traspaso de información.

Es muy importante dejar claro qué acciones no se han realizado y que deberían realizarse tras transferir al paciente para despejar cualquier duda, por ello es importante en la última parte del protocolo realizar recomendaciones.

La comunicación tiene que ser firme y asertiva:

“Necesito que venga un doctor inmediatamente”.

Un ejemplo (Continuación):

“Sugiero que sería necesario hablar con cardiólogo de guardia para activar código infarto (ANEXO 2) en beneficio del paciente y preparar la sala de hemodinámica”.

Igual de importante es asegurarse que cada profesional con el que se comunica haya entendido todo lo que se ha dicho para asegurar exactitud y claridad. El paciente es el núcleo y en muchas ocasiones no sabe lo que está ocurriendo y espera de los profesionales sanitarios profesionalidad.

En el CCU se hacen diariamente preavisos hospitalarios para los distintos códigos que cada comunidad autónoma estipula, el SVA que, in situ asiste al paciente, llama al CCU para que el enfermero/médico regulador se comunique con el facultativo que corresponda para activación de código (infarto, Ictus, SEPSIS...), la información que el sanitario del SVA transfiere en el regulador del CCU a veces es incompleta y es por ello es factible realizar una conferencia a 3 (SVA, regulador y facultativo del hospital) para que se recojan el máximo de datos y quede claro el lugar último de transferencia (hemodinámica para cateterismo o urgencias) o bien para consejo sanitario.

Como podemos ver en el ANEXO 3 podemos ver el modelo SBAR traducido al español utilizado en Inglaterra, en el ANEXO 4, podemos ver un ejemplo de formato SBAR de transferencia en urgencias en español.

En el ANEXO 5 podemos observar una plantilla SBAR utilizada en el hospital de Blackpool de Inglaterra en el servicio de urgencias y emergencias para la transferencia de paciente entre paramédico y personal de urgencias. En el ANEXO 6 podemos encontrar otra plantilla SBAR desarrollada por el Hospital Memorial de EE. UU. en 2015.

En el ANEXO 7 podemos ver una plantilla SBAR utilizada para comunicaciones intraprofesionales por teléfono y en ANEXO 8 ejemplos de modelos SBAR.

La utilización de SBAR crea un lenguaje común para la comunicación de información importante sobre el paciente (38).

La utilización de la herramienta SBAR establece una zona común de comunicación. Elimina la barrera existente entre enfermeros y médicos mediante la combinación de un lenguaje común, además, disminuye la fina línea de jerarquía presente en el ámbito sanitario (39), resultando en un canal de comunicación efectivo entre profesionales sanitarios. (36).

Históricamente, la comunicación entre enfermeros y facultativos se ha regido por el uso de estilos adaptados a las necesidades de cada uno. El choque entre ambos estilos normalmente deriva en una falta de coordinación y comunicación e incluso podría llegar a producirse una omisión de información importante que podría poner en peligro la seguridad clínica del paciente en cuestión (40). En el marco SBAR, el estilo de comunicación entre ambos profesionales se combina y produce un traspaso de información fluido (41).

Los autores de un estudio cuasi-experimental concluyeron que la combinación de ambos estilos (enfermería-medicina) usando SBAR hace que ambos profesionales compartan un mismo modelo mental mejorando el acto de comunicación y la seguridad del paciente (42). Además, concluyeron que la sección de “recomendación” mejoró la conciencia de los médicos permitiéndoles ver desde los ojos del enfermero que transfiere el paciente y hacerse una idea mental de lo que se ha realizado hasta el momento de la transferencia y qué necesita ser hecho (42). La fusión de ambos estilos de comunicación añadido a una evaluación estandarizada y protocolizada por parte de enfermería incrementa la visión holística del paciente, creando un ambiente seguro para el paciente (42-43).

Cuando SBAR es usado en servicio de urgencias transfiriendo el paciente por parte de enfermería, previene que si un médico está presente se cree una jerarquía y obliga a adaptar la información al facultativo, sino que lo hace accesible para todos los profesionales sanitarios presentes (36,42). De un estudio cuasi experimental se extrajo que los enfermeros se sentían más predispuestos a hablar con un médico eliminando el pensamiento “parezco estúpido/a” por la jerarquía histórica (36).

La utilización de SBAR incrementa la seguridad en uno mismo y por tanto la seguridad del que transfiere el paciente y del que es transferido (38).

Protocolizar el formato de transferencia de pacientes elimina la cuestión de cómo comunicar todos los datos del

paciente y que sea entendido, por tanto, el uso de SBAR aumenta la seguridad de transmitir lo que debe ser transmitido sin margen de error y por tanto crea una transferencia efectiva (44).

En dos estudios cuasi experimentales, en los que se midieron la consistencia del traspaso de información entre enfermeros, los autores de cada estudio concluyeron que usando el formato (situación, antecedentes, evolución, recomendación) era más consistente debido a la estandarización de la información (45).

Similarmente, los autores de ambos estudios estudiaron el efecto del uso de la herramienta SBAR durante la transferencia y las habilidades de comunicación de los enfermeros en varios escenarios simulados, sugirió que permitía a enfermería organizar sus pensamientos y adaptar los datos al modelo de comunicación creando una transferencia fluida y efectiva (46). Debido a que el orden del relato es uniforme sin importar el profesional que lo realice, su experiencia o posición en la jerarquía, permite que todos los profesionales involucrados en la transferencia se centren en los datos comunicados, también permite que las expectativas del contenido del relato estén claramente definidas entre ambos equipos (44).

El seguimiento del patrón del método SBAR evita la omisión de información y ayuda a identificar si algún dato es omitido (47). También permite que se protocolice la evaluación física del paciente. En un estudio cuasi-experimental usando SBAR entre enfermeros y médicos, se observó que reducía la necesidad de confirmar la veracidad de la información con el historial clínico del paciente (34). Sabiendo que la información va a ser transmitida paso a paso y que el contenido es lo esperado por el equipo al que se transfiere el paciente, disminuye las interrupciones, si algún dato se omite, el formato permite realizar preguntas.

La utilización de SBAR mejora la eficiencia, eficacia y exactitud del traspaso de información durante la transferencia (38).

El uso estandarizado de SBAR produce un arraigo en el tiempo que crea un hábito de comunicación entre los profesionales que lo utilizan, además, reduce el tiempo de transferencia e incrementa la eficacia del relato (45). Desempeñar una misma tarea crea un hábito o patrón que mejora el dominio del que lo desempeña. En un estudio cuasi-experimental, se implementó el uso de SBAR y se observó que la transferencia del paciente entre profesionales de enfermería se reducía, en una planta de hospital durante el cambio de turno, de 45 min a 7 min tras implementar el protocolo (34). Otro estudio cuasi-experimental concluyó que durante el pase de ronda de médicos, en las que enfermería está presente, se facilitó el intercambio de información interprofesional, reduciendo el tiempo de ronda, al no producirse interrupciones y centrarse en el objetivo: El paciente (45).

El principal objetivo no es reducir de manera drástica el tiempo de transferencia, sino evitar la pérdida de tiempo innecesaria en datos que no aportan información y, por el contrario, permite centrarse y dedicar tiempo al cuidado del paciente. Además, la simplicidad y consistencia de la herramienta de comunicación SBAR permite la capacidad

de discernir la información que debe ser transmitida, de la que no (45).

La implementación del protocolo SBAR en transferencia en el servicio de UCI, plantas de cirugía y quirófano mejoró la satisfacción de los profesionales y redujo la necesidad de contrastar la veracidad de la información (48). Los datos de una investigación, tras el uso de SBAR, demostró que la información transmitida era clara y veraz (48).

Estas mejoras anteriormente citadas se tradujeron en menos malentendidos y menor riesgo de omisión de información pasando de un 31% a un 11%, por tanto, se redujeron los errores de comunicación en el ámbito de la Salud (34).

En otro estudio cuasi-experimental, se observó mejoras en el cuidado y seguridad del paciente (49), de manera específica, hubo un 5% menos de caídas en pacientes, una reducción del 31% del uso de restricciones físicas y un 34% menos de infecciones urinarias asociadas al sondaje urinario (49).

Otro estudio sobre el uso de SBAR entre enfermeros y médicos, concluyó que hubo mejoras en la conciliación medicamentosa de los pacientes y una reducción de eventos adversos, resultado de una mala o fallida comunicación (50).

La utilización de SBAR mejora la percepción de comunicación efectiva entre profesionales sanitarios y promueve la cultura de seguridad en el paciente (38).

La percepción obtenida de enfermeros y médicos tras el uso de SBAR se traduce en una mejora en la organización en la transferencia del paciente.

En un estudio cuasi-experimental pre-post SBAR, se evaluó, a través de cuestionarios a sanitarios, su percepción del uso de SBAR tras su implementación en su servicio, resultando un proceso funcional para la transferencia del paciente que mejora la comunicación entre los profesionales que intervienen (47). En el mismo estudio se observó que la comunicación era más efectiva, pasando de un 45% pre-SBAR a 70% post-SBAR (47).

En otros estudios cuasi-experimentales, se observó una percepción positiva común de trabajo en equipo tras mejoras en las habilidades comunicativas (51).

El uso continuado de SBAR genera un ciclo progresivo en el que los profesionales están predispuestos a, no sólo implementarlo en más servicios, sino aportar mejoras, con el sentimiento de implementarlo como una mejora en su puesto de trabajo, a su vez, se valora positivamente como una mejora en la seguridad del paciente (52).

