

8, 9 y 10 de
Junio de 2021

Congreso
Seguridad
del paciente

Nuevos tiempos
Avanzamos contigo

**Diseño y validación de un
cuestionario sobre percepción de
seguridad y satisfacción de las
enfermeras con las
transferencias de pacientes**

Texto completo de las comunicaciones premiadas en el I Congreso de Seguridad del Paciente.

Los autores son los únicos responsables del contenido, textos e imágenes que han incluido en este trabajo.



**ESTRATEGIA PARA LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE**
del Sistema Sanitario Público de Andalucía



Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Familias

DISEÑO DE UN CUESTIONARIO SOBRE PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD Y SATISFACCIÓN DE LAS ENFERMERAS CON LAS TRANSFERENCIAS DE PACIENTES

Prieto Molina, Antonio; Canca Sánchez, José Carlos; Aranda Gallardo, Marta;
Moya Suárez, Ana Belén; Sánchez Megolla, David; Rivas Ruiz, Francisco

Hospital Costa del Sol

PALABRAS CLAVE:

Seguridad del paciente, Cuestionario, AMFE, Cesión de pacientes.

RESUMEN:

La comunicación en el momento del traspaso está relacionada con el proceso de pasar información específica de un profesional a otro. Este proceso de traspasar información se conoce como “transferencia”, y es muy utilizado por los profesionales sanitarios.

El objetivo de la intervención de mejora era la creación de un Cuestionario de Percepción y satisfacción en las transferencias. Se utilizó una metodología cualitativa propia del Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE). Grupo de trabajo por profesionales implicados en las transferencias de pacientes entre urgencias y hospitalización (11 enfermeras, 4 Técnico de Cuidados Auxiliar de Enfermería, 2 celadores, 3 responsables de Enfermería, Supervisora de la Unidad de Calidad). Los fallos detectados se llevaron a una tabla y, para cada uno, se valoró el efecto que podían tener en la atención sanitaria, determinando el índice de gravedad (IG), índice de probabilidad de aparición (IA) y el índice de detección (ID). Finalmente se calculó el índice de prioridad de riesgo, para determinar los ítems a incluir en el cuestionario. Para la elaboración de los ítems que conformarían el cuestionario se enumeró una propuesta de dimensiones obtenidas del análisis del proceso identificado en el AMFE. Para cada dimensión se realizó una propuesta de ítems.

Como resultado ofreció un Cuestionario de Satisfacción y Percepción en las transferencias formado por 16 ítems, se adaptó a la plataforma online para ser realizado de forma anónima por enfermeras asistenciales. Este mismo cuestionario será enviado de nuevo a los profesionales tras la implantación de un check-list de transferencia para valorar los resultados tras la introducción de dicha lista de verificación. Sin lugar a duda, creemos que la unión de ambas herramientas disminuirá los eventos adversos relacionados con las transferencias de pacientes.

KEYWORDS:

Patient safety, Questionnaire, FMEA, Transfer of patients.

ABSTRACT:

Communication at the time of handover is related to the process of passing specific information from one professional to another. This process of transferring information is known as “transfer”, and it is widely used by healthcare professionals.

The objective of this intervention was to create and validate a questionnaire of perception and satisfaction in patient transfers. We used qualitative methodology of the FMEA forming a Working group of professionals involved in the transfer of patients between emergencies and hospitalization (11 nurses, 4 healthcare assistant, 2 porters, 3 nurse managers, Matron). The detected failures were taken to a table and, for each one, the effect they could have on health care was assessed. It was valued and scored: the severity index (GI), the probability of occurrence index (AI), the detection index (ID). Finally, the global risk probability index (IPR) was calculated.

As a result, it offered a Questionnaire of Satisfaction and Perception in the transfers made up of 16 items, it was adapted to the online platform to be carried out anonymously by healthcare nurses. This same questionnaire will be sent again to the professionals after the implementation of a transfer check-list to assess the results after the introduction of said checklist. Without a doubt, we believe that the combination of both tools will reduce adverse events related to patient transfers.

INTRODUCCIÓN:

Gran parte del éxito de cualquier organización se basa en la existencia de procesos de comunicación eficaces. En las organizaciones sanitarias, donde interactúan diversos profesionales y varios entornos prestando atención a los usuarios, analizar y mejorar los flujos y contenidos de los procesos de comunicación, cobra aún una mayor relevancia.

