

ORIGINAL

Impacto de la implementación de un método de traspaso de información estandarizada interdisciplinar en sala de partos y unidad de cuidados obstétricos intermedios



E. Crespo-Mirasol (RN, RM, MSc, PhD)^{a,*}, A. Llupià-García (MD, MSc, PhD)^b,
J. Bellart-Alfonso (MD, MSc, PhD)^a, A. Peguero-Yus (MD, MSc, PhD)^a,
F. Figueras-Retuerta (MD, MSc, PhD)^a y S. Hernández-Aguado (MD, MSc, PhD)^a

^a Servicio de Medicina Maternofetal, Hospital Clínic de Barcelona, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

^b Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología, Hospital Clínic; Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal); Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 26 de enero de 2023; aceptado el 10 de abril de 2023

Disponible en Internet el 4 de agosto de 2023

PALABRAS CLAVE

Pase de guardia;
Comunicación
interdisciplinaria;
Seguridad del
paciente;
Salas de parto;
Servicio de
Ginecología y
Obstetricia en
Hospital

Resumen

Objetivo: Este estudio tiene como objetivo describir la implementación de la metodología estandarizada en la transferencia de información en sala de partos y unidad de cuidados obstétricos intermedios en un hospital de tercer nivel de Barcelona e identificar el impacto de esta implementación en los factores que actúan como facilitadores y barreras en el procedimiento. **Método:** Estudio cuasiexperimental tipo pretest-postest sin grupo control en la unidad de cuidados obstétricos intermedios y sala de partos del servicio de Medicina Maternofetal de un hospital de tercer nivel de Barcelona. El personal sanitario autocumplimentó un cuestionario *ad hoc* antes y después de implementar la metodología estandarizada IDEAS en el servicio durante 2019 y 2020. Se evaluó la autopercepción personal en el procedimiento de transferencia de información. El test de Wilcoxon por pares se utilizó para la comparación antes y después. **Resultados:** El uso de una metodología estandarizada ha mostrado un impacto en la mejora de la transmisión de la información. Se detectaron diferencias significativas antes y después de la intervención en las siguientes dimensiones: ubicación, personas implicadas, periodo de tiempo del procedimiento, estructurada ordenada y clara y tiempo suficiente para preguntas ($p < 0,001$); mientras que no se observaron diferencias en transmisión al profesional referente, actuaciones bien definidas y realización de un resumen.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ecrespo@clinic.cat (E. Crespo-Mirasol).

Conclusiones: Existen factores, como aspectos estructurales, organizativos y falta de tiempo, que dificultan la comunicación efectiva, por tanto, actúan como barreras en la transferencia de información. La implementación de una metodología con las personas implicadas, el tiempo y el espacio adecuado permite mejorar aspectos en la comunicación en el equipo multiprofesional y, por tanto, la seguridad del paciente.

© 2023 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Patient handoff;
Interdisciplinary
Communication;
Patient Safety;
Delivery Rooms;
Hospital Obstetrics
and Gynecology
Department

Impact of the implementation of a standardised interdisciplinary information transfer method in the Delivery room and Intermediate Obstetric Care Unit

Abstract

Aim: This study aims to describe the implementation of the standard methodology for information transfer in the labour ward and Intermediate Obstetric Care Unit and to identify the impact of this implementation on the factors that act as facilitators and barriers in the procedure.

Method: Quasi-experimental pretest-posttest study without a control group in an Intermediate Obstetric Care Unit and delivery room of the Maternal-Fetal Medicine Service of a tertiary hospital in Barcelona. Healthcare staff self-completed an *ad hoc* questionnaire before and after implementing the standardised IDEAS methodology in the service during 2019 and 2020. Personal self-perception in the information transfer procedure was assessed. The Wilcoxon pairwise test was used for comparison before and after.

Results: The use of a standardised methodology has shown an impact on improving the transmission of information. Significant differences were detected before and after the intervention in the following dimensions: location, people involved, time period of the procedure, structured, orderly and clear, and sufficient time for questions ($p < 0.001$); while no differences were observed in: transmission to the referring professional, well-defined actions, and completion of a summary.

Conclusions: There are factors such as structural and organisational aspects and lack of time that hinder effective communication and therefore act as barriers to the transfer of information. The implementation of a methodology with the health professionals involved, the time and the appropriate space allows for the improvement of communication aspects in the multiprofessional team and, therefore, patient safety.

© 2023 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

¿Qué se conoce?