La cultura de seguridad se define según la Agency for healthcare research and quality (AHRQ) como: *"Valores, voluntad, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan un compromiso que aportan capacidad organizativa y buen manejo de la seguridad en torno al paciente"*.

Por tanto, una cultura de seguridad implica un entorno de mutua confianza, trabajo en común, trabajar por el mismo

objetivo, seguridad y confianza en la eficacia de las vigentes medidas de seguridad.

En un estudio cuasi-experimental del departamento de seguridad clínica del paciente, publicado por miembros del AHRQ, el uso de *SBAR* tuvo un efecto positivo en el equipo de comunicación interdisciplinar, resultando en mejoras de seguridad en el equipo de trabajo (53).

Cómo implementar el protocolo *SBAR*

Formar a un pequeño equipo para un gran avance.

Si se dispone de un equipo interesado en implementar el protocolo *SBAR* y obtener potenciales beneficios, es momento de fortalecer las habilidades comunicativas del equipo integrando un nuevo protocolo.

Uso del modelo *SBAR* para iniciar una mejora: El modelo de mejora está basado en el ciclo de Deming o *PDSA* "Planificar, hacer, verificar y actuar" el cual responde a las tres principales cuestiones (54).

- Acordar un objetivo claro para implementar el modelo *SBAR*.
- Decidir cómo medir las mejoras obtenidas.
- Decidir qué herramientas evaluar.



P PLANIFICAR

Imagen recuperada de <http://sp.depositphotos.com>

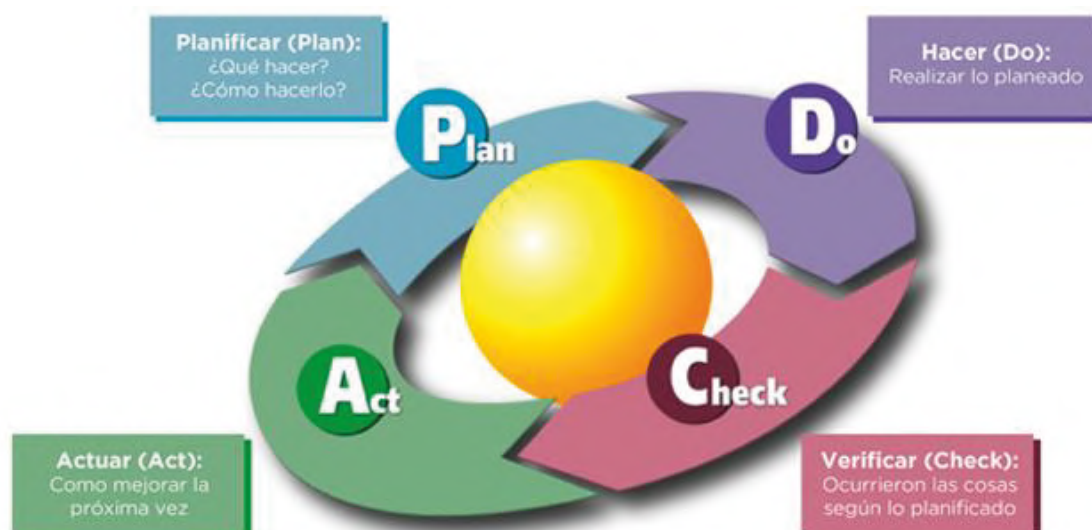
Planificar es el primer paso, en el cual se planifica qué evaluar (ejemplo: Modelo impreso *SBAR* adaptado al servicio de urgencias y emergencias) y es el paso donde se analizará, se decidirá quién servirá de apoyo, se ideará el proyecto de formación de los profesionales implicados y el método de comunicación con los trabajadores durante todo el proceso.

MODELO DE MEJORA

¿Qué se está intentado lograr?

¿Cómo sabremos que un cambio es una mejora?

¿Qué cambios podemos aportar que supongan una mejora?



PDCA o ciclo de Deming. Foto recuperada de <http://es.wikipedia.org>

El punto clave de esta fase es lograr que todo el equipo se implique.

ADOPTAR Y SELECCIONAR MEDIDAS

Existen varios recursos de utilidad dedicados a ayudar en la mejora del liderazgo y el desarrollo de habilidades de equipo, basándose en una buena recogida de datos y posterior use para entender el impacto de los cambios realizados.

En esencia el objetivo es obtener cuatro o cinco medidas, las cuales deben ser equilibradas, reflejando diferentes di-

mensiones de cuidado, que son las que en definitiva se quieren mejorar.

Las medidas a evaluar seleccionadas no tienen por qué ser complejas, un ejemplo sería: Reducción del tiempo de transferencia usando SBAR o número de personal que reporta usar SBAR cada semana.

Una medida segura y fiable debe estar bajo constante evaluación por parte de clínicos.

Se puede consultar un ejemplo de vídeo sobre el protocolo SBAR realizado por el instituto de mejora y desarrollo



PLANEAR: LISTA DE VERIFICACIÓN.	
✓	Conviértete en un líder fuerte.
✓	Decide cómo empezar a evaluar SBAR, busca personal dispuesto a comenzar a usarlo. ¿Qué equipos están dispuestos a ayudar en el plan organizativo?
✓	Analiza las herramientas SBAR a estudio y selecciona cuál usar.
✓	Decide cómo formar a los trabajadores del equipo en el uso del SBAR: Procesos y herramientas.
✓	Planea cómo evaluar las competencias a estudio.
✓	Comunica las decisiones finales de implementación.

del NHS (National Health System) en el siguiente enlace (en inglés): <https://vimeo.com/7127654>



D HACER

Imagen: Jimeno Bernal, Jorge. (2013). Recuperado de <http://pdcahome.com>

En la fase de hacer es momento de analizar al equipo y comenzar a usar las herramientas que en el paso anterior seleccionamos, la experiencia demuestra que la implementación funciona mejor cuando el equipo se implica y modifica su propia versión SBAR.



S VERIFICAR

Foto recuperada de <http://lifeder.com>

En este paso, se estudiará el impacto de SBAR tras ejecutar las herramientas a evaluación del paso anterior. Uno de los mejores medidores de éxito es la crítica constructiva por parte de los trabajadores implicados. Cabe recordar siempre, que puede que sea necesario repetir el ciclo de Deming hasta obtener los resultados esperados.

HACER. LISTA DE VERIFICACIÓN

- ✓ Formar a todo el personal.
- ✓ Favorecer un entorno en el que se puedan practicar y desarrollar habilidades en torno al modelo SBAR.
- ✓ Enfatizar que el objetivo primordial de esta fase es experimentar, probar ideas que posteriormente serán analizadas y evaluadas para su implementación final.
- ✓ Monitorizar el progreso usando métodos seleccionados previamente (por ejemplo: Grabación de voz).
- ✓ Asegurar que la formación va a llegar a cada uno de los que forman el equipo.
- ✓ Mantener una constante comunicación con el equipo sobre el progreso y evolución.

VERIFICAR. LISTA DE VERIFICACIÓN.

- ✓ Evaluar el impacto de *SBAR* tras el uso de las medidas ya seleccionadas.
- ✓ Buscar opiniones de los trabajadores y de los que ya han pasado el proceso de formación.
- ✓ Obtener la opinión de clínicos sobre si los principales problemas están claramente articulados y referenciados a quien corresponda.
- ✓ Evaluar la herramienta *SBAR*, dejando espacio para la discusión, reflexión y perfeccionamiento de los ítems.
- ✓ Al tiempo que se recogen datos y se analiza la información, recordar publicar los resultados a todos los miembros del equipo.



¿Está preparado para implementarse el protocolo?

Si lo está, se necesitará plantear cómo darlo a conocer, introducirlo en el servicio y mantenerlo a largo plazo.

