

COM-024: EL USO DE LA TRANSFERENCIA ESTANDARIZADA EN EL ÁMBITO PEDIÁTRICO

AUTORES

Irene Martínez Muñoz. Silvia Mengs Arévalo. Patricia del Pilar Martínez Pina. Laura Ramírez Monreal. Ana Marín Yago

RESUMEN

Introducción: La transferencia estandarizada supone un marco basado en la evidencia que permite una comunicación eficaz entre los profesionales sanitarios disminuyendo los riesgos y asegurando una atención segura y de calidad. Sin embargo, su implantación en la actividad asistencial presenta ciertas dificultades. Las enfermeras usan de forma poco frecuente una guía sistemática como marco teórico para el traspaso de pacientes en su práctica diaria.

Objetivos: Se pretende conocer cuál es la percepción de las enfermeras ante el uso de una transferencia estandarizada.

Metodología: Estudio cualitativo en el que se indaga en las opiniones de las enfermeras tanto de la UCI pediátrica como de las distintas plantas de hospitalización pediátricas mediante entrevistas individuales en profundidad.

Resultados: Los resultados evidenciaron que el proceso de comunicación durante las transferencias es deficiente, no existiendo una guía sistemática de actuación. Las enfermeras refirieron tener una actitud positiva ante la estandarización de la transferencia, pero consideran que hay muchas dificultades para poder llevarlo a cabo en la práctica destacando, sobre todo, obstáculos con el programa informático.

Conclusiones: Las enfermeras tienen una actitud positiva ante la transferencia estandarizada, pero indican la existencia de barreras que dificultan su uso en la práctica.

Es de importancia destacada que se implanten estrategias para una transferencia sistemática favoreciendo la continuidad asistencial y la seguridad del paciente.

INTRODUCCIÓN

En la práctica asistencial hospitalaria, la transferencia de los pacientes desde unas unidades asistenciales a otras se considera una de las prácticas más habituales. Este procedimiento rutinario precisa de una planificación previa y de una preparación del equipo de enfermería implicado, basada en una sistemática protocolizada para minimizar, todo lo posible, los riesgos y asegurarnos una continuidad del cuidado de calidad (1,2).

De esta forma, se define como transferencia al traspaso de forma verbal y/o escrita de información relevante entre el personal enfermero de una unidad, que está dando de alta a un paciente, y el personal enfermero de la unidad que recibe al paciente a su cuidado (3). Son los profesionales enfermeros los que, al ser los principales proveedores de cuidados, asumen un papel primordial en la comunicación que se realiza en esta transferencia, apoderándose de la responsabilidad de asegurar una atención libre de riesgos para el paciente y unos cuidados continuados (4).

De esta manera, una transferencia inadecuada o incompleta conduce a riesgos, disminuyendo la seguridad del paciente, favoreciendo interrupciones en la atención asistencial que se traducen en un aumento de la posibilidad de cometer errores en los cuidados de enfermería (5).

Más concretamente, es de destacada relevancia si los protagonistas de esta transferencia son enfermos que van desde la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) hasta otra unidad de hospitalización (UH), ya que se tratan de transferencias más complejas en las que, además, el traspaso del paciente incluye una desescalada en cuanto a la atención asistencial y control del paciente se refiere (6).

A esto, se añaden otros hándicaps como las características de la información, siendo más dificultosa y una comunicación más técnica y especializada. En este contexto, el alta de este tipo de pacientes tan complejos se considera uno de los momentos más críticos con respecto a su seguridad (7). Es por esta razón que, desde hace unos años, se considera la transferencia adecuada como un indicador dentro de los estándares de calidad asistencial con el fin de optimizar la seguridad del paciente que se encuentra ingresado en la UCI y se va de alta a la hospitalización (8, 9).

Abogar por un intercambio de información de calidad entre la UCI y las distintas áreas de hospitalización es un elemento imprescindible para asegurar una continuidad de la atención segura, garantizando unos cuidados enfermeros sólidos y constantes y una atención de calidad que contribuye al aumento tanto de la satisfacción percibida por los pacientes y sus familias, como en la percepción de las enfermeras. Por esta razón, la transferencia ha asumido un papel primordial y es uno de los puntos clave en las estrategias sanitarias nacionales.

Al revisar la literatura, nos encontramos con distintos estudios que indican que en la práctica clínica queda de manifiesto que las transferencias siguen siendo una amenaza para la atención segura del paciente. El 70% de los efectos adversos en la atención asistencial están relacionados con fallos en la comunicación, de los cuales el 50% de estos fallos se cometieron durante el proceso de transferencia. La no realización de un traspaso adecuado trae consigo una serie de consecuencias adversas para el paciente entre las que se encuentran la realización de tratamientos incorrectos, errores de medicación, aumento de duración de la estancia hospitalaria o diferencias referentes a los datos del paciente (10-12).

Existe una actitud negativa percibida relacionada con la transferencia del paciente de una unidad a otra y puede ser causado por encontrarnos en el ápice de un conjunto de problemas que van ligados a este procedimiento enfermero. Entre las barreras existentes, los estudios describen el contenido de la información, las expectativas de la familia sobre los cuidados en los distintos niveles asistenciales, el tiempo de preparación y pactar el momento para poder atender al paciente, formatos de transmisión de la información que no son claros o demasiado extensos.

Estas limitaciones originan sentimientos de frustración y aparece una actitud negativa que rodea el proceso de transferencia enfermero (13).

Una revisión realizada por Vázquez Calatayud et al. destacó en sus resultados las preocupaciones de las enfermeras ligadas al momento de la transferencia de los pacientes, resaltando emociones de ansiedad y estrés que se vio aumentada en las enfermeras con menor experiencia (14).

En un estudio cualitativo realizado por Stephen James et al, las enfermeras hacen referencia a las preocupaciones relacionadas con el momento de la transferencia, qué comunicar, cómo comunicarse y la comunicación con los familiares. Se demostró que para las enfermeras este momento era trascendental y que era necesaria una planificación al alta para poder garantizar la continuidad de estos pacientes complejos. Destacan como dificultades el formato de la comunicación y el momento y organización de la transferencia (15).

Ronny Enger et al, en su estudio sobre las percepciones de las enfermeras durante la transferencia del paciente, concluyeron que las enfermeras calificaban como

verdaderos desafíos las transferencias de los pacientes que se trasladaban desde la uci debido a la falta de planificación y a que los procedimientos de notificación eran deficientes. Así como manifestaban posibles mejoras entre las que se encontraban el tiempo para la planificación de la acogida y la protocolización de los informes con información clara y concisa (16).

Los hallazgos encontrados por Madeleine Powell reafirman estas ideas. En este estudio se destaca que la información, a veces, fue inexacta u omitida. Nos encontramos ante un problema de gran relevancia, ya que la falta de comunicación de información clínica fundamental contribuye a la falta de continuidad en los cuidados y seguridad del paciente. La literatura existente saca a la luz los desafíos existentes en la transferencia de pacientes. Las enfermeras percibieron que las interrupciones, la no planificación, las cargas de trabajo y el no existir un sistema de traspaso de información estandarizado eran verdaderas barreras para el traspaso efectivo (17).

A pesar de las investigaciones, la transferencia sigue siendo un desafío para las enfermeras implicadas. Una solución a este problema es estandarizar el proceso enfermero que podría ser uno de los puntos clave para dar respuesta a esta situación y que supondría la primera línea para mejorar la seguridad del paciente durante la transferencia. Supone una mejora en la claridad y calidad de la comunicación resultando un aumento de la calidad de la atención, minimizando así el riesgo de inconsistencias (18, 19).

La estandarización de la comunicación es una pieza clave para minimizar el riesgo inherente a los trasposos no estructurados, creando un entorno más seguro para los pacientes que cuidamos. Debemos, por tanto, buscar la excelencia en la planificación del momento del alta de un paciente para garantizar su seguridad (20).

Los problemas relacionados con la comunicación precisan que los puestos de liderazgo y gestión tengan que plantearse este problema y fomentar una serie de iniciativas que impulsen una protocolización de la transferencia de los pacientes para asegurar una atención de calidad y segura (21). Se debe otorgar a este problema una gran relevancia y poner el enfoque en implementar estandarizaciones que permitan optimizar los estándares de calidad en las transferencias. Debe ser un objetivo clave. Son los gestores los que deben ser conscientes de esta problemática y realizar las intervenciones pertinentes para trabajar hacia una transición segura para los pacientes. Una buena organización, un ambiente de trabajo seguro y satisfactorio y la existencia de personal implicado dan como resultado una mejora en la calidad de la atención y seguridad del paciente (22).

A pesar de ello, el ideal de la implantación de sistemas estandarizados de transferencia no es una realidad en nuestro sistema sanitario. Realizar una transferencia estandarizada y sistemática sin variabilidad según la persona y su contexto, supondría un gran impacto en la mejora de la asistencia hospitalaria (23, 24). Uno de los modelos estandarizados para la comunicación es el conocido como SBAR, sus siglas en inglés corresponden a Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación y supone una herramienta para asegurarnos un traspaso de información de calidad. Su implantación supone una mejora en la atención y disminución de las complicaciones derivadas de fallos de comunicación (25).

Una transferencia sistematizada es imprescindible para fomentar una continuidad de cuidados segura y con la máxima calidad, siendo un desafío su implantación en la práctica asistencial. Para ello, los profesionales sanitarios deben exigir las herramientas para poder llevarlo a cabo y conseguir resultados de calidad en la práctica (26-28). Los estudios demuestran que existen todavía muchas barreras que

obstaculizan este procedimiento. Así que se torna indispensable conocer cuál es la perspectiva de los distintos profesionales enfermeros ante la transferencia de los pacientes para poder llegar a pactos que favorezcan que el traspaso de una paciente de una unidad a otra se realiza de forma segura (29).

Se plantea este estudio con el objetivo de conocer las percepciones de los profesionales enfermeros sobre la transferencia del paciente desde la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos a las distintas unidades de hospitalización pediátricas. Que las enfermeras describan su realidad, opiniones, puntos de mejora, con el fin de poder crear una herramienta común que sirva como método de transferencia de los pacientes. Es importante conocer cuál es la percepción del personal implicado en esta transferencia para continuar desarrollando sus puntos fuertes y mejorando los débiles con el fin de que se convierta en una pieza que agilice la práctica habitual.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Este estudio parte de la hipótesis de que la comunicación enfermera durante la transferencia de un paciente desde la Unidad de Cuidados Intensivos a una planta de hospitalización es deficiente debido a que no existe un protocolo consensuado de este procedimiento. Además, los registros enfermeros y el uso de programas de registro distintos en los servicios no favorece la transferencia de información.

Objetivo principal:

Conocer las percepciones de los profesionales sanitarios con respecto a la transferencia del paciente pediátrico desde la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos a cualquier servicio de hospitalización pediátrica.

Objetivos secundarios:

- Determinar la información relevante y las condiciones óptimas que favorezcan una transferencia de calidad.
- Valorar la realización de un protocolo de transferencia del paciente pediátrico.

MÉTODO

Se realiza este estudio para dar respuesta a los objetivos planteados, un estudio cualitativo exploratorio mediante entrevistas individuales para conocer cuál es la percepción del personal enfermero con respecto a este procedimiento.

Para la realización esta investigación el investigador principal siguió los pasos de la lista de chequeo COREQ (Anexo I) para investigación cualitativa (30).

3.1 Tipo de diseño

Para dar respuesta al objetivo principal se realiza un estudio cualitativo exploratorio de corte transversal para conocer de forma más profunda las distintas experiencias del profesional enfermero y sus perspectivas ante la transferencia del paciente pediátrico en el ámbito asistencial.

Se emplea la metodología cualitativa porque el objetivo principal de este estudio es comprender desde la perspectiva de los participantes (perspectiva emic) su realidad en el ámbito asistencial con respecto a la realización de transferencias con calidad entre los distintos niveles asistenciales (31).

El propósito es conocer la realidad que rodea a las enfermeras desde su punto de vista, que podamos entender sus circunstancias y condiciones y así explicar y responder a las dudas y cuestiones que nos planteamos en el estudio. No se tiene como objetivo realizar predicciones sobre un determinado acontecimiento (32).

Con la metodología cualitativa tenemos la herramienta que nos permite un acercamiento al fenómeno de estudio desde un contexto holístico.

No tenemos que tratar con datos que haya que manejar mediante la estadística, el protagonismo es asumido por la idea de conocer la realidad de nuestro objetivo de estudio tal y como lo ven los enfermeros, desde su perspectiva. Indagar en las opiniones y pensamientos de las enfermeras sobre la comunicación existente entre el personal de la uci pediátrica y las plantas de hospitalización es nuestro fin, y son ellas, las protagonistas, las que nos cuentan esta realidad para conocerla y acercarnos a una comprensión en profundidad, a través de su prisma (31-33).

Para ello utilizamos técnicas de recogida de datos abiertas, que nos permiten profundizar, indagar, puntualizar y afinar en ciertos aspectos. Esta idea se encuentra limitada con las herramientas de los métodos cuantitativos que, al ser cerradas, como las encuestas, nos recorta la posibilidad de conocer aspectos más profundos de la realidad ya que el participante contestaría a preguntas cerradas ya determinadas previamente (31).

3.2 Sujetos de estudio

La población de estudio se definió según el tema de interés que en este estudio abordamos. Se eligió a personal enfermero que realizase su actividad asistencial en la hospitalización pediátrica y en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. Por razones de accesibilidad el personal enfermero se seleccionó de la hospitalización pediátrica del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

La población fue seleccionada a través de un muestreo teórico o intencional (35) en el que se buscaba una composición que representase la mayor variabilidad posible de manera que estuvieran retratadas todas las unidades de muestreo. Se buscó de forma intencionada a las enfermeras que cumplieran unas características pensadas de antemano.

Las unidades de muestro predefinidas fueron las siguientes:

- Enfermeras que realizan su trabajo en distintas unidades de hospitalización para que quedasen reflejadas las necesidades expresadas de todos los servicios, en cuanto a este tema.
- Enfermeras con diferente experiencia.

Se intentó contar en la medida de lo posible con representantes de todas las unidades de muestreo anteriormente nombradas.

Criterios de inclusión:

- Enfermeras (incluyendo tanto a personas con el título de especialista en enfermería pediátrica, como las que no disponen de ese título) que formen parte en el momento del estudio de las unidades de hospitalización pediátrica y de la uci pediátrica del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.
- Personal enfermero con más de 1 año de experiencia en su ámbito laboral (independientemente del servicio u hospital donde hayan trabajado anteriormente).
- Que quieran participar voluntariamente.

Criterios de exclusión:

- No firmar el consentimiento informado.
- Enfermeras con experiencia laboral inferior a dos años.
- Enfermeras que realicen su actividad laboral en servicios distintos a la hospitalización pediátrica.

Siguiendo la flexibilidad del diseño en metodología cualitativa, no se pudo determinar antes de la realización de las entrevistas el número de entrevistados, ni si iban a cambiar las características de estos.

3.3 Recogida de datos

La recogida de datos se realizó mediante la técnica de entrevista individual en profundidad. Se rechazó la idea de la realización de grupos de discusión porque para poder llevar a cabo esta técnica es necesario generalmente cumplir con el criterio de evitar que los participantes del grupo de discusión se conozcan entre ellos o conozcan al moderador del grupo, no cumpliéndose en este caso (31).

La hospitalización pediátrica es un ambiente donde la gente se conoce entre sí, con roles de relaciones ya formados tanto en el plano profesional como, en ocasiones, también en el personal. Estos roles preestablecidos podrían haber influido en las respuestas y haber distorsionado el discurso.

A esto se añade que el tema puede generar ciertos conflictos entre el personal, por lo que se seleccionó como técnica para la recogida de datos la entrevista individual en profundidad que nos permite crear un clima más íntimo y privado donde el sujeto de la entrevista puede expresar sus sentimientos, experiencias y pensamientos sin ser escuchado por sus compañeros (31,32,34).

Como el objetivo de estudio es conocer las percepciones de los profesionales enfermeros, la entrevista personal es la herramienta más adecuada para que los enfermeros nos cuenten con sus propias palabras sus experiencias y nos permita conocer mejor lo que piensan acerca de la transferencia del paciente pediátrico. El carácter holístico y su estructura flexible facilita que el entrevistado cuente su realidad. Previamente al inicio del trabajo de campo, se solicitaron los permisos pertinentes en el centro sanitario, así como el compromiso de confidencialidad destinado a alumnos. El trabajo de campo se llevó a cabo entre los meses de abril y mayo del año 2023. El entrevistador contactó de forma personal con las enfermeras seleccionadas por muestreo intencionado, como hemos visto anteriormente, para la realización de la entrevista.

El investigador les especificó el objetivo del estudio, les explicó el carácter confidencial de los datos, los aspectos de intimidad, la voluntariedad para la participación, transmitiéndoles la importancia de su colaboración. Antes del inicio de la entrevista los participantes firmaron un consentimiento informado (Anexo II). También se solicitó su permiso para que la entrevista fuera grabada para su posterior transcripción y análisis. La fecha de la realización de la entrevista se pactó entre el entrevistador y los participantes. El lugar donde se realizaban era una sala dentro del hospital por motivos prácticos y la duración de éstas variaban según se extendiera en el tema el entrevistado. La duración de las entrevistas fue entre 16-28 minutos.

Se realizaron 21 entrevistas semiestructuradas. Como indica Vallés (34) “se tratará, por tanto, de una serie de preguntas que estructura el investigador a tenor de los objetivos de investigación y que se seguirán en el transcurso de la entrevista de forma libre y no directiva. La entrevista se basaba en un guion (Tabla 1). El entrevistador realizaba preguntas abiertas y cuando había subtemas que no eran mencionados de forma espontánea por la enfermera, los dirigía el entrevistador

Tabla 1. Guion de la entrevista

Área que investigar	Preguntas realizadas
CONOCIMIENTOS	¿Conoces distintas estrategias de transferencia estandarizada? ¿Has recibido información en este tema?
SITUACIÓN ACTUAL	¿Cómo se realiza la transferencia en tu hospital?
UTILIZACIÓN	¿Qué barreras o dificultades consideras que existen? ¿Cómo se podría mejorar su uso? ¿Qué opinas sobre el programa informático disponible?
UTILIDAD EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL	¿Es útil en la práctica asistencial? ¿De qué forma puede facilitar la práctica? ¿Consideras que su implementación tendría beneficios?
ACTITUD Y MOTIVACIÓN DE LOS PROFESIONALES	¿Cuál es la actitud de los profesionales? ¿Consideras que habría mejor comunicación si conocieras al personal de otro servicio?
FORMAS DE IMPLICACIÓN	¿Cómo se podría favorecer la implicación de los profesionales?

Fuente: Elaboración propia

Durante la entrevista se intentó conseguir un clima de intimidad y familiar, que recuerde a una conversación natural y de esta manera favorecer que nazca una confianza suficiente entre el sujeto de la entrevista y el entrevistador para que se abra y nos enseñe su propia realidad de manera auténtica y profunda, exteriorizando sus impresiones. Este clima, el rapport, era difícil de conseguir ya que se precisa experiencia (31, 32, 34).

Durante la entrevista se asumieron las siguientes actitudes que facilitaron la comunicación:

- Expresar respeto por lo que dice el entrevistado, sin juzgar, comprendiendo sus posturas, sentimientos y opiniones.
- Mostrar un interés sincero por lo que están contando.
- Permitir hablar al entrevistado, sin interrupciones o realizando preguntas que no fueran productivas para este estudio.

Así mismo, en ocasiones, para favorecer la continuidad del discurso, el entrevistador usaba para reforzar lo que estaba diciendo el entrevistado y animarlo a continuar.

Se realizaron entrevistas en profundidad hasta que se comprobó que la realización de nuevas entrevistas no aportaba nueva información notable que facilitara el entendimiento del objeto de estudio, si bien debido a la inexperiencia de la investigadora no se puede indicar que se alcanzó la saturación teórica. Se realizaron 21 entrevistas en profundidad y no se consiguió más información.

3.4 Análisis de los datos

Las entrevistas fueron grabadas y posteriormente se realizó su transcripción textual para la realización de su análisis.

Para realizar el análisis de las entrevistas se ha recurrido al análisis del discurso.

Tras la lectura de las transcripciones, los datos fueron fragmentados para originar, siguiendo una lógica inductiva, un nuevo orden y clasificación de los apuntes en una serie de categorías o bloques temáticos, con ciertas diferencias sobre los inicialmente planteados. Finalmente, los datos se clasificaron según las siguientes categorías principales:

- Estado actual de la transferencia en el ámbito pediátrico.
- Actitud de los profesionales.

- Barreras y dificultades en la implementación de su uso.
- Registros enfermeros propios.
- Aspectos motivadores.
- Tándem: niño-familia.

Estas categorías surgieron de los datos aportados por las enfermeras que realizaron la entrevista siendo el investigador principal cauteloso de no reflejar sus preconcepciones sobre el tema.

3.5 Criterios de calidad

Siguiendo a Calderón (36) describimos los siguientes criterios de calidad en el estudio:

- Adecuación epistemológica: Se consideró el enfoque cualitativo como el más idóneo para comprender cuál es la realidad expresada por las propias enfermeras.
- Relevancia: Es imprescindible conocer la percepción de las enfermeras sobre la comunicación durante la transferencia pediátrica para identificar las áreas de mejora en el uso de una herramienta estandarizada en la práctica asistencial en pediatría y que se utilice en la práctica diaria.
- Validez: Los datos obtenidos mediante entrevistas en profundidad nos permiten comprender la percepción que tienen las enfermeras con respecto a la comunicación durante la transferencia del paciente pediátrico.
- Reflexibilidad: El entrevistador mantuvo una actitud abierta y flexible para extraer los datos de las entrevistas, revisando de antemano sus ideas preconcebidas y siendo conscientes de ellas.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se han tenido en cuenta las consideraciones éticas pertinentes para llevar a cabo este estudio.

El estudio fue evaluado por el Comité Ético de Investigación del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca y tras su valoración dictaminó una resolución positiva acerca de la realización de esta investigación (Anexo III).

A todas las enfermeras que participaron en el estudio se les informó del objeto de la investigación y previo a la realización de la entrevista firmaron un consentimiento informado de forma voluntaria y después de haber comprendido la información.

Se aseguró el anonimato de los datos según la Ley Orgánica 3/2018, 5 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y garantía de los derechos digitales.

Se tuvieron en cuenta los principios éticos de:

- No maleficiencia → En el estudio no se realizó ninguna intervención que pudiera infringir daño intencionalmente. El investigador principal no juzgó ninguna de las intervenciones realizadas por los entrevistados.
- Beneficiencia → Con el presente estudio se intenta conocer la percepción de las enfermeras con la intención de mejorar su práctica asistencial.
- Justicia → Los enfermeros que participaron fueron representativos de la hospitalización pediátrica del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.
- Autonomía → Todos los sujetos de la entrevista firmaron un consentimiento informado y se respetó en todo momento la confidencialidad de los datos.

Así como se acataron las normas dispuestas en la Declaración de Helsinki sobre investigación clínica y se respetaron de forma íntegra los derechos fundamentales de todas las enfermeras que quisieron participar en el estudio, de acuerdo con las normas esenciales de Bioética y de Buena Práctica aplicables al estudio.

RESULTADOS

Como se ha comentado en el apartado de metodología del estudio se realizaron 21 entrevistas en profundidad buscando la máxima representatividad de las enfermeras que trabajan en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y en las distintas áreas de hospitalización pediátrica. Participaron al menos una enfermera de cada unidad, con distinta experiencia laboral.

Tabla 2. Tiempo de experiencia laboral

Tiempo de experiencia laboral			
Menos de 5 años	De 5 a 10 años	De 10 a 20 años	Más de 20 años
3	5	9	4

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. Unidad asistencial de las entrevistadas

Unidad asistencial	
UCIP	Hospitalización pediátrica
8	12

Fuente: Elaboración propia

A continuación, se exponen las percepciones de las enfermeras entrevistadas en las distintas unidades asistenciales pediátricas sobre el proceso de transferencia del paciente pediátrico en la práctica asistencial, dispuestas según las categorías descritas en el apartado de metodología:

4.1 La transferencia pediátrica, en qué momento nos encontramos

La transferencia del paciente pediátrico continúa siendo uno de los retos dentro del ámbito sanitario. En este estudio se ha tenido la oportunidad de aclarar cuál es la percepción del equipo de enfermería dentro de las distintas áreas asistenciales pediátricas.

Nos encontramos ante una transferencia que no se encuentra estandarizada, lo que significa que está ligada a la variabilidad personal de cada enfermero, que basándose en su contexto considerará cual es la información indicada a transmitir.

“Ahora mismo no está protocolizado, sólo conocemos la información como la del interés por parte de la persona que hace esa transferencia”

“...yo he ido al final, haciendo el relevo conforme me he llevado alguna bronca...”

Esta situación conduce a un traspaso de información definido como deficiente por la mayoría de las implicadas.

Más concretamente, las enfermeras de la uci consideran que sí aportan información, pero verbalizan la idea de que no saben si es la adecuada y si las enfermeras de la hospitalización requieren de información distinta.

“...preguntar sobre todo a las plantas cómo les gustaría o de qué forma sería mejor para su trabajo recibir esa información, ...qué ítems creen ellos convenientes...”

El personal enfermero de hospitalización percibe que la información es escasa, consideran que, por lo general, se omite información importante.

“...nos parece a todos lo mismo, que la información a la hora del relevo se queda muy escasa...”

“...el relevo sí que se da en persona, pero mi percepción es que hay mucha falta de información, se pierde información por el camino...”

En su conjunto, hacen referencia a la importancia de la transmisión de la información, siendo esta comunicación crucial para la práctica asistencial, pero explican que sigue habiendo interrogantes acerca del qué decir. Es preciso llegar a un consenso en este ámbito para evitar una heterogeneidad en el proceso de comunicación.

“...no seguimos una dinámica como se habla en la teoría que permita una transferencia eficaz o de calidad entre profesionales sanitarios entonces, muchas veces puede faltar algo de información...”

“...yo voy y cuento mi relevo y yo te digo lo que yo quiera...”

“...porque a lo mejor yo no le he dado la importancia que luego en la planta le puedes dar y luego, a lo mejor, también sintetizas mucho...”

La transferencia del paciente se realiza de forma verbal. Existe un formulario de registro de traslado que las enfermeras catalogan como deficiente, y poco útil. Por lo tanto, los registros utilizados para esta transferencia no se consideran útiles para su propósito y se cumplimentan para la consecución de objetivos impuestos por los puestos de gestión, pero no como herramienta que favorezca la práctica asistencial. Por esta razón, su uso no está estandarizado, considerándose más como una carga de trabajo.

“La transferencia es verbal, bueno, yo siempre llevo escrito, bueno, lo del niño, lo que le pasa y la medicación que le he puesto en una hoja a boli porque nuestra T de traslado no la ve nadie”

“La T de traslado no da motivación porque no se considera que sea útil. Se rellena por cumplir objetivos”

“... me refiero a la T de traslado que al final, yo creo que lo que ponemos es la medicación y las vías, no tiene más información y de curas..., eso todavía menos...”

“... se queda muy corto, o sea, no es nada, nada completo.”

Llama la atención que ni siquiera, algunas enfermeras conocían el propósito de este formulario.

“...yo creo que mucha gente ni siquiera sabe que eso se rellena, mucha gente realmente no lo usa.”

Se puede determinar que, en ámbito asistencial pediátrico, no existe en este momento una planificación adecuada en el momento de la transferencia de un niño a otro servicio de hospitalización. El colectivo enfermero demanda esta situación y reivindica el establecimiento de mejoras en este ámbito que sirvan para optimizar la seguridad y la continuidad asistencial de nuestros niños hospitalizados.

“Es necesario protocolizar algo para que todos los de la uci, todo el personal de la uci y el de las plantas sepa cómo tiene que hacer las cosas, qué tiene que registrar y que todo lleve un orden.”

4.2 Actitud de los profesionales

En consecuencia, a esta falta de planificación del traslado del paciente, no siempre se realiza en condiciones favorables para los implicados de la realización de la transferencia. Debido a cargas de trabajo, distintos niveles de experiencia de los profesionales, entre otras cosas, este procedimiento puede despertar sentimientos negativos o de frustración a las profesionales.

“Mi sensación es que no les interesa, si te explayas no les interesa...”

“Le cuento un poco la historia, si te escuchan...que a veces tampoco..., allí hay mucha persona que si esto y lo otro y no sé qué..., al final acabo diciendo que me voy y que si tienen alguna duda me llamen.”

“...la sensación que a mí me ha dado es como que eres un estorbo y yo digo si siendo la enfermera de la niña o el niño y yo sé cómo ha estado, por lo menos, préstame atención...en ese sentido es un poquito feo porque te hacen sentir que no, no eres nadie.”

Quizás en relación con la existencia de esta falta de sistematización, este procedimiento, descrito por el conjunto como muy importante, en la realidad pasa a un segundo plano en la práctica asistencial, concediendo toda la importancia a la atención del niño en ambos niveles asistenciales y no definiendo una persona de referencia para realizar la comunicación.

4.3 Barreras y dificultades en la implementación

Las enfermeras entrevistadas describen varios obstáculos con los que conviven en la actualidad:

El mayor obstáculo descrito por todas las participantes de este estudio es el sistema informático. En el área pediátrica coexisten distintos sistemas informáticos de manera que las enfermeras que realizan su trabajo en unidades de hospitalización no pueden acceder a los datos registrados por el equipo asistencial durante el periodo de estancia del niño en UCI.

“...el problema que también tenemos es que nuestra comunicación, nuestros sistemas informáticos son distintos con lo cual yo no puedo acceder a sus datos y ellos no pueden acceder a los míos cuando yo les mando un niño. Entonces es un hándicap bastante grande cuando no hay la comunicación adecuada porque ni disponemos de una herramienta informática común en la que venga..., si tú no me lo puedes contar, no me lo dices, yo no puedo acceder. Se quedan muchas cosas en el aire y eso lleva a errores porque no hay comunicación”

Esta situación dificulta mucho la continuidad asistencial ya que no existe la posibilidad de que puedan ver ningún cuidado realizado, ni medicación administrada al niño durante su ingreso en UCI. Por esto, la enfermera de la unidad receptora depende de la información entregada de forma verbal en el momento de la transferencia.

“...no supimos que fue lo que hicieron en la uci, como tampoco podemos acceder luego a sus notas y sus cosas...”

“...a lo mejor sí que te cuentan lo que el paciente ha llevado ese día, pero a lo mejor desde el inicio al final, pues no sé, deberían hacer como una especie de resumen...”

“...cuando viene tampoco puedes mirar de aquí para atrás qué ha pasado, pues al final es como un periodo en blanco...”

Como se ha comentado anteriormente existe un formulario de traslado, pero es escaso, recogiendo información referente a las últimas constantes, dispositivos que tiene el niño, siendo necesario el registro de muchos otros cuidados que se hacen imprescindibles para una continuidad asistencial de calidad y segura y que no tienen cabida en este formulario por lo que su uso como herramienta de transferencia de información no es una realidad en la práctica asistencial.

“El registro de la T no me parece muy adecuado, o sea, me parece que muchas veces se registra por registrar, pero no lo veo muy útil. Yo lo corregiría, lo haría más de algo que te sirviera...”

Existe una demanda generalizada sobre una forma de registro común, que recoja todos los datos oportunos sobre el cuidado, que sea escrito y que sirva de tutor referente a qué decir sin irnos por las ramas. Conjuntamente se hace referencia a favorecer el acceso de las enfermeras de hospitalización al evolutivo del niño durante su ingreso en la UCI o a que los relevos enfermeros se puedan incluir en un programa informático común, lo que supone todo un desafío para los puestos de gestión.

“Es preciso un registro común que pudiésemos ver todo o que trabajásemos todos...”

“Si hacemos una transferencia eficaz, una transferencia de calidad y estandarizada, siguiendo unos pasos..., una transferencia contundente en la que no te estás enrollando y hablando por hablar, sino que estás dando la información idónea, yo creo, o imprescindible para ponerte en situación con ese paciente.”

Otro obstáculo descrito es el momento de la realización de la transferencia. Este momento se vive de forma muy distinta desde una perspectiva u otra. Quizás, como indican algunas de las enfermeras, sería un buen ejercicio ver este momento desde el prisma del otro protagonista, valorando su contexto.

“...yo había trabajado poco en hospitalización antes y a lo mejor no prestaba tanta atención a esa llamada como puedo prestar ahora...”

Las enfermeras de UCIP describen sentimientos, en algunas ocasiones, de sentirse poco escuchadas, lo que deriva, poco a poco en una pérdida de interés a este procedimiento, ya descrito anteriormente.

Al mismo tiempo, la distribución de pacientes en las áreas de hospitalización es distinta por lo que una enfermera es la responsable de 5 o más enfermos. Por esta razón, se hace imprescindible pactar el momento de la transferencia para asegurarnos que la enfermera receptora dispone del tiempo necesario para recibir a ese paciente con calidad y que la transmisión de información se va a realizar de forma pertinente.

“...a lo mejor llevas al niño y a ellos no les viene bien..., se debería intentar pactar los momentos...”

“Claro, tú intentas pactarlo, pero si estás esperando 3 horas pues a lo mejor no puedo esperar más porque tú necesitas la cama...”

También queda descrito en las entrevistas un hándicap relacionado con la experiencia de los enfermeros. Las enfermeras comentan que el nivel de experiencia también contribuye a una mejor o peor transmisión de información. Este problema se solucionaría con la estandarización de la comunicación, en la que la variabilidad antes mencionada se disolvería.

“...depende muchas veces de la persona que te lo traiga porque sí es verdad que se nota cuando tienen más experiencia, cuando una enfermera es más veterana y tal parece que como que se le escapan menos detalles.”

“...muchas veces sobre entendemos o damos por hecho que la otra persona nos está entendiendo y hay veces que no sabemos el nivel de experiencia que tiene esa persona o la necesidad que pueda tener de mayor explicación.”

“No es lo mismo dar un relevo a un compañero de muchos años trabajados que dárselo a una compañera que viene relativamente nueva o que su experiencia es en otros servicios.”

Resalta que solo 2 entrevistadas mencionaron sistemas de transferencia estandarizada. El resto, aunque reflejan lo imprescindible de tener guías donde apoyarse para realizar una transferencia de calidad, desconocían estos sistemas.

Esto se puede deber a la falta de formación en este tema.

“...creo que estamos en un momento en el que tampoco se ha dado una formación de transferencia de pacientes, no venimos de donde en enfermería se ha dado la importancia en docencia a ese momento y esa transferencia”

“... no tenemos una base en la que nos han inculcado la importancia de eso. Quizá con un cambio generacional dentro de unos años, la gente que está en la universidad venga con otra idea...”

Existe una necesidad de formación e implantación de guías para poder llevar a cabo la estandarización de este proceso de transferencia.

4.4 Registros enfermeros propios

No se realiza de forma reglada ningún alta de enfermería que permita ver el evolutivo de cuidados enfermeros y proporcionar una guía de cuidados a seguir. La continuidad se basa en el informe de alta médico que no recoge los hechos relacionados con el cuidado enfermero.

“... tú puede ir al informe médico, pero no es la misma referencia el informe médico al alta que el informe diario del evolutivo de enfermería que somos las que estamos a pie de cama...”

“Un informe de alta de enfermería no se realiza. Existe un informe de alta que escribe el médico, entonces tenemos que buscarnos un poco la vida”

“El médico da un informe y tú tienes que apuntarte en un papel la medicación que has puesto, como una chuleta, me parece... ¿esto es enfermería?”

Las enfermeras se ven obligadas a usar a los padres como fuente de información de los cuidados que se han realizado a sus hijos.

“...entonces le preguntas a la madre con discreción, así disimuladamente que cuando le han curado una cosa o la otra...”

La falta de una herramienta común enfermera de comunicación entre las plantas deriva en la sensación de discontinuidad y de brecha gigante entre los cuidados realizados en la UCI y las distintas plantas de hospitalización. Además, dejando registrado por escritos los datos pertinentes en esta transferencia abren la posibilidad de poder acceder a ellos y de poder volver a revisarlos si surge alguna duda.

“...porque si algo se queda en el tintero, de que se puede olvidar algo a la hora de dar el relevo, tú te metes en la nota o donde sea y tú lees y ya está, puedes ver lo que hay escrito, lo que ha pasado en días atrás.”

4.5 Aspectos motivadores

Los profesionales enfermeros muestran una actitud positiva ante la implementación de una estandarización en la transferencia considerando que supondría un impacto en la calidad asistencial de los pacientes mejorando la seguridad y también empoderaría al colectivo enfermero, realizando cuidados basados en cuerpo de conocimientos propio. “Yo creo que enfermería está dispuesta a formar parte de cualquier proyecto para que se mejore este tema”

“Yo creo que hace falta un repaso, al final te metes en la vorágine del día a día y creo que la gente se motivaría mucho con charlas que nos recuerden estos puntos tan importantes”

Consideran que los puestos gestores deben asumir la realidad de esta problemática existente que interfiere en la seguridad del cuidado a los niños y favoreces estrategias para la implantación de sistemas comunes que permitan una transferencia de calidad, realizada de forma verbal y apoyada en registros informáticos comunes y completos donde se recojan todo el conjunto de cuidados enfermeros.

4.6 Beneficios del uso de una transferencia estandarizada

De forma unánime, las enfermeras consideran que la implementación de la estandarización del proceso de transferencia estaría acompañada de ventajas para el paciente, agilizaría la práctica asistencial y para la profesión como disciplina autónoma. Al mismo tiempo, el poder acceder a los cuidados previos, se disminuiría el posible riesgo de fallos en la administración de medicación, de pruebas realizadas o de curas. No teniendo que dirigirse a los padres ante estas dudas, lo cual las enfermeras califican de poco profesional.

“...beneficiaría a la asistencia...todo lo que está protocolizado y estandarizado funciona mejor porque al final si tú trabajas con un protocolo hay menos fallos.”

DISCUSIÓN

A pesar de la literatura que evidencia que el uso de una transferencia estandarizada supone una mejora en la calidad y seguridad de la atención a los pacientes, su instauración como herramienta facilitadora de la práctica asistencial está siendo un reto para los puestos de gestión.

En el presente estudio, se recogen las percepciones descritas tanto del equipo de enfermería de la uci pediátrica como de los equipos enfermeros de los distintos servicios de hospitalización lo que es uno de los puntos fuertes del estudio y enriquece los resultados ya que permite una visión más global del tema, plasmando las ideas desde distintos prismas, permitiendo comparar las distintas percepciones.

Los datos obtenidos evidencian que las enfermeras del área pediátrica del Hospital Clínico Virgen de la Arrixaca consideran que existen deficiencias en la comunicación existente entre los distintos servicios de hospitalización. El discurso de todas las enfermeras está acorde con esta idea y plantean la necesidad de paliar este problema de traspaso de información entre los distintos niveles asistenciales. Estos hallazgos concuerdan con los resultados de la literatura encontrada (14,15).

Los datos de este estudio revelan una serie de barreras o dificultades encontradas en el momento de la transferencia que suponen verdaderos obstáculos para una continuidad de cuidados. Cabe destacar la falta de un registro informático común donde quede plasmado los datos más relevantes del niño, así como su evolutivo. En la actualidad, en los distintos niveles asistenciales conviven distintos programas informáticos que impiden el acceso de las enfermeras de hospitalización a todos los cuidados realizados en la UCI. Claramente esto dificulta el seguimiento del niño ingresado, así como la posibilidad de confirmar información referente a cuidados para evitar posibles fallos y asegurar una seguridad y calidad en la atención asistencial. Es un verdadero desafío y todas las enfermeras exigen una solución a este problema. Además, ponen de manifiesto, de forma general, que el recurso informático disponible para tal fin es incompleto y no se considera que tenga utilidad por lo que no se utiliza de forma generalizada sino más bien con la idea de cumplir objetivos de los puestos gestores.

Se destaca que no todas las enfermeras lo conocen por lo que su uso no está estandarizado y, al percibirse como una carga extra de poca utilidad, no sirve como instrumento facilitador de la práctica asistencial.

A pesar de que, en general, las enfermeras entrevistadas ven de forma muy positiva la realización de una regulación estandarizada para la transferencia de los pacientes y expresan sentimientos de motivación para la mejora de la práctica asistencial, conociendo los beneficios tanto para el colectivo enfermero, la práctica asistencial y hacia el propio paciente, coinciden en que existen diferentes dificultades a la hora de poder implantarlo de forma eficiente. El uso real estandarizado del proceso de transferencia supondría un elemento para aclarar la competencia profesional específica de enfermería sirviendo como método para validar nuestro trabajo. Las barreras manifestadas por las enfermeras de nuestro estudio encajan con las planteadas en otros estudios (16-18). Todos señalan las dificultades con el sistema informático, así como la planificación del momento, las cargas de trabajo, la experiencia de los profesionales implicados y la falta de una guía que establezca el contenido fundamental. Los datos obtenidos en este estudio fueron comparados con estudios realizados en adultos en su mayoría porque son escasos los estudios encontrados de esta índole en pediatría.

Continuando con las dificultades descritas, las enfermeras entrevistadas, al igual que las que participaron en un estudio realizado por Madeleine Powell et al (17), llegan a la conclusión de que otro hándicap añadido al registro informático es el momento

idóneo para la realización de la transferencia. Se precisa una planificación adecuada por parte de los profesionales sanitarios que tienen un papel en ella.

Tras un relevo verbal, acompañado por un registro informático incompleto cuyo uso no está estandarizado, las enfermeras de hospitalización sólo tienen como armas para asegurar la continuidad de los cuidados, lo que ellas definen como “buscarse la vida”. Se ven dirigidas a acudir al informe de alta médico que no incluye los cuidados enfermeros realizados o a preguntar a los padres, lo califican de poco profesional. Por esta razón, se debería profundizar en la posibilidad de realizar informes de alta enfermeros con el fin de asegurar una comunicación entre profesionales de calidad. Estos informes deben adaptarse a la práctica clínica, valorándose la realización de modificaciones prácticas orientadas por las propias enfermeras para la facilitación de su uso.

Además, estos informes de alta enfermera también resolverían otros problemas destacados entre todas las profesionales enfermeras que es la idea del contenido de los datos, qué es lo que hay de decir, problemática ya descrita por James S et al (37), cuyos resultados describen que las enfermeras sabían qué decir.

Coincidimos con otros estudios (22) que los puestos de gestión deberían revisar los motivos por los que los profesionales enfermeros consideran que la transferencia pediátrica es deficiente. Deberían plantearse no sólo objetivos cuantitativos sino también cualitativos porque la sensación que invade a los enfermeros de tarea de clicar sin otra finalidad no ayuda a la motivación de la realización de este.

Las estrategias de implantación propuestas por las propias enfermeras son, en primer lugar, la formación: todas están de acuerdo en esta idea, la necesidad de una formación real, adecuada, práctica y continuada sobre la planificación de la transferencia del paciente y el uso de un registro común con unos ítems estandarizados, al igual que los descritos en las conclusiones de un otros estudios (15, 17).

Por parte de los puestos de supervisión piden compromiso, que se involucren en que las enfermeras estén formadas y en que se lleven a cabo, si es preciso con obligatoriedad, con complementos por objetivos o remuneración económica. Es imprescindible para la profesión enfermera que se encuentren las soluciones oportunas al problema que conlleva la realización de una transferencia de baja calidad como ya se evidencia en otros estudios (37). Es preciso tener un buen sistema de registro que permita unos registros adecuados y que tanto los enfermeros como la gestión pongan todo de su parte y se comprometan a solucionar este asunto.

Cabe resaltar que el tándem niño-padres no haya sido mencionado por las enfermeras entrevistadas, no expresando ningún pensamiento referente a la ansiedad generada en los padres al encontrarse en un servicio nuevo con una desescalada de prestación de cuidados. Sería interesante explorar más en esta dirección y conocer cómo los padres de los niños viven estos momentos.

5.1 Futuras líneas de investigación

Tras los resultados obtenidos en esta investigación, se abren nuevas líneas de investigación:

- Conocer cuál es la percepción de los puestos de gestión intermedios y altos con respecto a este tema.
- Realizar un protocolo para la transferencia de estos pacientes y valorar su uso posteriormente.
- Conocer la percepción de los enfermos y/o la de sus padres tras la transferencia.
- Conocer cuál es la percepción de los alumnos de grado de enfermería con respecto al uso de la metodología enfermera.

- Realizar este estudio de forma multicéntrica para poner en común puntos fuertes y débiles en relación con otros hospitales y entre todos estudiar un proyecto de implantación más idóneo.

5.2 Limitaciones del estudio

Este estudio tiene varias limitaciones entre las que se encuentran:

- Es un tema con no muy buena propaganda por lo que resultó bastante dificultoso realizar las entrevistas.
- Además, el tema puede generar cierta controversia con los puestos superiores y supuso una barrera en ciertas entrevistas alcanzar algunos puntos de la información que se buscaba. Tras 21 entrevistas no se aportaron nuevos datos relevantes, pero ciertamente debido a la poca experiencia de la investigadora faltarían temas que abordar.
- No se pudieron realizar grupos de discusión porque en la hospitalización pediátrica los enfermeros se conocen entre sí, por lo que se optó por entrevistas individuales, pero aun así y a pesar de la privacidad, las compañeras comentaban sus entrevistas, lo que pudo hacer que ciertas respuestas estuvieran influenciadas por otras.
- La mayoría de las comparaciones realizadas son con investigaciones en adultos. Se precisa más estudios en esta línea y concretamente en el ámbito pediátrico.

CONCLUSIONES

Las enfermeras califican la transferencia realizada entre los distintos niveles asistenciales como deficiente. Refieren tener una actitud positiva ante la implantación de protocolos que sirvan como guía para solventar los problemas de comunicación que existen.

La barrera más importante es el uso de programas informáticos de registro distintos que se traduce en la falta de un sistema de registro común donde se recogen los datos pertinentes del paciente que se va de alta e ingresa en otro servicio. Los relevos dependen de la variabilidad del personal enfermero, no existiendo una sistemática conocida y ejecutada por todos los profesionales. Existe un registro con este fin que se evalúa como poco útil, perdiendo su finalidad y que en la mayoría de los casos no es utilizado, valorándose como no práctico para la actividad asistencial.

Esta situación genera un déficit en la comunicación entre los profesionales enfermeros y surge la necesidad de elaborar un informe de alta enfermero que recoja los cuidados propios de la profesión y que sirva como apoyo durante la transferencia verbal. De esta forma aseguramos una atención segura y de calidad a los niños. Es preciso, además, pactar el momento de la transferencia para que esta se pueda realizar de la forma más eficaz, implicando a los enfermeros responsables.

Las enfermeras de los distintos servicios proponen realizar reuniones para definir la información relevante que se precisa dar en el relevo y así poder llevar a cabo un sistema estandarizado de transferencia que cumpla con las necesidades de los distintos servicios. La transferencia es un momento crítico en la seguridad de los niños, por lo que es importante que la gestión lleve a cabo políticas para facilitar su implantación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martín MC, Cabré L, Ruiz J, Blanch L, Blanco J, Castillo F, et al. Indicadores de calidad en el paciente crítico. Med Intensiva. 2008; 32: 23-32

2. Chrusch CA, Olafson KP, McMillan PM, Roberts DE, Gray PR. High occupancy increases the risk of early death or readmission after transfer from intensive care. *Critic Care Med.* 2009; 37: 2753-8
3. Ludin SM, Arbon P, Parker S. Patients' transition in the intensive care units: Concept analysis. *Intensive and Critical Care Nursing.* 2013; 29: 187-192.
4. Chaboyer W, James H, Kendall M. Transitional care after the intensive care unit: current trends and future directions. *Crit Care Nurs.* 2005; 25: 16-28
5. Bergs J, Lambrechts F, Mulleneers I, Lenaerts K, Hauquier C, Proesmans G, et al. A tailored intervention to improving the quality of intrahospital nursing handover. *Int Emerg Nurs.* 2018; 36: 7-15
6. Elliot M, Page K, Worrall-Carter L. Factors associated with post-intensive care unit adverse events: a clinical validation study. *Nurs Crit Care.* 2014; 19: 228-35
7. Elliot M, Worrall-Carter L, Page K. Factors contributing to adverse events after ICU discharge: a survey of liaison nurses. *Aust Crit Care.* 2013; 26: 76-80
8. Bunkenborg G, Bitsch Hansen T, Hølge-Hazelton B. Handing over patients from the ICU to the general ward: a focused ethnographical study of nurses' communication practice. *J Adv Nurs.* 2017; 73: 3090-101
9. Graan SM, Botti M, Wood B, Redley B. Nursing handover from ICU to cardiac ward: standardised tools to reduce safety risks. *Aust Crit Care.* 2016; 29: 165-71
10. Martin MC, Cabré L, Ruiz J, Blanch L, Blanco J, Castillo F, et al. Indicadores de calidad en el paciente crítico. *Med Intensiva.* 2008; 32: 23-32
11. Chrusch CA, Olafson KP, McMillan PM, Roberts DE, Gray PR. High occupancy increases the risk of early death or readmission after transfer from intensive care. *Critic Care Med.* 2009; 37: 2753-8
12. Chaboyer W, James H, Kendall M. Transitional care after the intensive care unit: current trends and future directions. *Crit Care Nurs.* 2005; 25: 16-28
13. Häggström M, Asplund K, Kristiansen L. How can nurses facilitate patient's transitions from intensive care? *Intensive Crit Care Nurs.* 2012; 28: 224-33
14. Vázquez Calatayud M, Portillo MC. El proceso de transición de la unidad de cuidados intensivos al área de hospitalización: una revisión bibliográfica. *Enferm Intensiva.* 2013; 24: 72-88
15. James S, Quirke S, McBride-Henry K. Staff perception of patient discharge from ICU to ward-based care: Discharge from ICU. *Nurs Crit Care.* 2013; 18 :297-306
16. Enger R, Andershed B. Nurses' experience of the transfer of ICU patients to general wards: A great responsibility and a huge challenge. *J Clin Nurs.* 2018; 27: 186-94
17. Powell M, Brown D, Davis C, Walsham J, Calleja P, Nielsen S, et al. Handover practices of nurses transferring trauma patients from intensive care units to the ward: A multimethod observational study. *Aust Crit Care.* 2020; 33: 538-45
18. Foronda C, VanGraafeiland B, Quon R, Davidson P. Handover and transport of critically ill children: an integrative review. *Int J Nurs Stud.* 2016; 62: 207-25
19. Ceriani Cernadas JM. La comunicación en los equipos de atención médica: un desafío esencial para mejorar la seguridad del paciente. *Arch Argent Pediatr.* 2014; 112: 114-5
20. Hilligoss B, Cohen MD. The unappreciated challenges of between-unit handoffs: negotiating and coordinating across boundaries. *Ann Emerg Med* 2013; 61: 155-60

21. Stelfox HT, Bastos J, Niven DJ, Bagshaw SD, Turin TC, Gao S. Critical care transition programs and the risk of readmission or death after discharge from ICU. *Intensive Care Medicine*. 2016; 42: 401-410
22. Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM., Busse R, Mckee M, Tishelman C. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal*. 2012; 344: 17-24
23. Van Sluisveld N, Hesselink G, Van der Hoeven GJ, Westert G, Wollersheim H, Zegers M. Improving clinical handover between intensive care unit and general ward professionals at intensive care unit discharge. *Intensive Care Medicine*. 2015; 41: 589-604
24. Anderson J, Malone L, Shanahan K, Manning J. Nursing bedside clinical handover: an integrated review of issues and tools. *J Clin Nurs*. 2015; 24: 662-71
25. Pena MM, Melleiro MM, Braga AT, et al. Use of the sbar tool in patient handover: a strategy for effective communication. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*. 2021; 11: 31-42
26. Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B, et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quantity*. 2018; 52(4): 1893-907
27. Müller M, Jürgens J, Redaelli M, Klingberg K, et al. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ Open*. 2018; 8(8): e022202
28. Cognet S, Coyer F. Discharge practices for the intensive care patient: a qualitative exploration in the general ward setting. *Intensive Crit Care Nurs*. 2014; 30: 292-300
29. Camire E, Moyon E, Stelfox HT. Medication errors in critical care: risk factors, prevention and disclosure. *CMAJ*. 2009; 180: 936-43
30. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007; 6: 349-357
31. . Zarco Colón, J. Ramasco Gutiérrez, M. y Pedraz Marcos, A. Investigación cualitativa en salud. Madrid, CIS - Centro de Investigaciones Sociológicas. 2019
32. Ossó AB. Escuchar, observar, comprender. Recuperando la narrativa cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol. 2014
33. Cruz MB. Importancia de la investigación cualitativa en salud pública. *Boletín informativo CEI*, 4. 2017
34. Vallés M. Entrevistas cualitativas. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas. 2ª Edición. 2014
35. Blanco M. El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure Investigación*, 4. 2007
36. Calderón C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud. *Revista Española de Salud Pública*, 76. 2002
37. James S, Quirke S, McBride-Henry K. Staff perception of patient discharge from ICU to ward-based care. *Nurs Crit Care*. 2013; 18: 297-306