

Comunicación intraprofesional durante el cambio de turno a pie de cama. Percepciones del paciente

Autoras

Laura García Sainz¹, Ma Ángeles Guillén Chalezquer¹, Beatriz Juandeaburre Pedroarena¹, Ainhoa Urbiola García¹, María Teresa Arraztoa Alcasena¹, Sonsoles Martín Pérez², Rosana Goñi Viguria³.

1 RN por la Universidad de Navarra. Enfermera del Área de Hospitalización Especial. Clínica Universidad de Navarra.

2 MSD por la Universidad de Navarra, Enfermera Área de Desarrollo Profesional de Enfermería. Clínica Universidad de Navarra.

3 MSD por la Universidad de Navarra, Enfermera de Práctica Avanzada del Área de Críticos. Clínica Universidad de Navarra.

Dirección para correspondencia

Rosana Goñi Viguria
Área de Críticos. Clínica Universidad de Navarra
Avda. Pío XII, 36
31008 Pamplona
Correo electrónico:
rgviguria@unav.es

Resumen

Introducción. Más de un 65% de los errores centinela que ocurren en los hospitales, están relacionados con problemas de comunicación. Entre las medidas de seguridad que promueve la OMS para reducir errores, se encuentra el desarrollo de estrategias que mejoren la comunicación en el cambio de turno, como el incluir a pacientes y familiares como parte activa del proceso. Hoy en día, la comunicación en el cambio de turno a pie de cama (CCTPC) se considera el Gold Standar para la transferencia de responsabilidad y se ha descrito que mejora la seguridad del proceso y aumenta la satisfacción del paciente. El objetivo de este estudio de investigación es explorar la percepción de los pacientes en relación a la CCTPC.

Metodología. Estudio descriptivo llevado a cabo en el área de hospitalización especial de un hospital universitario de nivel terciario. Se evaluó la percepción de los pacientes a través de un cuestionario elaborado tras una revisión de la literatura.

Resultados. Del análisis de las preguntas abiertas del cuestionario surgen 3 temas principales: Sentimientos del paciente, Fortalezas y Limitaciones del proceso.

Discusión y conclusiones. Los pacientes perciben que la CCTPC es positiva, además refieren que llevar a cabo el proceso a pie de cama puede aumentar su seguridad, ya que se mejora la atención centrada en el paciente, la calidad de la información transmitida y se facilita la comunicación. Sin embargo, el uso de jerga profesional puede dificultar la participación en el proceso.

Palabras clave: comunicación, pase de guardia, cambio de guardia a pie de cama, perspectiva del paciente, paciente.

Bedside intraprofessional communication during shift change. Patient's perceptions

Abstract

Introduction. More than 65% of the sentinel errors that take place in hospitals are related to communication issues. Among the safety measures promoted by OMS in order to reduce errors, there is the development of strategies that improve communication at shift change, such as including patients and relatives as an active part of the process. Nowadays, bedside communication at shift change (BCSC) is considered to be the Gold Standard for the transfer of responsibility, and it has been described that it improves the safety of the process and increases patient's satisfaction. The aim of this research study is to explore patients' perceptions regarding BCSC.

Methodology. Descriptive study carried out at the special hospitalization area of a tertiary care university hospital. Patients' perception was evaluated through a questionnaire developed after a literature review.

Results. Three main issues arise from the analysis of the open-ended questions of the questionnaire: Patient's Feelings and Robustness and Limitations of the process.

Discussion and conclusions. Patients perceive BCSC as being positive. They also report that conducting the process at the bedside may increase their safety, since it improves patient-centered care and the quality of the information transmitted and facilitates communication. However, the use of professional jargon may hinder the participation in the process.

Keywords: communication, patient handoff, bedside handover, patient preference, patient.

Enferm Cardiol. 2020; 27 (81): 47-53.

INTRODUCCIÓN

Más de un 65% de los errores centinela que ocurren en los hospitales, están relacionados con problemas de comunicación¹. En el informe publicado por Crico en 2015² se presentaron los datos de más de 23.500 casos de negligencia médica, entre 2009 y 2013. Un 30% (7.149 casos) incluyeron al menos un fallo específico en la comunicación (\$ 1.7B de pérdidas totales, 44% tuvieron consecuencias fatales, incluso muerte). Las enfermeras participaron en un 32% de los casos de falta de comunicación. En esos casos, un 24% reflejó un error de seguimiento del paciente, 75% ocurrió en un contexto de hospitalización, 45% resultó en una lesión de alta severidad y el 33% resultó en muerte. La Joint Commision¹ y American Nurses Association³ recogen un 70% y un 80% de errores respectivamente, relacionados con la comunicación en el cambio de turno² o en la transferencia de responsabilidad.

La OMS⁴ promueve, como medida de seguridad para pacientes, el desarrollo de estrategias que mejoren la comunicación durante la transferencia de responsabilidad. Entre estas estrategias se reconoce la importancia de incluir a los pacientes y familiares como parte clave del proceso⁵. La comisión Australiana de Seguridad y calidad en el cuidado de Salud, recomienda que no se realice el traspaso de turno en una zona común y que la transferencia debe ocurrir en un lugar que permita al paciente escuchar, corregir cualquier información y hacer preguntas sobre su cuidado⁵. Por todo ello, la comunicación en el cambio de turno a pie de cama (CCTPC) se considera el Gold Estándar para la transferencia de responsabilidad⁶. La comunicación en el cambio de turno (CCT) se define como el proceso de transferencia de autoridad y responsabilidad de un paciente entre dos o más profesionales de la salud^{7,8}. La CCT a pie de cama (CCTPC) se produce cuando el informe de cambio de entrega entre el profesional saliente y el entrante se lleva a cabo junto a la cama del paciente y requiere una interacción cara a cara entre dos o más profesional involucrando al paciente como un miembro activo del proceso⁷.

Chaboyer et al⁹, sugieren cinco 5 pasos para garantizar una buena práctica de la CCTPC: 1) asignación del personal y del paciente y una actualización de la historia clínica del paciente; 2) la enfermera saliente presenta al personal entrante; 3) la información se intercambia mediante la comunicación cara a cara, los registros de la atención del paciente y las preguntas del personal; 4) se invita a los pacientes a comentar o a hacer preguntas; 5) las enfermeras entrantes deben realizar una

verificación de seguridad de las condiciones de los pacientes, el entorno y el equipo.

Está descrito en la literatura que la CCTPC mejora la satisfacción del paciente al mantenerlo informado, manteniéndolo más involucrado en sus cuidados y mejorando la relación enfermera paciente^{7,8,10,11}. Además, disminuye las caídas y los errores de medicación^{7,8,10,11} y permite verificar la exactitud de la información compartida por la enfermeras⁶.

En nuestra unidad, incorporamos la CCTPC hace 2 años de forma protocolizada. En 2018, estudiamos la percepción de las enfermeras sobre la CCTPC obteniendo un resultado mayormente positivo. Pese a todo, observamos que existen dificultades para llevar a cabo el proceso de forma rutinaria y correcta.

Una mejor comprensión de los sentimientos y pensamientos de los pacientes con respecto al parte a pie de cama, podría ayudar a la implementación exitosa de la práctica^{7,12}.

Por todo ello, hemos realizado este estudio de investigación con el objetivo de explorar la percepción de los pacientes en relación con la CCTPC.

METODOLOGÍA

Estudio cualitativo descriptivo llevado a cabo en el Área de Hospitalización Especial (AHE) de un Hospital Universitario de nivel terciario de 300 camas, en el periodo comprendido entre febrero y mayo de 2019. Esta área pertenece al Área de Críticos y comprende la unidad coronaria, la unidad de Ictus, y un área de medicina interna compleja. La capacidad del AHE es de 6 camas ampliables a 12 con una ratio enfermera paciente 1/3 durante todo el día. Los traspasos de comunicación de enfermería se llevaron a cabo en los cambios de turno, a las 7:15 a.m., a las 14:15 p.m. y a las 21:30 p.m.

La muestra de conveniencia estuvo formada por 26 pacientes que ingresaron en el área y cumplieron los cuestionarios. Los criterios de inclusión y exclusión para la selección de los pacientes se presentan en la **tabla 1**.

Variables e Instrumentos utilizados para la recogida de datos

El equipo investigador, al no encontrar instrumento validado que evaluara el tema de estudio, elaboró un documento que constaba de 2 apartados:

1. *Variables: Datos sociodemográficos obtenidos de la Historia clínica del paciente.* Se recogió: edad, sexo, nivel de estudios, motivo de ingreso, días de ingreso y día en el que se realiza la encuesta.

Tabla 1. Criterios de inclusión para la selección de pacientes

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> · Pacientes que acepten voluntariamente participar · Pacientes conscientes y orientados* · Pacientes que hayan presenciado tres comunicaciones en el cambio de turno 	<ul style="list-style-type: none"> · Pacientes ambulatorios · Pacientes que no se puedan comunicar

* La información sobre el nivel de conciencia y orientación de los pacientes se obtuvo de la historia clínica informatizada registrada.

2. *Cuestionario elaborado por el equipo investigador en base a la bibliografía revisada*^{13,14}. Este cuestionario constaba de cinco preguntas abiertas y una cerrada. Las preguntas hacían referencia a cómo se ha sentido el paciente durante el proceso y si había observado beneficios y/o limitaciones. Si se sintió involucrado y si el proceso afectó a su privacidad y/o descanso. La última pregunta indagó sobre si el paciente veía necesario incluir algún otro tipo de información (**Anexo 1**).

Proceso de recogida de datos

La recogida de datos la llevó a cabo el equipo investigador durante 4 meses. A los pacientes que aceptaron colaborar con el estudio, se les entregó el consentimiento informado y el cuestionario para cumplimentar, asegurando que cada ítem/pregunta era comprendida. Si el paciente lo solicitaba, se ayudaba en la cumplimentación. Además, un miembro del equipo investigador recogía los datos sociodemográficos de la historia clínica informatizada.

Análisis de datos

Para el análisis de los datos cuantitativos se ha utilizado estadística descriptiva. Los valores se expresan como media ± desviación estándar de la media (DE), y las variables categóricas como números y porcentajes.

Las preguntas abiertas de las encuestas de los pacientes se examinaron mediante un análisis de contenido del lenguaje, utilizando uno de los tres métodos de codificación propuestos por Hsieh y Shannon¹⁵ denominado convencional, que se caracteriza porque la codificación no se realiza con códigos preestablecidos, sino con los que emergen de los datos. Los pasos esenciales realizados en el análisis cualitativo fueron:

1. Lectura de cada uno de los cuestionarios para obtener el sentido global del texto.

2. Cuando se ha obtenido el sentido global, se vuelve al principio y se lee el texto otra vez, con el objetivo de discriminar las «**unidades de significado**» (*meaning units*; segmentos de los datos recogidos que revelan de forma potencial algún aspecto del fenómeno que se está investigando).

3. Una vez identificadas estas unidades y codificadas se agrupan por significados comunes y se transforman al lenguaje de la disciplina dando lugar a los «**enunciados de significado**» (*statement of meaning*) para incluirlos dentro de cada tema.

En todo el proceso de análisis se estableció el consenso entre los diferentes miembros del equipo investigador.

El análisis finalizó cuando se alcanzó la saturación teórica de los datos, es decir, los nuevos datos no proporcionaron información nueva o adicional.

Consideraciones éticas

Se obtuvo la aprobación del comité de ética del hospital

(Comité de ética de la investigación de la Universidad de Navarra. Proyecto 2017.156) para la realización de la investigación y la autorización para acceder a la historia clínica informatizada de los pacientes utilizando esos datos exclusivamente para este estudio.

A todos los participantes se les explicó el objetivo y la importancia del estudio y se les solicitó su participación. A los que accedieron a participar se les proporcionó una hoja informativa, una explicación verbal del estudio y tuvieron que firmar un consentimiento informado. Se garantizó el anonimato, la completa confidencialidad de los datos, así como la destrucción de las encuestas al finalizar la investigación.

RESULTADOS

Un total de 26 pacientes respondió a las encuestas. 18 eran hombres (69,2%) y 8 mujeres (30,8%). La edad media fue de 67,42 (DE=11,00) [min 49 - max 89] y la estancia media de 7,23 (DE=4,95) [min 3 - max 25]. El motivo de ingreso fue por problemas cardíacos en 22 pacientes (84,6%), problemas neurológicos en 3 pacientes (11,5%) y sepsis urinaria en 1 paciente (3,8%). El 84,62% de los pacientes (22) sintió que participó en el proceso de comunicación en el cambio de turno y el 96,2% (25) transmitió que la participación en el proceso no invadió su privacidad. El 100% de los pacientes mostró que el proceso no interfirió en su descanso.

Del análisis de las preguntas abiertas de las encuestas surgieron 3 temas principales: Sentimientos positivos relacionados con el proceso; Fortalezas y Limitaciones. Cada uno de estos temas se presenta a continuación, apoyados por expresiones textuales de los participantes.

Sentimientos positivos provocados por el proceso

La mayoría de los pacientes (25) hicieron referencia a sentimientos positivos relacionados con el proceso. Los pacientes describieron aspectos relacionados con: 1) la seguridad percibida durante la CCT; 2) la atención centrada en el paciente y 3) la información.

La seguridad, tranquilidad y confianza que la CCTPC transmitía, fue referida por 10 pacientes. Así lo reflejaron los siguientes comentarios: *Me transmitió seguridad el ver la información tan completa que se pasaban las enfermeras en el cambio de turno (P2). El estar presente durante la transmisión hace que puedas comprobar que todo se ha transmitido (P2). Al contrario, está muy bien saber que los cambios de personal no afectan a mis cuidados (P23). He tenido la seguridad de que el servicio saliente y el entrante se comunicaban lo sucedido y se comunicaban los cambios realizados, el por qué y quién los había tomado (P12).*

La atención centrada en el paciente la resaltaron 18 pacientes. Los comentarios hicieron referencia a la satisfacción, la cercanía percibida y la atención personalizada. *Correctamente atendido. Considero que la atención es muy profesional y humana (P17). Muy a gusto y con un trato excelente. Como en casa, la verdad (P23). La cercanía del personal facilita que el paciente pregunte cosas (P6).*

Más de la mitad de los pacientes (14) expresaron sentirse bien informados. Los pacientes citaron textualmente: *Me he sentido involucrado totalmente habiendo sido plenamente informado (P5). Oportunidad de estar más informado. Con la información recibida puedo colaborar mejor (P17). Me gusta que cuenten el parte dentro porque me entero de cuál es mi evolución de la enfermedad (P10). Porque si tengo alguna duda se las expongo y ellas me lo responden y me lo explican (P21).*

En la **tabla 2** se presentan los enunciados de significado incluidos en este tema.

Tabla 2. Enunciados de significado del tema: Sentimientos positivos provocados por el proceso.

Seguridad, tranquilidad y confianza percibida durante la CCT.
Atención centrada en el paciente relacionada con la satisfacción, la cercanía percibida y la atención personalizada.
Bien informados.

Fortalezas

Las fortalezas que los pacientes describieron estaban relacionadas con la comunicación y la prevención de errores. 6 pacientes reflejaron estos aspectos.

Cinco pacientes refirieron que la CCTPC mejoraba la comunicación. Dos pacientes describieron una mejora de la comunicación entre los profesionales. Así citaron textualmente: *[...] es beneficioso porque si hay buena comunicación entre el personal, la atención será más individualizada y se atenderá mejor las necesidades de cada paciente (P3); Tanto los que salen como los que entran están bien informados (P7).* Otros dos pacientes reflejaron esa mejora entre los profesionales y los pacientes: *Beneficios: no tener que estar el paciente repitiendo sus problemas (P1); Se facilita la comunicación más empática entre personal sanitario y paciente (P6).* Un paciente hizo alusión a la mejora de la comunicación tanto de los profesionales como de los profesionales con los pacientes. *Es importante que en los cambios de turno se comparta la evolución con la enfermera entrante, entre la saliente y el paciente. La comunicación es importantísima y compartir información relativa a la enfermedad también (P4).*

Un paciente comentó que la CCTPC podía evitar errores: *Una información clara y veraz de un turno a otro evitando posibles errores y delante del paciente como testigo (P25).*

En la **tabla 3** se presentan los enunciados de significado incluidos en este tema.

Limitaciones

Las limitaciones de la comunicación en el cambio de turno a pie de cama que 12 pacientes reflejaron, estuvieron

Tabla 3. Enunciados de significado del tema: fortalezas.

La CCTPC mejora la comunicación entre profesionales.
La CCTPC mejora la comunicación entre profesionales y pacientes.
La CCTPC puede evitar errores.

relacionadas con la falta de información sobre el proceso y el lenguaje utilizado. Al preguntar *si piensa que hay información que resultaría interesante incluir*, los pacientes con sus respuestas reflejaron desconocimiento del proceso y de los objetivos de la CCTPC. *No, la información acerca de los riesgos de la operación y el postoperatorio será clara y específica (P3). Solo las que el médico considere oportunas que deban de saber para su correcto tratamiento (P7). Pienso que la información es suficiente y no lo veo necesario incluir más información de la que el cardiólogo me ha dado (P15). A mí me hubiese gustado saber los niveles de los análisis realizados (P18). Vuelvo a insistir que el enfermo no se involucra en los deberes de los profesionales (P9).*

El uso de jerga médica fue mencionado por dos pacientes. Esto hizo que no entendieran todo lo que las enfermeras transmitían. Los siguientes comentarios lo ilustran: *La información que se pasan las enfermeras es muchas veces con palabras técnicas que no entendemos (P19); No porque creo que tengo la información suficiente y tampoco entiendo mucho lo que dicen (P10).*

En la **tabla 4** se presentan los enunciados de significado incluidos en este tema.

Tabla 4. Enunciados de significado del tema: limitaciones.

Desconocimiento del proceso y de los objetivos de la CCTPC por parte de los pacientes.
Uso de jerga médica que condiciona el entendimiento del proceso.

DISCUSIÓN

El presente estudio evalúa las percepciones de los pacientes relacionados con el proceso de CCTPC. Al igual que en otros estudios^{7,12,16} hemos encontrado que los pacientes refieren percibir un alto grado de participación en el proceso. Sin embargo, en la literatura se encuentran disparidad de resultados. Hay estudios que describen que los pacientes no están involucrados de manera rutinaria en el proceso y que tienen diferentes puntos de vista en cuanto al nivel de participación que desean^{6-8,16-18}, habiendo pacientes que necesitan expresar sus sentimientos y preocupaciones y otros desean sentirse tranquilos^{6,7}. Involucrarse en el proceso hace que los pacientes se sientan más seguros porque reciben más información, pueden participar en la toma de decisiones y hace que la atención sea más individualizada^{4,7,11,12}.

Diversos estudios^{7,19} describen que la comunicación llevada a cabo a pie de cama puede afectar a la privacidad del paciente, bien porque la habitación sea compartida^{7,12,17}, por un inadecuado manejo de la información relacionada con temas delicados como la sexualidad, religión o enfermedades mentales^{7,10,12,17,20}, o por la presencia de familiares o visitantes durante el proceso⁴. Sin embargo, en el presente estudio únicamente un paciente mostró preocupación porque la CCTPC afectara a su privacidad. Este hallazgo puede ser debido a que en nuestra unidad las habitaciones son individuales, la información sensible o que el paciente todavía desconoce, se transmite fuera de la habitación tal y como indica Griffin²¹ y el proceso de transmisión de información se da en un horario en el que la familia no está presente. Sand-Jecklin y Sherman²², Lupieri et al⁶ y McMurray et al²³ también describen que el proceso no tiene por qué afectar a la privacidad del paciente.

Despertar a los pacientes puede ser un problema para la implementación de la CCTPC. La evidencia sugiere, que el personal y las unidades deben desarrollar un mecanismo para determinar si los pacientes desean ser despertados e involucrados en el informe²¹. Ser despertado para el traspaso de comunicación puede generar ansiedad⁷. En nuestro estudio el 100% de los pacientes mostraron que el proceso no interfería en su periodo de descanso. Creemos que este hallazgo puede ser debido a que, en el traspaso de comunicación de noche a mañana, el proceso se da fuera de la habitación si el paciente está dormido.

Al igual que nuestros resultados, varios estudios recogen aspectos positivos relacionados con la percepción de seguridad que produjo el proceso en los pacientes, como la sensación de protección y de alivio. Además, la CCTPC logra tranquilizar al paciente, puesto que les permite verificar que todo se hace de la manera adecuada, lo que les asegura que la situación está bajo control^{6,7,11,12,16,17}.

La amabilidad, el cuidado, la atención y el trato humano durante el cambio de turno, hicieron que los pacientes se sintieran cómodos y confiaran al ponerse al cuidado de las enfermeras tal y como lo refleja la literatura^{6,11,16,23}. Además la CCTPC les proporciona un sentimiento de cercanía porque tienen la oportunidad de conocer a la enfermera al comienzo del cambio de turno^{6,11,16}. Los pacientes sienten que las enfermeras los cuidan y perciben que la atención de enfermería, se adapta a sus necesidades^{6,7,11,16}. Los profesionales también destacan esta percepción positiva de la CCTPC²⁴. Cabe señalar, que en nuestra área de críticos siempre ha habido una preocupación por la humanización de los cuidados, asegurando el confort del paciente^{25,26}. Además, desarrollamos un modelo de cuidado centrado en la persona definido por la institución²⁷.

Al igual que en la literatura revisada, los pacientes afirmaron sentirse bien informados²² y ansiaban obtener información relacionada con sus afecciones^{11,12,23}. Está descrito que los pacientes prefieren estar informados y creen que tienen derecho a saber lo que está sucediendo^{6,11,12}. Además, les permite comprender las expectativas del personal para su progreso y los planes futuros para su cuidado^{11,23}. Esto provoca que los pacientes puedan participar más activamente en el traspaso de comunicación^{7,8}, aunque cuando la información no es positiva,

el paciente puede sentirse más preocupado y ansioso lo que obliga a que la CCTPC se lleve a cabo con mayor sensibilidad, profesionalidad y humanidad⁶.

Los pacientes pueden percibir una mayor competencia de enfermería y sentirse más seguros durante su ingreso, pueden apreciar la humanidad de las enfermeras en el cuidado, así como su competencia y profesionalidad, lo que resulta en una mayor confianza⁷. Por lo tanto, la intensidad del estrés debido a la falta de información y la incertidumbre puede reducirse, y la seguridad del paciente puede aumentar⁴.

La CCTPC ayuda a las enfermeras a mejorar la calidad de la atención⁷. Además, como tres pacientes reflejaron, la CCTPC representa una oportunidad para crear una alianza o una conexión más profunda con las enfermeras^{7,16} mejorando la comunicación tanto de los profesionales²² como de los profesionales con el paciente.

Aunque en nuestros resultados sólo un paciente reflejó que la CCTPC podría prevenir errores, en la bibliografía revisada se muestra que la CCTPC provee oportunidades para observar al paciente y al entorno durante el proceso^{28,29}, disminuyendo eventos adversos como caídas^{17,22} o errores de medicación^{28,30}. Además, ayuda a esclarecer planes de cuidados e información^{16,17}. Los pacientes pueden aclarar cualquier error o concepto erróneo durante la conversación de traspaso y contribuir con información adicional respecto a su situación^{7,12,16}.

El uso de jerga profesional durante la CCTPC puede generar sentimientos negativos como la ansiedad y crear barreras entre pacientes y enfermeras e influir negativamente en la participación de los pacientes^{7,20}. Aunque en nuestros resultados sólo dos pacientes hicieron referencia a este aspecto, tal y como recoge la bibliografía, un lenguaje desconocido puede limitar la comprensión de los pacientes sobre los datos compartidos durante la CCTPC, lo que podría afectar a su participación activa^{6,7,20}. Las enfermeras deben hablar con claridad, ajustar la información e informar adecuadamente a los pacientes al realizar el traspaso de comunicación⁷. Como indican Novak y Fairchild²⁰, sería necesario planes de formación que doten a las enfermeras de habilidades de comunicación y el uso de un lenguaje simple y comprensible desde la perspectiva de los pacientes.

El presente estudio presenta limitaciones metodológicas. El cuestionario de 6 preguntas es autoelaborado y no ha sido sometido a un proceso de validación, aunque se ha desarrollado en base a la evidencia disponible y ha sido pilotado. Ha sido heteroadministrado, pudiendo actuar como un sesgo en el paciente, al no sentirse libre para expresar determinadas opiniones.

La recogida y el análisis de los datos fueron llevados a cabo por el equipo investigador, formado por personal con amplia experiencia en el área. Esto puede haber llevado al sesgo de interpretación de los datos, debido a posibles ideas preconcebidas de los investigadores por su amplia experiencia. Para evitarlo, el análisis de los datos se llevó a cabo por 6 investigadores comparando los temas y enunciados de significado hasta llegar a un consenso, y asegurar que los mismos emergían de los datos.

Además, cabe señalar que el estudio se llevó a cabo en un

único centro, lo que puede limitar la transferibilidad de los resultados, sin embargo, se considera que estos pueden ser aplicables en contextos similares y son novedosos en el contexto nacional.

A raíz de este estudio, se recomienda el desarrollo de futuros estudios que continúen explorando este fenómeno, el uso de entrevistas abiertas podría ayudar a profundizar en los resultados.

CONCLUSIONES

Los pacientes perciben que la CCTPC es positiva y aumenta su seguridad, así como que mejora la atención centrada en el paciente, la información, facilita la comunicación y previene de eventos adversos. Sin embargo, el uso de jerga profesional puede dificultar la participación en el proceso.

PREMIOS

Primer premio a la mejor comunicación oral en el 40.º Congreso de la AEEC, celebrado en Barcelona del 17 al 19 de octubre.

CONFLICTO DE INTERÉS

Ninguno.

Anexo 1. Guía para las encuestas a los pacientes^{13,14}.

¿Cómo se ha sentido durante el proceso?

¿Qué beneficios ha visto en el proceso? y ¿qué limitaciones?

¿Se ha sentido involucrado en la comunicación? ¿por qué?

¿Cree que realizar el proceso a su lado puede afectar a su privacidad?

¿Piensa que hay información que resultaría interesante incluir?

¿El parte le ha interferido en sus ratos de descanso?

Sí

No

Muchas gracias por su colaboración

BIBLIOGRAFÍA

1. Holly C, Poletick EB. A systematic review on the transfer of information during nurse transitions in care. *J Clin Nurs*. 2014;23(17-18):2387-95.
2. Crico Strategies, a división of The Risk Management Foundation of the Harvard Medical Institutions Incorporated. *Malpractice Risks in Communication Failures, 2015 Annual Benchmarking report*.
3. American Nurses Association. Tackling miscommunication among caregivers. Available in: <http://www.theamericannurse.org/index.php/2012/10/05/tackling-miscommunication-amongcaregivers/>.
4. Kimberly Radtke, MS, RN, APNP, ACNS-BC, CCRN. Improving Patient Satisfaction With Nursing Communication Using Bedside Shift Report. *Clin Nurse Spec*. 2013;27(1):19-25.
5. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. *Safety and Quality Improvement Guide Standard 6: Clinical Handover (October 2012)*. Sydney. ACSQHC, 2012.
6. Lupieri G, Creatti C, Palese A. Cardio-thoracic surgical patients' experience on bedside nursing handovers: Findings from a qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2016;35:28-37.
7. Bressan V, Cadorin L, Stevanin S, Palese A. Patients experiences of bedside handover: findings from a meta-synthesis. *Scand J Caring Sci*. 2019; 13.
8. Spinks J, Chaboyer W, Bucknall T, Tobiano G, Whitty JA. Patient and nurse preferences for nurse handover-using preferences to inform policy: a discrete choice experiment protocol. *BMJ Open*. 2015;5(11):e008941.
9. Chaboyer W, McMurray A, Wallis M, Chang HY. *Standard Operating Protocol for Implementing Bedside Handover in Nursing*. 2008, Griffith University, Griffith, Qld.
10. Sand-Jecklin K, Sherman J. Incorporating bedside report into nursing handoff: evaluation of change in practice. *J Nurs Care Qual*. 2013;28(2):186-94.
11. Bradley S, Mott S. Adopting a patient-centred approach: an investigation into the introduction of bedside handover to three rural hospitals. *J Clin Nurs*. 2014;23(13-14):1927-36.
12. Lu S, Kerr D, McKinlay L. Bedside nursing handover: patients' opinions. *Int J Nurs Pract*. 2014;20(5):451-9.
13. Anderson CD, Mangino RR. Nurse shift report: who says you can't talk in front of the patient?. *Nurs Adm Q*. 2006;30(2):112-22.
14. McMurray A, Chaboyer W, Wallis M, Fetherston C. Implementing bedside handover: strategies for change management. *J Clin Nurs*. 2010;19(17-18):2580-9.
15. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*. 2005;15(9):1277-88.
16. Tobiano G, Bucknall T, Sladdin I, Whitty JA, Chaboyer W. Patient participation in nursing bedside handover: A systematic mixed-methods review. *Int J Nurs Stud*. 2018;77:243-258.
17. Kerr D, McKay K, Klim S, Kelly AM, McCann T. Attitudes of emergency department patients about handover at the bedside. *J Clin Nurs*. 2014;23(11-12):1685-93.
18. Manias E, Watson B. Moving from rhetoric to reality: patient and family involvement in bedside handover. *Int J Nurs Stud*. 2014;51(12):1539-41.
19. Stammers N, Blaz JW. Research on nursing handoffs for medical and surgical settings: An integrative review. *J Adv Nurs*. 2013;69(2):247-62.
20. Novak K, Fairchild R. Bedside Reporting and SBAR: Improving Patient Communication and Satisfaction. *J Pediatr Nurs*. 2012;27(6):760-2.
21. Griffin T. Bringing change-of-shift report to the bedside: a patient and family centered approach. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2010;24(4):348-53; quiz 354-5.
22. Sand-Jecklin K, Sherman J. A quantitative assessment of patient and nurse outcomes of bedside nursing report implementation. *J Clin Nurs*. 2014;23(19-20):2854-63.
23. McMurray A, Chaboyer W, Wallis M, Johnson J, Gehrke T. Patients' perspectives of bedside nursing handover. *Collegian*. 2011;18(1):19-26.
24. Groves PS, Manges KA, Scott-Cawiezell J. Handing Off Safety at the Bedside. *Clin Nurs Res*. 2016;25(5):473-93.
25. López Alfaro MP, Echarte Nuin I, Fernández Sangil P, Moyano Berardo BM, Goñi-Viguria R. Percepción del dolor de los pacientes posquirúrgicos en una unidad de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 2019;30(3):99-107.
26. Carrera Hernández L, Aizpitarte Pejenaute E, Zugazagoitia Ciarrustia N, Goñi Viguria R. Percepción del sueño de los pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva*. 2018;29(2):53-63.
27. Rumeu-Casares C, Oroviogicoechea C, Jones DA, Saracibar-Razquin M. Modelo de Práctica Profesional de Enfermería Clínica Universidad de Navarra: marco para el desarrollo de la práctica enfermera. *Tesela [Rev Tesela]* 2017; 22. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts22/ts11379.php>
28. Johnson M, Sanchez P, Zheng C. The impact of an integrated nursing handover system on nurses' satisfaction and work practices. *J Clin Nurs*. 2016;25(1-2):257-68.
29. Martín Pérez S, Vázquez Calatayud M, Lizarraga Ursúa Y, Oroviogicoechea Ortega C. Comunicación intraprofesional durante el cambio de turno. *Rev Enferm*. 2013;36(5):22-8.
30. Jeffs L, Acott A, Simpson E, Campbell H, Irwin T, Lo J, et al. The value of bedside shift reporting enhancing nurse surveillance, accountability, and patient safety. *J Nurs Care Qual*. 2013;28:226-32.