A ACTUAR

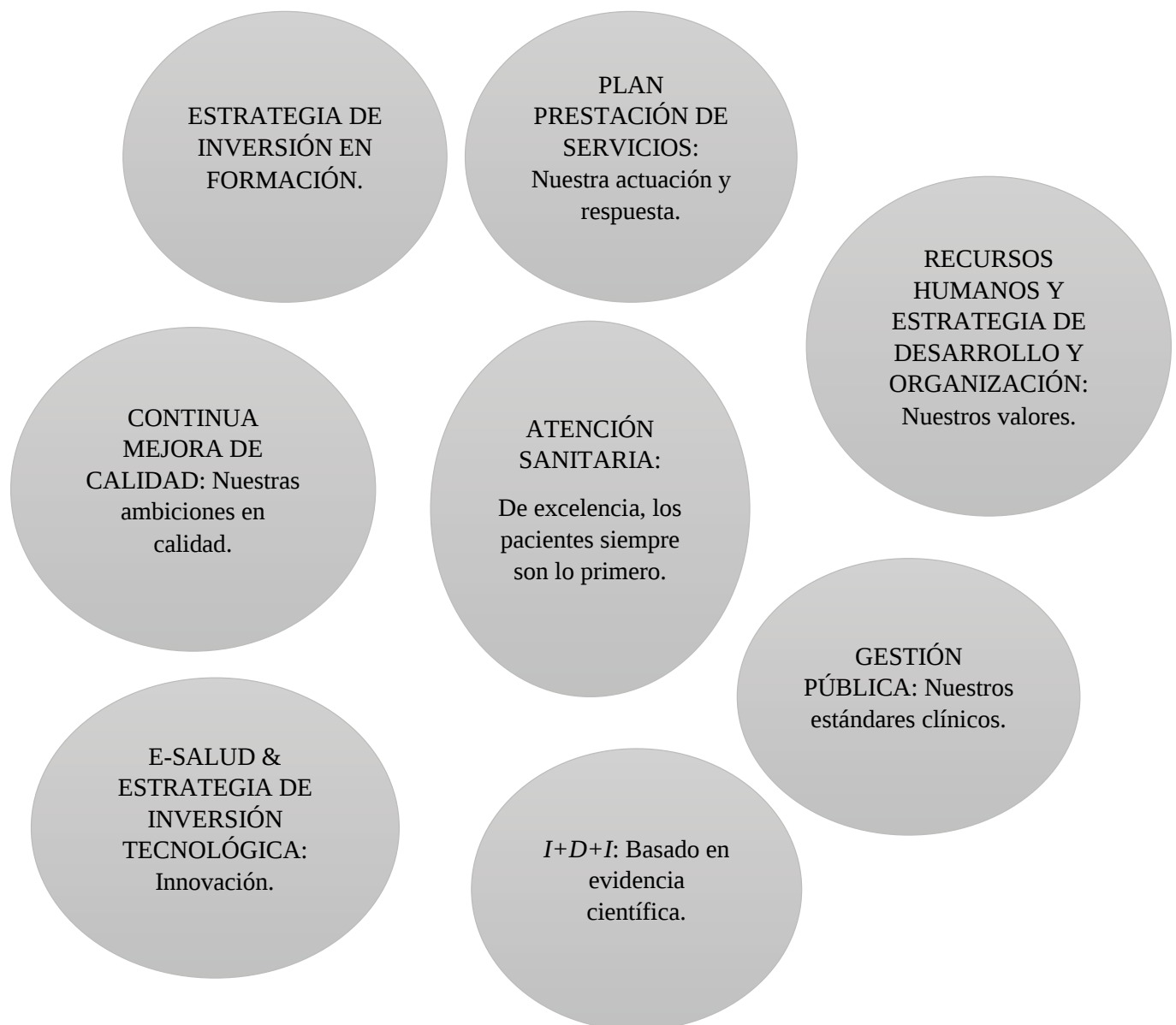
Imagen recuperada de <http://sp.depositphotos.com>

ACTUAR. LISTADO DE VERIFICACIÓN.

- ✓ Decidir si la herramienta de comunicación *SBAR* está lista para ser implementada. Las opciones en esta fase del *PDSA* o ciclo de Deming son: Implementarlo, mejorarlo o rechazarlo. Si se decide rechazar, estudiar antes otras opciones con el equipo de trabajo.
- ✓ Aspirar a aceptarlo para implementación, siempre asegurando una buena formación de cada miembro del equipo en el menor espacio de tiempo posible.
- ✓ No perder ningún momento, evitar perder el interés y entusiasmo por parte de los trabajadores.

CALIDAD Y SEGURIDAD

Trabajo en equipo



“Trabajo en equipo por un mejor cuidado del paciente”. Los principales objetivos de esta premisa son:

- Mejorar el acceso del paciente a su Servicio de Salud y derivarles al más apropiado cuando sea necesario.
- Dar el mejor servicio y cuidado a los pacientes.
- Llegar a todas las personas.

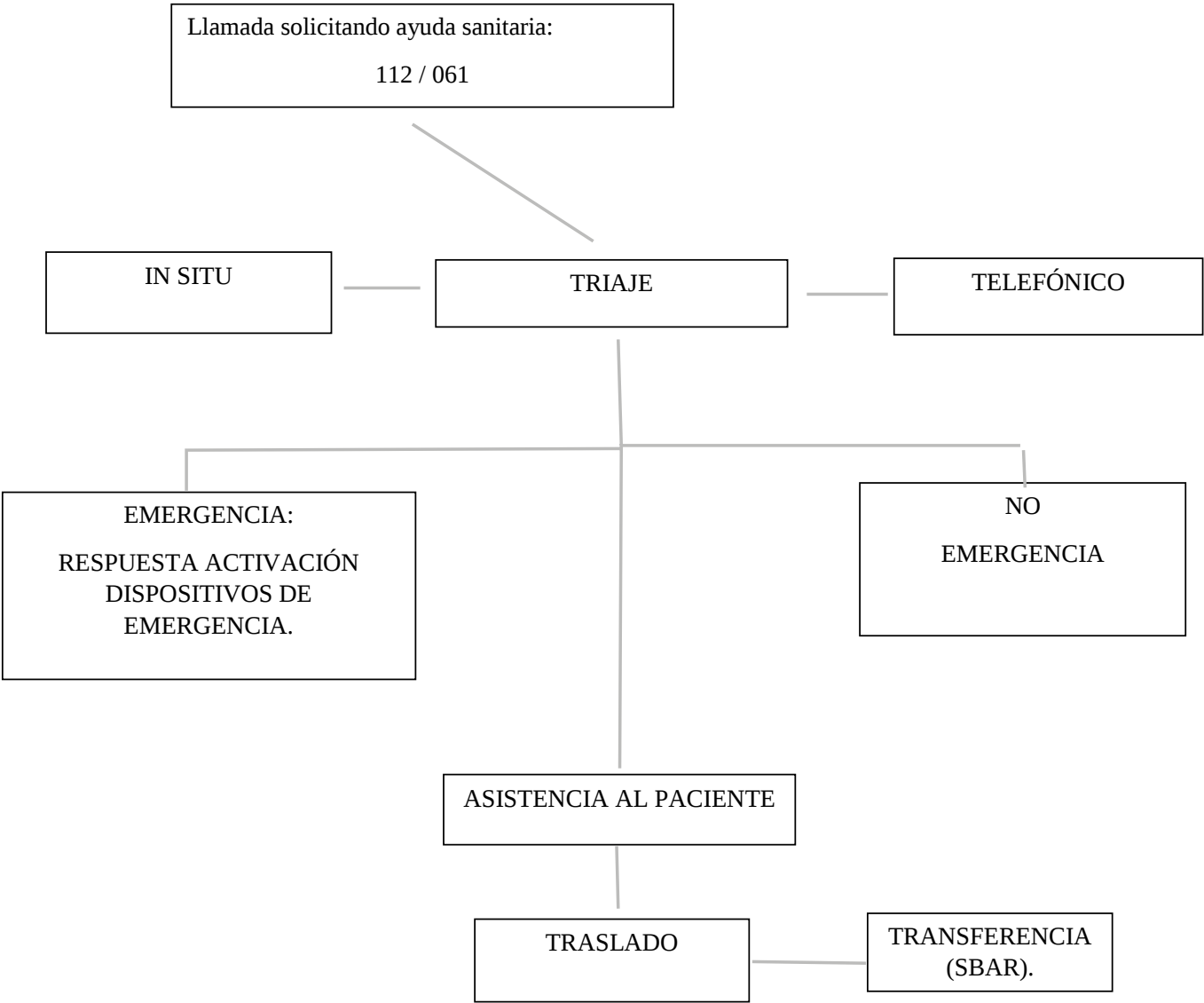
Nuestras aspiraciones para la excelencia de cuidado:

Dar un cuidado de excelencia, debe ser una prioridad de acuerdo con nuestros valores y para conseguir esto, debemos mejorar nuestros recursos.

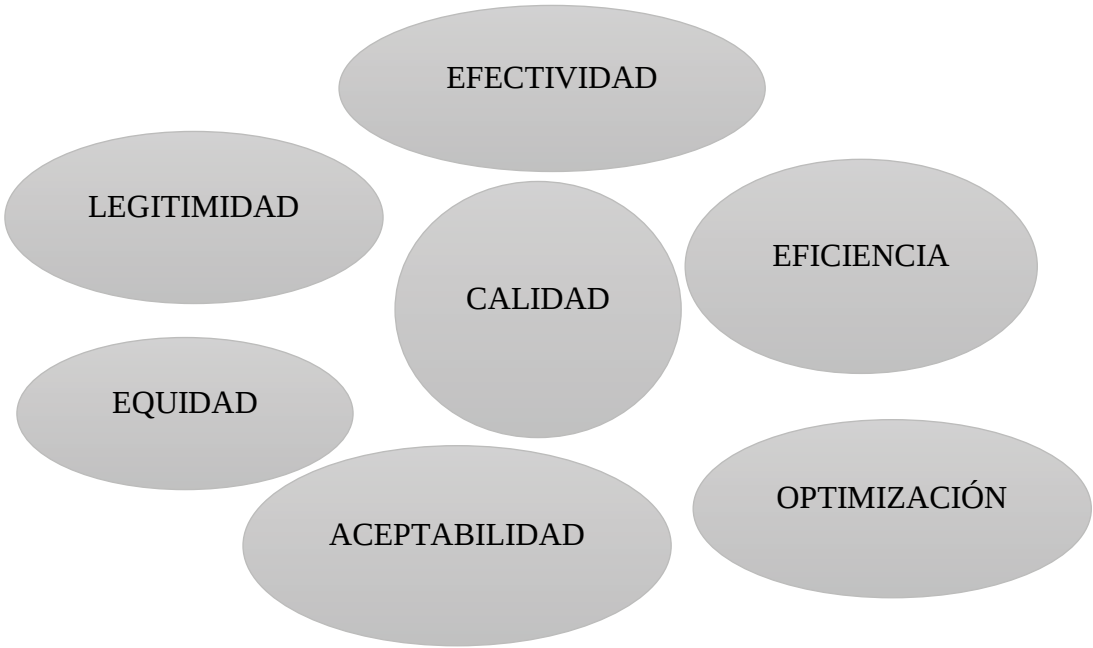
Compromiso, dedicación y pasión son los principales adjetivos que definen nuestra profesión, los principales objetivos son:

- El centro de nuestro cuidado es el paciente.
- Actuar con integridad, franqueza y honestidad.
- Tratar a cada paciente con respeto y dignidad.
- Inversión en formación de profesionales, innovación y nuevas formas de trabajo.
- Desafiar todo ambiente de trabajo abusivo, discriminatorio o de acoso.