Las transferencias se denominan transferencia de atención e implica una transferencia de información, responsabilidad y autoridad entre médicos o enfermeras¹, las transferencias efectivas son fundamentales para el éxito de las actividades de gestión de la atención al paciente², como la comunicación, la coordinación, y la toma de sentido³, contribuyendo así a una mejor calidad de la misma

El objetivo de los trasposos entre enfermeras es la transferencia de información relevante y esencial que garantice la continuidad de la atención de calidad al paciente. Sin embargo, no existe consenso por parte de investigadores y académicos sobre lo que debe incluir este proceso, aunque la literatura recomienda varios modelos de presentación de datos⁴.

Los estudios disponibles hasta el momento consideran que los trasposos de enfermería son un factor importante que garantiza la coherencia y la prestación de una atención de calidad al paciente⁵. El objetivo principal es que las transferencias de pacientes se realicen de forma coordinada y estandarizada, de manera que mejore la seguridad del paciente.

Los estudios relacionados sugieren que la transferencia de la información normalizada, potencialmente mejora la eficacia de la entrega de enfermería^{6,7}. Los trasposos de enfermería contienen información importante de calidad sobre la atención a los pacientes, promoviendo la continuidad de la misma, el logro de los objetivos terapéuticos y la mejora de la salud del paciente⁸. Tanto la Joint Commission⁹ como la OMS, organismos relacionados con la calidad y seguridad del paciente han indicado la implementación de un trasposo estandarizado.

La transferencia incompleta aumenta la incidencia de eventos adversos, y puede provocar un tratamiento inadecuado, retrasos en el diagnóstico y el tratamiento, efectos secundarios y un aumento de los costos del tratamiento¹⁰.

La provisión de cuidados se considera el núcleo de la enfermería y es sinónimo de la práctica de la profesión^{11,12}. La prestación de atención clínica al paciente es una de las funciones entre las enfermeras que conlleva información relacionada con el paciente, como el diagnóstico de la enfermedad, el estado hemodinámico y el plan de atención¹³.

Los pacientes pueden ser vulnerables debido a su incapacidad para proteger su integridad y autonomía. Las enfermeras se esfuerzan por proteger la integridad y la autonomía de los pacientes mientras brindan atención a sus inquietudes médicas. En el paso del paciente por los centros sanitarios, la asistencia clínica es proporcionada en distintos entornos e intervienen varios profesionales. En estas transiciones se recomienda mantener una comunicación adecuada entre profesionales.

La evaluación del traspaso está estrechamente relacionada con la percepción del personal, de modo que las percepciones negativas pueden obstaculizar la comunicación eficiente. La percepción de las enfermeras con las transferencias puede ser diferentes en los distintos países, debido a los diferentes sistemas sanitarios, procedimientos, formación en seguridad y culturas.

OBJETIVO:

El propósito de nuestro estudio fue identificar los puntos críticos en la seguridad del paciente durante el proceso de transferencia de urgencias a hospitalización, y a partir de ellos, construir un cuestionario sobre percepción de seguridad y satisfacción de las enfermeras.

METODOLOGÍA:

Diseño: Estudio cualitativo empleando la metodología de Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) identificamos los puntos críticos de seguridad en las transferencias de pacientes entre urgencias y hospitalización, esta parte se desarrolló entre los meses de Enero y Marzo de 2020.

Participantes y ámbito de estudio: Los profesionales que formaron parte del grupo de trabajo para la realización del AMFE pertenecieron a la Agencia Pública Costa del Sol, se encontraban prestando servicio activo, con al menos 2 años de antigüedad en los servicios médico-quirúrgicos del hospital.

Método: Se empleó la metodología cualitativa propia del AMFE. Para ello, se constituyó un grupo de trabajo integrado por profesionales implicados en las transferencias de pacientes entre urgencias y hospitalización, coordinado por la Unidad de Calidad. En la cual participaron

- 11 enfermeras: 2 de urgencias y 9 de todas las unidades de hospitalización de adultos.
- 4 técnicos en cuidados auxiliares de Enfermería: 2 de urgencias y 2 de hospitalización.
- 2 celadores.
- 3 responsables de Enfermería: 1 de urgencias y 2 de hospitalización.
- Supervisora de la Unidad de Calidad.

En una primera reunión se informó a los integrantes de los objetivos del proyecto y se les proporcionó formación sobre la metodología AMFE, se les entregó una parrilla de trabajo donde analizaron los procesos y procedimientos e identificaron los puntos de discontinuidad que suponen un posible riesgo para la seguridad del paciente en las transferencias.

Se efectuó un análisis de los fallos que pueden presentarse a modo de tormenta de ideas. Para cada fallo detectado se valoró el efecto que éste puede tener en la atención sanitaria. Para ello, se puntuó, de acuerdo a una escala de 1 a 10, el índice de gravedad (IG); el índice de probabilidad de aparición (IA), cuanto mayor sea el número mayor probabilidad de que ocurra; y la posibilidad de detectarlo en nuestro entorno (ID). En este último caso, la escala de valoración es inversa, cuanto mayor sea la probabilidad de detectarlo, menor valor numérico.

Finalmente se calculó el índice de probabilidad de riesgo global (IPR) multiplicando los tres datos resultantes ($IG \cdot IA \cdot ID = IPR$) estableciendo una clasificación de Pareto. (Anexo I).

Se consideraron los IPR mayores de 100 como altamente críticos en el proceso.

RESULTADOS:

El IPR de los fallos identificados osciló entre 72 y 378. Las preguntas del cuestionario indagaban sobre los aspectos que obtuvieron un IPR superior a 100 en cada dimensión. Tras la validación de contenido se obtuvo un cuestionario final (anexo II) donde se identificaron 8 dimensiones, las cuales fueron (identificación del paciente, medicación, planificación del ingreso, dispositivos del paciente, necesidades higiénicas del paciente, comunicación documentación clínica, y riesgos físicos) con 16 ítems (en cuadro inferior) y 5 opciones de respuesta tipo Likert.

DIMENSIONES (Pasos del proceso)	FALLOS IDENTIFICADOS AMFE	BATERÍA DE ÍTEMS
<u>1.IDENTIFICACIÓN</u>	PACIENTE NO IDENTIFICADO PACIENTE INCORRECTAMENTE IDENTIFICADO (ALERGIAS) PACIENTE INCORRECTAMENTE IDENTIFICADO (NOMBRE DE OTRO PACIENTE)	1. Los pacientes transferidos desde urgencias vienen correctamente identificados con pulsera y sus datos identificativos correctos. 2. Cuando recibes un paciente de urgencias tiene registradas las alergias que presenta. 3. Los pacientes transferidos desde urgencias vienen correctamente identificados con el color de la pulsera acorde a las alergias que presenta (amarilla/blanca).
<u>2.MEDICACIÓN</u>	ERROR DE TRATAMIENTO EN LA RECEPCIÓN NO SE GARANTIZA SEGURIDAD EN EL PROCESO DE TRANSFUSIÓN EN LA TRANSFERENCIA	4. Cuando recibes un paciente de urgencias se incluye en su historia clínica el tratamiento que le ha sido administrado en urgencias. 5. Se realiza de forma adecuada el proceso de transfusión en la transferencia de pacientes.

<p><u>3.PLANIFICACIÓN DE INGRESO</u></p>	<p>RETRASO EN EL INGRESO POR CIRCUNSTANCIAS DE HOSPITALIZACIÓN NO JUSTIFICADAS NO SE TIENEN EN CUENTA LAS CONDICIONES ESPECIALES DE INGRESO DEL PACIENTE</p>	<p>6. El tiempo de duración del ingreso desde urgencia se adecua a las circunstancias inherentes a la planta.</p> <p>7. Las condiciones especiales de los pacientes (aislamientos, pacientes terminales, etc....) se tienen en cuenta cuando desde urgencias se solicita el ingreso.</p>
<p><u>4. DISPOSITIVOS DEL PACIENTE</u></p>	<p>MANEJO INADECUADO DE LOS DISPOSITIVOS QUE PORTA EL PACIENTE, PROVOCANDO ERROR MANEJO INADECUADO DE LOS DISPOSITIVOS DEL PACIENTE QUE PROVOCA CAMBIO DEL MISMO</p>	<p>8. Cuando un paciente que es transferido desde urgencias porta un dispositivo (ej., bomba de infusión, vía periférica, sondaje vesical, etc..) la entrega se realiza con el dispositivo en óptimas condiciones para evitar riesgos que comprometan la seguridad del paciente.</p>
<p><u>5. NECESIDADES HIGIÉNICAS DE CONFORT</u></p>	<p>INGRESO EN CONDICIONES INADECUADAS DE HIGIENE</p>	<p>9. Las condiciones higiénicas en el ingreso del paciente son adecuadas.</p>
<p><u>6.COMUNICACIÓN</u></p>	<p>FALTA COMUNICACIÓN AL FAMILIAR DEL PACIENTE ANTES DEL INGRESO</p>	<p>10. Los familiares directos de los pacientes que recibes de urgencias han sido avisados previamente por enfermería o personal de admisión de urgencias para informar del ingreso del paciente en la unidad.</p>
<p><u>7.DOCUMENTACIÓN CLINICA</u></p>	<p>FALTA DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA AL INGRESO POR OMISIÓN DOCUMENTACIÓN DE OTROS PACIENTES DIFERENTES AL INGRESO</p>	<p>11. La información que recibes cuando se va a transferir el paciente desde la unidad de urgencias es una información estructurada y organizada sobre los aspectos más relevantes del cuidado del paciente.</p> <p>12. Existen documentos de pacientes por error en la historia clínica de otros pacientes que recibes de urgencias.</p> <p>13. Cuando recibo al paciente encuentro en la historia clínica toda la información necesaria para continuar con su cuidado</p>

<p><u>8. RIESGOS FISICOS DURANTE EL TRASLADO</u></p>	<p>NO SE TIENEN EN CUENTA RIESGO DE EVENTOS ADVERSOS DURANTE EL INGRESO DEL PACIENTE</p>	<p>14. Los pacientes que recibes de urgencias con riesgo de desarrollar UPP vienen con las medidas preventivas instauradas.</p> <p>15. Los pacientes que recibes de urgencias con riesgo de caídas son transferidos de forma segura para evitarlas.</p>
---	--	---

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

La metodología AMFE ha permitido identificar puntos críticos de seguridad durante las transferencias de pacientes. Proporciona información relevante para diseñar los ítems de un cuestionario que permita evaluar la percepción de seguridad y la satisfacción con este proceso. Su aplicación en la práctica permitirá la introducción de mejoras para evitar problemas de seguridad del paciente.

El mismo AMFE también ha proporcionado la base de una lista de verificación de transferencias como herramienta de transferencia de pacientes entre urgencias y hospitalización, posteriormente a la utilización de dicha herramienta sería posible evaluar los eventos adversos para valorar si su utilización disminuye los eventos relacionados con el tema de estudio.

Mediante el IPR nos ha permitido priorizar los fallos potenciales sobre los que actuar, considerando los IPR mayores de 100 como altamente críticos en el proceso.

Se ha conformado un cuestionario con 8 dimensiones donde se recogen las perspectivas sobre seguridad del paciente en el ámbito de la transferencia, y a su vez se han determinado diferentes ítems que se podría utilizar tras correspondiente validación psicométrica en una encuesta a profesionales sobre satisfacción y percepción de las transferencias de pacientes. Donde se valoran todas las esferas de seguridad del paciente, incluida la percepción del profesional que realiza la encuesta.

El proceso de determinar la satisfacción y percepción del profesional está íntimamente ligado a posibles fallos que se dan en el proceso; esto nos puede ayudar a la hora de confeccionar un check-list de transferencias, en función de las respuestas de los encuestados, dándole más énfasis a los problemas identificados en el mismo. Otros estudios también han considerado cuestionarios para la transferencia de la información.

Rikos et al.¹⁴ mediante un cuestionario semiestructurado a enfermeras, y mediante un estudio observacional determinó cuáles eran los puntos más importantes durante la transferencia de pacientes, como la condición hemodinámica del paciente.

Padgett TM et al.¹⁵ mediante un diseño experimental pre-post y un cuestionario sobre satisfacción del profesional con las transferencias obtuvo muy buenos resultados en la

percepción de los profesionales, llamando la atención un gran número de respuestas objetivando una falta de información en la transferencia de pacientes.

Por otro lado, Podemos hablar de la formación en enfermeras en transferencia de pacientes; Usher R. et al.¹⁶ realizó encuestas a enfermeras de una Unidad medico quirúrgica con un resultado muy relacionado con la formación en enfermería sobre transferencias, mejorando la percepción de las enfermeras formadas en este aspecto.

Revisiones sistemáticas como la de Alimenti D et al.¹⁷ confluje en como principal resultado en la mejora de la percepción y satisfacción de las transferencias en enfermeras formadas y mediante la utilización de herramientas de traspaso.

En cuanto al valor de las transferencias tanto en la categoría enfermera tanto como la médica, hay estudios como el de Manías et al.¹⁸ donde coinciden que todas las opiniones profesionales están de acuerdo en que un gran número de eventos adversos son relacionados con la transferencia de información entre profesionales.

Este importante número de estudios nos lleva a la determinación de que es de gran importancia valorar la percepción de las enfermeras, y así actuar en consonancia con la formación de estas en este aspecto y a posteriori la puesta en marcha de un check-list de transferencias.

LIMITACIONES:

La principal limitación que hemos encontrado es que el estudio sólo se ha hecho en un centro, pensamos que si hubiera la posibilidad de realizarlo multicéntrico los resultados serían mucho más satisfactorios.

Por otro lado, hemos encontrado pocos estudios sobre el tema de las transferencias y el AMFE en español, la mayoría son estudios de otros países donde la percepción de la profesión enfermera puede discordar con la percepción de nuestro país, por lo cual es difícil realizar un análisis comparativo entre los diferentes cuestionarios hallados en la revisión.

Pensamos que este estudio puede ser el inicio de un estudio más consolidado, donde se realizaría una Validación psicométrica exhaustiva de dicha herramienta.

AGRADECIMIENTOS:

Queríamos agradecer a todo el personal del hospital que ha participado en este estudio para poder conseguir estos datos.

Especial agradecimiento a todos los profesionales del Hospital Costa del Sol que han influido de alguna o de otra manera en la consecución de este estudio.

ANEXO I: TABLAS AMFE

Tabla 1. AMFE CONTINUIDAD ASISTENCIAL URGENCIAS/HOSPITALIZACIÓN.

PASOS DEL PROCESO	POSIBLES FALLOS	CAUSAS	EFFECTOS	G	O	D	IPR INICIAL	ACCIONES RECOMENDADAS	RESPONSABLE	PLANIFICACIÓN
IDENTIFICACIÓN	Paciente incorrectamente identificado (alergias)	ERROR DE IDENTIFICACION INCUMPLIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO	ERROR DE IDENTIFICACION DEL ELEMENTO IDENTIFICADOR DEL RIESGO	9	7	6	378	VERIFICACION PREVIA A LA SUBIDA A PLANTA DE LA CORRECTA IDENTIFICACION PACIENTE-ALERGIAS	PROFESIONAL DE ENFERMERIA DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	SESION FORMATIVA SOBRE IMPORTANCIA ALERGIAS IDENTIFICADAS
	Paciente incorrectamente identificado (otro paciente)	ERROR DE IDENTIFICACION INCUMPLIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO	ERROR DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE	9	4	7	252	SESION FORMATIVA/CONCIENCIACION PARA PROFESIONALES	PROFESIONAL DE URGENCIAS QUE COLOCA PULSERAS IDENTIFICATIVAS	SESION SOBRE IMPORTANCIA DE ADECUADA IDENTIFICACION.
	Paciente no identificado	PACIENTE SE RETIRA LA PULSERA/ RETIRAMOS LA PULSERA PARA REALIZAR TECNICA Y OLVIDAMOS RECOLOCARLA	ERROR DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE (OMISION)	9	5	3	135	SESION FORMATIVA PARA PROFESIONALES/ DIFUNDIR TRIPTICO INFORMATIVO DE SEGURIDAD PARA PACIENTES EN LA ACOGIDA	PROFESIONAL DE URGENCIAS	SESION FORMATIVA
MEDICACIÓN	ERROR DE TRATAMIENTO O A LA RECEPCIÓN EN PLANTA	DOCUMENTO DE REGISTRO DE ENFERMERIA DE URGENCIAS QUE NO SE REVISÁ DESDE PLANTA AUNQUE HAY ACCESIBILIDAD	DUPLICIDAD U OMISION DE TRATAMIENTO	9	6	4	216	REFORZAR EN LOS PROFESIONALES DE HOSPITALIZACION EL HABITO DE CONSULTAR EL REGISTRO DE ENFERMERIA DE URGENCIAS	PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE HOSPITALIZACION.	SESION FORMATIVA SOBRE ACCESIBILIDAD A LA DOCUMENTACION DE URGENCIAS.
	NO SE GARANTICE LA SEGURIDAD DURANTE EL PROCESO DE TRANSFUSIÓN	SE REQUIERE LA CAMA PARA OTRO PACIENTE Y SE PRIORIZA SU TRASLADO	REACCION TRANSFUSION AL CON FALLO EN LA RESPUESTA POR PERSONAL NO CUALIFICADO	9	5	4	180	ACTUALIZAR EL PROTOCOLO DE TRANSFUSION DE HERMODERIVADOS INCORPORANDO LA ACTUACION EN TRANSFERENCIAS	PROFESIONALES ENFERMERIA DE URGENCIAS.	PROTOCOLO SOBRE TRANSFERENCIA DE PACIENTES CON TRANSFUSIONES PENDIENTES.

<u>RIESGOS FISICOS DURANTE EL TRASLADO</u>	NO SE TIENEN EN CUENTA LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE RIESGO EN LAS TRANSFERENCIAS (RESTRICCIONES/ PREVENCIÓN DE CAÍDAS, LESIONES POR FRICCIÓN/ PRESIÓN)	FALTA DE CONOCIMIENTO/ CULTURA/IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS...	UN INCIDENTE DE SEGURIDAD	5	5	6	150	FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES QUE REALIZAN LAS TRANSFERENCIAS SOBRE LA PREVENCIÓN DE RIESGO CENTRADA EN LOS PACIENTES.	CELADORES.	SESIÓN FORMATIVA SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS DURANTE EL INGRESO.
<u>PLANIFICACION DE INGRESO</u>	RETRASO EN EL INGRESO POR CIRCUNSTANCIAS INHERENTES A LA PLANTA QUE NO LO JUSTIFICAN	NO HAY UNA NORMALIZACION DE LAS SITUACIONES ESPECIALES QUE JUSTIFICAN EL RETRASO DE UN INGRESO PROVOCANDO VARIABILIDAD EN LA ACTUACION DE LOS DISTINTOS PROFESIONALES	SATURACION DEL SERVICIO DE URGENCIAS.	6	6	3	108	CONSENSUAR HORARIOS DE INGRESO	PERSONAL DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	PROTOCOLO HORARIO DE INGRESOS.
	NO SE TIENEN EN CUENTA LAS CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES	FALTA DE PROCEDIMENTACION CON EL SERVICIO DE ADMISION DE LAS CONSIDERACIONES	INADECUADA UBICACION DEL PACIENTE EN RELACION CON SUS CARACTERISTI	3	5	7	105	INCLUIR DENTRO DE PROCEDIMIENTO DE INGRESO A LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION	PERSONAL DE ENFERMERIA DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION, ADMISION DE URGENCIAS.	PROTOCOLO DE INFORMACION ENTRE PERSONAL DE URGENCIAS Y ADMISION PARA

	DEL PACIENTE PARA INGRESO EN LA CAMA/HABITACIÓN MÁS ADECUADA (PACIENTES FRÁGILES, AISLAMIENTO...)	SE DEBE CONTEMPLAR PARA LA GESTIÓN DE LA CAMA/ENTORNO MÁS ADECUADA A LAS CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE.	CAS					LAS NECESIDADES ESPECIALES DEL PACIENTE	VERIFICAR CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE A INGRESAR	
DOCUMENTACIÓN CLÍNICA	FALTA DE DOCUMENTACIÓN A LA LLEGADA A PLANTA	NO SE VERIFICA LA DOCUMENTACIÓN QUE PORTA EL PACIENTE AL ALTA	FALTA DE INFORMACIÓN EN OCASIONES CLAVE PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD Y TOMA DE DECISIONES TERAPÉUTICAS	4	7	4	112	NORMALIZAR LA VERIFICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN PREVIO A SU TRASLADO A PLANTA	PERSONAL DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS	PROTOCOLO DE TRANSFERENCIA DE PACIENTES
	FALTA DE DOCUMENTACIÓN A LA LLEGADA A PLANTA	SE MEZCLA LA INFORMACIÓN DE ALGUNOS PACIENTES EN URGENCIAS	FALTA DE INFORMACIÓN EN OCASIONES CLAVE PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD Y TOMA DE DECISIONES TERAPÉUTICAS	5	6	4	120	NORMALIZAR LA VERIFICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN PREVIO A SU TRASLADO A PLANTA	PERSONAL DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS	PROTOCOLO DE TRANSFERENCIA DE PACIENTES.
DISPOSITIVOS	MANEJO INADECUADO DE LOS DISPOSITIVOS QUE PORTA EL PACIENTE (VIAS/SONDAS/DRENajes)	SOBRECARGA ASISTENCIAL, FALTA DE HÁBITO Y CONSENSO EN LA VERIFICACIÓN DEL TRASLADO	SE REQUIERE CAMBIO DE DISPOSITIVO	8	4	4	128	NORMALIZAR LA REVISIÓN DE DISPOSITIVOS PREVIO DE PLANTA	PERSONAL DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS	PROTOCOLO DE TRANSFERENCIA DE PACIENTES.

	MANEJO INADECUADO DE LOS DISPOSITIVOS QUE PORTA EL PACIENTE (VIAS/SONDAS/DRENAJES)	SOBRECARGA ASISTENCIAL, FALTA DE HABITO Y CONSENSO EN LA VERIFICACION DEL TRASLADO	RECEPCION EN EL SERVICIO CON INADECUADO FUNCIONAMIENTO DE LOS DISPOSITIVOS (EXTRAVASACION, OBSTRUCCIONES...)	5	6	4	120	NORMALIZAR LA REVISION DE DISPOSITIVOS PREVIO DE PLANTA	PERSONAL DE ENFERMERIA DE URGENCIAS	PROTOCOLO DE TRANSFERENCIA DE PACIENTES
COMUNICACIÓN	FALTA DE INFORMACION A LA FAMILIA SOBRE EL INGRESO A PLANTA	EL FAMILIAR NO ESTA EN LA SALA DE ESPERA Y YA NO COMUNICAMOS	LA FAMILIA DESCONOCE EL INGRESO DEL PACIENTE	5	4	7	140	PROTOCOLIZAR LA LLAMADA A LA FAMILIA Y LA VERIFICACION DE RESPUESTA	PROFESIONAL ENFERMERIA URGENCIAS Y ADMISION	PROTOCOLO DE LLAMADA A FAMILIARES DEL PACIENTE.
NECESIDADES HIGIENICAS	EL PACIENTE ES RECEPCIONADO EN PLANTA EN CONDICIONES INADECUADAS ADE ASEO	SOBRECARGA ASISTENCIAL Y NECESIDAD DE RECURSO (CAMA)	EL PACIENTE LLEGA EN UNAS CONDICIONES DE CONFORT INADECUADAS.	3	5	8	120	NORMALIZAR EN TERMINOS DE CONFORT Y ASEO LA VERIFICACION PREVIA DEL PACIENTE QUE PASA A INGRESO	PERSONAL DE ENFERMERIA DE URGENCIAS	RECORDATORIO DE REVISION DE ESTE ANTES DEL INGRESO

ANEXO II. CUESTIONARIO

Responda a cada uno de los siguientes ítems en una escala de 1 a 5 puntos de adecuación

1: Nunca

2: Casi nunca

3: A veces

4: Casi siempre

5: Siempre

1. ¿Los pacientes que ingresan desde Urgencias vienen correctamente identificados con pulsera y sus datos identificativos correctos?

2. Cuando ingresan los pacientes desde Urgencias, ¿tienen registradas las alergias que presentan

3. Continuando con las alergias: ¿es adecuado el color del clip de cierre de la pulsera identificativa en función de si el paciente tiene alergias a medicamentos (blanco si no es alérgico o amarillo si lo es)?

4. Los pacientes que ingresan desde Urgencias, ¿tienen incluido en su historia clínica el tratamiento que les ha sido administrado?

5. En los casos de pacientes que son transfundidos durante su traslado desde Urgencias, ¿se garantiza la seguridad de la transfusión durante el traslado? (El proceso de transfusión se considera seguro si se dan estas tres condiciones: Existe un relevo oral entre los profesionales del servicio emisor y receptor, se aporta la documentación transfusional cumplimentada y el paciente porta la pulsera identificativa de transfusión correcta)

6. En las transferencias de pacientes desde urgencias, ¿se tienen en cuenta circunstancias de la Unidad de Hospitalización que pueden interferir la recepción adecuada del paciente que ingresa? (Ejemplo: situación de alta carga asistencial, coincidencia con el cambio de turno, etc.)

7. Las condiciones especiales de los pacientes (Ej. Aislamientos, pacientes terminales...) ¿son comentados por el personal de enfermería de Urgencias cuando se realiza la transferencia del cuidado?

8. Cuando los pacientes que ingresan desde Urgencias portan algún dispositivo (Ej. Bomba de infusión, vía periférica, sondaje vesical...) ¿se adopta durante la transferencia alguna precaución que evite posibles riesgos para la seguridad del paciente? (Ej. Desconexiones, interrupciones del tratamiento, etc

9. Los medios y dispositivos empleados para garantizar la higiene de los pacientes ¿son los adecuados a sus necesidades? (Ej. Pañal, pijama/bata, ropa de cama adecuada...?)

10. Antes de realizar la transferencia de los pacientes desde Urgencias, ¿los familiares directos del paciente han sido avisados previamente por los profesionales de enfermería o personal de admisión para informar que se va a realizar el ingreso en la unidad de hospitalización?

11. La información que recibe la enfermera cuando se va a realizar la transferencia del paciente desde Urgencias ¿es una información estructurada y organizada sobre los aspectos más relevantes del cuidado del paciente? (incluye la información recibida en formato papel, digital, oral, etc.)

12. ¿La historia clínica de los pacientes que ingresan desde Urgencias suele albergar documentos que no coinciden con los datos del paciente ingresado?

13. ¿La historia clínica de los pacientes que ingresan procedentes de Urgencias incluye toda la información necesaria para garantizar la continuidad de su cuidado, tales como observaciones, tratamientos, pruebas realizadas y solicitadas?

14. ¿Considera que los pacientes que ingresan desde Urgencias con riesgo de desarrollar lesiones por presión o lesiones relacionadas con la dependencia vienen con alguna/s de las medidas preventivas instauradas? (Ej. Se alerta verbalmente y/o en historia clínica del riesgo que presentan, tienen planificados los cambios posturales, colchón antiescaras puesto o solicitado, piel hidratada, protección de zonas de riesgo con apósitos de alivio, etc.)

15. ¿Considera que los pacientes que ingresan desde Urgencias con riesgo de caídas son transferidos de una forma segura para Prevenirlos, habiendo instaurado alguna/s medida/s preventiva/s? (Ej. Se alerta de alguna forma el riesgo que presentan verbalmente y/o en historia clínica, tienen las barandillas subidas, inmovilizaciones si precisan, cama en la posición más baja, etc.)

16. ¿Cuál es su grado de satisfacción con el proceso de transferencias de los pacientes desde Urgencias?

Por último, se procedió a añadir los datos del encuestado.

17. Edad.

18. Sexo .

19. Unidad de trabajo.

20. Años de ejercicio profesional.

21. Años de experiencia en el puesto actual.

22. Nivel académico.

23. ¿Has recibido formación sobre seguridad en las transferencias de pacientes?

BIBLIOGRAFÍA:

1. Arora VM, Johnson JK, Meltzer DO, Humphrey HJ. A theoretical framework and competency-based approach to improving handoffs. *Qual Saf Health Care*. febrero de 2008;17(1):11-4.
2. Apker J, Mallak LA, Gibson SC. Communicating in the «gray zone»: perceptions about emergency physician hospitalist handoffs and patient safety. *Acad Emerg Med*. octubre de 2007;14(10):884-94.
3. Gandhi TK. Fumbled handoffs: one dropped ball after another. *Ann Intern Med*. 1 de marzo de 2005;142(5):352-8.
4. Johnson M, Jefferies D, Nicholls D. Exploring the structure and organization of information within nursing clinical handovers. *Int J Nurs Pract*. octubre de 2012;18(5):462-70.
5. Buus N, Hoeck B, Hamilton BE. Nurses' shift reports: a systematic literature search and critical review of qualitative field studies. *J Clin Nurs*. octubre de 2017;26(19-20):2891-906.
6. Klim S, Kelly A-M, Kerr D, Wood S, McCann T. Developing a framework for nursing handover in the emergency department: an individualised and systematic approach. *J Clin Nurs*. agosto de 2013;22(15-16):2233-43.
7. Groves PS, Bunch JL, Cram E, Farag A, Manges K, Perkhounkova Y, et al. Priming Patient Safety Through Nursing Handoff Communication: A Simulation Pilot Study. *West J Nurs Res*. noviembre de 2017;39(11):1394-411.
8. Foster S, Manser T. The effects of patient handoff characteristics on subsequent care: a systematic review and areas for future research. *Acad Med*. agosto de 2012;87(8):1105-24.
9. Arora V, Johnson J. A model for building a standardized hand-off protocol. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. noviembre de 2006;32(11):646-55.
10. Klim S, Kelly A-M, Kerr D, Wood S, McCann T. Developing a framework for nursing handover in the emergency department: an individualised and systematic approach. *J Clin Nurs*. agosto de 2013;22(15-16):2233-43.
11. Abdellatif A, Bagian JP, Barajas ER, Cohen M, Cousins D, Denham CR, et al. Communication During Patient Hand-Overs: Patient Safety Solutions, Volume 1, Solution 3, May 2007. *JCIQPS*. 1 de julio de 2007;33(7):439-42.
12. Raymond M, Harrison MC. The structured communication tool SBAR (Situation, Background, Assessment and Recommendation) improves communication in neonatology. *S Afr Med J*. diciembre de 2014;104(12):850-2.
13. Baljani E, Azimi N, Hosseinloo A. A survey on nurses' perception of the importance of caring behaviors and factors affecting its provision. *Evidence Based Care*. 1 de abril de 2012;2(1):13-21.

14. Rikos N, Linardakis M, Economou C, Rovithis M, Philalithis A. The nurses' own views about the inter-shift handover process. *Contemp Nurse*. 2019 Feb;55(1):83-94. doi: 10.1080/10376178.2019.1606723. Epub 2019 Apr 19. PMID: 30975066.
15. Padgett TM. Improving Nurses' Communication During Patient Transfer: A Pilot Study. *J Contin Educ Nurs*. 2018 Aug 1;49(8):378-384. doi: 10.3928/00220124-20180718-09. PMID: 30053309
16. Usher R, Cronin SN, York NL. Evaluating the Influence of a Standardized Bedside Handoff Process in a Medical-Surgical Unit. *J Contin Educ Nurs*. 2018 Apr 1;49(4):157-163. doi: 10.3928/00220124-20180320-05. PMID: 29596702.
17. Alimenti D, Buydos S, Cunliffe L, Hunt A. Improving perceptions of patient safety through standardizing handoffs from the emergency department to the inpatient setting: a systematic review. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2019 Jun 5;31(6):354-363. doi: 10.1097/JXX.000000000000160. PMID: 30829973.
18. Manias E, Geddes F, Watson B, Jones D, Della P. Perspectives of clinical handover processes: a multi-site survey across different health professionals. *J Clin Nurs*. enero de 2016;25(1-2):80-91.