



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA

Transferencia segura de pacientes y mejora de la comunicación en distintos entornos asistenciales

Pedro J. Alcalá Minagorre^{a,*}, Araceli Domingo Garau^b,
María José Salmerón Fernández^c, Cristina Casado Reina^d, Pilar Díaz Pernas^e,
Ángel Antonio Hernández Borges^f y Belén Rodríguez Marrodán^g, en representación del
Comité de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente de la Asociación Española de
Pediatría

^a Unidad de Pediatría Interna Hospitalaria, Hospital General Universitario Dr Balmis, Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), Alicante, España

^b Servicio de Urgencias de Pediatría, Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España

^c Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

^d Unidad de Farmacia de Atención Primaria, Dirección Asistencial Norte de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España

^e Centro de Salud Rosa Luxemburgo, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

^f Unidad de Neonatología, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Tenerife, España

^g Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España

Recibido el 21 de mayo de 2023; aceptado el 3 de julio de 2023

PALABRAS CLAVE

Transferencia de
pacientes;
Traspaso de cuidados;
Eventos adversos;
Seguridad del
paciente;
Atención pediátrica

Resumen El manejo deficiente de información, en especial durante la transferencia o el traspaso de cuidados, contribuye en gran parte de los eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria. El Comité de Calidad Asistencial y Seguridad en el Paciente de la Asociación Española de Pediatría ha confeccionado este documento para ofrecer una aproximación a los procesos de transferencia en distintos ámbitos asistenciales pediátricos: urgencias-emergencias, hospitalización, cuidados intensivos, neonatología y atención primaria. Se describen recursos para lograr una comunicación segura y efectiva en todos estos ámbitos, empleando, entre otros métodos, herramientas estandarizadas de transferencia. Se proponen también recomendaciones para la prevención de errores de medicación durante los procesos de transferencia, la mejora de seguridad durante los traslados y derivaciones entre ámbitos, y también para un mejor traspaso de información asistencial en los niños y adolescentes con enfermedades crónicas y complejidad asistencial.

© 2023 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alcala.ped@gva.es (P.J. Alcalá Minagorre).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2023.07.001>

1695-4033/© 2023 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Patient handoff;
Patient handover;
Adverse events;
Patient safety;
Paediatric care

Safe handoff practices and improvement of communication in different paediatric settings

Abstract Inadequate information management, especially during patient handoff, contributes to a large part of health care-related adverse events. The Committee for Quality of Care and Patient Safety of the Asociación Española de Pediatría has developed this document to provide an overview of handover practices in different paediatric care settings (emergency, inpatient, intensive care, neonatal and primary care). It describes resources to achieve safe and effective communication in all these settings, such as standardized handoff tools. It also proposes recommendations for the prevention of medication errors during the handover process, to improve safety in interhospital and intrahospital patient transfer, and to optimize communication and continuity of care in chronically ill and medically complex children.

© 2023 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Los fallos u omisiones en el manejo de información durante la atención sanitaria suponen una amenaza para la seguridad del paciente¹, y han sido señalados como responsables de más del 70% de los eventos adversos en el entorno sanitario².

Las habilidades para lograr una comunicación segura en la asistencia sanitaria no se enseñan, mejoran o entrenan de forma reglada en los planes de estudios, programas de especialización ni en la formación continuada³. En contraste, en la aviación civil se han desarrollado guías de prácticas obligatorias y sistematizadas para las comunicaciones en el tráfico aéreo⁴, englobadas en una cultura global de mejora de la seguridad aérea, con excelentes resultados⁵.

Existen particularidades en el ámbito pediátrico que facilitan este tipo de errores. Uno de ellos es la propia edad de los pacientes, que les impide con frecuencia participar en el manejo de información de su problema de salud. También la existencia de varios cuidadores, en ocasiones descoordinados, la creciente complejidad médica de muchos pacientes, o las situaciones de alta presión asistencial, que incrementan el flujo de información entre profesionales de distintos ámbitos.

El Comité de Calidad Asistencial y Seguridad en el Paciente de la Asociación Española de Pediatría pretende con este documento ofrecer a los pediatras una aproximación a los problemas específicos de sus entornos asistenciales, así como herramientas para lograr una comunicación eficaz y segura para la atención sanitaria.

Transferencia de pacientes. Concepto y situaciones en la práctica clínica

El término transferencia, *-handoff* o *handover* en inglés-, corresponde al traspaso de responsabilidad de cuidados de un paciente entre profesionales sanitarios, a través de la transmisión efectiva de toda la información necesaria

sobre salud, diagnósticos vigentes, necesidades y objetivos terapéuticos. Su propósito es mantener la continuidad asistencial y garantizar la seguridad del paciente durante la transición de cuidados entre todos los implicados.

La transferencia de pacientes se considera un momento especialmente crítico para que se produzcan los errores de transmisión de información. Abarcan un gran número de actos cotidianos, pero de crucial importancia para la seguridad, entre ellos:

- Derivación entre diferentes ámbitos.
- Relevos asistenciales.
- Traslados dentro del propio hospital o entre distintos centros.
- Solicitud de valoración o cambios de servicio.
- Alta hospitalaria a domicilio o traslado a una unidad de hospitalización domiciliaria.
- Cambios inesperados en la evolución que impliquen la actuación de otros profesionales.

Los intercambios de información durante la transferencia pueden realizarse con distintos formatos, en ocasiones combinados: verbal (presencial, telefónica, videoconferencia), o mediante soporte escrito. Durante la transferencia verbal, el traspaso se ha de realizar preferentemente de forma directa entre los interlocutores implicados. En algunas ocasiones se realiza una práctica no recomendada, denominada transferencia delegada, en la que participa un intermediario que posteriormente transmite esta información a otro profesional ausente en el momento del traspaso, sin que se haya producido la necesaria interacción entre los responsables asistenciales.

Los datos de eventos adversos y la observación de la práctica muestran que la transmisión de la información puede resultar defectuosa y su práctica mejorable, con errores de distinta índole (tabla 1). Existen varios factores causantes o contribuyentes a la falta de seguridad y calidad de la comunicación relacionados con la organización, las dinámicas y procesos, así como con los profesionales (tabla 2).

Tabla 1 Incidentes de seguridad o situaciones de riesgo relacionados con un deficiente manejo de información entre profesionales o de estos con los pacientes y cuidadores

- Asignación errónea de procedimientos diagnósticos y terapéuticos
- Retraso o errores en la comunicación de resultados de pruebas complementarias relevantes
- Omisión de información esencial, o transmisión errónea de información, con daño directo, repetición de pruebas o técnicas innecesarias
- Problemas de monitorización: falta de revisión de un tratamiento, supervisión de pruebas diagnósticas u otros datos clínicos
- Errores de conciliación: discrepancias no justificadas entre los medicamentos vigentes y previos
- Discordancias en el plan de cuidados

Iniciativas de mejora y herramientas específicas para la transferencia de pacientes

Para hacer frente a los problemas de seguridad durante la transferencia de pacientes se han propuesto diferentes medidas aplicables a todos los ámbitos:

1. Aumentar las competencias de comunicación de los profesionales. Organizaciones médicas y sociedades científicas han propuesto que dicha capacitación

constituya un requisito formativo, incluyendo el aprendizaje mediante simulación.

2. Promover la participación del paciente, su familia y otros cuidadores, mediante una buena comunicación bidireccional con los profesionales sanitarios. Prácticas como la transferencia a pie de cama durante los relevos asistenciales en hospitalización y urgencias aportan información visual relevante para los profesionales, permiten la clarificación de dudas in situ, además de brindar a pacientes y cuidadores la oportunidad de ser partícipes en los cuidados. De esta forma, también se fomenta la atención centrada en el paciente y la humanización de la asistencia.
3. Favorecer la notificación de eventos adversos e incidentes relacionados con errores en la transmisión de información.
4. Implementar el uso de herramientas específicas para el traspaso de cuidados entre los profesionales implicados.

Estas herramientas son modelos normalizados de transferencia, que aplican listas de verificación de contenidos para el manejo estructurado y homogéneo de la información esencial, e impedir así la omisión de datos críticos. Se persigue crear así un modelo mental compartido, para que la información sea transferida con una estructura objetiva, completa y ordenada.

Existe un número creciente de estos métodos estandarizados, validados y de marcada utilidad⁶⁻⁹ (tabla 3). La mayoría de estas herramientas emplean acrónimos formados con las iniciales de los contenidos críticos de la secuencia de información, como ayuda mnemotécnica. En la figura 1 se

Tabla 2 Factores que predisponen a errores en el manejo de información y comunicación deficiente en el ámbito sanitario

Relativos a la organización	<ul style="list-style-type: none">• Cultura de seguridad no desarrollada en la institución y sus profesionales• Sistemas jerárquicos intimidatorios o enmascaradores de deficiencias o eventos adversos• Falta de tiempo específico y espacios adecuados para la realización de relevos o trasposos de cuidados
Relacionados con los profesionales	<ul style="list-style-type: none">• Falta de formación en habilidades de comunicación efectiva y segura en el ámbito sanitario• Ausencia de conciencia de riesgo
Relacionados con los sistemas de información y documentación clínica	<ul style="list-style-type: none">• Múltiples soportes de historia clínica electrónica, diferentes entre ámbitos, incompatibles y/o inaccesibles• Falta de actualización de informes
Relacionados con las dinámicas de trabajo	<ul style="list-style-type: none">• Falta de normalización de los procesos de transferencia• Selección deficiente de la información a comunicar: incompleta, excesiva o irrelevante• Cargas de trabajo excesivas, simultaneidad de tareas, complejidad asistencial• Distracciones o interrupciones durante los trasposos• Diferencias en las prioridades entre los profesionales implicados
Relativos a la asistencia	<ul style="list-style-type: none">• Fragmentación asistencial, múltiples especialistas en distintos centros• Diversos tratamientos y cambios frecuentes de las pautas, no comunicadas entre profesionales o familiares/cuidadores• Conciliación inadecuada, discrepancias no justificadas en el tratamiento durante la transferencia• Ausencia de un referente o coordinador asistencial
Relacionados con el entorno de cuidados	<ul style="list-style-type: none">• Deficiente comunicación, no inclusión de los cuidadores o pacientes en el plan de cuidados• Presencia de varios cuidadores domiciliarios, con diferente conocimiento de la enfermedad, o descoordinados entre sí• Problemas idiomáticos o culturales de los cuidadores/familiares

Tabla 3 Herramientas destacadas para la transferencia de pacientes

Denominación y apartados incluidos	Comentarios
SBAR <i>(Situation, Background, Assesment, Recommendation)</i> (Situación, Antecedentes, Evaluación, Recomendaciones)	Desarrollada por la armada de EE. UU., se ha ido adaptando con gran difusión al ámbito sanitario. Recomendada por la Joint Comission International en 2007. Puede tener limitaciones en algunas situaciones, como los pacientes crónicos complejos
iSoBAR <i>(Identify, Situation, Observation, Background, Agreed plan, Read back)</i> (Identificación, Situación, Observaciones, Antecedentes, Plan acordado, Verificación de la eficacia de la transferencia)	Modificación australiana del SBAR, con datos esenciales complementarios de relevancia asistencial
I-PASS <i>(Illness severity, Patient summary, Action list, Situation awareness and contingency planning, Synthesis by receiver)</i> (Gravedad de la enfermedad, Resumen del paciente, Acciones requeridas, Situación y plan de contingencia, Síntesis por el receptor)	Desarrollado a partir de una colaboración multicéntrica de 10 grandes instituciones pediátricas de EE. UU.
IDEAS Identificación, Diagnóstico, Estado, Actuaciones, Signos y síntomas de alarma	Método estandarizado para la transmisión de información a través de cinco puntos para garantizar un conjunto mínimo de datos. Indicada para la transferencia entre distintos servicios o unidades asistenciales

muestra, mediante dos supuestos clínicos, la estructura de contenidos incluidos en cada uno de los ítems de dos de los métodos más empleados en nuestro entorno, SBAR e IDEAS. Todas estas herramientas, en función de los distintos contextos asistenciales, pueden requerir adaptaciones según la cantidad y complejidad de la información relevante, así como del número de profesionales implicados en el proceso.

Estos sistemas emplean diversos soportes (oral, escrito papel, dispositivos electrónicos...). La información contenida en cualquier proceso de transferencia, incluida la que se realiza de forma verbal, debe quedar reflejada en la historia clínica, el registro médico insustituible de la actividad asistencial.

La implementación del uso de estas herramientas, combinadas con otras intervenciones, ha mostrado una mejora de la seguridad de las transferencias, con una reducción del 23% de errores y un 30% de eventos adversos prevenibles¹⁰. La estandarización de los procesos de transferencia con la inclusión de estas herramientas se acompaña de una percepción de mayor satisfacción y sensación de control por parte de los profesionales y la seguridad de los pacientes, así como de la reducción del tiempo requerido en el traspaso de información en los relevos asistenciales¹¹.

La mera difusión de las herramientas de transferencia no garantiza la mejora de la comunicación entre profesionales y usuarios durante los procesos de transferencia. Su implantación debe acompañarse de cambios organizativos en las dinámicas de trabajo, la formación de los profesionales y el entrenamiento de los equipos asistenciales mediante actividades formativas de alto rendimiento (como talleres prácticos y ejercicios de simulación in situ).

Transferencia de pacientes y manejo de información en ámbitos asistenciales específicos

Urgencias pediátricas

En este ámbito, la transferencia de información se produce en un escenario de gran actividad y riesgo de incidentes de seguridad relacionados con el manejo de la información. Entre los factores favorecedores se encuentran: la comunicación desestructurada, la saturación de las unidades, las dificultades para el acceso a la información, resultados o interconsultas pendientes, múltiples cambios en las terapias y de los profesionales responsables, o la dificultad para derivar pacientes a otros ámbitos hospitalarios¹².

Las intervenciones de mejora de la comunicación deben integrar todas las fases de la atención urgente y emergente: asistencia prehospitalaria, transporte, llegada a urgencias, cambios de turno, consulta con especialistas, ingreso, derivación a otros centros especializados o alta domiciliaria. En todas estas transferencias, se han de establecer estrategias específicas de normalización dependiendo de: integrantes, lugar (centralizado o a pie de cama), soporte, herramientas a emplear (listas de verificación propias o sistemas estandarizados) y los ítems relevantes a transmitir¹³. En este entorno, además del uso de herramientas de transferencia, se recomienda un modelo estructurado de comunicación bidireccional de ida y vuelta, con formato «bucle cerrado»¹⁴ (fig. 2).



Figura 1 Ejemplo en dos supuestos clínicos del uso de herramientas de transferencia: A) método SBAR en un relevo asistencial en observación de la unidad de urgencias y B) método IDEAS en una derivación telefónica desde el Centro de Salud a urgencias hospitalarias. IDEAS: Identificación, Diagnóstico, Estado, Actuaciones, Signos y Síntomas de alarma. SBAR: Situation/situación, Background/antecedentes, Assessment/evaluación, Recommendation/recomendaciones.

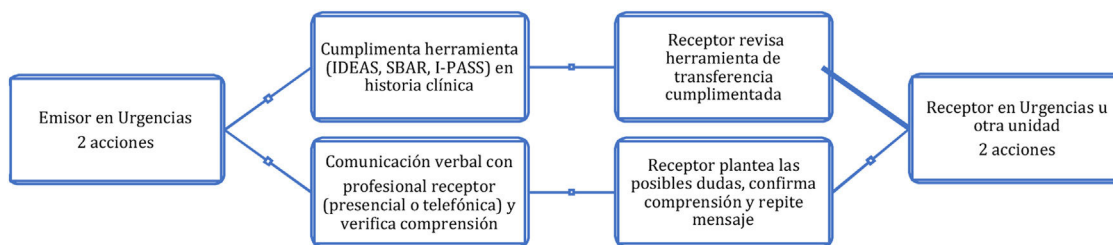


Figura 2 Esquema de transferencia de información en urgencias pediátricas, mediante combinación de sistema de transferencia escrito y estrategia bucle cerrado en la comunicación verbal.

Tabla 4 Recomendaciones para la prevención de distracciones e interrupciones en el medio hospitalario

- Localizar las fuentes de distracción e interrupción habituales
- Identificar las tareas de alto riesgo, para minimizar potenciales interrupciones y distracciones durante su realización
- Evitar la realización de tareas simultáneas que impliquen a varios pacientes
- Colaborar en crear un ambiente de trabajo ordenado y silencioso
- Uso de listados de verificación durante los procesos complejos, y herramientas específicas de transferencia (I-PASS, SBAR; IDEAS) durante los traspasos de cuidados
- Realizar una doble comprobación de aquellos procesos de alto riesgo de error
- Evitar comentarios irrelevantes durante la realización de las tareas complejas
- Notificar los errores causados por las distracciones para evitar repetirlos
- Desconectar dispositivos móviles o usar el modo silencioso durante la jornada laboral, o al menos en las situaciones que requieren una mayor concentración
- Intensificar el seguimiento de todas estas medidas durante situaciones de gran presión asistencial

Adaptado de decálogo SEPIH (Sociedad Española de Pediatría Interna Hospitalaria)¹⁷.

Hospitalización pediátrica

Cualquier ingreso hospitalario implica la comunicación de un importante volumen de datos, muchas veces cambiantes, entre múltiples profesionales que participan en la atención de otros pacientes y en sucesivos turnos. Para garantizar la seguridad y calidad asistencial en este entorno, se han de estandarizar las prácticas de transferencia e integrarlas en las rutinas de trabajo de los diferentes servicios hospitalarios¹⁵. En ocasiones se requerirá la adaptación de las herramientas estandarizadas de transferencia a los entornos específicos¹⁶, con formatos y contenidos que respondan a distintas necesidades de las especialidades hospitalarias, complejidad asistencial y nivel de experiencia de los participantes.

También se ha destacado la importancia de favorecer condiciones propicias en los centros hospitalarios para que el proceso de transmisión de información se lleve a cabo sin distracciones ni interrupciones¹⁷ (tabla 4).

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos

La complejidad asistencial de los pacientes atendidos en estas unidades incrementa el riesgo de deficiencias en el traspaso de información. Por este motivo se recomienda la aplicación de sistemas estandarizados, como el SBAR (tabla 3), el más analizado en este entorno¹⁸.

Cada unidad debería adaptar los procesos de transferencia a su situación específica y a los objetivos del traspaso, según se realice por relevos asistenciales o el traslado a otra unidad por alta o la necesidad de ser sometido a un procedimiento^{19,20}. En los traslados postoperatorios²¹ de elevada complejidad es fundamental la agilidad y coordinación del equipo multidisciplinar, con un intercambio de información preciso y pertinente verificado por una lista de verificación que evite la omisión de datos críticos²² (fig. 3).

Neonatología

La comunicación entre profesionales y los procesos de transferencia representan un alto porcentaje de la actividad asistencial neonatal²³. Además, en este ámbito surge la necesidad de integrar la información materna con la del recién nacido y la participación fundamental de otros profesionales (obstetras, matronas)²⁴, lo que incrementa la complejidad del manejo de información y el riesgo de errores. Esto afecta también a la atención del recién nacido sano en la maternidad y en la derivación a atención primaria u otras especialidades para seguimiento. Como en otros ámbitos asistenciales, el riesgo de errores durante la transferencia se incrementa con la complejidad asistencial, y en los pacientes en cuyo cuidado participan varias disciplinas, como los pacientes con patología quirúrgica neonatal.

Como elementos de mejora en este ámbito se ha propuesto la integración del sistema de información materno-neonatal, protocolos de derivación compartidos, informes de alta estandarizados, ciclos PDCA (planificar [plan], hacer [do], verificar [check] y actuar [act]) apoyados en la simulación clínica, o el empleo de herramientas estandarizadas específicas²⁵.

Atención primaria

Pese a que los actos que implican la transferencia de pacientes son habituales en la práctica asistencial de atención primaria (tabla 5), el número de estudios que evalúan estos procesos es reducido en este ámbito²⁶.



1. Cirujano.

- Informar al equipo de UCIP sobre la indicación quirúrgica y el curso de la cirugía.
- Establecer los objetivos postoperatorios.

4. Enfermera UCIP.

- Participar en la conversación sobre el curso postoperatorio esperado del paciente.
- Ejecutar el plan postoperatorio.



- Invitar y responder a las preguntas del equipo de UCIP.

2. Anestesiista.

- Informar al equipo de UCIP sobre el curso anestésico y los eventos intraoperatorios.
- Proporcionar los conocimientos clave para el manejo de las vía aérea, la ventilación y la estabilidad cardiovascular.



- Identificar precozmente las complicaciones en la evolución del paciente.

3. Pediatra UCIP.

- Dirigir la conversación sobre el curso postoperatorio esperado.
- Realizar las prescripciones médicas en función a los antecedentes del paciente y el procedimiento quirúrgico.



- Invitar y responder a las preguntas del equipo de UCIP.

- Garantizar la continuidad del plan de atención después de la cirugía.



Figura 3 Profesionales que intervienen en la transferencia de pacientes entre quirófano y UCIP. Adaptado de Lane-Fall et al. Figuras «diseñadas por macrovector/Freepik».

Tabla 5 Situaciones más habituales de transferencia de pacientes en atención primaria

- Entre pediatras: cambios de turno, pacientes compartidos
- Con enfermería que atiende a población pediátrica: actualización calendarios vacunales, programas de niños sano, problemática social o familiar
- Con médicos de familia que reciben al paciente adolescente
- Con trabajadores sociales
- Derivación a consultas de especialistas o urgencias
- Altas de visitas a urgencias u hospitalización: pruebas complementarias pendientes, cambios en el tratamiento
- Atención conjunta de pacientes crónicos

Las circunstancias en las que se desarrolla la asistencia incrementan el riesgo de errores de manejo de información clínica, y condicionan la necesidad de elementos propios de mejora. La elevada carga de trabajo y la saturación de las consultas obligan a enfatizar las tareas pendientes y los cambios de medicación, tanto en los trasposos en este entorno como durante la interacción con otros ámbitos.

También se deben adoptar medidas de traspaso efectivo y seguro de toda la información durante la transición programada de pacientes adolescentes a los profesionales referentes de medicina familiar y comunitaria²⁷. En el caso de pacientes con problemas crónicos de salud²⁸ se recomienda realizar una «transferencia cálida» (warm hand off) entre los equipos pediátricos y los de adultos, con la presencia del paciente y cuidadores²⁹. Este proceso de transición no se ajusta a las escalas habituales de transferencia de información. No se trata de un acto puntual, sino que requiere de una adecuada anticipación y planificación, desarrollada por un equipo multidisciplinar formado y entrenado en los cuidados de adolescentes. Las familias y pacientes, en especial si presentan necesidades especiales de salud, requerirán de un acompañamiento para su integración en el entorno asistencial adulto, confirmando la seguridad y continuidad asistencial durante todo el proceso de transición.

Transferencia entre ámbitos, traslados intra- e interhospitalarios

La continuidad asistencial implica la derivación de pacientes entre distintos ámbitos y profesionales, con prioridades y patrones de trabajo desiguales entre equipos emisores y receptores³⁰. Este tipo de transferencias son considerados momentos críticos, que precisan de un manejo detallado de la información clínica.

La transferencia comunicativa es una de las fases más relevantes del transporte neonatal y pediátrico, dada la situación de gravedad de la mayoría de los pacientes. Los responsables asistenciales deben realizar un esfuerzo de verificación y resumen de la información clínica relevante, de capital importancia en pacientes críticos o con complejidad asistencial. Aunque el método tradicional, el informe de derivación en la historia clínica sigue vigente, se debe completar este proceso de transferencia con las herramientas

estandarizadas, con soporte escrito y verbal, que permita preguntas y clarificar la comprensión de la información³¹.

Medicamentos, prevención errores medicación

Las transferencias de pacientes son una importante fuente de generación de errores de medicación (EM), causados fundamentalmente por fallos en la comunicación entre los profesionales sanitarios o entre estos y los pacientes o cuidadores^{32,33}. La mayor vulnerabilidad y riesgo de error de los pacientes pediátricos obligan a adoptar estrategias de prevención en cualquier traspaso de cuidados.

Durante los procesos de transferencia las prescripciones tienen que expresarse siguiendo las guías de buena práctica³⁴⁻³⁶, con indicación expresa de los cambios, garantizando una correcta conciliación de la medicación y así evitar discrepancias no justificadas. Entre estas recomendaciones se encuentran:

1. Indicar para cada medicamento: principio activo, dosis, frecuencia, vía de administración y duración, así como la última dosis administrada.
2. Expresar la dosis en unidades de masa o unidades internacionales, en vez de volumen o forma farmacéutica (p. ej. ampolla).
3. Para medicamentos líquidos orales a administrar por los cuidadores, se especificará complementariamente la dosis por toma en volumen, expresándose en ml o con la abreviatura mL (nunca con «cc»).
4. Incluir el peso del niño y en caso de insuficiencia renal, el filtrado glomerular.
5. Verificar que están reflejadas las alergias a fármacos.
6. Revisar si está tomando otros productos con actividad farmacológica (homeopatía, fitoterapia...) y comprobar posibles interacciones.
7. Dejar constancia de los cambios realizados.
8. Realizar el proceso de conciliación de la medicación. Este proceso consiste en obtener la lista completa de la medicación previa, compararla con la prescripción activa, y analizar y resolver las discrepancias no justificadas.
9. Ante la necesidad de administración domiciliaria, se proporcionará a los cuidadores la información y el asesoramiento adecuado, tanto de forma oral como escrita (hoja de medicación actualizada), verificando la comprensión.

Poblaciones especiales, cronicidad y complejidad médica

Los niños con enfermedades crónicas, y en especial con complejidad médica, presentan un mayor número de eventos adversos por manejo deficiente de la información clínica³⁷. Este riesgo se incrementa durante la transferencia de cuidados entre ámbitos, o con los propios cuidadores en su domicilio, muchas veces medicalizado.

Entre las iniciativas específicas de mejora se encuentran los planes individuales de cuidados, actualizados con la información esencial y estructura normalizada, rápidamente accesible a todos los profesionales participantes en la asistencia, tanto urgente como programada³⁸.

La actualización y revisión del plan de atención del paciente debe realizarse de forma continua para reflejar fielmente los objetivos concretos en respuesta a los cambios clínicos o su entorno. Y en situaciones de hospitalización se debe realizar un resumen actualizado con la suficiente periodicidad que refleje los principales problemas aún sin resolver, optimizar la coordinación entre profesionales, definir actuaciones en caso de procesos intercurrentes o agudizaciones, así como la adecuación dinámica de las medidas diagnósticas y terapéuticas³⁹.

La atención integral de estos pacientes se beneficia de figuras como el pediatra coordinador asistencial, o enfermero gestor de casos, que centralizan y optimizan la comunicación entre todos los implicados.

En los diversos momentos clave (conciliación de tratamientos, ingreso/alta hospitalaria, transición a las unidades de adultos...), resulta imprescindible la participación de los padres, u otros cuidadores activos, y cuando sea posible, la del propio paciente⁴⁰. De esta forma mejora la comunicación global, y con ella la seguridad del proceso de transferencia.

Conclusiones

Los procesos de transferencia abarcan un gran número de actos de crucial importancia para la seguridad del paciente. La comunicación en este contexto debe ser clara, inequívoca, fluida y ajustada a estándares de buena práctica, como otros aspectos diagnósticos o terapéuticos.

Todos los implicados (instituciones, profesionales y familias) deben tener consciencia de la importancia del riesgo que implica un manejo deficiente de la información en el traspaso de cuidados.

El entrenamiento en la mejora de la comunicación mejora sensiblemente la calidad y seguridad de la asistencia, y debe formar parte de la formación de todos los profesionales pediátricos. Las herramientas estandarizadas son un recurso de alta utilidad en los procesos de transferencia, por lo que deben incorporarse en la práctica habitual.

Estas iniciativas de mejora deben ir acompañadas de cambios en la dinámica y organización de la actividad sanitaria, con una necesaria adaptación al entorno asistencial y a las necesidades de los pacientes y sus familias.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A la Dra. Aurora Madrid Rodríguez y al Dr. Carles Luaces Cubells por todo el apoyo brindado en la confección de este artículo.

Bibliografía

1. The Joint Commission. Inadequate hand-off communication. Sentinel Event Alert 2017;1-6. [consultado 13 Abr 2023]. Disponible en: <https://www.jointcommission.org/resources/sentinel-event/sentinel-event-alert-newsletters/sentinel-event-alert-58-inadequate-hand-off-communication/#.ZBh23bMJPZ>.
2. Abdellatif A, Bagian JP, Barajas ER, Cohen M, Cousins D, Denham CR, et al. Communication During Patient Hand-Overs: Patient Safety Solutions. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2007;33:439-42.
3. González García L, Márquez de Prado Yagüe M, Gargallo Burriel E, Ferrer Orona M, García García JJ, Alcalá Minagorre PJ. Calidad en el traspaso de información clínica entre profesionales en pediatría en el ámbito hospitalario. *J Healthc Qual Res.* 2019;34:45-6.
4. Agencia Estatal de Seguridad Aérea. Guía de buenas prácticas en fraseología y comunicaciones. Ministerio de Fomento. Gobierno de España 2019. [consultado 14 Mar 2023]. Disponible en: https://www.seguridadaaerea.gob.es/sites/default/files/guia_bp_fraseologia_y_comunicaciones.pdf.
5. Torres Y, Rodríguez Y, Pérez E. ¿Cómo mejorar la calidad de los servicios de salud y la seguridad del paciente adoptando estrategias del sector de la aviación? *J Healthc Qual Res.* 2022;37:182-90.
6. Shahid S, Thomas S. Situation, Background, Assessment, Recommendation (SBAR) Communication Tool for Handoff in Health Care-A Narrative Review. *Saf Health* [Internet]. 2018;4(7.) [consultado 13 Abr 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s40886-018-0073-1>.
7. Porteous JM, Stewart-Wynne EG, Connolly M, Crommelin PF. iSoBAR-a concept and handover checklist: the National Clinical Handover Initiative. *Med J Aust.* 2009;190 Suplemento11:S152-6.
8. Starmer AJ, Landrigan CP, I-PASS Study Group. Changes in medical errors with a handoff program. *N Engl J Med.* 2015;372:490-1.
9. Delgado Morales R. IDEAS para mejorar la transmisión de la información clínica. REMI [Internet]. 2013 13(4). [consultado 13 Abr 2023]. Disponible en: <http://www.medicina-intensiva.com/2013/04/A166.html>.
10. Starmer AJ, Sectish TC, Simon DW, Keohane C, McSweeney ME, Chung EY, et al. Rates of medical errors and preventable adverse events among hospitalized children following implementation of a resident handoff bundle. *JAMA.* 2013;310:2262-70.
11. Lo H-ying, Mullan PC, Lye C, Gordon M, Patel B, Vachani J. A QI initiative: implementing a patient handoff checklist for pediatric hospitalist attendings. *BMJ Qual Improv Rep.* 2016;5, u212920.w5661.
12. Vizient Patient Safety Organization Safety Alert. Ensuring safe handoffs from the emergency department to the inpatient unit. Vizient Inc. 2021. [consultado 13 Abr 2023]. Disponible en: https://www.vizientinc.com//media/documents/sitecorepublishingdocuments/public/psosafetyalert_edhandoffs.pdf.
13. American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Emergency Medicine; American college of Emergency Physicians Pediatric Emergency Medicine Committee; Emergency Nurses Association Pediatric Committee. Handoffs: Transitions of care for Children in the Emergency Department. *Pediatrics.* 2016; 138:e20162680. doi: 10.1542/peds.2016-2680.
14. Díaz MC, Dawson K. Simulation Based Training to Improve Closed Loop Communication in a Pediatric Emergency Department. *Pediatrics.* 2019;144:156.
15. Jewell JA. Committee on Hospital Care. Standardization of Inpatient Handoff Communication. *Pediatrics.* 2016;138:e20162681, <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2016-2681>.
16. Blazin LJ, Sitthi-Amorn J, Hoffman JM, Burlison JD. Improving Patient Handoffs and Transitions through Adaptation and Implementation of I-PASS Across Multiple Handoff Settings. *Pediatr Qual Saf.* 2020;5:e323, <http://dx.doi.org/10.1097/pq9.000000000000323>.
17. Fuente Lucas G, Pérez Martín C, Penalva Pérez R, Alcalá Minagorre PJ. Distracciones e interrupciones en el ámbito de la hospitalización pediátrica. *Pediatría Hospitalaria.* 2020;2:5-8 [consultado 13 Abr 2023]. Disponible en: <https://sepih.es/wp-content/uploads/Ped-Hosp-Vol-2-Num-3-2020.pdf>.

18. Panesar RS, Albert B, Messina C, Parker M. The Effect of an Electronic SBAR Communication Tool on Documentation of Acute Events in the Pediatric Intensive Care Unit. *Am J Med Qual.* 2016;31:64–8.
19. Sirgo G, Chico M, Gordo F, García M, Holanda MS, Azcarate B, et al. Traspaso de información en Medicina Intensiva. *Med Intensiva.* 2018;42:168–79.
20. Petrella AG, Hopkins A, Morrison JM, Furer SM, Melendez E. Implementation of a Trainee Transfer of Care Handoff for Pediatric Intensive Care Unit to General Pediatrics Transfers. *Pediatrics.* 2019;144:104.
21. Lane-Fall MB, Pascual JL, Peifer HG, Di Taranti LJ, Collard ML, Jablonski J, et al. A Partially Structured Postoperative Handoff Protocol Improves Communication in 2 Mixed Surgical Intensive Care Units: Findings From the Handoffs and Transitions in Critical Care (HATRICC) Prospective Cohort Study. *Ann Surg.* 2020;271:484–93.
22. Lane-Fall MB, Christakos A, Russell GC, Hose B, Dauer ED, Greilich PE, et al. Handoffs and transitions in critical care—understanding scalability: study protocol for a multicenter stepped wedge type 2 hybrid effectiveness-implementation trial. *Implement Sci.* 2021;16:63. PMID de PubMed: 34130725; PMID central de PubMed: PMC8204062.
23. Börner N, Mache S, Scutaru C, Metz B, Bühner C. Communication in The Clinical Routine of Neonatologists. *Z Geburtshilfe Neonatol.* 2019;223:92–8.
24. Arora A, Kannampallil T, Abraham J. Interdisciplinary handover between obstetric nursing and neonatal physician teams: an observational study. *BMJ Paediatr Open.* 2019;3:e000432, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjpo-2018-000432>.
25. Nickel N, Amin D, Shakeel F, Germain A, Machry J. Handoff standardization in the neonatal intensive care unit with an EMR-based handoff tool. *J Perinatology.* 2021;41:634–40.
26. Pueyo MJ, Baranda L, Valderas J, Starfield B, Rajmil L. Papel del pediatra de atención primaria y coordinación con atención especializada. *An Pediatr (Barc).* 2011;75:247–52.
27. Raiola G, Galati MC, Scavone M, Talarico V, Chiarello P. La transición del cuidado del adolescente al médico de familia. *Adolescere.* 2017;V:14–21.
28. Weiss L, Cooley A, Orenstein E, Levy M, Edmond M, Wong E, et al. Incorporating the Voice of Community Based Pediatricians to Improve Discharge Communication. *Pediatr Qual Saf.* 2020;5:4e332.
29. Morgan R, Minkovitz CS. Warm Handoffs for Improving Client Receipt of Services: A Systematic Review. *Matern Child Health J.* 2021;25:528–41.
30. Patel SJ, Landrigan CP. Communication at Transitions of Care. *Pediatr Clin North Am.* 2019;66:751–73.
31. Tejedor-Sojo J, Creek T, Leong T. Impact of audit and feedback and pay-for-performance interventions on pediatric hospitalist discharge communication with primary care providers. *Am J Med Qual.* 2015;30:149–55.
32. Huynh C, Tomlin S, Jani Y, Solanki GA, Haley H, Smith RE, et al. An evaluation of the epidemiology of medication discrepancies and clinical significance of medicines reconciliation in children admitted to hospital. *Arch Dis Child.* 2016;101:67–71.
33. Dos Santos T, Castro de Araújo F, Ferrera H, Anacleto de Araújo DCS, Mirão J, Targino G, et al. Prevalence of medication discrepancies in pediatric patients transferred between hospital wards. *Int J Clin Pharm.* 2021;43:909–17, <http://dx.doi.org/10.1007/s11096-020-01196-w>.
34. Principios para evitar errores en la prescripción. Puntos claves. [Internet]. Madrid: Consejería de Sanidad, Servicio Madrileño de Salud; 2015. [consultado 27 Abr 2023] Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017662.pdf>.
35. Boletín de recomendaciones para la prevención de errores de medicación. ISMP-España 2018 (46). [consultado 13 Abr 2023]. Disponible en: <https://www.ismp-espana.org/ficheros/Boletin%2046%20%28Septiembre%202018%29.pdf>.
36. Calderón B, Oliver A, Tomás S, Baena MI, García M, Juanes A, et al. Conciliación de los medicamentos en los servicios de urgencias. *Emergencias.* 2013;25:204–17.
37. Ahuja N, Zhao W, Xiang H. Medical errors in US pediatric inpatients with chronic conditions. *Pediatrics.* 2012;130:786–93.
38. Pulcini CD, Rubin DM. Flipping the script on emergency care for children with medical complexity. *Pediatrics.* 2019;144:e20183905, <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2018-3905>. PMID de PubMed: 31439622.
39. Ricart Campos S, Rodríguez Alonso A. Atención del niño con complejidad médica. En: Alcalá PJ, Villalobos E, Fernández de Sevilla M, editors. *Pediatría Interna Hospitalaria. Sociedad Española de Pediatría Interna Hospitalaria.* Madrid: Editorial Panamericana; 2023. p. 331–42.
40. Khan A, Spector ND, Baird JD, Ashland M, Starmer AJ, Rosenbluth G, et al. Patient safety after implementation of a coproduced family centered communication programme: multicenter before and after intervention study. *BMJ.* 2018;363:k4764, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.k4764>.