Diagrama de trabajo:



DIMENSIONES DE CUIDADO (55)



Existen tres principales medidores de calidad: Seguridad, efectividad y centrado en el paciente, una vez alcanzados, los objetivos son:

- Alcanzar un beneficio mutuo, entre pacientes, familiares y profesionales sanitarios con respecto a sus necesidades, valores y mostrar compasión, continuidad de cuidados, comunicación clara y decisiones mutuas.
- Asegurar que no se producirá un daño o perjuicio evitable de los cuidados aplicados y se facilitará un entorno limpio y seguro en todo momento.
- Aplicar el tratamiento más adecuado, llevar a cabo las intervenciones apropiadas y servir de apoyo, el cual se prestará a todo el que lo necesita ante la pérdida de salud, evitando cualquier daño derivado de él.

Así mismo, la estructura estratégica, identifica tres puntos principales:

Centrado en el paciente.

Clínicamente efectivo y seguro.

Servicio de vanguardia 24 horas / 7 días.

Un servicio de urgencias y emergencias de calidad implica:

1. Rápida respuesta.
2. Supervivencia de paradas cardiorrespiratorias fuera del hospital.
3. Mejorados cuidados al paciente politraumatizado.
4. Cubrir las necesidades de la población: Alta satisfacción.
5. Destacado equipo I+D+I.
6. Recursos humanos y alto nivel de formación.
7. Garantía de calidad y gestión pública.
8. Equidad en el acceso.
9. Equipo de trabajo eficiente.
10. Coordinación con otros servicios de salud, así como del mismo servicio de urgencias y emergencias.
11. Buena relación calidad – precio.
12. Seguridad y satisfacción.

Estos doce puntos básicos del servicio de urgencias y emergencias condicionan a un ambiente de trabajo seguro y por tanto mejoran la seguridad y calidad de cuidados recibidos por el paciente.

SEGURIDAD DEL PACIENTE, UN RETO

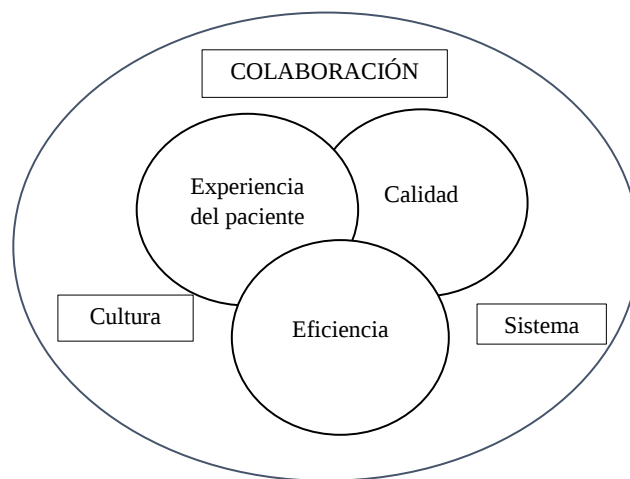
Atendiendo al modelo de mejora del ciclo de Deming o PDSA (Plan, do, study and act) se promoverán siete premisas básicas de buenas prácticas.

- Paso 1: Crear una cultura de seguridad: Una cultura abierta y justa.
- Paso 2: Dirigir y apoyar al equipo de trabajo: Centrado en la seguridad del paciente.
- Paso 3: Integrar medidas de minimización de riesgos: Prevención de riesgos.
- Paso 4: Notificación de incidentes: Implementar un modelo de reportar incidentes y animar a los sanitarios a que lo hagan, que pierdan el miedo.
- Paso 5: Involucrarse y mantener una buena comunicación: Mantener escucha activa.
- Paso 6: Aprender y compartir con el resto del equipo habilidades sobre seguridad del paciente: Usar análisis de causa-raíz para entender cómo y por qué ocurren los incidentes.
- Paso 7: Implementación de soluciones para prevención de daños previsibles.

SBAR -Seguridad del paciente- Buenas prácticas:

Adoptar en el servicio el modelo SBAR para traspaso de información de sanitario a sanitario, utilizándolo como herramienta de comunicación fija y como medida de prevención de errores.

TRABAJANDO HACIA LA EXCELENCIA



En este diagrama se integra el modelo SBAR, ya que es un objetivo asegurar tratar de llevar la asistencia sanitaria hacia la excelencia, llevando a cabo una colaboración efectiva e integrada para tomar las mejores decisiones junto al paciente.

La evidencia científica demuestra que una buena comunicación entre sanitarios deriva en menos errores y mejores decisiones. Los engranajes de una cultura basada en la seguridad y aprendizaje aseguran un camino hacia nuestro objetivo.

La urgencia y emergencia en el ámbito extrahospitalario está cambiando, las expectativas de los pacientes crecen,

buscan “mejor salud, mejores cuidados” y que la calidad no sólo sea demostrada en el ámbito urbano, el medio rural también lo exige.

Por ello hay que mirar hacia el futuro y trabajar por un nuevo modelo de cuidado en urgencias extrahospitalarias, desde el comienzo hasta el último eslabón.

AHORA

TRIAJE INICIAL TELEFÓNICO
• Ambulancia, recurso inicial • Protocolos • Centrado en el estado clínico del paciente • Limitadas opciones de derivación y respuesta



EN EL FUTURO

HERRAMIENTA COMÚN DE TRIAJE
• Amplio abanico de recursos según el contexto. • Flexible • Centrado en la persona • Mayor capacidad de derivación y respuesta según las necesidades del paciente

EVALUACIÓN DEL PACIENTE EN PERSONA
• Rápida respuesta • Evaluación exhaustiva pero limitada capacidad de diagnóstico • Limitado equipamiento de diagnóstico • Acceso al historial clínico del paciente limitado



TECNOLOGÍA HABILITADA
☐ Respuesta apropiada a las necesidades. ☐ Evaluación exhaustiva apoyada por telemedicina y e-salud permitiendo mejor diagnóstico. ☐ Mejora del equipo médico sobre todo para ayudar en diagnóstico y evaluación.

COMUNICACIÓN
• CCU: Sólo por voz, colas. ☐ Transferencia: Médica.



TELECOMUNICACIÓN
• CCU: Por imagen y voz, sin colas. • Transferencia: Médico – enfermera – enfermera. ☐ SBAR.

CONCLUSIÓN

La comunicación en enfermería forma parte de la calidad de los cuidados al paciente. Desde que la *Joint Commission* publicara en 2015 un estudio basado en eventos centinela en el que los errores de comunicación estaban entre los principales problemas que afectan directamente a los pacientes, no ha hecho si más que reforzar la idea de protocolizar el acto de traspaso de información entre sanitarios, especialmente en el ámbito de la urgencia.

Careciendo actualmente de un protocolo, se ha realizado el esfuerzo de proponer uno, basándose en la bibliografía ac-

tual, siempre con la mirada fija en la seguridad del paciente. Es un ejercicio de trabajo en equipo, un cambio para evitar errores pasados en el que una interpretación errónea puede costarle la vida al enfermo/a. También significa una ruptura de jerarquías en el que todos navegamos en el mismo barco y por el mismo objetivo.

SBAR se propone como un nuevo método de comunicación y desarrollo de la cultura de seguridad clínica y como una herramienta adaptable al ámbito sanitario, en particular, cuando es requerida una comunicación inter o intra-profesional que requiera ser clara y efectiva. En resumen, muchos autores afirman que SBAR mejora la seguridad del

paciente, se reflejan diferentes estudios que demuestra su efectividad.

BIBLIOGRAFÍA

- Shah, Y., Alinier, G., & Pillay, Y. Clinical handover between paramedics and emergency department staff: SBAR and IMIST-AMBO acronyms. *International Paramedic Practice*, 2016;6(2), 37-44.
- The Joint Commission Center for Transforming Health-care. Sentinel Event Alert 58: Inadequate hand-off communication, 2017.
- Bruce, K., & Suserud, B.O. The handover process and triage of ambulance-borne patients: The experiences of emergency nurses. *Nursing in critical care*, 2005;10: 201-209.
- Meisel, Z. F., Shea, J.A., Peacock, N.J., Dickinson, E.T., Paciotti, B., Bathia, R. & Cannuscio, C. C. Optimizing the patient handoff between emergency medical services and the emergency department. *Annals of emergency medicine*, 2015;65: 310-317.
- Wood, K., Crouch, R., Rowland, E., & Pope, C. Clinical handovers between prehospital and hospital staff: Literature review. *Emergency Medicine Journal* 2015, 32: 577-581.
- Merino P., Alvarez J., Martín MC., Gutierrez I., Alonso A. Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico. SYREC 2007 Informe Mayo 2009, 302. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; (2009).
- G. Sirgo Rodríguez, M. Chico Fernández, F. Gordo Vidal, M. García Arias, M.S. Holanda Peña, B. Azcarate Ayerdi, E. Bisbal Andrés, A. Ferrándiz Sellés, P.J. Lorente García, M. García García, P. Merino de Cos, J.M. Allegue Gallego, A. García de Lorenzo y Mateos, J. Trenado Álvarez, P. Rebollo Gómez, M.C. Martín Delgado y Grupo de trabajo de planificación, organización y gestión de la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC). *Medicina Intensiva*. 2018, 42(3) 168-179.
- Shahid, S., Thomas, S. Situation, Background, Assessment, Recommendation (SBAR) Communication Tool for Handoff in Health Care – A Narrative Review. *Saf Health* 4, 2018.
- WHO Collaborating Centre on Patient Safety Solutions: Communication during patient hand-overs: Patient safety solutions. 2007.
- Nasarwanji, M.F., Badir, A., Gurses, A.P., Standardizing handoff communication: Content Analysis of 27 Handoff Mnemonics. *J Nurs Care Qual*. 2016;31: 238-44.
- Guevara, M., Arroyo, L.P., El cambio de turno: Un eje central del cuidado de enfermería. *Enfermería Global*. 2015; 14:401-18.
- Starmer, A.J., Schnock, K.O., Lyons, A., Hehn, R.S., Graham, D.A., Keohane, C., et al. Effects of the I-Pass Nursing Handoff Bundle on communication quality and workflow. *BMJ Qual Saf*. 2017.
- Lee, S.H., Phan, P.H., Dorman, T., Weaver, S.J., Pronovost, P.J., Handoffs, safety culture and practices: Evidence from the hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Serv Res*. 2016;16: 254.
- Starmer, A.J., Spector, N.D., Srivastava, R., West, D.C., Rosenbluth, G., Allen, A.D., et al. Changes in medical errors after implementation of a handoff program. *N Eng J Med*. 2014; 371: 1803-12.
- Bakon, S., Wirihana, L., Christensen, M., Craft, J., Nursing handovers: An integrative review of the different models and processes available. *Int J Nurs Pract*. 2017.
- Arora, V., & Johnson, J., Lovinger, D., Humphrey, H., & Meltzer, D., (2005). Communication failures in patient sign-out and suggestions for improvement: A critical incident analysis. *Quality & Safety in Health Care*, 14(6), 401-407.
- Evans, S.M., Murray, A., Patrick, I., Fitzgerald, M., Smith, S., & Cameron, P., (2010). Clinical handover in the trauma setting: A qualitative study of paramedics and trauma team members. *Quality and safety in Health Care*, 19(6), 1-6.
- Dunn, E.J., Mills, P.D., Neily, J., Crittenden, M.D., Carmack, A.L., Bagian, J.P., Medical team training: Applying crew resource management in the veterans health administration. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2007;33: 317-25.
- Petrosoniak, A., Hicks, C.M., Beyond crisis resource management: New frontiers in human factors training for acute care medicine. *Curro pin Anesthesiol*. 2013;26: 699-706.
- Manser, T., Foster, S., Gisin, S., Jaeckel, D., Ummenhofer, W., Assessing the quality of patients handoffs at care transitions. *Qual saf health care*. 2010;19: E44.
- Frank, J.R., Brien, S. On behalf of the safety competencies steering committee. The safety competencies: Enhancing patient safety across the health professions. Ottawa, ON: Canadian Patient Safety Institute; 2008.
- Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P., et al. Quality and safety education for nurses. *Nurs Outlook*. 2007;55: 122-31.
- National Quality Forum (NQF). Safe practices for better healthcare, 2010 update: A consensus report. 2010.
- Stoyanov, S., Boshuizen, H., Groene, O., van der Klink, M., Kicken, W., Drachsler, H., et al. Mapping and assessing clinical handover training interventions. *BMJ Qual Safe*. 2012;21: 150-7.
- Colvin, M.O., Eisen, L.A., Gong, M.N. Improving the patient handoff process in the intensive care unit: Keys to reducing errors and improving outcomes. *Semin respir crit care med*. 2016;37: 96-106.
- Von Dossow V., Zwissler, B., Recommendations of the German Association of Anesthesiology and Intensive

- Care Medicina (DGAI) on structured patient handover in the perioperative setting: The SBAR concept. *Anaesthetist*. 2016; 65 (Suppl 1): 1-4.
27. Lee, S.Y., Dong, L., Lim, Y.H., et al. SBAR: Towards a common interprofesional team-based communication tool. *Med Educ*. 2016;50: 1167-8.
 28. Dunsdorf, J., Structured communication: Improving patient safety with SBAR. *Nurs Women Health*. 2009;13: 384-90.
 29. Gerard, J.C. The effect of a communication protocol implementation on nurse/physician collaboration and communication. Louisville: University of Louisville, 2011.
 30. Guise, J.M., Lowe, N.K. Do you speak SBAR? *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006;35: 313-4.
 31. Powell, S.K. SBAR- it's not just another communication tool. *Prof Case Manag*. 2007;12: 195-6.
 32. Donahue, M., Miller, M., Smith, L., et al. A leadership initiative to improve communication and enhance safety. *Am J Med Qual*. 2011;26: 206-11.
 33. Haig, K.M., Sutton, S., Whittington, J., National patient safety goals. SBAR: A shared mental model for improving communication between clinicians. *JT Comm J Qual Improv*. 2006;32: 167-75.
 34. Randmaa, M., Martensson, G., Leo, Swenne, C, et al. SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: A prospective intervention study. *BMJ Open*. 2014;4: E004268.
 35. Pineda, R.O., Improving patient outcomes and nurse satisfaction through nurse to nurse communication. Chester: Widener University, 2015.
 36. De Meester, K., Verspuy, M., Monsieurs, K.G., et al. SBAR improves nurse to physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. *Resuscitation*. 2013;84: 1192-6.
 37. Jarboe, D.E., The effect of evaluating a quality improvement initiative on reducing hospital transfers of nursing home residents. Minneapolis: Walden University, 2015.
 38. Stewart, Kathryn R., "SBAR, communication, and patient safety: An integrated literature review" 2016.
 39. Renz, S.M., Boltz, M.P., Capezuti, E., et al. Implementing an SBAR communication protocol: A quality improvement Project. *Ann Longterm care*. 2015;23: 27-31.
 40. Panesarr, R.S., Albert, B., Messina, C., et al. The effect of an electronic SBAR communication tool on documentation of acute events in the pediatric intensive care unit. *Am J Med Qual*. 2016;31: 64-8.
 41. Woodhall, L.J., Vertacnik, L., McLaughlin, M. Implementation of the SBAR communication technique in a tertiary center. *J Emerg Nurs*. 2008;34: 314-7.
 42. Haig, K., Sutton, S., & Whittington, J. SBAR: A shared mental model for improving communication between clinicians. *Joint Commission Journal on Quality & Patient Safety*, 2006;32: 167-75.
 43. McCrory, M., Aboumatar, H., Custer, J., Yang, C., & Hunt, E. 'ABC-SBAR' training improves simulated critical patient handoff by pediatric interns. *Pediatric Emergency Care*, 2012;28: 538-43.
 44. Christie, P., & Robinson, H. Using a communication framework at handover to boost patient outcomes. *Nursing Times*, 2009;105: 13-15.
 45. Cornell, P., Townsend-Gervis, M., Yates, L., & Vardaman, J. M. Impact of SBAR on nurse shift reports and staff rounding. *MEDSURG Nursing*, 2014;23: 334-42.
 46. Ascano-Martin, F. Shift report and SBAR: Strategies for clinical postconference. *Nurse Educators*, 2008;33: 190-91.
 47. Blom, L., Petersson, P., Hagell, P., & Westergren, A. The situation, background, assessment and recommendation (SBAR) model for communication between health care professionals: A clinical intervention pilot study. *International Journal of Caring Sciences*, 2015;8: 530-35.
 48. Lepman, D., & Hewett, M. SBAR communication: The key to success for effective, safe patient care. *Critical Care Nurse*, 2008;28: 45-46.
 49. Freitag, M., & Carroll, V.S. Handoff communication: Using failure modes and effects analysis to improve transitions in care process. *Quality Management in Health Care*, 2011;20: 103-109.
 50. Ardoin, K. B., & Broussard, L. Implementing handoff communication. *Journal for Nurses in Staff Development*, 2011;27: 128-35.
 51. Martin, H.A., & Ciurzynski, S.M. Situation, background, assessment, and recommendation-guided huddles improve communication and teamwork in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*. 2015;41: 484-88.
 52. Committee on diagnostic error in health care. Improving diagnosis in health care. Washington, DC: National Academies Press, 2015.
 53. Velji, K., Baker, G.R., Fancott, C., Andreoli, A., Boaro, N., Tardif, G., Sinclair, L. Effectiveness of an adapted SBAR communication tool for a rehabilitation setting. *Healthcare Quarterly*, 2008;11: 72-79.
 54. Aranaz Andres, J. M. La gestión sanitaria orientada hacia la calidad y seguridad de los pacientes. Madrid: Fundación MAPFRE; 2017.
 55. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. México DF: La Prensa Médica Mexicana; 1984.
 56. Muller, M., Jurgens, J., Redaelli, M., et al. Impact of the communication and patient handoff tool SBAR on patient safety: A systematic review. *BMJ Open*. 2018;8: E022202.

