



# PATIENT SAFETY MOVEMENT

First, Do No Harm. ZERO by 2030

**Este plan detalla los pasos que el personal de primera línea puede seguir para prevenir Errores de Comunicación Durante el Traspaso:**

1. Utilizar listas de verificación para minimizar la probabilidad de que la información esencial no sea abordada.
2. Participar activamente tanto la persona que entrega como el receptor.
3. Dejar espacio para que el receptor pueda repetir la información que le ha dado el que entrega y hacer preguntas.
4. Utilizar una herramienta escrita como referencia durante el traspaso cuando sea posible.
5. Organizar la información de manera lógica.
6. Comunicar una lista de puntos prioritarios que necesitan seguimiento.
7. Incluir declaraciones de planificación de contingencia de acuerdo con la condición del paciente.
8. Pedirle a la persona que entrega la información que haga una pausa, clarifique algunos puntos o que hable más lento si es necesario.
9. Comunicarse cara a cara acerca del traspaso cuando sea posible.
10. Incluir miembros de equipos multidisciplinarios como sea apropiado.
11. Llevar a cabo la entrega de información durante el traspaso en un espacio dedicado sin distracciones cuando sea posible.
12. Mantener una expectativa compartida (entre el que entrega y el receptor) acerca del proceso.
13. Indicar la severidad de la enfermedad, dando prioridad a los pacientes más enfermos.
14. Garantizar que la evaluación del paciente sea concisa, específica, detallada y bien organizada.
15. Utilizar expresiones verbales y no verbales para indicar la comprensión de la información.
16. Asegurarse de que cuando la información se vuelva a narrar sea organizada, concisa y precisa.
17. Tener una estructura clara para comunicar la información.
18. Utilizar terminología médica estandarizada.
19. Evitar usar abreviaturas tanto escritas como verbales para comunicarse durante el traspaso.
20. Asegurarse de que la información que entregue sea precisa, oportuna, completa y respetuosa.
21. Asegurarse de que los pacientes y miembros de la familia comprendan que deben ser incluidos en el traspaso cuando sea posible:

22. Explicar a los pacientes y miembros de familia la importancia de que se involucren en el traspaso, el propósito del traspaso y cómo ellos se pueden preparar efectivamente para el traspaso.
23. Asegurarse de que los pacientes y miembros de la familia sepan cuándo sucederá el traspaso y coordinar una llamada telefónica si los miembros de la familia no pueden asistir físicamente.
24. Durante el traspaso, observar las expresiones no verbales de los pacientes y miembros de la familia y detenerse para indagar en caso de que sus expresiones indiquen que no están alineados con el miembro del equipo clínico que está realizando el traspaso.
25. Si hay barreras idiomáticas, por favor ponerse en contacto con los traductores del hospital.
26. Utilizar métodos de comunicación estandarizados, tales como I-PASS y SBAR:
  - a. I-PASS (por sus siglas en inglés): severidad de la enfermedad (I), resumen del paciente (P), lista de acción (A), conocimiento de la situación y planificación de contingencia (S) y síntesis del receptor (S).
  - b. SBAR (por sus siglas en inglés): situación (S), antecedentes (B), evaluación, recomendación.
27. Utilizar un método de comunicación de circuito cerrado, que es un modelo de comunicación en base a retroalimentación verbal, cuando sea posible:
  - a. Tanto el que entrega la información como el receptor deben estar enfocados en la tarea del traspaso.
  - b. El receptor de la información debe aceptar el mensaje confirmando el recibo de esta información de manera verbal y solicitar clarificación si es necesario.
  - c. El que envía la información debe verificar que el mensaje haya sido recibido y correctamente interpretado, de esta manera cerrar el circuito.

I-PASS	Descripción	Ejemplo
Severidad de la enfermedad (I)	Claramente identificar si el paciente que está siendo transferido está ya sea estable, inestable o es alguien que necesita ser observado(a)/monitoreado(a).	El Sr. Pérez debería ser monitoreado cuidadosamente para verificar señales de depresión respiratoria porque...

<p>Resumen del paciente <b>(P)</b></p>	<p>Proporcionar:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informe resumido sobre la situación clínica</li> <li>2. Una declaración de identificación, incluyendo peso, alergias, estatus del código</li> <li>3. Una descripción de los eventos que condujeron al estado actual</li> <li>4. Historial médico /quirúrgico</li> <li>5. Un resumen de los eventos claves para cada sistema del cuerpo</li> <li>6. Un resumen de los antecedentes sociales y culturales del paciente</li> </ol>	<p>Varón de 55 años de edad con abuso de tabaco. Hipertensión manejada con amlodipina ahora con dolor de pecho, diagnóstico probable de angina inestable. Presenta una semana de dolor de pecho progresivo durante el esfuerzo, inicialmente aliviado con descanso pero ahora con diaforesis y palidez, sin alivio con descanso. Dolor de pecho: Evaluación inicial en ED P72, BP 162/96. Examen físico sin nada remarcable excepto por dolor de pecho moderado 3/10, mejorado con nitroglicerina. Marcadores cardiacos, resultados de laboratorio y EKG normal. Comenzó a tomar aspirina y metoprolol. Admisión planificada a medicamentos. El idioma nativo es español pero se puede comunicar moderadamente en inglés. Mencionó que tuvo problemas para llegar donde su médico de cabecera porque “tuvo que caminar durante un tiempo para llegar a la estación”.</p>
<p>Lista de acción <b>(A)</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proporcionar elementos de acción claves que necesitan ser llevados a cabo durante el próximo turno.</li> <li>2. Especificar acciones que deben ser completadas durante el turno distintas a las del plan general del hospital y planes de contingencia.</li> <li>3. Incluir cuándo deberían completarse y describir los resultados pendientes.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reevaluar la presión sanguínea después de la dosis de metoprolol.</li> <li>2. Monitorear el dolor de pecho cada 1 hora.</li> <li>3. Monitorear la presión arterial y verificar si hay dolor de cabeza.</li> <li>4. Repetir los marcadores cardiacos y EKG en 6 horas si aún está en Unidad de Urgencias.</li> <li>5. Investigar las barreras socioeconómicas.</li> </ol>
<p>Conocimiento de la situación y planificación de contingencia <b>(S)</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proporcionar al receptor instrucciones específicas de lo que podría salir mal.</li> <li>2. Listar las intervenciones que han resultado y las que no han resultado.</li> <li>3. Garantizar que el equipo que está recibiendo el traspaso está preparado para anticipar cambios</li> </ol>	<p>Si el dolor de pecho empeora, entonces enviar los marcadores estadísticos, EKG, dar nitroglicerina de 0.4 mg SL, morfina de 3 mg IV y oxígeno de 2 litros y llame al equipo de cateterismo.</p> <p>Si se mantiene con hipertensión &gt; 140/90 durante los próximos 30 minutos, dar una dosis adicional de metoprolol IV de 5 mg. Si la investigación sobre el status socioeconómico</p>

	<p>en el estado del paciente y responder de manera acorde.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Identificar recursos y la cadena de comando.</li> <li>5. Para pacientes estables, indicar “No anticipo que algo vaya mal”.</li> <li>6. Desarrollar planes de contingencia y una estructura con declaraciones con “Si ocurre X, entonces” ....</li> <li>7. Si está cuidando un paciente que no puede recibir visitas, considere incluir si la familia del paciente necesita ser actualizada, en qué intervalo, y/o en base a qué criterio.</li> </ol>	<p>revela que hay más barreras para recuperarse después de darlo de baja, proporcionar recursos no clínicos según sea necesario y comunicar las necesidades a los prestadores de cuidado externo subsecuentes del paciente.</p>
Síntesis del receptor <b>(S)</b>	<p>Receptor: Resumir lo que ha oído, hacer preguntas, repetir los puntos claves que se deben llevar a cabo. Proporcionar un resumen breve, condensado y con prioridades de los elementos más importantes del traspaso.</p> <p>La persona que entrega: No interrumpir al receptor mientras esté resumiendo e incentivar que se hagan las preguntas y se discuta luego de que el receptor haya vuelto a narrar toda la información recibida.</p>	Síntesis del receptor

<b>SBAR</b>	<b>Descripción</b>	<b>Ejemplo</b>
Situación <b>(S)</b>	Dar una declaración concisa acerca del problema.	<p>&lt;Nombre&gt; es un(a) &lt;género&gt; de &lt;edad&gt; años de edad, admitido(a) el &lt;día de admisión&gt; por &lt;diagnóstico de admisión&gt; y/o para &lt;procedimiento&gt; por el Dr. &lt;médico de admisión&gt;.</p> <p>&lt;Nombres de los prestadores&gt; han sido consultados/están siendo consultados.</p> <p>El estado es actualmente &lt;estable/serio/crítico&gt; y está en el día</p>

		<duración de estadía> de admisión hospitalaria.
Antecedentes (B)	<p>Proporcionar la siguiente información:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los eventos recientes y riesgos de seguridad inmediatas</li> <li>2. Alergias</li> <li>3. Historial médico pasado pertinente, historial quirúrgico pasado, medicamentos que toma en casa</li> <li>4. Historial desde la admisión</li> </ol>	Él/ella ha sido admitido al hospital dos veces el año pasado por <condición>, lo que resultó en <resultado>. Han pasado <días> desde la última admisión. En las horas que condujeron a su admisión, <eventos>.
Evaluación (A)	<p>Incluir los siguientes detalles:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Problemas actuales, origen y severidad</li> <li>2. Datos de evaluación objetivos y subjetivos</li> <li>3. Resultados del diagnóstico</li> </ol>	El plan de cuidado actual incluye: <medicamentos>, <procedimientos>, <terapias>, <tratamientos>, <fluidos>, <dieta>, <actividad>, <tratamientos>, <atención de enfermería>.
Recomendación (R)	Asegurarse de que haya una oportunidad para que el receptor pueda hacer preguntas.	Basado en esta evaluación, yo recomendaría <recomendaciones>. ¿Qué preguntas tiene para mí?

---

**Esta guía describe los pasos que pueden seguir los gerentes para prevenir los Errores de Comunicación Durante el Traspaso:**

1. Establecer una expectativa compartida para la comunicación a lo largo de su equipo.
2. Asegurarse de que haya una política escrita y de fácil acceso que describa el enfoque de comunicación estandarizado para cada interacción a lo largo de su unidad.
3. Proporcionar un entorno óptimo para un traspaso adecuado (p.ej., libre de distracciones, organizar una estructura de turnos para garantizar que los miembros del equipo clínico coincidan, etc.).

4. Identificar entornos de alto riesgo y alto estrés y auditar a aquellos que trabajan en aquellos ambientes acerca de las brechas que típicamente enfrentan en la comunicación durante el traspaso (p.ej., paramédicos a departamentos de urgencias).
5. Consistentemente reforzar el método de comunicación con su equipo de primera línea.
6. Definir contenido esencial para las planillas escritas y organizar la comunicación de acuerdo con el método organizacional.
7. Garantizar que una capacitación adecuada y la documentación de las habilidades y competencias de comunicación durante el traspaso, especialmente para aquellos que son nuevos en la organización, estén disponibles y sean de fácil acceso.
8. Considerar una observación continua, simulación, representar un papel (*rol play*) y repaso de escenarios como métodos de cambio de comportamiento para detectar y mitigar divagación.
9. Rutinariamente reevaluar el proceso de comunicación durante el traspaso de sus equipos para identificar brechas.
10. Claramente definir en qué punto el traspaso (y la transferencia de responsabilidad) está completado y garantizar claridad sobre este punto para aquellos en la primera línea.
11. Permanecer atento a aquellos en la primera línea que están aplicando bien los métodos de comunicación y reconocer sus esfuerzos.
12. Dar el ejemplo y apoyar a otros a proporcionar educación de estrategias adaptadas al contexto (*just-in-time*) a la vez que todos los involucrados se sientan seguros y apoyados.
13. Realizar mediciones significativas y sesiones informativas regulares para apoyar los esfuerzos.
  - a. Medir y reportar las tasas de error de comunicación durante el traspaso.
  - b. Notar las tendencias en áreas con bajo cumplimiento y con tasa de errores altas.
  - c. Rutinariamente reevaluar los resultados.
  - d. Asegurar la integridad de los datos reunidos.
14. Realizar sesiones informativas con miembros de equipos multidisciplinarios de múltiples centros de manera regular para solicitar retroalimentación de los equipos acerca de las barreras existentes para un cumplimiento sostenido.
15. Ajustar sus planes de mejora rápida y hábilmente como sea necesario de acuerdo con la retroalimentación que reciba.
16. Eliminar barreras para realizar cambios rápidos a las planillas de documentación y ordenarlas.
17. Inculcar una mentalidad de mejora continua en cada individuo a lo largo de su unidad.

Iniciar un proyecto de mejora de rendimiento para abordar brechas en la comunicación durante el traspaso si identifica oportunidades para mejoras:

1. Reunir al equipo de proyecto adecuado. Asegurarse de involucrar a la gente apropiada en el equipo. Ud. querrá tener dos equipos:
  - a. Un equipo de supervisión (también conocido como un equipo asesor) que tiene una tarea amplia, consiste en 10 a 15 miembros e incluye el apoyo de los directores ejecutivos para validar los resultados, eliminar barreras y facilitar la difusión.

- b. El equipo de proyecto actual consiste en 5 a 7 representantes que son los más impactados por el proceso.
  - i. El que una disciplina debiera estar en el equipo asesor o en el equipo de proyecto depende de las necesidades de la organización.
  - ii. Los pacientes y miembros de la familia deberían estar involucrados en todos los proyectos de mejora desde el principio, ya que puede contribuir de muchas maneras a una atención más segura.
- c. Entender lo que está sucediendo actualmente y por qué.
  - i. Un buen lugar para comenzar es revisar los datos objetivos y tendencias para entender el estado actual. Los equipos deberían tomarse su tiempo analizando los datos y validando las fuentes.
  - ii. La acción más importante es ir al lugar de cuidado y observar.
  - iii. Incluso si los miembros del equipo trabajan en esa área a diario, generalmente examinar los procesos existentes desde todos los ángulos es una experiencia reveladora.
  - iv. El equipo debería hacer preguntas al personal de primera línea durante las observaciones que les permita entender cada paso en el proceso e identificar la gente, suministros y otros recursos necesarios para mejorar los resultados del paciente.
- d. Crear un mapa de procesos una vez que los flujos de trabajo se hayan entendido bien, ilustrando cada paso y las mejores prácticas para las brechas identificadas por el equipo.
- e. Hacer lluvia de ideas con el equipo asesor para entender por qué existen brechas, utilizando cualquier herramienta de análisis de causa que su organización está acostumbrada a utilizar.
- f. Revisar el mapa con el equipo asesor e invitar al personal de primera línea a validar su precisión.
- g. Priorizar las brechas que se deben abordar y desarrollar un plan de acción. El plan de acción debiera incluir los siguientes pasos:
  - i. Evaluar la capacidad de la cultura del entorno para cambiar y adoptar estrategias apropiadas.
  - ii. Revisar políticas y procedimientos.
  - iii. Rediseñar formularios y páginas con registros electrónicos.
  - iv. Clarificar los recursos y contenidos educativos para el paciente y la familia.
  - v. Crear un plan para cambiar los formularios y sistemas de documentación.
  - vi. Desarrollar un plan de comunicación.
  - vii. Diseñar un plan de educación.
  - viii. Clarificar cómo y cuándo a la gente se les considerará responsables.
- h. Considerar la relación costo-eficacia, tiempo requerido, resultados potenciales y posibilidades realistas para abordar cada brecha identificada.
- i. Determinar cuáles son las prioridades de enfoque para la organización.

- j. Asegurarse de que el equipo asesor apoye seguir adelante con el plan del proyecto para que puedan continuar eliminando barreras.
- k. Diseñar un experimento para ser probado en un área pequeña por un periodo de tiempo corto y crear un plan de acción para implementación.
- l. Evaluar resultados, celebrar triunfos y ajustar el plan cuando sea necesario.
  - i. Medir los procesos y las mediciones de los resultados.
  - ii. Comparar sus resultados contra otras métricas relacionadas que su organización esté monitoreando. (Las métricas de los procesos dependerán del flujo de trabajo que está tratando de mejorar y generalmente están expresadas en términos de cumplimiento con cambios del flujo de trabajo.)
  - iii. Rutinariamente revisar todas las métricas y tendencias con tanto el equipo asesor como el de proyecto y discutir qué funciona y qué no.
  - iv. Identificar barreras para completar los planes de acción y ajustar el plan si es necesario.
  - v. Una vez que tienes los resultados deseados en el área de prueba, considerar difundirlo a otras áreas.
- m. Ser ágil y moverse rápidamente para no perder el impulso del equipo y para que la gente pueda ver el resultado de su trabajo. Al mismo tiempo, no moverse demasiado rápido para no dejar de lado las ramificaciones organizacionales más amplias de un cambio en su plan.
- n. Asegurarse de tener un buen entendimiento acerca de otros proyectos similares de mejora que se estén realizando para que sus esfuerzos no se dupliquen o no sean ineficientes.

Miembros de equipo recomendados para la mejora en la comunicación durante el traspaso:

1. Pacientes y miembros de la familia
2. Enfermeros
3. Doctores
4. Farmacéuticos
5. Educadores clínicos
6. Terapeutas respiratorios, físicos, ocupacionales y fonoaudiólogos
7. Radiólogos, tecnólogos y especialistas de laboratorio
8. Personal de admisión y registro
9. Especialistas de calidad y seguridad
10. Especialistas en mejora de rendimiento
11. Técnicos de información y analistas de datos
12. Gerentes de caso y trabajadores sociales
13. Representantes de instalaciones a lo largo del sistema
14. Estudiantes

Procesos de comunicación durante el traspaso recomendados para evaluar:

1. Intercambios de información a lo largo y dentro de los departamentos
2. Intercambios de información bajo alto estrés, entornos distractores
3. Forma en que se muestra la información en los registros electrónicos de salud
4. Utilizar la técnica de releer en todas las interacciones tanto con pacientes y miembros de la familia como como miembros del equipo clínico
5. Uso de abreviaturas
6. Ingresos de registros de salud electrónicos para cada paciente
7. Uso y estilo de un traspaso amigable
8. Uso de comunicación de circuito cerrado
9. Uso de planillas y materiales para facilitar la comunicación
10. Síntesis del receptor
11. Comunicación con pacientes y miembros de familia
12. Intercambios de información durante la admisión/transferencia/dada de alta
13. Interacciones con educación de estrategias adaptadas al contexto

Brechas típicas identificadas en la comunicación durante un traspaso:

1. Las expectativas de comunicación no están estandarizadas a lo largo de toda la organización y el sistema.
2. Distintas abreviaturas significan cosas diferentes según la disciplina/centro.
3. No hay forma de que el que entrega la información sepa cómo la interpretó el receptor.
4. Documentar la información en los registros electrónicos de salud es difícil y toma mucho tiempo.
5. No hay incentivos para mejorar la comunicación.
6. No hay una planilla para notas o informes resumidos.
7. El entorno es un ambiente que distrae mucho y no permite tener una comunicación efectiva.
8. Los miembros nuevos del equipo y estudiantes no entienden cómo comunicarse de manera estandarizada.
9. Los recordatorios o listas de verificación son percibidos como no necesarios, condescendientes y ofensivos.
10. La información que se comparte no es relevante para el receptor o la circunstancia.
11. Las listas de verificación se usan como “casillas que se marcan” en vez de una manera más significativa.
12. Las abreviaturas son usadas y/o interpretadas de manera inapropiada.
13. Las necesidades emergentes del paciente interrumpen la comunicación.
14. Algunos miembros del equipo no son escuchados cuando se tratan de comunicar.
15. Los pacientes desconocen la información que se intercambia sobre ellos.
16. El personal de salud asume que otros profesionales de salud son capacitados en una especialidad aparte que la de ellos solo porque trabajan en salud.

17. Los trabajadores no se sienten empoderados con educación de estrategias adaptadas al contexto cuando un traspaso está por debajo de la calidad óptima.
  18. Los trabajadores se sienten atacados o avergonzados cuando son corregidos en un traspaso.
  19. Hay un bajo nivel de confianza/seguridad psicológica en el ambiente de trabajo.
- 

**Este protocolo establece los pasos que los líderes/directivos pueden seguir para prevenir Errores de Comunicación Durante el Traspaso:**

La mayoría de los errores en el cuidado de los pacientes tiene su origen en la comunicación debido a que los hospitales no cuentan con un método sistemático universal para transferir información importante de manera precisa. Se ha demostrado que cuando se adoptan estrategias de comunicación claras y consistentes, ya sea usando I-PASS, SBAR u otros métodos, la comunicación inefectiva durante el traspaso se redujo en casi un 60%, las tasas de readmisión se redujeron en casi la mitad, los eventos adversos prevenibles disminuyeron en un 30% y los errores médicos disminuyeron en casi una cuarta parte. Según un reporte global de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los eventos adversos casi se duplican debido a fallas de comunicación durante el traspaso comparado con aquellos eventos relacionados a habilidades inadecuadas de los profesionales de la salud.

Nuestro entorno altamente complejo y con muchas distracciones necesita el uso de un método de comunicación estándar para garantizar que la información no se comprometa en el ambiente de alto riesgo de la atención de la salud. A menudo suceden traspasos inadecuados primeramente cuando falla la seguridad. En un estudio de una década, los traspasos mal realizados contribuyeron en casi un 80% de eventos adversos. Casi el 30% de los reclamos de negligencia se deben a fallas en la comunicación. Durante un período de cinco años, los traspasos inadecuados contribuyeron a 1,744 muertes y \$1.7 mil millones de costo por negligencias. Se ha estimado que algunos hospitales facultativos pueden llevar a cabo más de 4,000 traspasos en un día. Sin una estructura consistente y organizada que guíe el intercambio de información, hay más riesgos para que ocurran errores. La Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud (AHRQ) informa que casi un 50% del personal hospitalario cree que la información de los pacientes se pierde durante las transferencias.

La Comisión Conjunta ha convertido la estandarización de los traspasos en un objetivo nacional para la seguridad del paciente. La Organización Mundial de la Salud ha incorporado la prevención de los errores durante el traspaso como una de las cinco medidas más importantes para la seguridad del paciente. La Sociedad para Medicina Hospitalaria le ha dado prioridad al traspaso considerándolo una competencia esencial para los profesionales de la salud en los hospitales.

Lista de verificación para la dirección:

1. Revisar todos los errores asociados con fallas de comunicación mensualmente.

2. Implementar y ejecutar políticas, procesos y prácticas que promuevan un ambiente de trabajo psicológicamente seguro y una cultura de confianza.
3. Involucrar a representantes de centros públicos y privados a lo largo del sistema de salud para optimizar la coordinación de la atención a través de una expectativa de comunicación compartida.
4. Alinear todos los sistemas, incluyendo pólizas, protocolos, interfaces electrónicas de registros de salud, formularios de coordinación de la atención, módulos educativos, flujos clínicos, etc., para garantizar un método de comunicación simple y fácil de seguir.
5. Garantizar que todos los líderes cuenten con un proceso simple para supervisar el trabajo de mejora de la comunicación durante el traspaso a la vez de que se considere la alineación con otras iniciativas a lo largo de la organización.
6. Para garantizar la existencia de procesos de comunicación, considerar evaluar lo siguiente:
  - a. Intercambios de información a nivel de dirección.
  - b. Intercambios de información entre distintos niveles de jerarquía.
  - c. Intercambios de información durante las transiciones de cuidado.
  - d. Accesibilidad a la información de los registros de salud electrónicos.
  - e. Facilidad de acceso a los registros de salud electrónicos para todo el personal correspondiente antes de realizar las transferencias y traspasos.
  - f. Comunicación acerca de los sistemas de registros de salud electrónicos entre hospitales, comunidad y servicios de atención ambulatorios.

---

**Este manual describe los pasos que los pacientes, familiares y cuidadores pueden seguir para prevenir Errores de Comunicación Durante el Traspaso:**

Recomendamos que los pacientes y los miembros de sus familias realicen los siguientes pasos para prevenir malentendidos y errores de comunicación durante el traspaso (actualizaciones e instrucciones sobre el cuidado a seguir) de parte de sus prestadores de atención de salud:

1. Involucrar a los miembros de la familia en la entrega de información durante el traspaso cuando sea posible.
2. Solicitar a su equipo clínico que contacte a traductores del hospital para superar cualquier barrera idiomática.
3. Limitar cualquier interrupción de aparatos electrónicos.
4. Verificar que Ud. haya recibido y entienda la información.
5. Cuando se entregue la información, si se usan abreviaturas o términos médicos, solicitar a su prestador de atención de salud que clarifique los términos.
6. No tener miedo de pedir más explicaciones si algo no está claro.
7. Solicitar a su equipo de atención de salud que:

- a. Explique el propósito de la entrega de información durante el traspaso.
  - b. Explique cuándo y dónde se llevará a cabo la entrega de información del traspaso y cómo Ud. y los miembros de su familia se pueden preparar.
  - c. Lleve a cabo la entrega de información del traspaso cara a cara cuando sea posible.
- 

### **Recursos para lector:**

Agency for Healthcare Research and Quality. Checklists. (2019)

<https://psnet.ahrq.gov/primer/checklists>

Arora V, et al. Patient handoffs. (2019)

[https://www.uptodate.com/contents/patient-handoffs?search=hand-off\\_communication\\_improvement\\_plans&source=search\\_result&selectedTitle=3~150&usage\\_type=default&display\\_rank=3#H2082401140](https://www.uptodate.com/contents/patient-handoffs?search=hand-off_communication_improvement_plans&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3#H2082401140)

IHI. Patient Safety Essentials Toolkit: IHI. (2019)

<https://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/Patient-Safety-Essentials-Toolkit.aspx>

PSQH. Patient handoffs: The gap where mistakes are made. (2017)

<https://www.psqh.com/analysis/patient-handoffs-gap-mistakes-made/>

The Joint Commission. Inadequate hand-off communication. (2017)

[https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea\\_58\\_hand\\_off\\_comms\\_9\\_6\\_17\\_final\\_\(1\).pdf?db=web&hash=5642D63C1A5017BD214701514DA00139](https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea_58_hand_off_comms_9_6_17_final_(1).pdf?db=web&hash=5642D63C1A5017BD214701514DA00139)

Müller M, et al. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: A systematic review. (2018)

<https://bmjopen.bmj.com/content/8/8/e022202>

PSQH. Patient handoffs: The gap where mistakes are made. (2017)

<https://www.psqh.com/analysis/patient-handoffs-gap-mistakes-made/>

Shahid S, et al. Situation, Background, Assessment, Recommendation (SBAR) Communication Tool for Handoff in Health Care – A Narrative Review. (2018)

<https://safetyinhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40886-018-0073-1>

Lane-Fall M, et al. Patient - and Team-Level Characteristics Associated with Handoff Protocol Fidelity in a Hybrid Implementation Study: Results from a Qualitative Comparative Analysis. (2023)

[https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1553725023000922?casa\\_token=XIaOXBkLZFUAAA:AA:OniHLV29BUB5R\\_w-BZJTWkXgV8Sdw-3CHuzl2hrYAdWEF1IpERZu6-GzXBpj8KZaqJOrGXy0Wg](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1553725023000922?casa_token=XIaOXBkLZFUAAA:AA:OniHLV29BUB5R_w-BZJTWkXgV8Sdw-3CHuzl2hrYAdWEF1IpERZu6-GzXBpj8KZaqJOrGXy0Wg)

Lane-Fall M, et al. Developing a Standard Handoff Process for Operating Room-to-ICU Transitions: Multidisciplinary Clinician Perspectives from the Handoffs and Transitions in Critical Care (HATRICC) Study. (2018)

[https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1553725017305081?casa\\_token=zDAaCgKFrAMAA:AAA:wTKnTO-gMjJAxqX8WeN1PDmxG\\_3yDTCLfzUPT5vCOV7O6fxWO7Ybmn9TMbP\\_1JDzT24UQLmRgb5w](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1553725017305081?casa_token=zDAaCgKFrAMAA:AAA:wTKnTO-gMjJAxqX8WeN1PDmxG_3yDTCLfzUPT5vCOV7O6fxWO7Ybmn9TMbP_1JDzT24UQLmRgb5w)

Sparling Jamie L., et al. Handoff Effectiveness Research in periOperative environments (HERO) Design Studio: A Conference Report. (2023)

[https://www.jointcommissionjournal.com/article/S1553-7250\(23\)00058-2/fulltext](https://www.jointcommissionjournal.com/article/S1553-7250(23)00058-2/fulltext)