



Traspaso de información enfermera a pie de cama en una unidad de cuidados intensivos polivalente

Zahira Pérez Martínez

Tutor/a: Marta Raurell Torreda

Curs acadèmic 2019-2020

Índice

| | | |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. | Resumen..... | 1 |
| 2. | Introducción | |
| | I. Antecedentes..... | 3 |
| | II. Estado actual del tema | 4 |
| | III. Marco teórico..... | 5 |
| | IV. Justificación del proyecto | 6 |
| | V. Pregunta de investigación..... | 6 |
| 3. | Hipótesis y objetivos | |
| | I. Hipótesis nula..... | 7 |
| | II. Objetivo principal..... | 7 |
| | III. Objetivos específicos..... | 7 |
| 4. | Metodología | |
| | I. Diseño del estudio..... | 8 |
| | II. Ámbito de estudio..... | 8 |
| | III. Sujetos de estudio..... | 8 |
| | IV. Selección de variables..... | 9 |
| | V. Intervención..... | 13 |
| | VI. Recogida de datos..... | 15 |
| | VII. Análisis de los datos | 16 |
| 5. | Aspectos éticos..... | 17 |
| 6. | Limitaciones del estudio..... | 18 |
| 7. | Aplicabilidad de los resultados..... | 19 |
| 8. | Presupuesto..... | 19 |
| 9. | Cronograma..... | 20 |
| 10. | Referencias bibliográficas..... | 21 |
| 11. | Anexos | |
| | I. Hoja de información para los sujetos del estudio..... | 24 |
| | II. Consentimiento informado..... | 28 |
| | III. Cuestionario sociodemográfico y académico..... | 29 |
| | IV. Cuestionario para enfermeras hospitalarias sobre la seguridad del paciente..... | 30 |
| | V. Check list: propuesta..... | 32 |
| | VI. Cuestionario de satisfacción..... | 33 |

1. Resumen

Objetivo

El objetivo es analizar el efecto que tiene sobre la seguridad del paciente la estandarización de la información clínica durante el cambio de turno a pie de cama en la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Hospital Vall d'Hebron.

Ámbito de estudio

Hospital Vall d'Hebron, hospital de tercer nivel de Barcelona con 56 boxes individuales en una UCI polivalente con sistemas de tecnología inteligente.

Metodología

Estudio cuantitativo cuasi experimental pre y postest. Entre ambos periodos se implementará un check-list para la transferencia de información entre enfermería a pie de cama. Se recogen las variables dependientes: errores de medicación, percepción enfermera de la seguridad del paciente y secundariamente la satisfacción del profesional de enfermería. Como independiente se recogen: datos sociodemográficos, académicos y laborales. El análisis estadístico se cursa por SPSS.

Implicación a la práctica

Este análisis podría ayudar a determinar los efectos del traspaso de información estandarizado a pie de cama durante el cambio de turno entre las enfermeras.

Asimismo, una disminución de eventos adversos y cuidado del paciente crítico podría desencadenar una mejora en la seguridad clínica del paciente que supondría un ahorro económico para la empresa.

Palabras clave

Cambio de turno, Enfermería, Cuidados intensivos, Seguridad

Aim

The aim is to analyze the effect, on patient safety, of the standardization of clinical information during the handover at bedside in the intensive care unit (ICU) of the Vall Hebron's hospital.

Field of study

Hospital Vall Hebron is a third level hospital in Barcelona with 56 individual boxes in a polyvalent ICU with intelligent technology systems.

Methodology

Is a quantitative quasi-experimental study pre- and post-tests. Between both periods a check-list will be implemented for the transfer of information between nursing at bedside. Medical errors, nurse perception of patient safety and satisfaction of nursing staff are dependent variables collected. As independent variables are set sociodemographic information, academic and work data. The statistical analysis is done by SPSS.

Research implications

The analysis could help determine the effects of the transfer of standardized information at the bedside during nurse's handover.

Likewise, a decrease in adverse effects and critical patient care could trigger an improvement in the patient's clinical safety that would result in economic savings for the company.

Keywords

Handover, Nurse, Intensive Care, Safety

2. Introducción

I. Antecedentes

El traspaso de información clínica entre enfermeras responsables del mismo paciente se realiza durante el cambio de turno cuando una enfermera finaliza su jornada laboral y transfiere el compromiso de velar sobre el bienestar del paciente a un compañero que inicia el turno laboral consecutivo (1-4).

Desde la perspectiva de la continuidad de los cuidados, el cambio de turno se considera un proceso crítico en la transferencia de información (5-8).

Asimismo, se considera que durante el cambio de turno la seguridad del enfermo se puede ver reforzada por llevar a cabo el traspaso de información de manera clara y concisa. Si no, de lo contrario, la seguridad puede verse devaluada por transmitir información inadecuada o errónea (9-12).

Durante el cambio de turno establecer una comunicación óptima resulta esencial, dado que los efectos de la desinformación o la mala comunicación pueden tener consecuencias negativas relevantes (13-16).

Como por ejemplo una mayor probabilidad de cometer errores referentes al tratamiento (1,4,9,16,22), deterioro en la continuidad asistencial (5,9,13,17,18), insatisfacción del paciente referente a la información sobre su estado de salud (1,7,12,18), incremento de la estancia hospitalaria (2,3,13,16) y duplicación de pruebas (9,12,15,19).

Estos hechos suponen un coste tanto para las instituciones como para los pacientes y los profesionales de la salud. Asimismo, se detalla que más de la mitad de eventos adversos en los hospitales están relacionados con problemas de comunicación (9,20,21,22).

II. Estado actual del tema

Siguiendo esta línea, el Sistema Nacional de Salud en el Plan Estratégico de Seguridad del 2015-2020 subraya la necesidad de promover la comunicación entre profesionales mediante técnicas de comunicación estructurada (4).

Si se estandariza el proceso de cambio de turno - convirtiendo la información en una herramienta más accesible, lógica y consistente- se pueden disminuir significativamente los problemas relacionados con la seguridad del paciente (13,17,23,24).

III. Marco teórico

Al estandarizar este proceso se evita la omisión de información relevante acerca del enfermo y su continuidad de cuidados (15,21,23,25). Sin embargo, al considerar la visión holística y el carácter individual que cada paciente posee se subraya la complejidad de mantener el equilibrio entre la estandarización del cambio de turno y su flexibilidad (2,3,12,16). Dentro del ámbito hospitalario, cada especialidad debe adaptar su estilo, formato y contenido a las necesidades propias del colectivo de paciente que tiene bajo su cuidado (8,17,19,23).

Sin embargo, aunque la bibliografía apoye la sistematización del cambio de turno hay pocas instituciones que consiguen tal objetivo (14,12,19,24). Se detallan barreras en contra del proceso de estandarización como son la falta de interés por parte del equipo (3,13,23) o la cultura de la organización (procesos de adaptación complejos, gran volumen de profesionales) (3,14,15,19).