57. Estela Sanjuan., Pilar Girón., Laura Calleja., Maria Teresa Rodríguez-Samaniego., Katherine E Santana., Marta Rubiera del Fueyo. Implementación de un protocolo de transferencia directa y movilización del equipo Ictus para reducir los tiempos de reperusión. *Emergencias* 2019;31: 385-90.
58. Powers, W., Rabinstein, A., Ackerson, T., Adeoye, O., Bambakidis, N., Becker, K., et al on behalf of the American Heart association Stroke Council. 2018 Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American heart association/American stroke association. *Stroke*. 2018;49: E46-e99.
59. Turc, G., Bhogal, P., Fischer, U., Khatri, P., Lobotesis, K., Mazighi, M, et al, on behalf of the European Stroke Organisation (ESO) – European Society for minimally invasive neurological therapy (ESMINT). Guidelines on Mechanical Thrombectomy in acute ischaemic stroke. *Eur Stroke J*. 2019;4: 6-12.
60. Mendez, B., Requena, M., Aires, A., Martins, N., Boned, S., Rubiera, M., et al. Direct transfer to angio-suite to reduce workflow times and increase favorable clinical outcome. A case-control study. *Stroke*. 2018;49: 2723-7.
61. Kamal, N., Holodinsky, J.J., Stephenson, C., Kashayp, D., Demchuk, A.M., Hill, M.D., et al. Improving door-to-needle times for acute ischemic stroke: Effect of rapid patient registration, moving directly to computed tomography and giving alteplase at the computed tomography scanner. *Cardiovascular quality and outcomes*. 2017;10: E003242.
62. CÓDIGO ICTUS. ESTRATEGIA DE REPERFUSIÓN EN EL ICTUS, Castilla la Mancha. 2015.
63. Daniel Ortega Iñigo., Susana Lopez Aguado., Cristina Sánchez Lapeña., Piedad Navarro Navarro. Síndrome Coronario Agudo. Shock cardiogénico. Fibrinólisis. Urgencias y emergencias cardiovasculares. *Summa* 112. 2015.

ANEXO 1. CÓDIGO ICTUS (57-62)

TABLA 1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN EN CÓDIGO ICTUS		
	TROMBÓLISIS INTRAVENOSA	TROMBECTOMÍA MECÁNICA
Clínica	Déficit neurológico focal, agudo y objetivable sugerente de isquemia cerebral	
Hora de Inicio de síntomas	Hora conocida ó consideración de la última en la que se le observó asintomático	
Situación Basal	Menor o igual a 2 en la Escala de Rankin modificada	
Expectativa de vida / comorbilidad	Ausencia de enfermedad terminal	
Edad	Sin criterio de edad	Menor de 75 años
Ventana terapéutica total	4 horas y media	6 horas
Tiempo máximo de llegada a hospital	1 hora menos que ventana terapéutica total	
Excepciones ventana	ninguna	Afectación de Arteria Basilar, confirmada por imagen y con reflejos de tronco conservados. • 6 horas si coma (primer epígrafe de la NISHH mayor o igual a 2). • 12 horas si existe otro déficit neurológico, pero es estable desde el inicio del cuadro clínico. • 48 horas si existe clínica fluctuante o AITs de repetición.
Indicación	Todos los casos que cumplan los criterios previos	Exclusivamente en casos que cumplan los criterios previos y, además • Trombólisis iv ineficaz • Paciente fuera de ventana para trombólisis iv. • Contraindicación farmacológica para trombólisis iv.

Fuente: CLM. (2015) Código Ictus. Estrategia de reperusión en el ictus.

ESCALA DE RANKIN MODIFICADA

0. Asintomático
1. Sin discapacidad significativa
Presenta algunos síntomas y signos pero sin limitaciones para realizar sus actividades habituales y su trabajo. Preguntas: ¿Tiene el paciente dificultad para leer o escribir, para hablar o encontrar la palabra correcta, tiene problemas con la estabilidad o de coordinación, molestias visuales, adormecimiento (cara, brazos, piernas, manos, pies), pérdida de movilidad (cara, brazos, piernas, manos, pies), dificultad para tragar saliva u otros síntomas después de sufrir el ictus?
2. Discapacidad leve
Presenta limitaciones en sus actividades habituales y laborales previas, pero es independiente para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Preguntas: ¿Ha habido algún cambio en la capacidad del paciente para sus actividades habituales o trabajo o cuidado comparado con su situación previa al ictus? ¿Ha habido algún cambio en la capacidad del paciente para participar en actividades sociales o de ocio? ¿Tiene el paciente problemas con sus relaciones personales con otros o se ha aislado socialmente?
3. Discapacidad moderada
Necesita ayuda para algunas actividades instrumentales pero no para las actividades básicas de la vida diaria. Camina sin ayuda de otra persona. Necesita de cuidador al menos dos veces por semana. Preguntas: ¿Precisa de ayuda para preparar la comida, cuidado del hogar, manejo del dinero, realizar compras o uso de transporte público?
4. Discapacidad moderadamente grave
Incapaz de atender satisfactoriamente sus necesidades, precisando ayuda para caminar y para actividades básicas. Necesita de cuidador al menos una vez al día, pero no de forma continuada. Puede quedar solo en casa durante algunas horas. Preguntas: ¿Necesita ayuda para comer, usar el baño, higiene diaria o caminar? ¿Podría quedar solo algunas horas al día?
5. Discapacidad grave
Necesita atención constante. Encamado. Incontinente. No puede quedar solo.
6. Éxitus

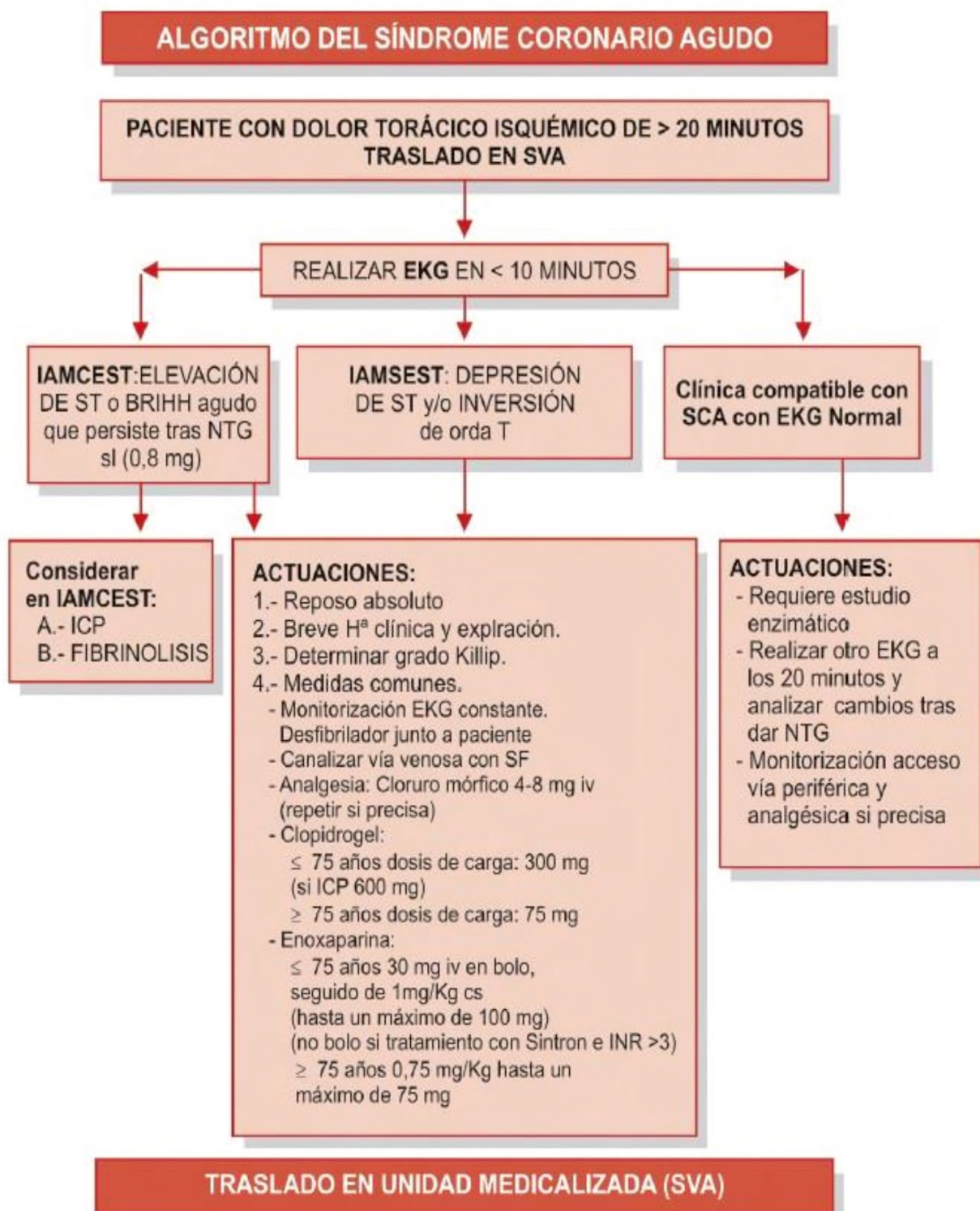
<http://scielo.org>

Escala NIHSS: National Institute of Health Stroke Scale. Fechas/hora:

1a. Nivel de conciencia	Alerta	0	0	0	0	0	0	0	0
	Somnolencia	1	1	1	1	1	1	1	1
	Obnubilación	2	2	2	2	2	2	2	2
	Coma	3	3	3	3	3	3	3	3
1b. Nivel de conciencia Preguntas verbales ¿En qué mes vivimos? ¿Qué edad tiene?	Ambas respuestas son correctas	0	0	0	0	0	0	0	0
	Una respuesta correcta	1	1	1	1	1	1	1	1
	Ninguna respuesta correcta	2	2	2	2	2	2	2	2
1c. Nivel de conciencia. Órdenes motoras 1.Cierre los ojos, después ábralos. 2.Cierre la mano, después ábrala.	Ambas respuestas son correctas	0	0	0	0	0	0	0	0
	Una respuesta correcta	1	1	1	1	1	1	1	1
	Ninguna respuesta correcta	2	2	2	2	2	2	2	2
2. Mirada conjugada (voluntariamente o reflejos óculocefálicos, no permitidos óculo vestibulares) Si lesión de un nervio periférico: 1punto.	Normal	0	0	0	0	0	0	0	0
	Paresia parcial de la mirada	1	1	1	1	1	1	1	1
	Paresia total o desviación forzada	2	2	2	2	2	2	2	2
3. Campos visuales (confrontación) Si ceguera bilateral de cualquier causa: 3 puntos. Si extinción visual: 1 puntos	Normal	0	0	0	0	0	0	0	0
	Hemianopsia parcial	1	1	1	1	1	1	1	1
	Hemianopsia completa	2	2	2	2	2	2	2	2
	Ceguera bilateral	3	3	3	3	3	3	3	3
4. Paresia facial	Normal.	0	0	0	0	0	0	0	0
	Paresia leve (asimetría al sonreír.)	1	1	1	1	1	1	1	1
	Parálisis total de músc. facial inferior	2	2	2	2	2	2	2	2
	Parálisis total de músc facial superior e inferior.	3	3	3	3	3	3	3	3
5. Paresia de extremidades superiores (ES) Se explora 1ª la ES no parética Debe levantar el brazo extendido a 45º (decúbito) ó a 90º (sentado). No se evalúa la fuerza distal Se puntúa cada lado por separado. El 9 no se contabiliza en el cómputo global.	Mantiene la posición 10".	0	0	0	0	0	0	0	0
	Claudica en menos de 10" sin llegar a tocar la cama.	1	1	1	1	1	1	1	1
	Claudica y toca la cama en menos de 10".	2	2	2	2	2	2	2	2
	Hay movimiento pero no vence gravedad.	3	3	3	3	3	3	3	3
	Parálisis completa..	4	4	4	4	4	4	4	4
	Extremidad amputada o inmovilizada	9	9	9	9	9	9	9	9
6. Paresia de extremidades inferiores (EI) Se explora 1ª la EI no patética. Debe levantar la pierna extendida y mantener a 30º. Se puntúa cada lado por separado. El 9 no se contabiliza en el cómputo global.	Mantiene la posición 5".	0	0	0	0	0	0	0	0
	Claudica en menos de 5" sin llegar a tocar la cama.	1	1	1	1	1	1	1	1
	Claudica y toca la cama en menos de 5".	2	2	2	2	2	2	2	2
	Hay movimiento pero no vence gravedad.	3	3	3	3	3	3	3	3
	Parálisis completa.	4	4	4	4	4	4	4	4
	Extremidad amputada o inmovilizada.	9	9	9	9	9	9	9	9
7. Ataxia de las extremidades. Dedo-nariz y talón-rodilla. Si déficit motor que impida medir dismetría: 0 pt.	Normal.	0	0	0	0	0	0	0	0
	Ataxia en una extremidad.	1	1	1	1	1	1	1	1
	Ataxia en dos extremidades.	2	2	2	2	2	2	2	2
8. Sensibilidad. Si obnubilado evaluar la retirada al estímulo doloroso. Si déficit bilateral o coma: 2 puntos.	Normal	0	0	0	0	0	0	0	0
	Leve o moderada hipoestesia.	1	1	1	1	1	1	1	1
	Anestesia.	2	2	2	2	2	2	2	2
9. Lenguaje. Si coma: 3 puntos. Si intubación o anartria: explorar por escritura.	Normal.	0	0	0	0	0	0	0	0
	Afasia leve o moderada.	1	1	1	1	1	1	1	1
	Afasia grave, no posible entenderse.	2	2	2	2	2	2	2	2
	Afasia global o en coma	3	3	3	3	3	3	3	3
10. Disartria. Si afasia: 3 puntos	Normal.	0	0	0	0	0	0	0	0
	Leve, se le puede entender.	1	1	1	1	1	1	1	1
	Grave, ininteligible o anartria.	2	2	2	2	2	2	2	2
	Intubado. No puntúa.	9	9	9	9	9	9	9	9
11. Extinción-Negligencia-Inatención. Si coma: 2 puntos.	Normal.	0	0	0	0	0	0	0	0
	Inatención/extinción en una modalidad	1	1	1	1	1	1	1	1
	Inatención/extinción en más de una modalidad.	2	2	2	2	2	2	2	2
TOTAL									

Fuente: Health&Medicina. (2019). Recuperado de <http://slideshare.net>

ANEXO 2. CÓDIGO INFARTO (63)



Fuente: Manual de procedimientos de enfermería suma 112. (2015).

ANEXO 3. HERRAMIENTA COMUNICACIÓN SBAR (ESPAÑOL)**S****SITUACIÓN:**

Soy (nombre o unidad)

Llamo por paciente X

Llamo porque estoy preocupado por...

(Ej. Está hipo/hipertenso, FC es X, temperatura es X, Glasgow es X)

B**ANTECEDENTES:**

Paciente X estuvo ingresado X fecha por... (Ej. Neumonía por COVID-19)

Antecedentes quirúrgicos/en seguimiento por (especialidad)

El paciente X ha empeorado en los últimos X minutos.

Las últimas constantes fueron: ...

Su estado base es (alerta, confuso, sin dolor...)

A**EVOLUCIÓN:**

Creo que el problema es XX.

He puesto (Oxígeno -alto o bajo flujo-, analgesia)

O no estoy seguro del problema, pero está empeorando

O no sé qué le ocurre, pero estoy preocupado

R**RECOMENDACIÓN:**

Necesito que me pongas en contacto con triaje del hospital X

O necesito que vengas a valorar al paciente

Y, ¿Hay algo que pueda hacer mientras vienes? (Poner un suero, tomar constantes).

Preguntar al receptor que repita información clave para asegurar que la ha entendido.*Fuente: Elaboración propia.*

ANEXO 4. EJEMPLO PLANTILLA SBAR TRANSFERENCIA PACIENTE EN URGENCIAS

S I T U A C I Ó N	Nombre del paciente y localización: _____ Edad: _____ Sexo: ____ Código del paciente: _____ Diagnóstico principal: _____ Teléfono familiar: _____ Alergias: _____ Síntomas: _____ Medicación administrada en traslado ambulancia/helicóptero: _____
B A N T E C E D E N T E S	Antecedentes: Intervenciones qx': Estado neurológico: Glasgow _ Alerta y orientado __, Confuso __, Agitado o agresivo __, Letárgico __, Estuporoso __, Comatoso __. La piel está: Caliente __, pálida __, húmeda __, seca __. Las extremidades están frías __, calientes __. Oxigenoterapia: __(lpm) o __(%). Saturación: __ %. Intubado/a __
A E V O L U C I Ó N	Constantes: Tensión ____/____, Código: Infarto _ Tiempo: Pulso __, Ictus _ Tiempo: Frecuencia Resp __, SEPSIS _ Tª __ Politrauma _ Glucemia _ Vía: Periférica _ Intraósea _ Sonda: Vesical _ Nasogástrica _ EVA: __ ECG: __
R E C O M E N D A C I Ó N	Sugerencias: Reanimable: Sí _ No _ Analítica _ Rayos _ EKG _ Triage _ Hemodinámica _ Quirófano _ UCI _

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 5. PLANTILLA SBAR TRANSFERENCIA PARAMÉDICO-URGENCIAS

UNSCHEDULED CARE
PATIENT CLINICAL HANDOVER RECORD

FILE IN SECTION 3

 Blackpool Teaching Hospitals **NHS**
 NHS Foundation Trust

Date of Transfer:/...../ 20.....

From To

Consultant:.....

Estimated Date of Discharge/...../ 20.....

**Write patient details or affix
Identification label**

Hospital Number:

Name:

Address:

Date of Birth:

NHS Number:

S	Situation:	Transfer	Receive
		☐	☐
	Diagnosis:.....	☐	☐
	Past Medical History:	☐	☐
	DNAR completed: Yes No	☐	☐
	Medical Plan:.....	☐	☐
	Seen By Consultant: Yes No	☐	☐
	EWS: Score..... If the EWS is above 3 what is the action plan?.....	☐	☐
	Barrier Nursed: Yes No Reason	☐	☐
	MRSA Status: Positive Negative PCR	☐	☐
	Topical Prescribed: Yes No	☐	☐

B	Background:	Transfer	Receive
		☐	☐
	Social Circumstances: Lives Alone Nursing Home Rest Home Family	☐	☐
	Capacity: Alert Orientated	☐	☐
	Antibiotics Prescribed: Yes	☐	☐
	IV Fluids Prescribed: Yes No	☐	☐
	Librium Prescribed: Yes No	☐	☐
	Oxygen Prescribed: Yes No Rate	☐	☐

A	Assessment:	Transfer	Receive
		☐	☐
	Mobility: Mobile Mobile with Aid Bedbound	☐	☐
	VTE completed: Yes No	☐	☐
	Falls Risk: Low Medium High	☐	☐
	Waterlow score: SAS Tool Yes No	☐	☐
	Pressure Areas Intact: Yes No Incident recorded	☐	☐
	Pressure Area Description: Blanching Non Blanching	☐	☐
	Pressure Device Ordered: Yes No Record Number	☐	☐
	Continence: Continent Incontinent	☐	☐
	Catheter: Long Term New	☐	☐

R	Recommendation:	Transfer	Receive
		☐	☐
	Patients Own Medication: Yes No Controlled Drugs	☐	☐
	Property/Belongings: Yes No	☐	☐
	Allied Health Professional: HDT Physiotherapist Occupational Therapist	☐	☐
	Relatives Informed: Yes No	☐	☐
	Equipment to be transferred with patient:	☐	☐

Transferring Nurse NAME:	DESIGNATION:
SIGNATURE:	DATE: __/__/__ TIME: __: __
Receiving Nurse NAME:	DESIGNATION:
SIGNATURE:	DATE: __/__/__ TIME: __: __

ALERT STICKERS

ANEXO 6. PLANTILLA SBAR TRANSFERENCIA PACIENTE HOSPITAL EE. UU.

Figure 2 – Nurse-to-Nurse SBAR Report Form

	PATIENT LABEL or Name/ DOB		Correct Arm band ☐ Yes ☐ No	
			Code Status: ☐ Full ☐ DNR ☐ Limited	
			Admit Status	
			☐ Observation ☐ Inpatient ☐ POD #	
	Admitting DX:		Procedure/ Sx:	
Hx:				
Allergies:				
Background	Unit Specific			
Assessment	POC up to date ☐ Yes ☐ No		IV Site: _____	Date: _____
	White Board up to date ☐ Yes ☐ No		IV Pump # _____	See back of sheet for Wound(s) location
Goal for today: 1. _____		Verify CCA _____	PUP for PUP	
2. _____		Epi / PCA # _____	  	
Fall Risk ☐ Yes ☐ No		Verify Settings _____	Turn Q 2    Y ☐ N	
Bed Alarm _____		Sequential _____	Mepilex ☐ Y ☐ N	
Arm bands _____		Hose _____		
Non Skid socks _____		☐ Yes ☐ No		
Diet Order:		BG/ Time	BG/ Time	BG/Time
Diabetic ☐ Yes ☐ No				
Med. Pass ☐ Yes ☐ No				
Background	Pain scale : _____		Controlled	
	Last pain med:@ _____		Uncontrolled	
	PCA / Epidural		Specialty Gtt:	
	M e d	Basal	Dose	Lockout
				Limit
Alternate Pain control: _____		♥ Rate and Rhythm: _____		
Assessment	Labs: Abnormal or pending	Last BM: _____		Vitals
		Incontinent: Bowel Bladder		BP: _____ RR: _____
		Foley _____ Date _____		Temp: _____ O2Sat: _____ RA/NC
		☐ Yes ☐ No		Mask _____
				HR: _____ Other: _____
Recommendation for Referrals			DC Plan/CM needs:	

**SBAR tool was developed by clinical staff of CHI Memorial Hospital, August 2015

Fuente: R. Stewart, Katherine. (2016). SBAR, communication and patient safety: An integrated literature review. Recuperado de <http://scholar.utc.edu/honors-theses>.

ANEXO 7. PLANTILLA SBAR PARA COMUNICACIONES INTRA -PROFESIONALES VÍA TELEFÓNICA



WORKSHEET

SBAR Communication Technique

PURPOSE

SBAR (pronounced S-BAR) is a structured communication technique that provides a lot of important information in a concise and brief manner.

When to Use

Use this tool in the following situations: You want an action to be considered or taken; there is key information to share with another individual, such as during change of shift; or when you want to escalate a concern.

Who Uses

UBT teams and co-leads.

How to Use

Originally borrowed from the U.S. Navy, SBAR works just as well in nonclinical settings. Brainstorm how you can use this technique with co-leads. email is a great place to collect and synthesize thoughts with SBAR.

We all have different styles of communicating that vary by culture, gender, language, profession, and so on. For example, nurses are trained to be narrative (for example, nursing care plans) and doctors are trained to summarize ("just the facts, please").

SBAR makes it easier for people to convey important information without digressing, omitting key information, or worrying about how someone might react. Encourage your co-leads and teams to use SBAR to improve team communication.

SBAR	Ask	SBAR Example
Situation	What is happening now?	RN: "Dr. Preston, this is Suzanne Graham. I'm an RN on the Step Down Unit and I'm calling about Mr. Convissar in Room 414."
Background	What relevant factors led up to this event?	RN: "He had a Whipple Procedure eight hours ago, his blood pressure is 88/40, and his pulse is 115; he's pale and weak. I've had to change his dressing twice because it's soaked through and there is a steady flow of blood from his incision."
Assessment	What do you think is going on?	RN: "I'm worried that he's having internal bleeding."
Recommendation	What action do you propose?	RN: "I need you at the bedside now. Would you like me to send a stat CBC and coags? Would you like to order anything else and may I confirm you are on your way?"

Source: National Patient Safety http://kpnet.kp.org/qrrm/patient/toolkits/sbar/sbar_index.html (KP Intranet only)



WORKSHEET

SBAR Communication Technique

Practice creating an SBAR for the following clinical scenario or develop one that is more relevant to your work. Ask for feedback!

SCENARIO

A member has just shown up for his appointment, exactly at the right time—unfortunately he's a day early! Assume the member has traveled a good distance and is willing to wait a reasonable amount of time to be seen. You know his primary care provider (Dr. Smith) is busy, but sending the member back home is going to be unsatisfying to him.

State the SITUATION:

Describe it in one sentence and begin with, "Dr. Smith, I have a patient of yours that is here on the wrong day for his appointment and..."

Give BACKGROUND information:

Research and share details of the situation, such as the patient's confusion of his appointment date, his willingness to wait, and so on.

Give your ASSESSMENT:

Assess the situation and tell the physician what you think should be done, "This patient has traveled from a long distance; I don't know if it was our mistake or the patient's, but I think..."

Provide a RECOMMENDATION:

Advise the physician what your method would be for solving the problem. It may or may not be accepted, but it can lead to discussing solutions.

Fuente <http://lmpartnership.com>

ANEXO 8. EJEMPLOS PLANTILLAS SBAR

SBAR Communication Worksheet

Form Number: SBAR-001

This is not part of the medical record

Patient Name:		Patient Date of Birth: / /	
Date: / /	Time: AM PM	Location:	Room Number:

Pre-call preparation: Gather the following information: Patient's name; age; chart. Rehearse in your mind what you plan to say. Run it by another nurse if unsure. If calling about pain, when and what was last pain medication? If calling about fever, what was the most recent temperature? If calling about an abnormal lab, what was the result of the last test? What is the goal of your call? Remember to start by introducing yourself by name and location. Use area below as a checklist to gather your thoughts and prepare.

☐ **Situation**
Briefly describe the current situation. _____
Give a clear, succinct overview of pertinent issues. _____

☐ **Background**
Briefly state the pertinent history. _____
What got us to this point? _____

☐ **Assessment**
Summarize the facts and give your best assessment. _____
What is going on? Use your best judgement. _____

☐ **Recommendation**
What actions are you asking for? _____
What do you want to happen next? _____

☐ **Follow-up Action (Next Steps):** Document the call and "read back" orders to ensure accuracy. Is there a change in the plan of care? Yes No

Copyright © 2009 Safer Healthcare Partners, LLC. All rights reserved. To reorder SBAR Worksheet pads, call toll-free: 1.866.398.8083.


SaferHealthcare
www.SaferHealthcare.com
Fuente <http://saferhealthcare.com>

SBAR Practice Sheet

S ituation • No longer than 8 – 12 seconds long • Grab the listeners attention • Convey immediate need	
B ackground • Sets the context • Only the relevant circumstances to this situation • The facts that are known	
A ssessment • What do you think the problem is • Be specific	
R ecommendation • What do you suggest be done / ordered / what will correct the problem	
	What questions do you have for me? I am here today until _____ (insert time) so if you have any questions please call ext XXXX and ask for _____ (insert name)

Fuente <http://yumpu.com>

SBAR Worksheet

Prepare for SBAR Communication:

- Assess patient, take vital signs.
- Review chart for the appropriate physician to call.
- Know admitting diagnosis.
- Be aware of what has been going on with the patient for the last 12 hours (review progress notes, nurses' notes).
- When speaking with the physician, have *available*:
 - Chart, allergies, medications, IV fluids, labs/results
- Take a moment to organize information, your thoughts, and the key message.

S (Situation)

State

- Your name/unit
- Pt name; room number; attending MD name if calling on-call MD
- The problem
- Pt code status

B (Background)

State

- Admission diagnosis and admit date
- *Pertinent* medical history
- Brief synopsis of treatment so far

A (Assessment)

State

- What you think the problem or primary concern is (if uncertain, say so)
- Most recent vital signs
- Assessment findings and changes specific to the issue
- *Pertinent* therapies (IVs, O₂, etc.)

R (Recommendations)

- Express what you think the patient needs to address the problem.

Examples:

- Transfer to higher level of care
- MD to come see pt within ____ (time)
- Consultant to see the patient

Request orders for tests, meds, treatments as needed.

Before Hanging Up:

- Respectfully discuss/clarify plan or goal of care if orders not clear or you are uncertain if patient problem has been addressed. Go up the chain of command when needed.
- **Read back** all verbal orders.

Document the assessment, notification of physician, and outcome.