Existen diferentes métodos de estandarización del proceso para la transferencia de información (SBAR, ISOBAR, I-PASS e IDEAS). La estandarización del procedimiento minimiza la variabilidad del mensaje y contribuye a reducir el número de errores asistenciales.

¿Qué aporta?

El uso de una metodología estandarizada en la transferencia de información interdisciplinaria favorece la

percepción de los profesionales sanitarios de mejora de aspectos en la comunicación en sala de partos y unidad de cuidados obstétricos intermedios.

Implicaciones del estudio

Este estudio muestra la oportunidad de mejora en la definición de las actuaciones en el traspaso de información interdisciplinaria. En la práctica clínica, es importante flexibilizar la estandarización de forma que contenga la estructura con la información clínica importante para las personas implicadas con la mínima información necesaria.

Introducción

La transferencia de la información (TI) se define como la comunicación dinámica entre profesionales sanitarios (PS) en la que se transmite información clínica relevante de un paciente¹ y se traspa la responsabilidad de los cuidados a otro profesional o grupo sanitario¹. Se trata de un proceso de alto riesgo por estar presente en múltiples ocasiones a lo largo de la continuidad asistencial². Los errores en la comunicación entre profesionales constituyen el factor más frecuentemente involucrado en el origen de eventos adversos (hasta un 70%)³. Diversos organismos³⁻⁷ manifiestan que, en la atención centrada en el paciente, es necesario el desarrollo e implementación de un proceso de TI para alcanzar una comunicación efectiva entre PS y mejorar la seguridad del paciente. La estandarización del procedimiento minimiza la variabilidad de los mensajes, contribuyendo así a que el personal sanitario implicado tome conciencia de la situación de la persona y se reduzca hasta en un 30% el número de errores asistenciales o eventos adversos. Las organizaciones deben realizar intervenciones para mejorar la seguridad del paciente y notificar las recomendaciones o cambios al equipo profesional implicado.

En sala de partos y unidades de cuidados obstétricos intermedios (UCOI), la TI debe ser estructurada para asegurar que la continuidad de los cuidados y la información sea completa, precisa y eficiente⁸. Con el propósito de mejorar la seguridad clínica se ha desarrollado una serie de métodos (SBAR; ISOBAR, I-PASS e IDEAS) que, mediante un listado metódico de contenidos, permiten sistematizar la TI clínica relevante entre PS durante los procesos de transferencia⁹, aunque la falta de validación de las herramientas impide la recomendación definitiva sobre la utilización de una de ellas sobre las demás^{10,11}.

En relación con lo expuesto anteriormente, se optó por implementar la metodología IDEAS en sala de partos y la UCOI de un hospital de tercer nivel asistencial de Barcelona por presentar una alternativa simple y de fácil memorización para garantizar la continuidad asistencial de forma lógica y estructurada. Se recomiendan una serie de pautas para una correcta comunicación¹².

En el procedimiento es importante seguir el siguiente orden: (I) identificación, identificar el PS responsable y la persona; (D) diagnóstico, definir el problema y diagnóstico; (E) estado actual, describir síntomas y signos, estado de dolor y estado emocional; (A) actuaciones, definir medidas terapéuticas y diagnósticas realizadas y pendientes, siguiendo un plan de acción; (S) signos y síntomas de alarma, resumir los aspectos más importantes, incluyendo las alergias. Posteriormente, se debe comprobar la correcta comprensión por parte de la persona receptora de los elementos clave y registrar toda la información por escrito.

Existen escasos estudios que evalúen la implementación de una metodología estandarizada en la TI en el área de sala de partos y UCOI. Este estudio tiene como principal objetivo

describir la implementación de la metodología estandarizada en la TI en sala de partos y UCOI e identificar el impacto de esta implementación en los factores percibidos por el PS como facilitadores y barreras en el procedimiento.

Método

Se realizó un estudio cuasiexperimental tipo pre-postest sin grupo control.

El ámbito de realización fue la sala de partos y UCOI del servicio de Medicina Maternofetal de un hospital de tercer nivel asistencial de Barcelona que cuenta con 7 salas de parto, dos quirófanos y 4 habitaciones para pacientes que requieren cuidados obstétricos intermedios.

El período de estudio comprendió de octubre de 2019 a diciembre del 2020.

La población de estudio la configuraron el PS implicado en los cuidados de las gestantes y púerperas de sala de partos y de la UCOI, 161 personas.

Las personas participantes se seleccionaron mediante un muestreo no probabilístico de conveniencia según criterios de selección. Se incluyeron PS en activo del área de sala de partos y UCOI de los diferentes turnos asistenciales.

Las principales variables de estudio son:

- Variables sociodemográficas: sexo (mujer/hombre/no definido), edad (< 25, 25-30, 31-35, 36-40, 41-45, 46-50, ≥ 51 años).
- Variables referidas a datos profesionales: categoría profesional (matrona, enfermera UCOI/bloque obstétrico, médico especialista en medicina maternofetal [MMF], médico especialista en Anestesiología, técnico en cuidados auxiliares de enfermería [TCAE], auxiliar sanitario, enfermera interna residente [EIR], médico interno residente en MMF, médico interno residente en Anestesiología, otros) y años de experiencia en sala de partos/UCOI (< 1 año, > 1-2 años, > 2-5 años, > 5- 10 años, > 10 años).
- Variables relacionadas con la percepción personal en el procedimiento de TI (ubicación, personas implicadas, tiempo, mensaje al profesional referente, estructura, actuaciones definidas, resumen, tiempo para sugerencias) determinada mediante una escala: muy en desacuerdo, en desacuerdo, indiferente, de acuerdo, muy de acuerdo.

Desarrollo de la metodología IDEAS

Previa intervención, la TI se realizaba sin una metodología estandarizada conjunta, sin comunicación interdisciplinar en turnos de mañana, tarde y noche y sin una ubicación establecida.

Se realizó formación a 10 personas formadoras (personas del Núcleo de Seguridad, referentes de sala de partos y coordinadoras) en la metodología con casos prácticos durante 2 horas para posteriormente formar al resto de PS tras una sesión de difusión.

Se desarrolló un documento con la metodología IDEAS ubicado en un único lugar de la sala de partos para estandarizar la TI (fig. 1). Se habilitó un despacho con mayor privacidad y menor ruido e interferencias, con participación interdisciplinar.

¹ Paciente: a lo largo del documento se hace referencia a paciente entendido como persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales, como parte activa en la toma de decisiones, en la línea de promover su participación y la de sus cuidadores en la seguridad de las personas.

FECHA:

EQUIPO DE GUARDIA (MMF/MATRONAS/RESIDENTES/ANESTESIA MMF):

	IDENTIFICACIÓN	DIAGNÓSTICOS	ESTADO ACTUAL	ACTUACIONES	SIGNOS/ SÍNTOMAS DE ALARMA
SP 1					
SP 2					
SP 3					
SP 4					
SP 5					
SP 6					
SP 7					
UCOI 1					
UCOI 2					
UCOI 3 (VENTANA)					
UCOI 3 (PUERTA)					
UCOI 4					

Figura 1 Metodología IDEAS.

Recogida de datos

Se diseñó un cuestionario *ad hoc* anónimo que las personas participantes autocumplimentaron a través de la plataforma Google Forms®. La difusión del estudio se realizó a través del correo electrónico corporativo. El cuestionario constaba de 12 ítems:

- Datos sociodemográficos: sexo, edad.
- Datos profesionales: categoría profesional, años de experiencia profesional.
- Grado de acuerdo/desacuerdo relacionado con el cambio de turno (muy en desacuerdo/ en desacuerdo/ indiferente/ de acuerdo/ muy de acuerdo):

- Se realiza en una ubicación adecuada
- Se realiza con todas las personas implicadas
- Se realiza en un período de tiempo adecuado
- El mensaje se transmite al profesional responsable de la continuidad asistencial
- La información se transmite siguiendo un orden, de forma clara y estandarizada
- Quedan bien definidas las actuaciones
- Se realiza un resumen
- Se dispone de tiempo suficiente

El cuestionario se envió a todo el PS implicado en los cuidados de sala de partos y de la UCOI. El primer período de envío de los cuestionarios y la recogida de respuestas fue el último trimestre de 2019.

Se implementó la metodología IDEAS para la TI y se envió el mismo cuestionario en el último trimestre del 2020 para evaluar la intervención.

Análisis de los datos

Para realizar la descripción de la muestra se utilizó estadística descriptiva. Para el análisis de las variables cualitativas se calcularon las frecuencias y los porcentajes para cada una de las categorías. Para el análisis de las variables cuantitativas, la medida de tendencia central y dispersión se expresó con la media, la desviación estándar (DE) y el rango. En la comparación antes-después se utilizó el test de Wilcoxon por pares, con un intervalo de confianza estimado del 95%, considerándose estadísticamente significativo el valor de $p < 0,05$.