Se exponen una serie de factores que afectan a la calidad del cambio de turno. Por un lado, se considera que influyen de manera negativa en el cambio de turno las distracciones (alarmas, ruido ambiental...) (1,4,10,23), interrupciones (llamadas telefónicas, peticiones médicas, peticiones de familiares...) (16,17,19,20), discursos desorganizados (1,3,15,18), fatiga mental (proceso rutinario, disminución de la atención) (10,16,19,23) y solaparse durante poco tiempo los equipos de diferentes turnos (1,18,19,24).

Además, se relatan cambios de turno demasiado extensos en los cuáles la información transmitida es subjetiva, especulativa y poco relevante (4,9,13,19). Sin embargo, el proceso de cambio de turno debe ser completo y conciso, otorgando la información en un orden específico, evitando que se convierta en un momento de conversación social (3,4,18,21).

Por otro lado, se considera que influye de manera positiva llevar a cabo el cambio de turno a pie de cama (8,17,22,26), fomentar un clima de seguridad (3,8,15,18), poseer documentación electrónica de soporte durante el discurso (1,3,21) y tener buena relación entre las enfermeras de un equipo y otro (1-3).

El cambio de turno a pie de cama se ha demostrado que mejora la calidad los cuidados prestados (2,4,11,27) , puede aportar información visual que puede ser contrastada a pie de cama (9,8,23,28), mejora la relación entre enfermeras y permite la clarificación verbal de dudas *in situ* (22,24,25,28). Además, da la oportunidad a los pacientes cuando están conscientes y orientados de ser partícipes de sus cuidados, fomentando así la atención centrada en el enfermo (2,5,9,11).

Al contextualizar el cambio de turno en el ámbito de los cuidados intensivos, se detalla que el paciente ingresado en la unidad de cuidados intensivos (UCI) se considera especialmente vulnerable a errores por diversos factores, entre los que destaca el gran volumen de información compleja que se maneja sobre sus cuidados (10,11,27) y la imposibilidad de poder participar en sus actividades de autocuidado (21,25). Los efectos adversos derivados de problemas de comunicación suelen ser más presentes en la UCI que en las unidades de hospitalización (18,28,29) y pueden desembocar en consecuencias graves para el paciente, incluso conllevar su muerte (10,18,29).

En la unidad de cuidados intensivos el paciente crítico requiere cuidados complejos, conocimiento específico por parte del equipo de enfermería de la tecnicidad de múltiples aparatos invasivos e interconsultas a múltiples profesionales de diferentes áreas (10,19,29).

Además, parte de las decisiones tomadas en UCI se consideran transversales porque si no se actúa precozmente los daños causados pueden ser irreversibles (10,25). Por ello, los errores de omisión durante el cambio de turno de una unidad de cuidados intensivos se pueden considerar potencialmente más perjudiciales que en otras unidades de hospitalización (16,25).

Asimismo, durante el cambio de turno, gracias a la información brindada por la enfermera que finaliza su jornada laboral, la enfermera que inicia su turno puede hacerse una visión general de las necesidades del cuidado del paciente durante las próximas horas (1,24). Desde la visión holística del paciente, cada unidad de cuidados intensivos debe usar métodos de cambio de turno específicos y detallados en relación a sus necesidades concretas (15,19,23).

IV. Justificación del proyecto

Aunque existen estudios de investigación referentes al cambio de turno entre personal de enfermería, se detalla la necesidad de estudios con muestras más representativas y monitorización de los resultados a largo plazo (4,5,21,27).

Dada la importancia de la comunicación entre los grupos de enfermería durante el cambio de turno y la especificidad de los cuidados que exigen la UCI, nace la necesidad el siguiente estudio de investigación.

V. Pregunta de investigación

La pregunta de investigación es: ¿La estandarización del cambio de turno en enfermería a pie de cama en la unidad de cuidados intensivos mejora la seguridad del paciente crítico?

Planteada en formato PICO

P: Cambio de turno desestructurado

I: Cambio de turno estandarizado a pie de cama

C: Comparar el mismo grupo antes y después

O: Mejorar la seguridad del paciente crítico

3. Hipótesis y objetivos

I. Hipótesis nula

Como hipótesis nula, se considera que si se aplica una estandarización de la información clínica durante el cambio de turno a pie de cama se reduce significativamente la presencia de errores de medicación en las unidades de cuidados intensivos.

II. Objetivo principal

El objetivo principal del estudio es analizar el efecto que tiene sobre la seguridad del paciente la estandarización de la información clínica durante el cambio de turno a pie de cama en la unidad de cuidados intensivos en el Hospital Universitario Vall d'Hebron.

III. Objetivos específicos

Como objetivos específicos, se destacan:

- Analizar si existe un cambio en la percepción de seguridad de los profesionales de enfermería en la unidad de cuidados intensivos al emplear un check-list que estructura la información clínica.
- Valorar la satisfacción de los profesionales de enfermería frente a la estandarización de la información clínica durante el cambio de turno a pie de cama en la unidad de cuidados intensivos.

4. Metodología

I. Diseño del estudio

Se trata de un estudio de metodología cuantitativa, cuasi experimental de *pre-postest*, longitudinal y prospectivo.

II. Ámbito de estudio

Se selecciona como ámbito de estudio el Hospital General Vall d'Hebron, hospital de tercer nivel de Barcelona que cuenta con una unidad de cuidados intensivos polivalente dotada de sistemas con tecnología inteligente. Esta unidad comprende una capacidad de 56 boxes individuales.

Los turnos del personal de enfermería son de 12h y la ratio es de 1:2, una enfermera para dos pacientes. Por lo que se realizan un mínimo de transferencias de cuidados de enfermería en la unidad es de 56 al día.

III. Sujetos de estudio

La población diana fueron todos aquellos enfermeros de la unidad de cuidados intensivos del hospital general Vall d'Hebron.

Formarán parte del estudio los profesionales enfermeros que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión marcados para asegurar una selección más ajustada de los participantes.

| Criterios de inclusión | Criterios de exclusión |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Contrato de estatutario funcionario, estatutario interino o suplente ubicados dentro de la unidad de cuidados intensivos del área general del Hospital Vall d'Hebron | Participantes con barreras idiomáticas. Se requiere expresión y comprensión de catalán y/o español. |
| Horario laboral de día y de noche | No se establecen restricciones según edad, género o etnia Experiencia laboral previa en la unidad de cuidados intensivos del área general inferior a 2 años |

Para calcular el tamaño de la muestra, teniendo en cuenta la falta de literatura relacionada con la transferencia a pie de cama entre enfermeras, se ha tomado como referencia para el cálculo de la muestra la consistencia interna del Cuestionario para enfermeras hospitalarias sobre la seguridad del paciente.

Para calcular la muestra necesaria partimos de un total de población $N = 80$, considerando que hay 20 enfermeras de cada turno de 12h en un total de 4 turnos, dos de día y dos de noche, no rotatorios.

Basándonos en el estudio sobre el Cuestionario para enfermeras hospitalarias sobre seguridad del paciente se estima un 30% de pérdidas. En este proyecto de investigación, se ha estimado una tasa deseable de respuesta del 70%. No obstante, se considerará óptimo un porcentaje de respuesta entre el 60% y 70%.

La técnica de muestreo utilizada es no probabilística por conveniencia. La decisión de participación del proyecto a nivel individual no es libre, el equipo gestor de la unidad junto con el investigador principal, después de pasar el comité de ética y la autorización del centro, consensuarán la implantación de la herramienta durante seis meses de manera unificada para todos los profesionales del equipo de enfermería que cumplan los criterios de inclusión y exclusión planteados anteriormente.

IV. Selección de variables

| Clasificación de las variables | |
|-----------------------------------------|-------------------------|
| Dependiente | Independiente |
| Errores de medicación | Datos sociodemográficos |
| Percepción de seguridad del paciente | Datos académicos |
| Satisfacción profesional de enfermería* | |

**Se considera la satisfacción profesional de enfermería sobre el uso de la herramienta de traspaso de información: "check-list", considerada una variable dependiente secundaria.*

A continuación, se definen las variables principales del estudio:

- Errores de medicación: el National Coordinating Council of Medication Error Reporting and Prevention define los errores de medicación como: “cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dé lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios, del paciente o consumidor” (30). Para medir la variable se contabilizarán los errores de medicación registrados en el portal de notificación de incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes. Se contabilizarán únicamente los errores de medicación ocurridos en la unidad de cuidados intensivos del área general del hospital Vall d’Hebron durante el periodo de intervención.
- Percepción de seguridad del paciente: desde organismos como la Organización para la Salud (OMS) y el Comité de Seguridad y Calidad en la Atención Sanitaria de la Comisión Europea, se entiende por seguridad de paciente “la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable”(31).

Asimismo, se valora mediante el Cuestionario para enfermeras hospitalarias sobre la seguridad del paciente, resulta de una encuesta validada y adaptada al contexto español - desarrollada por la Agency for Health Care Research and Quality llamada Hospital Survey o Patient Safety - por el Ministerio de Sanidad y Consumo, y expuesto en la tesis doctoral de Orkaizagirre A, sobre la cultura de seguridad del paciente de las enfermeras hospitalarias adaptada al profesional en enfermería (31).

Se trata de un cuestionario autoadministrable con un total de 69 preguntas divididas en 4 secciones temáticas cuya valoración difiere entre ellas. No obstante, por pertinencia del proyecto de investigación y por tal de acotar el número de preguntas e intentar disminuir al máximo el número de abandonos, se seleccionan las secciones A, B y C con 42 preguntas.

Las secciones se dividen en:

- Sección A: servicio/Unidad
- Sección B: hospital
- Sección C: comunicación en su servicio

Asimismo, las secciones temáticas A, B y C se aglutinan 42 preguntas mediante una escala tipo Likert con 5 grados. Además de las secciones temáticas, el cuestionario permite analizar 12 dimensiones relacionadas con la percepción de los profesionales sobre la cultura de la seguridad.

La relación entre preguntas y dimensiones se agrupan en categorías, según propone Aintzane Orkaizagirre Gómara en su tesis doctoral(31):

| Cultura de seguridad | |
|----------------------------------------------------------|-------------|
| 1ª Dimensión Frecuencia de eventos notificados | Pregunta 40 |
| | Pregunta 41 |
| | Pregunta 42 |
| 2ª Dimensión Percepción de seguridad | Pregunta 10 |
| | Pregunta 15 |
| | Pregunta 17 |
| | Pregunta 18 |

| Cultura de seguridad relacionada con la unidad | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 3ª Dimensión Expectativas y acciones de la dirección de la unidad que favorecen la seguridad | Pregunta 19 |
| | Pregunta 20 |
| | Pregunta 21 |
| | Pregunta 22 |
| 4ª Dimensión Aprendizaje organizacional y mejora continua | Pregunta 6 |
| | Pregunta 9 |
| | Pregunta 13 |
| 5ª Dimensión Trabajo en equipo en la unidad | Pregunta 1 |
| | Pregunta 3 |
| | Pregunta 4 |
| | Pregunta 11 |
| 6ª Dimensión Franqueza en la comunicación | Pregunta 35 |
| | Pregunta 37 |
| | Pregunta 39 |
| 7ª Dimensión Feed-back y comunicación sobre errores | Pregunta 34 |
| | Pregunta 36 |
| | Pregunta 38 |
| 8ª Dimensión Respuesta no punitiva a errores | Pregunta 8 |
| | Pregunta 12 |
| | Pregunta 16 |
| 9ª Dimensión Dotación personal | Pregunta 2 |
| | Pregunta 5 |
| | Pregunta 7 |
| | Pregunta 14 |
| 10ª Dimensión Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente | Pregunta 23 |
| | Pregunta 30 |
| | Pregunta 31 |

| Cultura de seguridad a nivel de todo el hospital | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 11ª Dimensión Trabajo en equipo entre unidades | Pregunta 24 |
| | Pregunta 26 |
| | Pregunta 28 |
| | Pregunta 32 |
| 12ª Dimensión Problema en cambios de turno y transiciones entre servicios | Pregunta 25 |
| | Pregunta 27 |
| | Pregunta 29 |
| | Pregunta 33 |

El cuestionario también permite clasificar el clima de seguridad a través de las siguientes preguntas: 43, 59, 61, 63.

- Satisfacción con de los profesionales de enfermería: se valorará la satisfacción de los sujetos de estudio referente a la herramienta usada para el traspaso de información “check list”, la situación de realizar el traspaso de información a pie de cama y su perspectiva desde el ámbito de la seguridad del paciente. Se valorará mediante un cuestionario de tipo Likert del 1 al 5 formado por 8 ítems, afirmaciones formuladas de manera positiva sobre las cuáles los sujetos de estudio deberán valorar si cuan de acuerdo están.
- Datos sociodemográficos: información social y demográfica del colectivo con una perspectiva cuantitativa. Esta variable será medida mediante un cuestionario sociodemográfico que deberá ser rellenada antes de iniciar el estudio. Se incluyen los siguientes apartados:
 - Edad
 - Sexo
 - Número de personas a cargo
- Datos académicos: información académica y laboral. Esta variable será medida junto con el cuestionario sociodemográfico que será rellenado antes de iniciar el estudio
 - Antigüedad en la unidad de cuidados intensivos
 - Tipo de contrato y horario laboral
 - Formación académica
 - Formación específica en seguridad del paciente

V. Intervención

Después de consensuar la autorización del proyecto de investigación con el equipo gestor de la unidad de cuidados intensivos del hospital Vall d'Hebron, se procede a la presentación del investigador principal al equipo de enfermería.

En esta primera presentación y toma de contacto del investigador con los sujetos de estudio, se detallará de manera verbal la información entregada en las hojas de información para los sujetos del estudio donde se aborda: introducción al proyecto, justificación y objetivo, en qué consiste la intervención, cómo se realiza el proyecto, beneficios y riesgos potenciales para los sujetos de estudio, protección de datos y confidencialidad así como se facilita el nombre y contacto del investigador principal.

En este momento, también se abordará la concienciación de los sujetos de estudio sobre el ámbito de seguridad del paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos.

Asimismo, se fomentará e incentivará el registro de errores de medicación mediante el portal de notificación electrónico del hospital remarcando el anonimato de tales notificaciones y su carencia de carácter punitivo.

En este momento, se administrará el cuestionario sociodemográfico a los sujetos del estudio y se realizará un corte para valorar el número de errores de medicación cometidos en los últimos seis meses.

Pasados tres meses de la presentación, se entregará el cuestionario para enfermeras hospitalarias sobre la seguridad del paciente y se iniciará la implementación del check-list como herramienta de estandarización del traspaso de información clínica durante el cambio de turno. Inicialmente, se entregará el modelo utilizado por *Tallefa F y Fatjó i Huro F*, en su estudio llamado *Briefing de seguridad para la transferencia de pacientes de enfermería en UCI*. El briefing empleado en este estudio está aplicado a la unidad de cuidados intensivos quirúrgica del Hospital Clínic, sin embargo la unidad de cuidados intensivos del Hospital Vall Hebron es polivalente.

Por ello, y por tal de fomentar la participación activa de los sujetos, se entregará el check-list mencionado a modo propuesta. Sobre este check-list los participantes tendrán quince días valorar mediante una escala de tipo Likert cada ítem y proponer modificaciones. Además, en este mismo momento se administrará el cuestionario para enfermeras hospitalarias sobre la seguridad de pacientes.

Pasados quince días, se recogerán las aportaciones que los profesionales de enfermería habrán depositado en una carpeta depositada en la unidad de cuidados intensivos de manera que se confeccionará un check-list teniendo en cuenta las aportaciones de los participantes.

A partir de este momento, el check-list modificado mediante las aportaciones anteriores, será la herramienta a usar para todos los trasposos de información llevados a cabo durante los próximos seis meses.

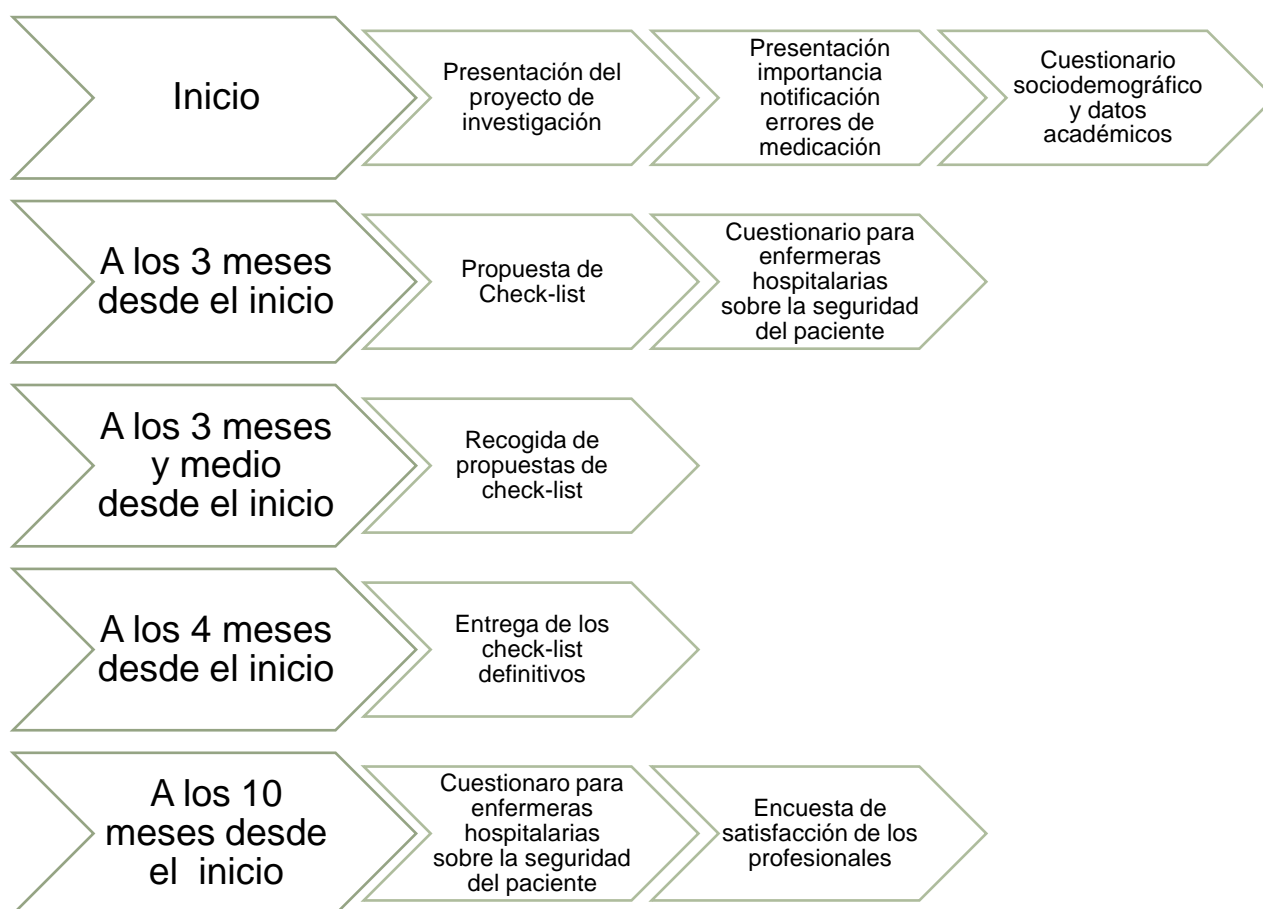
Pasados seis meses, se volverá a administrar el cuestionario para enfermeras hospitalarias sobre la seguridad del paciente y se volverá a realizar un corte por tal de recoger el número de errores de medicación que han aparecido en los últimos seis meses desde que se ha implementado, como método de transmisión de información clínica durante los cambios de turno de los profesionales de enfermería, el check-list que propone una estandarización de la información administrada por las enfermeras del turno vigente a las del turno entrante.

Además, en la parte final del proyecto de investigación se administrará una breve encuesta de satisfacción tipo Likert del 1 al 5 que servirá para conocer la opinión de enfermería en relación con el proyecto de investigación llevado a cabo y su perspectiva como enfermeras en el ámbito de la seguridad del paciente hospitalizado, en este caso en la unidad de cuidados intensivos del hospital Vall d'Hebron.

VI. Recogida de datos

La recogida de datos se llevará a cabo en períodos de tiempo distintos. A continuación, se detalla las fases de cumplimentación de los instrumentos de medida en los intervalos de tiempo prefijados de manera esquemática.

Los tiempos fijados son tomando como punto de partida el inicio del proyecto de investigación y al lado se explicitan que cuestionarios se administran por tal de visualizar temporalmente el proceso de recogida de datos.



Referente a los cuestionarios, si en algún momento surgen dudas durante la cumplimentación de éstos en las diferentes etapas del proceso se tendrán que poner en contacto con el investigador principal que resolverá las dudas.

VII. Análisis de datos

Mediante la recolección de los datos obtenidos se empezará con la interpretación de los resultados. Los datos serán tabulados e integrados para facilitar su posterior análisis estadístico mediante el programa SPSS versión 25.0 per Windows.

Las variables seleccionadas se dividen en dos grupos: variables dependientes y variables independientes. Como variables dependientes, se encuentran:

- Errores de medicación: se medirá la frecuencia de eventos notificados y se compararán cuantos errores de medicación se han registrado antes y después de la intervención. Es tratada como una variable cuantitativa discreta.
- Percepción de seguridad del paciente: las respuestas al cuestionario para enfermeras hospitalarias sobre seguridad de paciente se ven recodificadas en tres categorías para calcular las frecuencias de cada categoría para todas las preguntas y dimensiones.

| Negativo | Neutral | Positivo |
|-------------------|----------------|-----------------|
| Muy en desacuerdo | Indiferente | Muy en acuerdo |
| En desacuerdo | | De acuerdo |

- Satisfacción profesional de enfermería: las respuestas al cuestionario sobre satisfacción profesional se ven recodificadas en las mismas tres categorías que la variable de percepción de seguridad del paciente para calcular las frecuencias de cada categoría para todas las preguntas.

Dentro de las variables independientes, se encuentran:

- Datos sociodemográficos:
 - Edad: variable cuantitativa continua
 - Sexo: variable cuantitativa nominal
 - Número de personas a cargo: variable cuantitativa nominal
 - Antigüedad en la unidad de cuidados intensivos: variable cuantitativa continua
 - Tipo de contrato y horario laboral: variable cualitativa nominal

- Datos académicos
 - Formación académica: variable cualitativa ordinal
 - Formación específica en seguridad del paciente: variable cualitativa ordinal

La exposición de los resultados será mediante diferentes tipos de representaciones gráficas (diagrama de barras, histograma, etc.) para facilitar la comprensión y exposición del estudio de investigación. Asimismo, en función de los resultados obtenidos se podrá aceptar o rechazar la hipótesis nula planteada.

5. Aspectos éticos

La evaluación ética y metodológica del proyecto de recerca corresponderá al Comité Ético y Comité de Investigación Clínica (CEIC) y del hospital universitario Vall d'Hebron.

Además, se requiere la autorización de los gestores de la unidad de cuidados intensivos de Vall Hebron para llevar a cabo la investigación. Además, como la participación de la unidad debe ser grupal, desde el equipo gestor de la unidad se propondrá, conjuntamente con el investigador principal, la implantación del check-list durante seis meses que dura la intervención.

Se entregará un consentimiento informado a los participantes donde se especifica que pueden realizar preguntas, conocen la persona de referencia y se asegura el anonimato. Este consentimiento tendrá que ser firmado tanto por el investigador como por el participante. El participante se quedará una copia del consentimiento informado una vez firmado por ambos.

Los cuestionarios administrados presentaran un número de identificación entregado aleatoriamente a cada participante al inicio del estudio. Asimismo, las respuestas no presentaran ningún tipo de identificación personal por tal de velar por la confidencialidad de los datos.

6. Limitaciones del estudio

El hecho de ser un estudio cuasi-experimental la no aleatorización de las unidades ni de las personas objeto de estudio se considera una limitación. Para poder aumentar la validez externa de los datos, debería hacerse el estudio en más unidades y en ambientes hospitalarios distintos. Además, derivado del diseño del estudio los participantes son su propio grupo control e intervención, hecho que supone una limitación del estudio.

A nivel personal, entre las limitaciones se encuentra la falta de adherencia en el cumplimiento del *check list* de seguridad antes y después del traspaso de información por parte del personal de enfermería. Asimismo, se puede contar con pérdidas por parte del personal de enfermería que consideren de poca utilidad el cuestionario y abandonen el proyecto de investigación.

Para intentar evitar ésta limitación se ofrece una sesión inicial donde se explica la importancia del estudio y la aplicabilidad de los resultados, así como se hacen visitas por parte del investigador principal para fomentar la participación y la adherencia.

En esta misma línea, los errores de medicación pueden haber sido notificados de manera verbal y no ser notificados mediante el sistema de notificación de eventos adversos de la intranet u obviados y ni registrados ni comentados.

Por este motivo se ofrece una charla de concienciación sobre la importancia del registro y notificación de los errores de medicación por tal de encontrar el error en el sistema de manera anónima, evitando culpabilizar a nivel individual.

No obstante, encontramos que la notificación se realiza de manera individual y voluntaria tanto al inicio como al final del proyecto, con lo cual no debería impactar de manera relevante a los resultados de la investigación.

Además, podemos encontrarnos con enfermeras que no se sientan cómodas al realizar el *check list* a pie de cama estando el enfermo presente y prefieran hacerlo en otra área, lo cual supondría un sesgo en los resultados del estudio por no realizarse a pie de cama.

7. Aplicabilidad de los resultados

Referente a la aplicabilidad y utilidad de los resultados obtenidos mediante el estudio de investigación, este análisis podría ayudar a determinar los efectos de un traspaso de información estandarizado a pie de cama durante el cambio de turno entre los profesionales de enfermería.

Asimismo, una disminución de eventos adversos en el ámbito del manejo y cuidado del paciente crítico podría desencadenar una mejora en la seguridad clínica del paciente hecho que a la larga supondría un ahorro económico para la empresa.

8. Presupuesto

| <u>Título Proyecto</u> | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------|
| Traspaso de información enfermera a pie de cama en una unidad de cuidados intensivos polivalente | | |
| Investigador Principal: Zahira Pérez Martínez | | |
| Conceptos | Cantidad | Coste (€) |
| Gastos de ejecución | | |
| A) Adquisición de bienes y contratación de servicios (bienes inventariables, material fungible y otros gastos) | | |
| 1. Material de oficina | 1 | 100 |
| 2. Programa estadístico SPSS | 1 | 1500 |
| Subtotal Gastos | | 1600 |
| B) Gastos de divulgación | | |
| 3. Transportes, inscripción congresos, pósters | | 2000 |
| 4. Publicaciones | | 1000 |
| Subtotal Gastos | | 3000 |
| Total solicitados | | 4600 |
| Total + 21% de costes indirectos | | 5566 |

El uso del cuestionario de seguridad está libre de tasas.

9. Cronograma

| | 2019 | | | | | 2020 | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. | En. | Febr. | Mar. | Abr. | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. |
| Diseño de estudio | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Presentación de la propuesta a los comités de ética | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Intervención | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Exposición de la propuesta de investigación | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Administración de cuestionarios pre-intervención | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Presentación de check-list y adaptación | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Administración de los cuestionarios post-intervención | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recolección e interpretación de resultados | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recolección de los datos | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Análisis de los datos | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Redacción de los resultados y conclusiones obtenidas | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Difusión de los resultados obtenidos con la unidad | | | | | | | | | | | | | | | | |

10. Referencias bibliográficas

1. Thomson H, Tourangeau A, Jeffs L, Puts M. Factors affecting quality of nurse shift handover in the emergency department. *J Adv Nurs*. 2018; 74:876-886.
2. Tobina G, Bucknall T, Sladdin I, Whitty JA, Chaboyer W. Patient participation in nursing bedside handover: a systematic mixed-methods review. *Int Nurs Stud*. 2018; 77:243-258.
3. Lee SHm Phan PH, Dorman T, Weaver SJ, Pronovost PJ. Handoffs, safety culture, and practices: evidence from the hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Serv Res*. 2016; 16:254.
4. Guevara M, Arroyo LP. El cambio de turno un eje central del cuidado de enfermería. *Enferm Global*. 2015; 37: 401-418.
5. Kullberg A, Sharp L, Johansson H, Brandberg Y, Bergenmar. Patient satisfaction after implementation of person-centred handover in oncological inpatient care: a cross-sectional study. *PloS ONE*. 2017; 12(4):1-14.
6. Ferorelli D, Giandola T, Laterza M, et al. Handover checklist: testing a standardization process in an Italian hospital. *Risk Management and Healthcare Policy*. 2017; 10:87-89.
7. Johnson M, Sanchez P, Zheng C. The impact of an integrated nursing handover system on nurses satisfaction and work practices. *J Clin Nurs*. 2015; 25:257-268.
8. Bruton H, Norton C, Smyth N, Ward H, Day S. Nurse handover: patient and staff experiences. *Br J Nurs*. 2016; 25(7): 8-12.
9. McMurray A, Chaboyer W, Wallis M, Johnson J, Gerhrke T. Patients perspectives of bedside nursing handover. *Collegian*. 2014; 18:19-26.
10. Gonçalves MI, Rocha PK, Anders JC, Kusahara DM, Tomazoni A. Communication and patient safety in the change-of-shift nursing report in neonatal intensive care units. *Texto Contexto Enferm*. 2016; 25(1):1-10.
11. Graan SM, Botti M, Wood B, Redlsey B. Nursing handover from ICU to cardiac ward: standardised tools to reduce safety risks. *Aust Crit Care*. 2016; 29:165-171.

12. Yang JG, Zhang J. Improving the postoperative handover process in the intensive care unit of a tertiary teaching hospital. *J Clin Nurs*. 2016; 25: 1062-1072.
13. Malfait S, Eeckloo J, Van Biesen W, Deryckere M, Lust E, Van Hecke A. Compliance with a structured bedside handover protocol: an observational, multicentred study. *Int J Nurs Stud*. 2018; 84:12-18.
14. Roberts JC, Johnston-Walker L, Parker J, Townend K, Bickley. Improving communication of patient issues on transfer out of intensive care. *BMJ Qual Improv Rep*. 2018;7:1-7.
15. Funk E, Taicher B, Thompson J, Iannello K, Morgan B, Hawks S. Structured handover in pediatric postanesthesia care unit. *J Perianesth Nurs*. 2016; 31(1):63-72.
16. Kowitlawakul Y, Leong BS, Lua A, et al. Observation of handover process in an intensive care unit (ICU): barriers and quality improvement strategy. *Int Qual Health Care*. 2015; 27(2):99-104.
17. Zahavy A, Hadid N. Nursing handovers as resilient points of care: linking handover strategies to treatment errors in the patient care in the following shift. *J Adv Nurs*. 2015; 1:1135-1145.
18. Zakrisson TL, Rosenbloom B, McFarlan A, et al. Lost information during the handover of critically injured trauma patients: a mixed-methods study. *BMJ Qual Saf*. 2016; 25:929-936.
19. Sirgo G, Chico M, Gordo F, et al. Traspaso de información en medicina intensiva. *Med Intensiva*. 2018; 42(3): 168-179.
20. Spooner A, Corley A, Chaboyer W, Hammond N, Fraser J. Measurement of the frequency and source of interruptions occurring during bedside nursing handover in the intensive care unit: an observational study. *Aust Crit Care*. 2015; 28(1):19-23.
21. Smeulders M, Vermeulen H. Best of both worlds: combining evidence with local context to develop a nursing shift handover blueprint. *Int J Qual Health Care*. 2016; 28(6):749-757.
22. Sand-Jecklin K, Sherman J. A quantitative assessment of patient and nurse outcomes of bedside nursing report implementation. *J Clin Nurs*. 2014; 23: 2854-2863.

23. Sirgo G, Chico M, Gordo F, et al. Handover in Intensive Care. *Med Intensiva*. 2018; 42(3):168-179.
24. Spooner AJ, Aitken LM, Corley A, Fraser JF, Chaboyer W. Nursing team leader handover in the intensive care unit contains diverse and inconsistent content: an observational study. *Int J Nurs Stud*. 2016; 61:165-172.
25. Malekzadeh J, Mazluom SR, Etezadi T, Tasseri A. A standardized shift handover protocol: improving nurses safe practice in intensive care units. *J Caring Sci*. 2013; 2(3): 177-185.
26. Khuan L, Juni MH. Nurses opinions of patient involvement in relation to patient-centered care during bedside handovers. *Asian Nurs Res*. 2017; 11:216-222.
27. Sluisveld N, Hoeven JG, Westert G, Wollersheim H, Zegers M. Improving clinical handover between intensive care unit and general ward professionals at intensive care unit discharge. *Intensive Care Med*. 2015; 41:589-604.
28. Gregory S, Tan D, Tilrico M. Bedside shift reports: what does the evidence say?. *JONA*. 2014; 44(10): 541-545.
29. Kemper PF, Brujine M, Dyck C, So RL, Tangkau P, Wagner C. Crew resource management training in the intensive care unit. A multisite controlled before-after study. *BMJ Qual Saf*, 2016; 25:577-587.
30. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. NCCMERP. Taxonomy of medication errors, 1998.
31. Orkaizagirre-Gómara, A. La cultura de seguridad del paciente de las enfermeras hospitalarias [tesis doctoral]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza, 2016.
32. Talleada F, Fatjó i Hurio F. Briefing de seguridad para la transferencia de pacientes en enfermería en UCI. *Rev ROL Enferm*. 2015; 38(3):208-216.

11. Anexos

Número de
identificación

I. Hoja de información para los sujetos del estudio

Título del estudio: Traspaso de información enfermera a pie de cama en una unidad de cuidados intensivos polivalente

Investigador principal: Zahira Pérez Martínez

Línea de investigación: Prevención de riesgos

Introducción

Mediante esta hoja informativa se le brinda la posibilidad de participar en un proyecto de investigación realizado a enfermeras del área de cuidados intensivo. Lea detenidamente la información que se le proporciona. Usted puede preguntar todo lo que desee y el equipo investigador solventará todas sus dudas.

El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica.

Justificación y objetivo del estudio

La importancia de una óptima comunicación entre los profesionales de enfermería durante el cambio de turno y la especificación de los cuidados que exige una unidad de cuidados intensivos, nace la necesidad de este proyecto de investigación.

El objetivo principal del estudio es analizar el efecto que tiene sobre la seguridad del paciente la estandarización de la información clínica durante el cambio de turno a pie de cama en la unidad de cuidados intensivos en el Hospital Universitario Vall d'Hebron.

En esta misma línea como objetivos específicos se destacan:

- Analizar si existe un cambio en la percepción de seguridad de los profesionales de enfermería.
- Valorar la satisfacción de los profesionales de enfermería frente la estandarización de la información clínica durante el cambio de turno a pie de cama.

¿Quién realiza la investigación?

El estudio se realiza en el departamento de enfermería de la Universidad de Barcelona. El investigador principal es la enfermera Zahira Pérez Martínez.

¿Cómo se realizará?

Al inicio del proyecto, se les entregará esta hoja de información del proyecto de investigación junto con un cuestionario sociodemográfico con datos personales que deben cumplimentar para poder otorgar un número de identificación aleatorio que se mantendrá a lo largo del proyecto.

De aquí tres meses, se les entregará un cuestionario para enfermeras hospitalarias sobre la seguridad del paciente que tendrán que cumplimentar de nuevo una vez finalizado el proyecto de investigación. Además, se entregará una propuesta de Check-list que servirá como herramienta para el traspaso de información clínica sobre el paciente que se utilizará para estandarizar la información transmitida a pie de cama a la enfermera del turno siguiente.

Es importante que resulte una herramienta ágil y eficaz, por ello, se proponen 15 días para valorar el check-list propuesto y entregar una valoración de éste. Posteriormente y una vez valoradas las aportaciones, se realizará un check-list definitivo que se utilizará durante los próximos seis meses por parte de todo el personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos de Vall Hebron.

Pasados estos seis meses se volverá a administrar el cuestionario para enfermeras hospitalarias sobre la seguridad del paciente y una breve encuesta de satisfacción de los profesionales.

Beneficios potenciales para el participante

Puede resultar beneficioso para la adquisición de nuevos conocimientos sobre la importancia del traspaso de información durante el cambio de turno en términos de seguridad del paciente. En esta misma línea, se ofrecen directrices para mejorar los criterios de seguridad a la hora de traspasar información referida a los pacientes.

Asimismo, contribuye en el aumento del conocimiento enfermero dentro del ámbito de prevención de riesgos. Los resultados obtenidos del estudio de investigación se compartirán con todos los participantes de forma verbal a mediante el investigador principal y si se desea, mediante soporte escrito adjuntando la publicación del estudio de investigación.

Riesgos o molestias derivadas del estudio

No existen riesgos físicos que puedan verse derivados de ser partícipe.

Protección de los derechos de los participantes

Tanto si se finaliza el estudio como si no, sus datos serán confidenciales. Debe tener la certeza que su nombre no saldrá en ninguna publicación ni informes relativos al estudio. Todos los resultados obtenidos se harán constar en una base de datos en la cual se mantiene el anonimato de forma permanente mediante un sistema de codificación.

Los datos se obtienen como parte de este estudio serán compartidas con otros investigadores y estudiantes conservando el anonimato.

Protección de datos y confidencialidad

Según la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal (LOPD) se garantiza el control de sus datos personales teniendo acceso a su modificación, cancelación y oposición.

Además, según la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Persona de contacto

En caso de duda o necesidad pueden contactar con el investigador principal del estudio mediante la dirección electrónica que se indica a continuación. Si aún no se han hecho preguntas, haga aquellas que le parezcan oportunas y por nuestra parte intentaremos contestar como mejor sepamos.

Dirección electrónica: zahiraperez.m@gmail.com

II. Consentimiento informado

Título del estudio: Traspaso de información enfermera a pie de cama en una unidad de cuidados intensivos polivalente

Investigador principal: Zahira Pérez Martínez

Centro hospitalario: Hospital Universitario Vall d'Hebron

He leído la hoja de información que me han entregado

He podido hacer preguntas sobre el estudio

He recibido suficiente información sobre el estudio

He hablando con:

Comprendo que puedo pedir que retiren los cuestionarios del estudio y solicitar la destrucción de mis datos siempre y cuando no esté codificada. Sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta a mi práctica diaria.

Comprendo que tengo el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición de mis datos de carácter personal de acuerdo con lo que se indica en la Ley Orgánica de 15/1999, del 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Doy mi consentimiento en el acceso y uso de mis datos.

Nombre y firma del participante:

Nombre y firma del investigador:

Zahira Pérez Martínez

Fecha:

Fecha:

III. Cuestionario sociodemográfico y académico

NOMBRE I APELLIDOS: _____

| Edad | Sexo | Número de personas a cargo | Antigüedad en la unidad de cuidados intensivos | Tipo de contrato y horario laboral |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ____ años | <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer | <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> 1 persona <input type="checkbox"/> 2 personas <input type="checkbox"/> 3 personas <input type="checkbox"/> 4 personas <input type="checkbox"/> 5 personas <input type="checkbox"/> 6 personas <input type="checkbox"/> > 6 personas | Indica cuantos años llevas trabajando en la unidad de cuidados intensivos del hospital Vall d'Hebron <input type="checkbox"/> ____ años | Tipo de contrato <input type="checkbox"/> Estatuario funcionario <input type="checkbox"/> Estatutario interino <input type="checkbox"/> Eventual Horario laboral <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Noche |

| Formación académica | Formación específica en seguridad del paciente |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Has realizado formación (postgrado/máster) relacionado con...? <input type="checkbox"/> Área de cuidados intensivos <input type="checkbox"/> Si: Año académico _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Asistencia en urgencias y emergencias hospitalarias <input type="checkbox"/> Si: Año académico _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Asistencia en urgencias y emergencias extrahospitalarias <input type="checkbox"/> Si: Año académico _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otros: _____ | ¿Has recibido alguna vez formación específica en seguridad del paciente? <input type="checkbox"/> Si: <input type="checkbox"/> Año académico _____ <input type="checkbox"/> Título de la formación _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> No |

IV. Cuestionario para enfermeras hospitalarias sobre la seguridad del paciente (31)

Por favor, señale con una cruz su respuesta en el recuadro correspondiente.

Sección A: Servicio/Unidad

| Ítems | Puntuación | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------|-------------------|-----------------------|
| | <i>Muy en desacuerdo</i> | <i>En desacuerdo</i> | <i>Indiferente</i> | <i>De acuerdo</i> | <i>Muy de acuerdo</i> |
| 1. El personal se apoya mutuamente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque al jornada laboral es agotadora | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. En ocasiones no se presta la atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. No se producen más fallos por casualidad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un culpable | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. En esta unidad hay problemas relacionados con “la seguridad del paciente” | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Mi superior expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Un superior tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Mi superior pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Sección B: Hospital

Indique, por favor, su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones referidas a su hospital

| Ítems | Puntuación | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------|-------------------|-----------------------|
| | <i>Muy en desacuerdo</i> | <i>En desacuerdo</i> | <i>Indiferente</i> | <i>De acuerdo</i> | <i>Muy de acuerdo</i> |
| 23. La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad a otra | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Hay una buena cooperación entre las unidades que tienen que trabajar conjuntamente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. La gerencia del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. Los servicios trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejora atención posible a los pacientes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Sección C: Comunicación en su servicio

Indique, por favor, con qué frecuencia ocurren las siguientes circunstancias en su servicio o unidad de trabajo

| Ítems | Puntuación | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------|-------------------|-----------------------|
| | <i>Muy en desacuerdo</i> | <i>En desacuerdo</i> | <i>Indiferente</i> | <i>De acuerdo</i> | <i>Muy de acuerdo</i> |
| 34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. Se nos informan de los errores que ocurren en este servicio/unidad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37. El personal que puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38. En mi servicio discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

V. Check list: propuesta (32)

En la escala de relevancia de cada ítem el número 1 se considera nada relevante y el número 5 se considera muy relevante.

| | Sí | No | ¿Consideras relevante este ítem?* |
|-----------------------------------------------|----|----|-----------------------------------|
| Respiratorio | | | |
| Vía aérea difícil | | | 1-2-3-4-5 |
| Prótesis dental | | | 1-2-3-4-5 |
| Restricción aspiración | | | 1-2-3-4-5 |
| Secreciones | | | 1-2-3-4-5 |
| ¿Añadirías otro ítem?* | | | |
| Cardiovascular | | | |
| Alteraciones del ritmo cardíaco | | | 1-2-3-4-5 |
| ¿Añadirías otro ítem?* | | | |
| Hematología – Bioquímica | | | |
| Alteraciones de coagulación | | | 1-2-3-4-5 |
| Alteración iones | | | 1-2-3-4-5 |
| ¿Añadirías otro ítem?* | | | |
| Neurológico | | | |
| Craneotomía descompresiva | | | 1-2-3-4-5 |
| Drenaje ventricular | | | 1-2-3-4-5 |
| ¿Añadirías otro ítem?* | | | |
| Movilización | | | |
| Restricción movilización | | | 1-2-3-4-5 |
| Contenciones | | | 1-2-3-4-5 |
| ¿Añadirías otro ítem?* | | | |
| Alimentación | | | |
| Alergia/intolerancia alimentaria | | | 1-2-3-4-5 |
| Tipo de dieta | | | 1-2-3-4-5 |
| Famis | | | 1-2-3-4-5 |
| Parenteral | | | 1-2-3-4-5 |
| Enteral | | | 1-2-3-4-5 |
| Oral | | | 1-2-3-4-5 |
| ¿Añadirías otro ítem?* | | | |
| Medicación | | | |
| Alergia/intolerancia medicamentosa | | | 1-2-3-4-5 |
| Drogas vasoactivas | | | 1-2-3-4-5 |
| Medicación con preparación especial | | | 1-2-3-4-5 |
| Medicación de administración por una sola luz | | | 1-2-3-4-5 |
| Tratamientos especiales | | | 1-2-3-4-5 |
| Hemofiltración-diálisis | | | 1-2-3-4-5 |
| ¿Añadirías otro ítem?* | | | |
| Pendientes | | | |
| Pruebas de imagen | | | 1-2-3-4-5 |
| Analítica/gasometría | | | 1-2-3-4-5 |
| Pendiente plasma/sangre/plaquetas | | | 1-2-3-4-5 |
| Visita médico especialista | | | 1-2-3-4-5 |
| Quirófano | | | 1-2-3-4-5 |
| ¿Añadirías otro ítem?* | | | |
| Otros | | | |
| Aislamiento | | | 1-2-3-4-5 |
| Curas o cuidados especiales | | | 1-2-3-4-5 |
| ¿Añadirías otro ítem?* | | | |

**Se añade la escala tipo Liker para valorar en la propuesta si creen que es relevante y aplicar las modificaciones a la herramienta en función de la valoración de los sujetos del estudio.*

VI. Questionario de satisfacción

Según su opinión, valore del 1 al 5 las siguientes afirmaciones referentes al proyecto de investigación y al uso del *check list* como método para la transferencia de información en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Vall Hebron.

| Ítems | Puntuación | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------|-------------------|-----------------------|
| | <i>Muy en desacuerdo</i> | <i>En desacuerdo</i> | <i>Indiferente</i> | <i>De acuerdo</i> | <i>Muy de acuerdo</i> |
| 1. Ayuda a organizar la información de manera clara y concisa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Hace que el traspaso de información sea más rápido | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Resulta más fácil comunicarse con los profesionales del turno siguiente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. La atención hacia el paciente resulta más personalizada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Considero que el check-list es una buena herramienta de traspaso de información para la unidad de cuidados intensivos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Creo que el check-list tiene más utilidad al realizarse a pie de cama | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. He podido ampliar mis conocimientos sobre seguridad del paciente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Estoy más concienciado sobre la importancia de registrar los errores de medicación | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |