

Àngela Fauró Negre

Pase de enfermería: Revisión
bibliográfica

TRABAJO FIN DE GRADO

Dirigido por: Sara de Fátima
Romaguera Genís

Enfermería



FACULTAT D'INFERMERIA
Universitat Rovira i Virgili

Facultad de Enfermería

Tortosa, 2018

A todas las mujeres que han hecho posible este trabajo: a mi madre, por ser un ejemplo a seguir; a mi hermana, porque cuando la miro me veo reflejada; a mi abuela, por creer siempre en mí; a mis amigas, por levantarme cuando me caigo (y tener tanta paciencia conmigo) y a mi tutora, Sara Romaguera, por cumplir sus promesas y enseñarme que la fortaleza, de cualquier tipo, se trabaja diariamente. También dar gracias a mi padre, que aunque no se sepa expresar muy bien, yo sé que está orgulloso de mí. Y a la URV por hacer posible que los sueños se cumplan.

Índice

1. Resumen.....	4-5
2. Introducción/Justificación.....	6-11
2.2 Marco conceptual.....	7-11
3. Objetivos	
3.1 General.....	12
3.2 Específicos.....	12
4. Metodología.....	13
5. Resultados.....	14-38
5.1 Síntesis de resultados.....	16-25
5.2 Contenido y estructura en el pase de enfermería.....	26-27
5.3 Comunicación verbal y comunicación no verbal.....	28-29
5.4 Barreras y facilitadores.....	29-30
5.5 Procesos.....	31-34
5.6 Modelos.....	34-35
5.7 Base electrónica.....	36
5.8 Protocolarización.....	36-38
6. Conclusión.....	39-41
7. Propuestas de mejora.....	41
8. Bibliografía.....	42-47

Resumen:

El pase de enfermería es la transferencia de responsabilidad profesional de una enfermera a otra. Este acto diario contiene información crítica para poder desarrollar unos cuidados óptimos a nuestros pacientes. *Objetivo:* Comprender la importancia del pase de enfermería en las unidades hospitalarias y su repercusión en la calidad de los cuidados. *Metodología:* Se ha realizado una revisión bibliográfica descriptiva a través de bases de datos, teniendo como motor de búsqueda la estructura, los modelos, los procesos, la comunicación verbal y no verbal, las bases de datos electrónicas y la protocolarización. *Resultados:* Han sido revisados un total de 33 artículos que cumplían los criterios de inclusión. *Conclusiones:* En cuanto al **contenido**, una estructura lógica hace que las enfermeras se organicen mejor, aunque esta estructura pueda variar dentro de las diferentes unidades; se necesita entender por parte del colectivo enfermero cómo funciona la transferencia de información así como las diferentes herramientas existentes para desarrollarlas en la práctica y poder mejorar. En cuanto a la **comunicación verbal y no verbal**, la bibliografía no se pone de acuerdo en el tipo de comunicación verbal que utiliza enfermería, y por otra parte se analizan los aspectos de la comunicación no verbal. También se encontraron diversas **barreras y facilitadores**. Dentro de los diversos **procesos**, el elegido sería un proceso oral con el escrito, así como conjuntamente con el paciente. Entre los diversos modelos tenemos una gran variedad, resaltando el SBAR, PVITAL e ICCOCO, cada uno tiene diferentes aplicaciones y se adapta mejor a un tipo de unidad, se necesita más investigación en este tema y es necesaria una **protocolarización** del pase de enfermería.

Palabras clave: pase de enfermería, transferencia de información, cambio de turno, relevo.

Abstract:

Handoff in the transfer of professional accountability from one nurse to another. This simple act contains critical information to develop an optimal care to our patients. *Objective:* To understand the importance of the handoff at the hospitalary units and the repercussion on the quality of care. *Methodology:* A descriptive literature review has been made through the data base, taking as search engine the structure, models, processes, verbal communication and non-verbal communication, electronic data base and standardization. *Results:* 33 articles that accomplished the inclusion conditions have been reviewed. *Conclusions:* About the **content** of the handoffs, a

logical structure is the way the nurses can organize better their care, even if this structure can be different across units; nurses need to understand how the transfer of information works as the different tools they have in order to develop them on the practice and to improve. About the **verbal and non-verbal communication**, the articles doesn't find a common point about the type of communication the nurses use, on the other hand some aspects about the non-verbal communication are analyzed. Different **barriers and facilitators** have been found. Across the different processes, we can summarize that the best one is using the written one along with the oral, always including the bedside process. We have a great variety of **models**, SBAR, PVITAL and ICCCO, every one of them have different applications and it is better adapted to one unit or another. **Standardization** of the handoff is needed.

Key words: handoff, hand off, handover, hand-over, end of shift, shift report, shift handover, shift handoff, nurse transition in care.

2. Introducción / Justificación

"Nunca cambiarás tu vida hasta que cambies algo que haces diariamente."

John Maxwell

El pase de enfermería es un aspecto fundamental de la seguridad clínica, ya que si este fuera incorrecto o incompleto, llevaría a consecuencias negativas, como el tratamiento erróneo, retraso en el tiempo del diagnóstico, aumento de la estancia de los pacientes en el hospital e insatisfacción por parte del paciente y del equipo de enfermería. ⁽¹⁾⁽²⁾

Como bien sabemos, en la mayoría de entornos sanitarios no existe un patrón oficial o un protocolo en cuanto a la definición de las buenas prácticas del pase de enfermería. La Joint Comission (TJC), es una agencia americana de acreditación sanitaria independiente, no gubernamental y sin ánimo de lucro, es la organización con más experiencia en acreditación sanitaria del mundo, esta empezó a requerir a los hospitales que estandarizaran los pases de enfermería para así minimizar los errores en cuanto a comunicación en estos eventos. ⁽³⁾

Esta misma agencia publicó que el 80% de los errores en cuanto al cuidado de los pacientes estaban parcialmente causados por los problemas de comunicación en los pases sanitarios (ya sean de enfermería, de enfermería a medicina, o a fisioterapeutas, entre otros) en EEUU. ⁽⁴⁾

También informó de que el 65% de los eventos adversos eran por problemas de comunicación en el equipo multidisciplinar así como con los pacientes y que la mitad de estos errores eran causados dentro del equipo multidisciplinar, en la transferencia de información; y que dos de cada tres muertes en el hospital eran causadas por errores de comunicación. ⁽⁴⁾⁽⁵⁾

Si en los hospitales, el mayor número de trabajadores son enfermeras y enfermeros, podemos hacernos una idea del porcentaje que ocupa los errores de comunicación dentro de nuestro colectivo.

Para reforzar estas afirmaciones, decir que en el estudio APEAS, elaborado sólo en el área asistencial primaria en España, se concluyó que uno de los factores causales de los efectos adversos, era la comunicación, siendo ésta incidencia la de un 24.6%. ⁽⁶⁾

Entender los factores que afectan al pase de enfermería, los diferentes tipos de procesos, así como los diferentes modelos que existen, podría llevar al entorno sanitario a tomar consciencia de este evento y así promover pases de enfermería de mayor calidad para aumentar la seguridad clínica y asegurar la continuidad de los cuidados de enfermería.

La motivación para realizar el TFG sobre el pase de enfermería, viene dada por la experiencia que tuve en el programa INU, llevado a cabo en Hiroshima en el verano del 2017, el cual trataba sobre las expectativas de seguridad de los pacientes, y abordamos muchos puntos para poder asegurar la calidad de los cuidados, y uno de los que más me llamó la atención fue la transmisión de información, es decir, cómo un acto diario alberga tanto poder y potencial de error.

Otra experiencia que me llevó a reafirmar la elección de este tema, fue mi experiencia Erasmus en Cork (Irlanda) donde tuve la oportunidad de hacer prácticas en Marymount Hospice, en la unidad de paliativos, donde el pase de enfermería tenía la duración de una hora, en el cual se hablaba de cualquier aspecto, tanto físico como social, y se tenía una visión holística del paciente por todo el equipo multidisciplinar.

2.2 Marco conceptual

El término calidad ha ido desarrollándose a lo largo del tiempo, tiene diversas características, las cuales determinan su definición, la cual ha ido variando. Echando una mirada atrás, podemos ver su largo recorrido y reconocer la larga historia de este término que se convirtió en acción.

La calidad ha sido definida por distintos autores, para la RAE es la “adecuación de un producto o servicio a las características especificadas”.⁽⁷⁾

Si hablamos de calidad sanitaria, la OMS la define como “asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”.⁽⁸⁾

También hay que tener en cuenta la definición de la TJC, la cual asegura que la calidad asistencial es “el grado en el cual la atención al usuario incrementa la posibilidad de alcanzar los resultados deseados y reduce la probabilidad de los resultados indeseados, de acuerdo al estado actual de los conocimientos”.⁽⁹⁾

La calidad asistencial consta de siete pilares según Donabedian:

- Efectividad: consiste en un sistema sanitario basado en evidencias científicas, que ofrece unos resultados mejorados tanto para los individuos como para las comunidades, basados en sus necesidades.

- Eficiencia: un sistema sanitario que ofrece el mejor resultado con el mínimo gasto.
- Eficacia: es la mejor actuación en condiciones favorables, según el estado del paciente y en circunstancias inalteradas.
- Equitativo/Justo: un sistema sanitario que ofrece cuidados y curas de calidad que no son influenciadas por género, etnicidad, ubicación geográfica o estatus socioeconómico.
- Optimización
- Aceptabilidad: como bien la palabra indica es la forma en la que el sistema sanitario se moldea para poder adaptarse al paciente y familia.
- Legitimidad: se refiere a la aceptación del sistema sanitario por parte de la sociedad o población.⁽¹⁰⁾

Aunque esta búsqueda de calidad se originó en empresas privadas el cual su motor de búsqueda era la competitividad, en los hospitales y en el sistema de salud, tiene el motivo de exigencia social o imperativo profesional y legal, entre otros motivos:

- Al haber un aumento de los costes, se hace necesario el monitorizar su eficiencia y eficacia.
- Evitar el riesgo de un mal uso de la sanidad.
- Al usar fondos públicos se hace necesario que la sanidad sea efectiva y de calidad.
- Aspectos legales, como la ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud que está vigente en España ⁽¹¹⁾, u organizaciones como la OMS, que dan recomendaciones para los sistemas sanitarios de todo el mundo.
- Aspectos éticos. ⁽¹²⁾

Cuando hablamos de la mejora de la calidad, surge un término: Kaizen.

El término Kaizen proviene del japonés, Kai, es decir, cambio y Zen, mejora. En una frase, mejora continua. ⁽¹³⁾ Se desarrolló en Japón después de la segunda guerra mundial y siguiendo este método, este país floreció en revolución industrial.

Podemos decir que el comercio y la sanidad son dos temas totalmente distintos. Por un lado, el comercio busca la creación de dinero en un entorno privado y, por el otro, la sanidad busca la curación, mantener la salud de la población y la educación sanitaria, pero aunque tengan objetivos muy distintos, algo les une: ambos campos mejoran la vida de la población mediante la producción de productos y servicios. ⁽¹⁴⁾

Como hemos dicho anteriormente, el Kaizen proviene de la cultura japonesa, donde tienen una visión peculiar de la vida, ya sea profesional o personal, convierten sus vivencias en un ciclo donde examinan, analizan y mejoran.

Este proceso de mejora de la calidad es llevado a cabo mediante la creación de escalones accesibles y de dificultad moderada. Una característica principal es la falta de meta concreta a la que llegar, ya que siempre se está en continua mejora, podemos decir que no hay un final para este proceso, sigue en acción infinitamente a lo largo del tiempo. Ésta es una actitud que debe ser integrada en la rutina diaria, ya que su funcionamiento se basa en que no pase ni un día sin que se haya podido mejorar algún aspecto. ⁽¹³⁾

Para poder llevar a cabo el Kaizen, se tendría que empezar por cambiar la cultura y los valores de la organización sanitaria al completo.

El ambiente perfecto para llevar a cabo el Kaizen es un clima donde los fallos no son penalizados, ya que se comprende que, como humanos que somos, cometemos fallos y que de estos podemos aprender. Es más, se tiene en cuenta la iniciativa y la toma de riesgos, propiciando un entorno de auto educación. La característica principal es la facilidad para obtener permiso que de como resultado el implementar mejoras y la obtención de perdón en caso de error o de fallo. ^{(13) (14)}

El ciclo de Kaizen sigue unos pasos. Primero, se analizan todos los procesos y se observan los resultados que se llegan con cada uno de ellos. Segundo, se estandariza cada proceso individualmente, teniendo en cuenta su eficiencia. Pero este ciclo no acaba aquí, ya que una vez estandarizados no se detiene, si no que siempre se analizan periódicamente en busca de mejoras que implementar. ⁽¹⁴⁾

El papel de enfermería en este proceso es vital, ya que enfermería crea unos servicios en base a unos procesos, por lo que el analizarlos y mejorarlos, tiene consecuencias en el aumento de la calidad de la unidad. Una vez tenemos un proceso con mejoras, se tiene que exportar a otras unidades, para que este ciclo no se quede localizado, sino que se expanda por todo el hospital.

Habiendo hablado del Kaizen, debemos implementar esta moral de cambio en nuestra cultura profesional y nos debemos preguntar qué podemos cambiar como profesionales de enfermería. Aquí entra en juego la QSEN (Quality and Safety Education for Nurses), la cual recogió seis puntos en los que los enfermeros y enfermeras del mundo tenían que trabajar para crear una cultura de seguridad:

- Cuidado centrado en el paciente

Se trata de reconocer al paciente como fuente de control y como un miembro más del equipo con el objetivo de proporcionarle un cuidado compasivo y coordinado basado en las preferencias de este, sus valores y necesidades.

Esta acción es demostrada en base al respeto, a las reacciones del equipo con el paciente y a la comunicación efectiva que se establezca entre paciente y familia con enfermería. Es el cambio de valores en el cuidado, de “hacer para” a “hacer con”, junto con paciente y familia, como parte del equipo sanitario. Este proceso facilita la disminución de errores sanitarios ya que el paciente es el que está experimentando el proceso de enfermedad y el que puede darnos información sobre esta.

- Trabajo en equipo y colaboración

Es el funcionamiento efectivo entre enfermería el resto de equipo interdisciplinario, teniendo en cuenta una comunicación abierta, respeto mutuo y poder de decisión compartido para cumplir la máxima calidad que se le puede ofrecer a los cuidados de un paciente.

La raíz de este punto es la comunicación y la colaboración, ya que en nuestra formación, nos educan como individuales y no como parte de un equipo, una vez los enfermeros salen al mundo laboral, su realidad es la de estar trabajando en un equipo interdisciplinario en una atmosfera de mucho estrés, en la que se tienen que tomar decisiones compartidas basándose en el respeto hacia el paciente.

Esto puede ser facilitado al conocer a los integrantes del equipo interdisciplinario, los roles, las responsabilidades y la jerarquía dentro de cada profesión integrante del equipo.

- Práctica basada en evidencias científicas

Se define como la integración en los cuidados de las mejores evidencias científicas, combinado con las preferencias del paciente y/o familia y los valores de ofrecer unos cuidados de calidad.

Esto se trata de utilizar estándares basados en evidencias científicas, evaluar cuáles son las mejores prácticas enfermeras y ponerlas en práctica y determinar cómo individualizar el plan de atención de enfermería adecuadamente a cada paciente.

- Mejora de la calidad

Es el uso de la información para monitorizar los resultados de los cuidados proporcionados y el uso de métodos mejorados para diseñar y comprobar cambios para mejorar continuamente la calidad y seguridad de los sistemas sanitarios.

- Seguridad

Es el saber minimizar el riesgo de error y daño a pacientes y trabajadores a través de un sistema efectivo y las acciones individuales.

- Informática

Comprende el uso de la información y tecnología para comunicarse, gestionar el conocimiento así como disminuir los errores, y apoyar las decisiones que se toman en base a información científica” (15) (16)

Habiendo visto los puntos descritos por la QSEN, vemos que dentro de casi cada punto que enuncia, tiene mucho que ver la comunicación de enfermería por lo que este Trabajo de Fin de Grado recoge las características propias de ésta.

3. Objetivos

3.1 General

Comprender la importancia del pase de enfermería en las unidades hospitalarias y su repercusión en la calidad de los cuidados.

3.2 Específicos

- Conocer los diferentes procesos y modelos de cambio de turno, así como saber identificar la mejor estructura para llevarla a cabo.
- Identificar el tipo de cambio de turno que se adapta mejor a las diferentes unidades de hospitalización
- Conocer si la literatura identifica la protocolarización del pase de enfermería como un punto a favor en la calidad de este.
- Reconocer las barreras y los facilitadores del pase de enfermería.
- Reconocer la importancia de la comunicación tanto verbal como no verbal en las transferencias de información.

4. Metodología

Este Trabajo de Fin de Grado se realizó mediante un diseño de carácter descriptivo, basado en una búsqueda bibliográfica. Se consultaron diferentes fuentes para seleccionar todos aquellos documentos relacionados con el pase de enfermería y la transferencia de información. Esta búsqueda bibliográfica abarcó desde Enero del 2018 hasta Marzo del 2018, la cual se ha llevado a cabo en cuatro bases de datos diferentes: Scopus, Cinahl, Pubmed y Dialnet. Los idiomas utilizados fueron el español y el inglés. Como palabras clave, se usaron las siguientes: pase de enfermería, transferencia de información, cambio de turno, relevo.

Se utilizaron unos criterios de inclusión y exclusión, mencionados en la Tabla I:

<u>Criterios inclusión</u>	<u>Criterios exclusión</u>
Tipo de documento: artículo	Tipo de documento que no sea artículo (carta al editor, entrevista...)
Texto gratuito	Texto no gratuito
Texto en español o inglés	Texto que no está en español o inglés.
Texto disponible y completo	Texto no disponible o incompleto
Desde el 2010-2018	Artículos anteriores al 2010
Pertenecientes al área de enfermería hospitalaria	No pertenecientes al área de enfermería hospitalaria
El intercambio de información ocurre dentro de la unidad	El intercambio de información no ocurre dentro de la unidad (entre unidades, extra hospitalario)

Tabla I

5. