



Edita:

Núcleo de Seguridad del Área I Murcia-Oeste
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca
Ctra. Murcia-Cartagena, s/n. 30120 Murcia.
Tel.: 968381064 - 986369701
<http://www.murciasalud.es/saludsegura>
Arrinet/Calidad saludsegura.area1.sms@carm.es

Comité editorial:

Carlos Albacete, Tomasa Alcaraz, Cecilia Banacloche, Inmaculada Barceló, Magina Blázquez, J Domingo Cubillana, Pilar Ferrer, Beatriz Garrido, Ana Martínez, Julio López-Picazo, Ana Moreno, Virginia Pujalte, Soledad Sánchez, Pedro Soler.

Coordinador de edición: Julio López-Picazo Ferrer

Suscripción: Envío gratuito. **Solicitudes:** saludsegura.area1.sms@carm.es
e-ISSN: 2340-1915 Salud Segura. **D.L.** MU 446-2013



En este número:

- *Etiquetas de medicación en área quirúrgica.*
Isabel Alarcón Aragón, Beatriz C. Alloza Vicente, M. Cristina Rodríguez Castro
- *La UCI de la Arrixaca en lucha contra la infección nosocomial.*
Daniel Pérez Martínez, Enriqueta Andreu Soler, Mario Royo-Villanova Reparaz, Amparo del Rey Carrión.
- *Análisis de una conducta de riesgo: Uso del Pijama Verde fuera del Quirófano.*
Ana Belén Moreno López
- *El ratón de Leape: Comunicación interprofesional y seguridad del paciente*
Joaquín León, Ana Belén Moreno López.

ETIQUETAS DE MEDICACIÓN EN ÁREA QUIRÚRGICA

Alarcón Aragón I¹, Alloza Vicente BC¹, Rodríguez Castro MC²

¹ Enfermera de quirófano
² Supervisora de quirófano

El área quirúrgica de la Arrixaca consigue implantar un sistema de identificación segura de los medicamentos mediante etiquetas de colores, tras dos largos años de empeño desde la solicitud inicial de provisión al Servicio Murciano de Salud.

Los errores relacionados con la administración farmacológica en el entorno hospitalario son frecuentes, siendo un grave problema sanitario con importantes repercusiones asistenciales y económicas.

Durante la anestesia hay un riesgo elevado de que ocurran errores en la administración de medicamentos, ya que se utilizan varios si-

multáneamente. De ahí la vital importancia de la correcta identificación de los medicamentos existentes en un quirófano mediante el etiquetado.

Cabe destacar que en un proceso anestésico normalmente solo se precisa un medicamento de cada grupo terapéutico, por lo que el etiquetado con un código de color estandarizado reduce de forma sustancial la posibilidad de error.



Isabel Alarcón Aragón, Beatriz C. Alloza Vicente, M. Cristina Rodríguez Castro

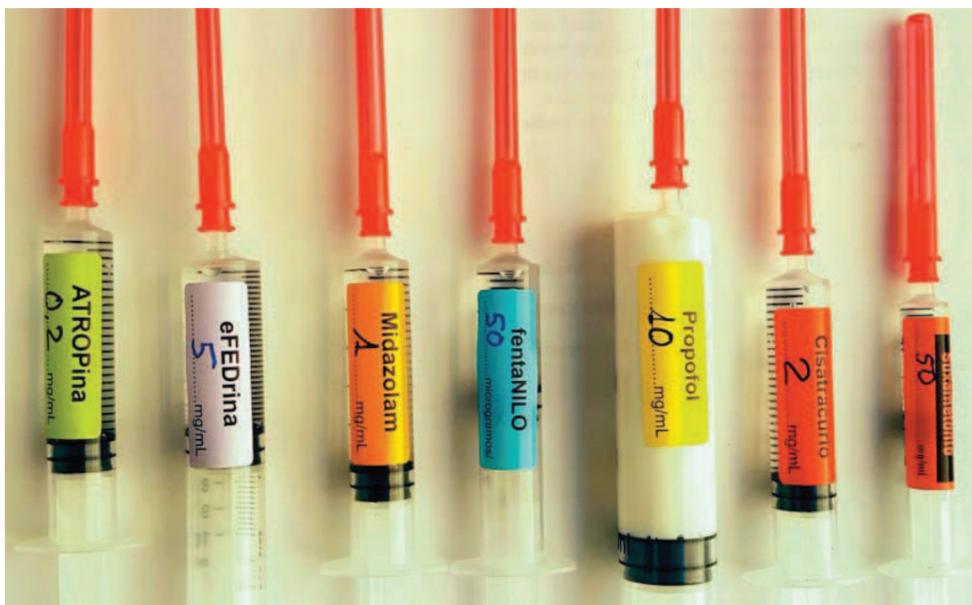
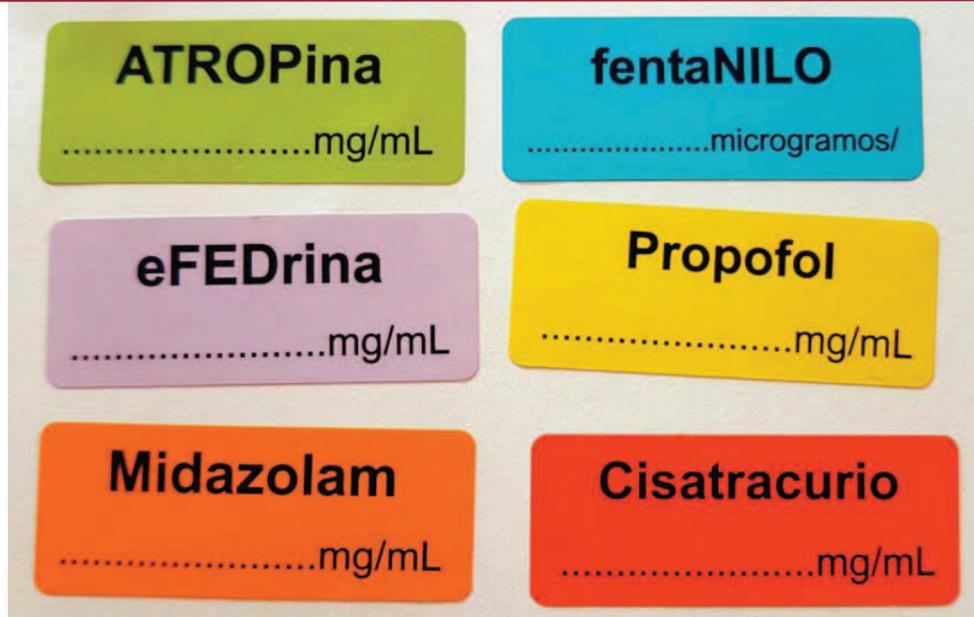
La Declaración de Helsinki sobre seguridad del paciente en anestesiología recomienda que todas las instituciones sanitarias implanten protocolos para el adecuado etiquetado de las jeringas que contienen la medicación necesaria durante la anestesia. Este etiquetado tiene que respetar las normas publicadas en el año 2011 por el Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia (SENSAR) y la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (SEDAR), en colaboración con el Instituto español para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España).

En estas recomendaciones se establecen normas generales para el etiquetado de jeringas, envases y vías. Se fija el tamaño, color y datos que deben tener las etiquetas adhesivas, siendo el objetivo prevenir errores de medicación por mala identificación de las preparaciones y de las vías de administración.



Hasta la reciente implantación del sistema de etiquetaje para medicamentos inyectables, en cirugía programada del H.C.U. Virgen de la Arrixaca se utilizaban jeringas de distintos tamaños, agujas de diversos colores o se rotulaban las jeringas con tinta indeleble. Estos métodos eran claramente insuficientes y era necesaria la estandarización del etiquetado para reforzar la seguridad del proceso de medicación.

Las etiquetas están impresas en castellano, son de fácil lectura, permiten la escritura a bolígrafo sin riesgo de borrado y están disponen de un adhesivo de gran adherencia y permanencia.



Rollos individuales imantados y reutilizables

Las etiquetas de color se dispensan en porta-rollos individuales imantados y reutilizables, lo cual facilita el almacenamiento ordenado y acceso rápido. Este sistema modular permite adaptar el número de dispensadores necesarios a las características de las intervenciones practicadas en cada uno de los 13 quirófanos.

La aceptación por parte del personal de enfermería ha sido satisfactoria e inmediata, ya que el manejo es fácil, los dispensadores se han colocado en zonas muy accesibles y el sistema proporciona seguridad en la administración de medicaciones.

No obstante, se ha de resaltar que la nueva implantación del etiquetaje de medicaciones y vías de administración no exime al personal que lo aplica de verificar el nombre del fármaco a administrar, la dosis prescrita, vía de administración así como la comprobación de la fecha de caducidad del envase original del medicamento.

La implantación de las etiquetas de colores para el manejo de la medicación en el área quirúrgica ha mejorado la seguridad de los pacientes que operamos.



La UCI de la Arrixaca en lucha contra la infección nosocomial

Pérez Martínez D, Andreu Soler E, Royo-Villanova Reparaz M, Del Rey Carrión A.

Médico Intensivista. Unidad de Cuidados Intensivos

*Trabajar en equipo divide el trabajo
y multiplica los resultados*

La infección nosocomial es una de las complicaciones más importantes de los pacientes hospitalizados, tanto por su frecuencia como por su gravedad. En los pacientes críticos ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), dicha complicación cobra mayor importancia por motivos económicos, asistenciales y clínicos. Los pacientes críticos que sufren una infección nosocomial presentan mayores índices de mortalidad, así como de estancia en UCI y hospitalaria. Dichos pacientes presentan todos los factores de riesgo que se asocian a un aumento de la incidencia de estas infecciones: pacientes debilitados por su patología de base o proceso agudo, barreras defensivas alteradas por multitud de

dispositivos invasivos tanto terapéuticos como diagnósticos, exposición a múltiples antibióticos con la consecuente presión ecológica y selección de microorganismos multirresistentes, y transmisión cruzada por falta de cumplimiento en las medidas básicas como la higiene de manos.

Las infecciones nosocomiales más frecuentes en UCI, susceptibles de priorización en la intervención son la *Neumonía o Traqueobronquitis asociada a la ventilación mecánica (NAV)*, la *Infección urinaria relacionada con el son-*



daje vesical y la Bacteriemia asociada al uso de catéteres venosos centrales.

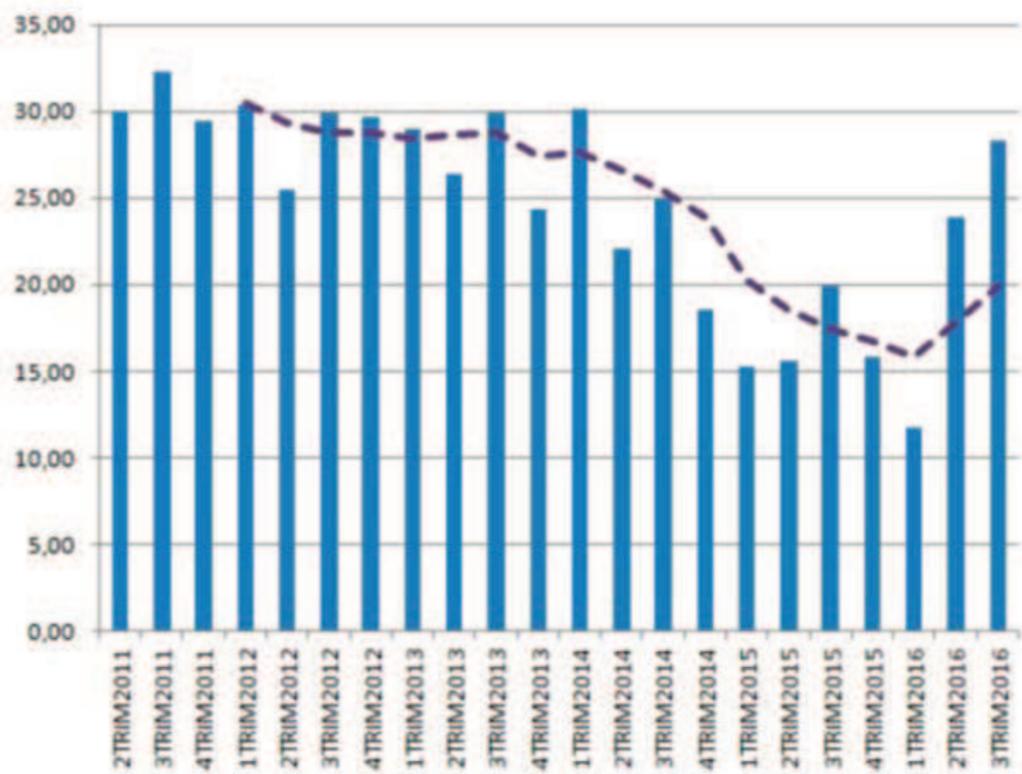
La UCI de la Arrixaca es una unidad polivalente de 32 camas, referente regional para múltiples patologías que durante los últimos años ha visto incrementado el volumen de su actividad, así como la complejidad de la misma, con nuevas técnicas invasivas de diagnóstico y tratamiento.

Desde 1994, la UCI del HCUVA participa en el Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial (ENVIN), en el que colaboran actualmente casi 200 UCIs de todo el país. Es un registro de incidencia, longitudinal, que vigila el desarrollo de infecciones nosocomiales adquiridas en UCI, y las variables asociadas, a lo largo de la estancia de todos los pacientes que permanecen en dicha unidad más de 24 horas. Se recogen datos demográficos, patología de base y proceso activo, factores de riesgo para desarrollar infecciones nosocomiales, número de infecciones que presentan (tipo y germen), así como el tipo y la duración de los tratamientos antibióticos.

Ante las elevadas tasas de infecciones nosocomiales registradas en las UCIs históricamente, nuestro hospital decidió implementar desde su inicio los programas in-

tegrales nacionales dirigidos a la prevención de dichas infecciones.

Por un lado, el programa **Bacteriemia Zero** aborda la infección asociada a los catéteres venosos centrales, proporcionando una serie de medidas relacionadas con su inserción y manipulación segura. Este tipo de infección constituye el gran caballo de batalla de nuestra unidad en la lucha contra la infección nosocomial, ya que nos situamos reiteradamente por encima del estándar, establecido en menos de 4 episodios de bacteriemia por 1.000 días de catéter.



Tasa de bacteriemia primaria. Incidencia por 1.000 días de catéter (línea discontinua: media móvil anual).

Posteriormente se desarrolló el programa **Neumonía Zero**, orientado al manejo e higiene de la vía aérea y la faringe en los pacientes sometidos a ventilación mecánica (VM). Tras la aplicación de todas las medidas básicas de obligado cumplimiento y dos de las tres medidas específicas altamente recomendadas (uso de la descontaminación faríngea con antibióticos no absorbibles y administración de antibióticos sistémicos durante la intubación), las tasas de NAVM están muy por debajo del estándar recomendado (9 NAVM por cada 1000 días de VM).

Análisis de una conducta de riesgo: Uso del Pijama Verde Fuera del Área Quirúrgica

Moreno López, AB
Médico. Unidad de Calidad Asistencial.

La existencia de una adecuada cultura de seguridad entre los profesionales sanitarios es uno de los rasgos críticos para avanzar en la seguridad del paciente en una organización. Según



el National Quality Forum, la cultura sobre seguridad sería esencial para minimizar errores y efectos adversos, y su medición necesaria para diseñar actividades que la mejoren.

La normativa del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA) establece, tal y como se recoge en el Manual de acogida para personal de nueva incorporación, la restricción del uso del pijama verde al área quirúrgica, prohibiéndose su uso fuera de ella.

MÉTODO

La Unidad de Calidad Asistencial del HCUVA realiza anualmente la Encuesta sobre Seguridad de los Pacientes, que proporciona información sobre la percepción relativa a las diferentes dimensiones de la cultura de seguridad, a

partir de la que se describe el clima de seguridad y se identifican sus fortalezas y debilidades. En la edición de 2015 se incluyeron 7 preguntas adicionales que exploran el uso del pijama verde o alguna de sus partes en el entorno hospitalario fuera del bloque quirúrgico.

Manual de acogida para
Personal de nueva incorporación



La encuesta se dirige a todos los profesionales sanitarios que trabajaban o recibían formación como residentes en el Área I Murcia-Oeste - Arrixaca en diciembre de 2015.

La encuesta se realizó telefónicamente hasta alcanzar una muestra de 207, estratificada por tipo de profesional para garantizar la representatividad de los resultados, realizándose cuantas llamadas sean precisas para completar cada uno de los estratos.

El trabajo de campo se desarrolló entre los días 10 y 17 de diciembre de 2015, ambos incluidos, no registrándose ningún tipo de incidencia a lo largo de su desarrollo. Hay que destacar la importante colaboración encontrada por parte de los entrevistados, de manera que las negativas a participar en el estudio fueron reducidas, mostrándose la mayor parte de las personas consultadas interesadas en ser entrevistadas, y que la información facilitada pueda contribuir a introducir mejoras en las condiciones en las que desarrollan su actividad diaria en el Hospital.

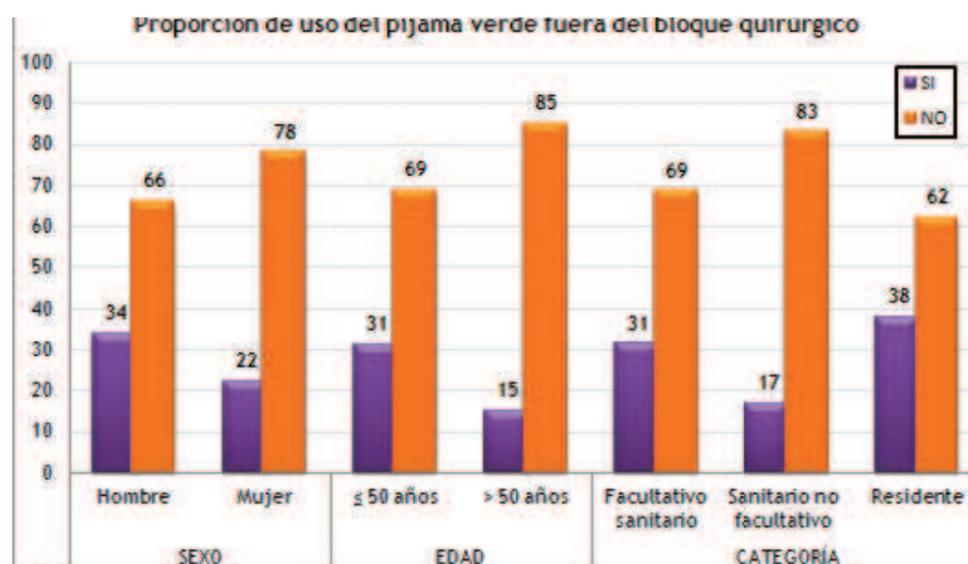
Se realiza el análisis descriptivo de las variables de estudio, estratificado por categoría profesional, sexo y grupo de edad (hasta 50 años vs. más de 50 años). Se calcula el contraste de medias y proporciones mediante test no paramétricos.

RESULTADOS

Se intentó contactar con 474 profesionales, consiguiéndose en 255 ocasiones (53,8%). La tasa de respuesta tras el contacto es elevada (81,2%), sin diferencias significativas entre categorías.

El 25,6% (IC95% ±5,9%) del total de encuestados utiliza el pijama verde

en el exterior del bloque quirúrgico, siendo la proporción significativamente mayor en personal con 50 y menos años ($p < 0,05$) y en profesionales residentes ($p < 0,05$).



De las 53 personas que contestan positivamente a esta pregunta, se obtiene la siguiente información:

La frecuencia de uso del pijama verde fuera de quirófano y proporción de la respuesta "a diario" sobre una escala del 1 (excepcionalmente) a 5 (a diario) se describe en la siguiente tabla, siendo significativamente más frecuente **entre los residentes ($p < 0,05$)**. **El 13% de las personas que usan el pijama verde fuera del área quirúrgica, lo hacen todos los días.**

En cuanto al porqué se usa pijama verde fuera del área quirúrgica, destaca la **poca disponibilidad de pijamas blancos y el uso durante las guardias.**

Frecuencia de uso de ropa verde fuera de quirófano		Media	Mediana	Desviación	Respuesta "a diario"
Sexo	Hombre	2,57	2,00	1,660	19,0%
	Mujer	2,25	2,00	1,391	9,4%
Edad	≤ 50 años	2,31	2,00	1,490	11,9%
	> 50 años	2,64	3,00	1,567	18,2%
Tipo de profesional	Facultativo sanitario	2,00	1,00	1,461	12,5%
	Sanitario no facultativo	1,89	1,00	1,231	5,6%
	Residente	3,16	4,00	1,500	21,1%
		2,38	2,00	1,496	13,2%

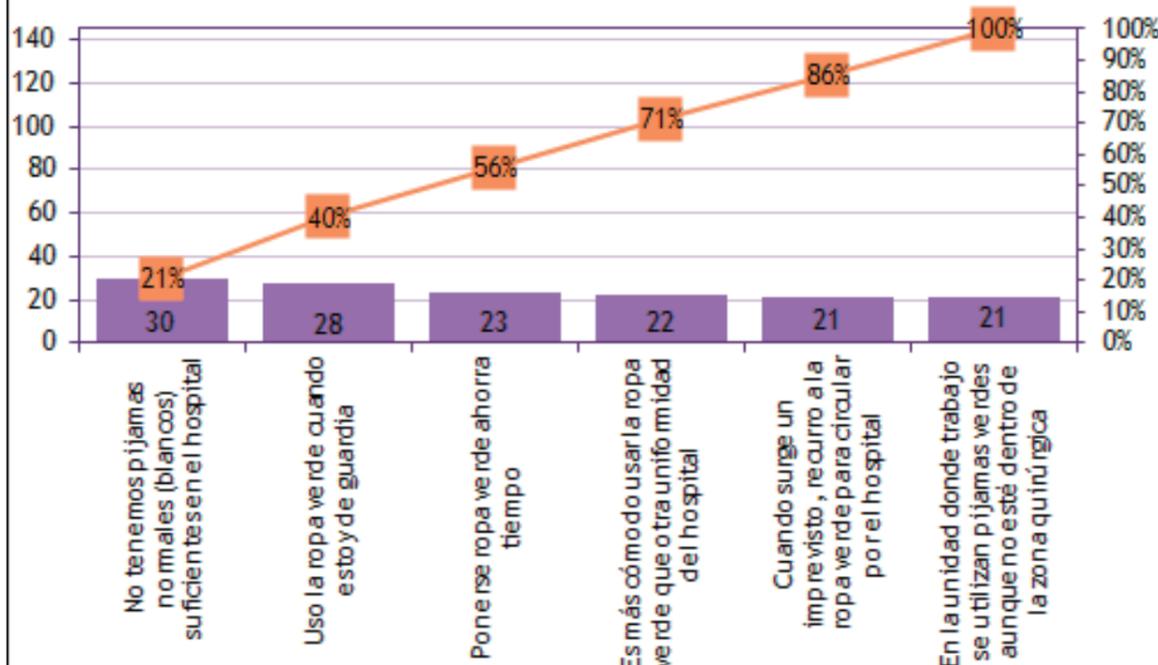
Cuando se analiza individualmente cada motivo, se observa una elevada proporción de respuestas positivas (contrarias al uso restringido del pijama verde en el área quirúrgica) en todos los grupos. De forma significativa ($p < 0,01$), los hombres piensan en mayor medida que ahorra tiempo y es más frecuente que los residentes argumenten no tener pijamas blancas suficientes y usar la ropa verde durante las guardias. Adicionalmente, dos encuestados declaran no disponer de taquilla para realizar el cambio de ropa, causa no contemplada anteriormente.

De los 46 trabajadores que desarrollan su trabajo habitual en dicha área, **el 28,3% (IC95% 16,0-43,5) no desecha la ropa que lleva cuando sale del área quirúrgica y se cambia de nuevo cuando vuelve a entrar**, práctica incorrecta declarada en mayor medida, aunque sin diferencias significativas, por los hombres, el colectivo de más años, sanitarios no facultativos y facultativos sanitarios.

Solo el 66,7% afirma desechar siempre la ropa que llevan cuando salen de este área y cambiarse de nuevo cuando vuelven a entrar. Esto implica que hasta **la tercera parte del personal entra y sale del área quirúrgica sin cambiarse la ropa que lleva fuera de ella, poniendo en riesgo la seguridad de los pacientes que operamos.**

De aquellos que afirman cambiarse de ropa, el 54,7% (IC95% 40,4-68,4) considera que vestir ropa verde solo en el área quirúrgica es muy importante para la seguridad del paciente. Destacable el hecho de que el 11,8% (IC95% 4,4-23,9) lo valora como poco importante.

Motivos del uso del pijama verde fuera del bloque quirúrgico



Llama la atención que el 73,6% (IC95% ±11,9%) del personal que usa el pijama verde desconoce que está restringido al área quirúrgica, sin diferencias significativas por estratos.

En definitiva:

1 El 25,6% de profesionales utiliza el pijama verde en el exterior del bloque quirúrgico, siendo la proporción significativamente mayor en personal de hasta 50 años y en residentes. **Esto significa que una cuarta parte del personal sanitario incumple la normativa sobre restricción de uso de los uniformes para la seguridad del paciente.** De éstos: El 13,2% hace un uso inadecuado del pijama verde todos los días.

3 Entre los motivos declarados, destaca la insuficiente dotación de pijamas blancos (56,6%) y el uso del pijama verde durante las guardias (52,8%), con frecuencias de respuestas positivas del 40% o superiores en el resto de motivos. Por estratos, los residentes declaran en mayor medida las dos causas principales y los hombres argumentan con más frecuencia que las mujeres que ahorra tiempo. Se ha identificado la falta de taquillas para realizar el cambio de ropa como una causa adicional que dificulta el uso correcto del pijama verde.

4 El 28% no desecha la ropa que lleva cuando sale de dicha área y se cambia de nuevo cuando vuelve a entrar. Del resto, cerca de la tercera parte no lo hace siempre.

5 Paradójicamente, el 55% considera que la restricción de su uso del pijama verde al área quirúrgica es muy importante para la seguridad del paciente.

6 Por desgracia, casi las dos terceras partes de las profesionales (74%) no conoce la norma de seguridad del hospital que fija la restricción de uso del pijama verde al bloque quirúrgico.

El Núcleo de Seguridad ha fomentado la creación de un grupo de trabajo sobre este tema, en el que participa activamente la dirección, la división de servicios generales y la unidad docente. Su objetivo es **consensuar cambios organizativos para facilitar la aplicación de la norma y así fomentar el uso restringido de ropa verde en zona quirúrgica.** Entretanto...

Haz de los quirófanos de la Arrixaca un lugar más seguro para tus pacientes:

- Respeta las normas de seguridad del hospital.
- Restringe el traje verde al área quirúrgica.
- Cámbiate de ropa siempre que entres en ella.



El ratón de Leape. Comunicación interprofesional y seguridad del paciente

El ratón de Leape es una sección de SALUD SEGURA donde bosquejamos el estado de la cuestión en temas relativos a seguridad del paciente, o comentamos artículos recientes. La idea es que sirva como base para autoevaluar nuestras actuaciones y saber qué hacer para mejorar. Utilizamos artículos o conclusiones (principalmente metanálisis y revisiones sistemáticas) que pueden ser recuperados o solicitados a la Biblioteca Virtual MurciaSalud, a la que todos tenemos acceso gratuito. Usamos preferentemente las bases de datos PubMed y Cochrane filtrando por tipo de documento y limitando el periodo a los últimos 3 ó 5 años, según los casos. Para la búsqueda tecleamos los términos pertinentes (inglés/castellano) con los booleanos AND, OR, NOT. Hoy hablamos de la relación entre comunicación interprofesional y seguridad del paciente

León Molina J,
Enfermero Documentalista.
Área Gestión Aparato Digestivo.

BÚSQUEDA DOCUMENTAL

La tabla de la derecha resume la revisión que se ha llevado a cabo a fin de recopilar evidencias sobre el papel de la comunicación para la seguridad de los pacientes.

Se han revisado las publicaciones de los últimos 10 años en español e inglés indexadas en varias bases de datos. De un total de 50 documentos identificados, se analizaron 21.

Los principales hallazgos se describen a continuación:

Términos DECs	Comunicación en Salud, Barreras de Comunicación, Seguridad del Paciente
Periodo	2006-2016
Idioma	Español e inglés.
Bases de datos	PubMed Web of Knowledge (WOK) Tesis doctorales (TESEO)
Acceso a bases de datos	Biblioteca Virtual MurciaSalud Biblioteca Digital Universidad de Murcia
Recuperación de documentos	Biblioteca Virtual MurciaSalud Dialnet Google Académico
Documentos identificados	50
Documentos seleccionados para lectura	44
Documentos analizados (sin duplicados)	21
Gestor bibliográfico	EndNote®

HALLAZGOS

La seguridad del paciente es una dimensión clave de la calidad asistencial que engloba el conjunto de actuaciones, actividades o procesos, impulsados por los profesionales o las organizaciones, para reducir hasta un mínimo aceptable la probabilidad de que se produzca un daño innecesario al paciente asociado a la atención sanitaria. Existen múltiples factores que pueden contribuir al origen o desarrollo de incidentes de seguridad o a que aumente el riesgo de que estos se produzcan (1,2).

La atención sanitaria es una cadena de procesos que persigue mejorar la salud del paciente, pero cada paso puede asociarse a variación, fallo e incluso error adverso con gran trascendencia para el individuo, las instituciones y la sociedad (3).

La asistencia médica es llevada a cabo por equipos de salud multidisciplinarios, basados en el trabajo colaborativo y la comunicación efectiva para garantizar una práctica segura. Pero esto no siempre es fácil debido a barreras tales como la división entre profesionales a causa de disputas por la autoridad y reparto del trabajo, las diferencias en los sistemas de valores o la influencia de la normativa legal, las variaciones intraprofesionales, aspectos culturales como el diferente bagaje intelectual, lenguaje, o diferentes formas de entrenamiento, aprendizaje y socialización, entre otros (4).

La colaboración interprofesional para satisfacer las necesidades del paciente es un elemento identificado hace más de un siglo; no obstante, a pesar de ser considerada componente esencial, **la falta de comunicación es una barrera real para ofrecer servicios con calidad y seguridad (5). De hecho, existe una elevada tasa de daño involuntario al paciente atribuida a errores en la comunicación entre los profesionales de la salud (6,7).**

Las organizaciones sanitarias consideran objetivo esencial lograr la coordinación y cohesión interprofesional (4), de ahí la importancia de evaluar la información compleja y participar en la colaboración necesaria para optimizar la atención al paciente (8).

A pesar del auge e implantación de las tecnologías de la comunicación, pocos estudios proporcionan evidencia empírica de ventajas y desventajas de los dispositivos específicos utilizados en la comunicación e información transmitida a y por profesionales sanitarios para mejorar la calidad y la seguridad de la asistencia sanitaria (9).

La comunicación entre profesionales de medicina y enfermería se identifica como uno de los principales obstáculos para el progreso en la seguridad del paciente. Las interrupciones en la comunicación conllevan a menudo errores, muchos de los cuales se pueden prevenir (10).

La transferencia de atención a los pacientes entre enfermería es una parte integral de su práctica en la que se traspasa de forma temporal o definitiva la responsabilidad de cuidado a otros profesionales, con los cuales se ha de compartir la información relativa a su proceso asistencial, constituyendo otro momento crítico para la seguridad de los enfermos (11, 12).

Los problemas con los traspasos de pacientes son una preocupación internacional, destacando la asignación del tiempo suficiente para comunicar la información importante y para que el personal formule y responda preguntas sin interrupciones. Varios estudios al respecto concluyen que la comunicación efectiva entre los profesionales es relevante para garantizar la seguridad del paciente y resaltan la existencia de características comunes negativas como falta de estructura común, repetición y olvido de información, interrupciones numerosas durante el proceso y excesivo ruido ambiental (12, 13).

Procesos de comunicación incompletos, fragmentados y mal organizados contribuyen a más de la mitad de los errores que conducen a eventos adversos. Un mejor intercambio de conocimientos entre los diferentes profesionales de la salud al comienzo de la sesión de trabajo podría reducir las interrupciones posteriores y potencialmente mejorar la calidad de la atención (14).

En la bibliografía encontramos estudios que verifican la prevalencia de la comunicación informal, pese al hecho de que se asocian a menudo con aspectos negativos de la misma, lo que puede ser un criterio indicativo válido del fracaso de la gestión de la comunicación. Para evitar este riesgo, el diseño estratégico de la comunicación en las organizaciones debe favorecer la transmisión de información ordenada y regular (15).

En relación con la comunicación escrita, la elaboración de la historia clínica es trascendental como herramienta en la atención sanitaria. Una adecuada cumplimentación de la misma redonda necesariamente en una mayor seguridad del paciente (16, 17).

La formación de los profesionales en técnicas de comunicación e interacción grupal es tema recurrente. Algunos estudios subrayan la importancia de manejar técnicas de colaboración y comunicación, matizando la dificultad de llevar a la práctica estas técnicas en el equipo (15). Reuniones informativas de verificación interprofesional de tareas reducen el número de fallos de comunicación y promueven la comunicación proactiva y de colaboración en equipo (18).

Una línea estratégica de formación en comunicación debe fundamentarse en una perspectiva humana. Entre las dificultades de la formación en comunicación interprofesional destacan la rigidez de los mecanismos de comunicación entre profesionales, centros asistenciales e instituciones, así como el

escaso reconocimiento entre los profesionales de la necesidad de este tipo de formación, lo que repercute negativamente en la participación en estas acciones formativas (19).

En definitiva, **la existencia de cultura de seguridad entre los profesionales, debidamente fomentado por parte de las instituciones sanitarias es el elemento clave para la prevención de errores (20), enfoque alternativo al de resolución de problemas.**

Por otro lado, la investigación cualitativa aboga por la indagación apreciativa(21), definida como un proceso de desarrollo organizacional que involucra a todas las personas implicadas en el objetivo de renovarla, cambiarla y focalizar en el rendimiento. Se basa en la suposición de que las organizaciones cambian en función de las preguntas que se hacen, de manera que aquellas organizaciones que indagan en sus problemas y dificultades obtendrán más de lo mismo, pero aquellas que intenten descubrir qué es lo mejor que pueden encontrar en sí mismas descubrirán cómo tener éxito. La idea básica es descubrir qué es lo que funciona bien para así potenciarlo y lograr éxito, antes que intentar corregir aquello que no funciona.

CONCLUSIONES

1 La comunicación efectiva entre los profesionales que trabajan en un centro, o bien pertenecen a ellos es fundamental para la seguridad del paciente. La asistencia sanitaria de calidad exige la penetración de diferentes niveles asistenciales. Hay abundante evidencia de las consecuencias negativas de la falta de comunicación y de transferencias inadecuadas.

2 Los errores en la asistencia sanitaria se centran en cuatro puntos: **medio ambiente contextual de la atención, responsabilidades de atención, conciencia de seguridad y comunicación interprofesional.**

3 La colaboración ha de asegurarse tanto entre profesionales de la misma o de distintas profesiones sanitarias. Las transiciones seguras de pacientes a cualquier nivel dependen de la comunicación efectiva y un proceso de coordinación de la atención.

4 Barreras psicológicas, organizativas y espaciales y jerarquías profesionales pueden aumentar la probabilidad de fallos en la comunicación con el potencial de daño al paciente.

5 Es preciso promocionar actividades de formación en comunicación como elemento fundamental de las relaciones en el ámbito asistencial e interprofesional.

6 Contar con una adecuada cultura de seguridad en establecimientos de salud es de suma importancia para favorecer el interprofesionalismo colaborativo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reyes-Alcázar V, Cambil Martín J, Herrera-Usagre M, et al. [Recommendations on the safety of patients for socio-health centers: systematic review]. *Med Clin (Barc)*. 2013; 141(9): 397-405. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23597954>
2. Manias E, Gerdtz M, Williams A, et al. Complexities of medicines safety: communicating about managing medicines at transition points of care across emergency departments and medical wards. *J Clin Nurs*. 2015; 24(1-2): 69-80. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25209739>
3. Chico Fernández M, García Fuentes C, Alonso Fernández MA, et al. [Development of communication tool for patient safety ("Briefing"). Experience in a trauma and emergency intensive care unit]. *Med Intensiva*. 2012; 36(7): 481-7. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22277345>
4. Galán González-Serna JM. [Interprofessional ethical shared values for an integral healthcare]. *Cuad Bioet*. 2013; 24(82): 377-89. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24483314>
5. Villamizar B. La investigación en enfermería y la colaboración interprofesional. *Aquichan*. 2015; 15(1): 6-8.
6. Weller J, Boyd M, Cumin D. Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgrad Med J*. 2014; 90(1061): 149-54. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24398594>
7. Riesenber LA, Leitzsch J, Massucci JL, et al. Residents' and attending physicians' handoffs: a systematic review of the literature. *Acad Med*. 2009;
8. Horwitz SK, Horwitz IB, Barshes NR. Addressing dysfunctional relations among health-care teams: improving team cooperation through applied organizational theories. *Adv Health Care Manag*. 2011; 10: 173-97. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21887945>
9. McElroy LM, Ladner DP, Holl JL. The role of technology in clinician-to-clinician communication. *BMJ Qual Saf*. 2013; 22(12): 981-3. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23873757>
10. Manojlovich M. Nurse/physician communication through a sensemaking lens: shifting the paradigm to improve patient safety. *Med Care*. 2010; 48(11): 941-6. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20829721>
11. Riesenber LA, Leitzsch J, Cunningham JM. Nursing handoffs: a systematic review of the literature. *Am J Nurs*. 2010; 110(4): 24-34; quiz 5-6. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20335686>

12. Rodríguez Fernández P, García Rivera MG, Hermida Yáñez J. Comunicación interprofesional en el Servicio de Urgencias Hospitalarias de Ferrol 2015.

13. Johnson JK, Farnan JM, Barach P, et al. Searching for the missing pieces between the hospital and primary care: mapping the patient process during care transitions. *BMJ Qual Saf*. 2012; 21 Suppl 1: i97-105. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23118409>

14. Estry-Behar MR, Milanini-Magny G, Chaumon E, et al. Shift change handovers and subsequent interruptions: potential impacts on quality of care. *J Patient Saf*. 2014; 10(1): 29-44. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24553442>

15. March J, Prieto M, Minué S, et al. La comunicación interna en centros de Atención Primaria en España. *Revista de Comunicación y Salud*. 2011; 1(1): 18 - 30.

16. Pérez A. Comunicación y Calidad de Información entre Profesionales Sanitarios y con sus Pacientes: UNIVERSIDAD DE MURCIA; 2016.

17. Horwitz LI, Moin T, Krumholz HM, et al. Consequences of inadequate sign-out for patient care. *Arch Intern Med*. 2008; 168(16): 1755-60. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18779462>

18. Lingard L, Regehr G, Orser B, et al. Evaluation of a preoperative checklist and team briefing among surgeons, nurses, and anesthesiologists to reduce failures in communication. *Arch Surg*. 2008; 143(1): 12-7; discussion 8. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18209148>

19. Sánchez Sánchez F, Sánchez Marín FJ, López Benavente Y. Un estudio cualitativo para conocer las características que definen y jeoran la formación en comunicación asistencial e interprofesional. *Revista de Calidad Asistencial*. 2008; 23(6): 253-8. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23040271>

20. Lamontagne C. Intimidation: a concept analysis. *Nurs Forum*. 2010; 45(1): 54-65. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20137024>

21. Shendell-Falik N, Feinson M, Mohr BJ. Enhancing patient safety: improving the patient handoff process through appreciative inquiry. *J Nurs Adm*. 2007; 37(2): 95-104. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17273030>

3. Chico Fernández M, García Fr

Lecturas recomendables:

- Bengoa J, Espinosa M. La Indagación Apiciativa: Una Alternativa para Crear Realidades de Libertad y Compromiso. *REMO*. 2009; 6(16): 2 - 7.
- Burton CR, Fisher A, Green TL. The organisational context of nursing care in stroke units: a case study approach. *Int J Nurs Stud*. 2009; 46(1): 85-94. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18801481>
- El-Rabbany M, Rosenwasser M, Bhandari M. Managing the burden of osteoporosis: is there a standard of care? *J Orthop Trauma*. 2011; 25 Suppl 2: S44-6. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21566473>
- Gillespie BM, Gwinner K, Chaboyer W, et al. Team communications in surgery - creating a culture of safety. *J Interprof Care*. 2013; 27(5): 387-93. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23672607>
- Manias E. Medication communication: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2010; 66(4): 933-43. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20423380>
- Mpinga EK, Chastonay P, Pellissier F, et al. [End of life conflicts: perceptions of health professionals in French speaking Valais]. *Rech Soins Infirm*. 2006; (86): 96-107. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17020241>
- Paige JT. Surgical team training: promoting high reliability with nontechnical skills. *Surg Clin North Am*. 2010; 90(3): 569-81. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20497827>
- Pérez A. Comunicación y Calidad de Información entre Profesionales Sanitarios y con sus Pacientes: UNIVERSIDAD DE MURCIA; 2016.
- Singh H, Naik AD, Rao R, et al. Reducing diagnostic errors through effective communication: harnessing the power of information technology. *J Gen Intern Med*. 2008; 23(4): 489-94. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18373151>
- Zhou L, Nunes MB. Barriers to knowledge sharing in Chinese healthcare referral services: an emergent theoretical model. *Glob Health Action*. 2016; 9: 29964. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26895146>