Para el análisis estadístico se utilizó Microsoft Excel para Mac v16.47.1. y el programa estadístico SPSS Statistics v26.0.0.1.

Consideraciones éticas

El estudio se realizó con PS siguiendo la normativa vigente y de acuerdo con la Declaración de Helsinki. Se solicitó el permiso del jefe del servicio de Medicina Materno-fetal del hospital. El estudio cumplió con los criterios para la descripción de las actividades de mejora operativa y no se recogieron datos de salud, estando exento de revisión ética. La recogida de los datos se llevó a cabo respetando el anonimato, el derecho a la privacidad de las personas y la voluntariedad del PS participante. Se informó del estudio y se solicitó el consentimiento informado. Los datos se trataron de forma confidencial, siguiendo la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales¹³.

Tabla 1 Características sociodemográficas, categoría profesional y tiempo de experiencia del personal sanitario

	Población de estudio Pretest n (%)	Población de estudio Postest n (%)
Sexo		
Mujeres	70 (85,4)	57 (83,8)
Hombres	11 (13,4)	9 (13,2)
No definido		1 (1,5)
Edad		
< 25 años	5 (6,1)	3 (4,4)
25-30 años	27 (32,4)	25 (36,8)
31-35 años	10 (12,2)	12 (17,6)
36-40 años	11 (13,4)	10 (14,7)
41-45 años	11 (13,4)	10 (14,7)
46-50 años	8 (9,8)	2 (2,9)
≥ 51 años	10 (12,2)	5 (7,4)
Categoría profesional		
Matrona	21 (25,6)	12 (17,6)
Médico MMF	17 (20,7)	20 (29,4)
TCAE	15 (18,3)	10 (14,7)
Médico Anestesiología	8 (9,8)	5 (7,4)
MIR MMF	8 (9,8)	13 (19,1)
DUE UCOI	2 (2,4)	1 (1,5)
EIR	6 (7,3)	4 (5,9)
MIR Anestesiología	2 (2,4)	0
Auxiliar sanitario	1 (1,2)	1 (1,5)
Otros	2 (2,4)	2 (3)
Años de experiencia laboral		
< 1 año	10 (12,2)	
≥ 1 año-2 años	8 (9,8)	6 (8,8)
> 2 años-5 años	16 (19,5)	8 (11,8)
> 5 años-10 años	16 (19,5)	22 (32,4)
> 10 años	31 (37,8)	9 (13,2)
No contesta	1 (1,2)	22 (32,4)

Resultados

Autopercepción del personal sanitario pre- y postimplantación de la metodología IDEAS

En el estudio participaron principalmente mujeres de edades comprendidas entre los 25 y 30 años. Las características sociodemográficas, categoría profesional y tiempo de experiencia laboral de las personas participantes se describen en la [tabla 1](#).

Antes de la intervención, participaron 82 PS (9 categorías): médicos especialistas en MMF, médicos especialistas en Anestesiología, médicos residentes de ambas especialidades, matronas, enfermeras del bloque obstétrico, enfermeras residentes, TCAE y otros. Tras la intervención, se obtuvieron 68 respuestas provenientes del mismo servicio de MMF (pérdida de sujetos del 17%, n=14).

En la [figura 2](#) se muestra el porcentaje de participantes antes y después de la intervención en relación con el PS total de sala de partos y UCOI.

La implementación en la TI interdisciplinar fue del 100% en todos los turnos.

La valoración del PS de la metodología IDEAS antes y después de su implementación se resume en la [tabla 2](#) y [figura 3](#).

Se detectaron diferencias significativas en las siguientes dimensiones: espacio donde se realiza el traspaso de información, realización del procedimiento con todas las personas implicadas y durante un período de tiempo adecuado, procedimiento siguiendo un orden establecido, de forma clara y estandarizada; y disposición de tiempo suficiente para preguntas y sugerencias.

En cuanto a la ubicación donde se realizaba la TI, las personas participantes inicialmente mostraron un alto nivel de acuerdo en que el espacio no era adecuado (n=64, 78%). Posteriormente, sólo un tercio no estaba de acuerdo (n=22, 33,3%).

Previamente a la intervención, el PS expresó que el procedimiento no se realizaba con todas las personas implicadas en los cuidados (n=65, 79,2%). Tras la intervención, representaron el 35,8% (n=24). Un 55,3% (n=37) contestó que el traspaso se realizaba con todas las personas necesarias. Las personas que se mostraron más de acuerdo fueron los especialistas MMF (n=13) y MIR MMF (n=7), mientras que las EIR se mostraron mayoritariamente en desacuerdo (n=3).

Para el 58,5% de las personas participantes (n=48), el tiempo empleado en la TI no fue el adecuado. Posteriormente, la mayoría (75%, n=51) se mostró de acuerdo con el tiempo empleado.

El 61% (n=50) percibía que la información no se transmitía siguiendo un orden, de forma clara ni de manera estandarizada. Posteriormente, el 77,9% (n=53) manifestó que se hacía de manera ordenada, clara y sistematizada.

Inicialmente, hasta un 59,8% del PS (n=49) expresó que el tiempo que se disponía para plantear dudas y sugerencias era insuficiente. Después, el 67,6% (n=46) manifestó que se disponía de tiempo suficiente.

No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en el resto de dimensiones. El 54,9% de los casos (n=50) consideró que durante la TI quedaban bien definidas las actuaciones que se habían realizado y las pendientes de realizar (n=50, 54,9%). Tras la intervención, representaron el 75% de los encuestados (n=51).

Inicialmente, el 62,2% (n=51) percibió que el mensaje se transmitía al profesional que se responsabilizaría de la continuidad asistencial. Tras la intervención, se incrementó el porcentaje al 72,1%.

El 71,9% (n=59) de las personas manifestaron que se realizaba un resumen de los aspectos que requerían una atención especial, incrementándose el porcentaje al 82,3% (n=56) tras la intervención.

Discusión

El uso de una metodología estandarizada ha mejorado la percepción de la TI interdisciplinar del servicio de MMF en sala de partos y UCOI en relación con el espacio donde se realiza, las personas implicadas, el tiempo requerido y el orden en que se realiza. En cambio, las interrupciones y la calidad de la comunicación derivadas de una ubicación inadecuada y el tiempo del procedimiento son factores percibidos como barreras.

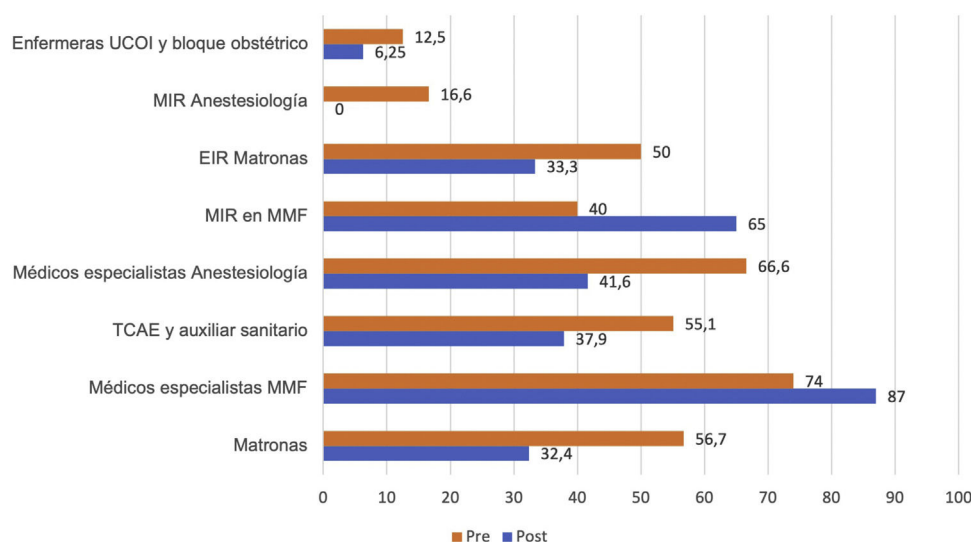


Figura 2 Porcentaje de participantes del total de sala de partos y unidad de cuidados obstétricos intermedios.

Tabla 2 Cambios en la percepción de la transferencia de la información del PS antes y después de la estandarización

	Pre n Media (DE)	Post n Media (DE)	Valor p
El traspaso de información se realiza en una ubicación adecuada	82 2,1 (1)	66 3,2 (1,1)	< 0,001
El traspaso de información se realiza con todas las personas implicadas	82 2,1 (1)	67 3,2 (1,1)	< 0,001
El traspaso de información se realiza en período de tiempo adecuado	82 2,6 (1,1)	68 3,6 (0,9)	< 0,001
El mensaje se transmite al profesional referente de la continuidad asistencial	82 3,3 (1,2)	68 3,6 (0,9)	0,064
La información se transmite siguiendo un orden, de forma clara y estandarizada	82 2,5 (1,1)	68 3,7 (0,8)	< 0,001
Quedan bien definidas las actuaciones	82 3,3 (0,9)	68 3,6 (0,9)	0,017
Se realiza un resumen	82 3,6 (1)	68 3,8 (0,8)	0,127
Se dispone de tiempo suficiente, abierto a dudas y sugerencias	82 2,5 (1,1)	68 3,5 (1)	< 0,001

En negrita, variables con diferencias significativas antes y después de la intervención (con valor $p < 0.001$).

La percepción del PS mejoró en cuanto se cambió el espacio donde se traspasaba la información. Como describen otros autores, es importante realizar la TI en un entorno adecuado cercano a la ubicación asistencial, con el mínimo de interrupciones y la duración adecuada^{2,10,12}. Las limitaciones físicas afectan a la transmisión de la información^{11,14}.

Inicialmente, la gran mayoría de PS consideraron que la TI no se realizaba con todas las personas implicadas en los cuidados. También observamos cómo inicialmente la mayoría de profesionales estaban de acuerdo en que la TI se realizaba al profesional responsable de los cuidados, aunque después de la intervención aumentó el grado de acuerdo. También se observó cómo antes y después la mayoría de encuestados estaban de acuerdo en que se permitía realizar un resumen de los aspectos que requerían mayor atención,

aunque no fueron cambios estadísticamente significativos. Sin embargo, en relación con si quedan bien definidas las actuaciones, mientras que inicialmente aproximadamente el 50% de los encuestados estaban de acuerdo, tras la intervención se observó un incremento significativo de un 75% en el grado de acuerdo. También se observó que se mejoró el tiempo que se utilizaba para plantear dudas y sugerencias, y el tiempo en que se realizaba la TI se consideró mucho más adecuado. Además, mejoró la percepción en cuanto a la calidad en que se transmitía la información, de manera más ordenada, clara y de forma estandarizada.

Diversos autores describen mejoras en la calidad de la comunicación y en el trabajo en equipo cuando se implementan estrategias estandarizadas como en el presente estudio⁷. Autores como Troyer y Brady identifican

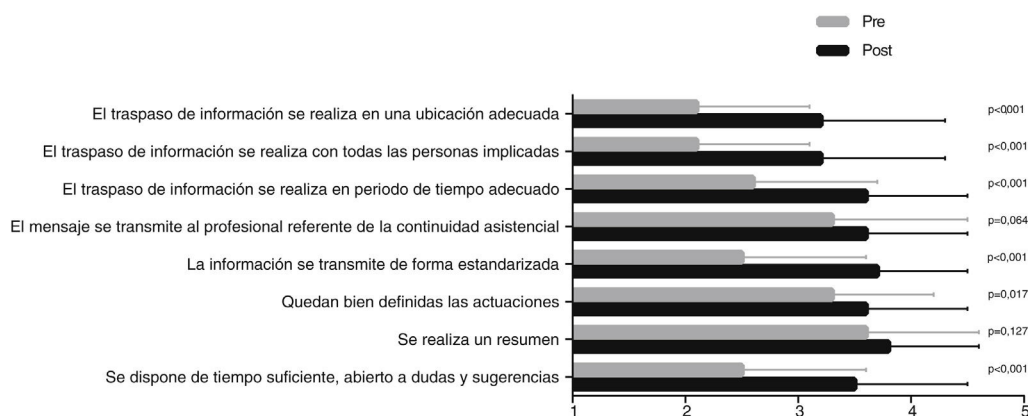


Figura 3 Valoración del personal sanitario del traspaso de información antes y después de la implementación del método IDEAS.

cuatro principales categorías que actúan como barreras para una TI efectiva: barreras educacionales (pérdida de la información, variación y falta de estandarización, falta de formación, falta de *feedback*), barreras operacionales (factores ambientales, redundancia, factores tecnológicos, conflicto de intereses, retrasos), barreras culturales (falta de respeto y desinterés, redundancia, conflicto de intereses) y barreras cognitivas (factores ambientales, falta de memoria, degradación y pérdida de la información)¹⁵. Por otra parte, identifican tres categorías de intervenciones: tecnológicas, educacionales y cambio en la cultura organizacional. Aunque los estudios sobre estandarización en la TI son heterogéneos en su metodología, con escasos períodos de seguimiento, algunos autores afirman que la estandarización en la TI es la única intervención que ha demostrado mejoras significativas en la comunicación^{2,7,15}. En el ámbito de estudio ha supuesto un cambio en la cultura organizacional del servicio mejorando la comunicación interdisciplinar.

Autores como Slade et al. 2016¹⁴ afirman que en unidades con emergencias, como sucede en sala de partos, existe dificultad para que todo el equipo participe en la TI. Mejorar la comunicación interprofesional es indispensable para mejorar la calidad y seguridad del paciente¹⁶. En particular, algunos estudios muestran cómo la TI entre profesionales médicos y de enfermería se realiza de forma diferente y separada según la cultura organizacional, y conseguir el procedimiento en equipo multiprofesional requiere un cambio². De la misma manera que en el presente estudio previa intervención, en el estudio de Morán-Pozo y Luna-Castaño¹⁷ realizado con enfermeras de unidades de cuidados críticos en España, se observa cómo no es habitual la participación de otros profesionales como médicos adjuntos o supervisores y supervisoras en el cambio de turno entre enfermeras y la diversidad que existe en la realización del procedimiento en cuanto a la estandarización y formación del personal.

También mejoró la calidad de la comunicación oral y escrita tras la intervención en el caso de Huth et al. (2016)¹⁸, implementando una metodología estandarizada de TI en una unidad docente de pediatría clínica en Canadá. Se observaron diferencias a nivel de organización, reduciéndose la variabilidad individual y la posibilidad de error.

Para mejorar la seguridad del paciente es necesario desarrollar una cultura de seguridad del centro y sus profesionales, creando estrategias que desarrollen el liderazgo y

el trabajo en equipo para conseguir unos cuidados seguros¹⁹. Se dispone de evidencia de moderada y alta calidad sobre la importancia y utilidad de aplicar prácticas y procedimientos seguros, aunque es escasa la investigación sobre la implementación y evaluación de estas³. Hay evidencia suficiente para afirmar que la formación al PS y favorecer la incorporación de los principios del factor humano a la organización, teniendo en cuenta aspectos físicos (diseño, equipos), aspectos cognitivos (habilidades de comunicación, trabajo en equipo) y aspectos organizativos (cultura de la organización), mejora la seguridad del paciente³.

La principal limitación del estudio viene determinada por la utilización de un instrumento para la recogida de datos *ad hoc* anónimo y no poder extrapolar los resultados de forma externa. Sin embargo, al no encontrarse en la literatura consultada un instrumento validado en el área de sala de partos y UCOI, la presente investigación abre camino a futuras líneas de investigación. La intervención de este estudio coincidió con la época de pandemia por coronavirus (covid-19), en que el PS implicado en la TI se redujo a las mínimas personas según la normativa vigente. Esto derivó en una menor participación en el estudio postest, suponiendo una limitación que creemos ha podido condicionar la interpretación de los resultados. También cabe señalar un posible sesgo de género con un 85% de participantes mujeres en un servicio donde suponen el 95% del PS.

En la práctica clínica, es importante flexibilizar la estandarización de forma que contenga la estructura con la información clínica importante para las personas implicadas con la mínima información necesaria. Los resultados muestran la oportunidad de mejora en la definición de las actuaciones y la identificación del profesional referente. La comunicación deficiente entre el equipo de profesionales puede contribuir a errores, daño, discontinuidad en los cuidados, uso ineficiente de recursos e insatisfacción del paciente^{6,7}.

Conclusiones

El PS participante en el estudio señala una serie de factores (aspectos estructurales como espacio, tiempo, organizativos) que dificultan la comunicación efectiva. Subsanan esas dificultades puede favorecer una mejor comunicación entre

profesionales y minimizar los errores de comunicación que conllevarían un evento adverso.

El uso de una metodología estandarizada ha mostrado un impacto en la percepción de mejora de la TI. Su implementación total en el servicio permite mejorar aspectos en la comunicación entre profesionales y probablemente la seguridad del paciente. Monitorizar los procesos de traspaso de información permite detectar oportunidades de mejora para garantizar una comunicación estructurada y efectiva.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecemos a todo el personal sanitario que ha participado en este estudio ya que no se hubiese podido realizar sin su colaboración.

Bibliografía

- Jewell JA, Percelay JM, Hill VL, Preuschoff CK, Rauch DA, Salerno RA. Standardization of inpatient handoff communication. *Pediatrics* [Internet]. 2016 [consultado 1 May 2022];138(5). Disponible en: https://www.jointcommissioninternational.org/-/media/jci/jci-documents/accrreditation/hospital-and-amc/learn/jci-standards_only_6th_ed_hospital.pdf?db=web&hash=E2D36799998C7EE27C59CFF3131EE0A7&hash=E2D36799998C7EE27C59CFF3131EE0A7.
- Fealy G, Donnelly S, Doyle G, Brenner M, Hughes M, Mylotte E, et al. Clinical handover practices among healthcare practitioners in acute care services: A qualitative study. *J Clin Nurs*. 2019;28:80–8.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud Período 2015-2020 [Internet]. Madrid; 2016 [consultado 18 Abr 2022]. Disponible en: [https://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia Seguridad del Paciente 2015-2020.pdf](https://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf).
- Joint Commission International. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. Including Standards for Academic Medical Center Hospitals [Internet]. 2017 [consultado 28 Abr 2022]. Disponible en: https://www.jointcommissioninternational.org/-/media/jci/jci-documents/accrreditation/hospital-and-amc/learn/jci-standards_only_6th_ed_hospital.pdf?db=web&hash=E2D36799998C7EE27C59CFF3131EE0A7&hash=E2D36799998C7EE27C59CFF3131EE0A7.
- WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions International Steering Committee Members. Communication during patient hand-overs. *Patient safety solutions. Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2007;33:439–42.
- Merten H, van Galen LS, Wagner C. Safe handover. *BMJ*. 2017;359:j4328 <https://doi.org/10.1136/bmj.j4328>
- Müller M, Jürgens J, Redaelli M, Klingberg K, Hautz WE, Stock S. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: A systematic review. *BMJ Open*. 2018;8:e022202 <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>
- Beecroft C, Joachim S, Gooneratne M, Connor D, Owen N. Guidelines for the Provision of Anaesthesia Services for the Perioperative Care of Elective and Urgent Care Patients [Internet]. 2021 [consultado 1 May 2022]. Disponible en: <https://roca.ac.uk/sites/default/files/documents/2021-06/GPAS-2021-02-PERIOPCARE.0.pdf>.
- Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, West DC, Rosenbluth G, Allen AD, et al. Changes in Medical Errors after Implementation of a Handoff Program. *N Engl J Med*. 2014;371:1803–12.
- Sirgo Rodríguez G, Chico Fernández M, Gordo Vidal F, García Arias M, Holanda Peña MS, Azcarate Ayerdi B, et al. Handover in Intensive Care. *Med Intensiva*. 2018;42:168–79.
- Smeulders M, Lucas C, Vermeulen H. Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014 <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009979.pub2>
- Delgado R. IDEAS para mejorar la transmisión de la información clínica. REMI [Internet]. 2022 [consultado 18 Abr 2022]; Disponible en: <http://www.medicina-intensiva.com/2013/04/A166.html>
- Jefatura del Estado. BOE-A-2018-16673 Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales [Internet]. 2018. [consultado 2 May 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3/con>.
- Slade D, Eggins S, Geddes F, Watson B, Manias E, Bear J, et al. Effective communication in clinical handover: challenges and risks. En: Eggins S, Slade D, Geddes F, editors. *Effective Communication in Clinical Handover: From Research to Practice*. Berlin, Boston: De Gruyter; 2016. p. 5–24.
- Troyer L, Brady W. Barriers to effective EMS to emergency department information transfer at patient handover: A systematic review. *Am J Emerg Med*. 2020;38:1494–503.
- Romijn A, de Bruijne MC, Teunissen PW, de Groot CJM, Wagner C. Complex social intervention for multidisciplinary teams to improve patient referrals in obstetrical care: protocol for a stepped wedge study design. *BMJ Open*. 2016;6:e011443.
- Morán-Pozo C, Luna-Castaño P. Shift change handovers between nurses in Critical Care Units. *Enferm Intensiva*. 2022 <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2022.02.002>
- Huth K, Hart F, Moreau K, Baldwin K, Parker K, Creery D, et al. Real-World Implementation of a Standardized Handover Program (I-PASS) on a Pediatric Clinical Teaching Unit. *Acad Pediatr* [Internet]. 2016;16:532–9 [consultado 19 Abr 2022]. Disponible en: <http://www.ipasshandoffstudy.com>
- Benito-Díaz I. Incidentes de seguridad en el Servicio de Medicina Maternofetal del Hospital Clínic de Barcelona. *Matronas Prof*. 2020;21:28–34.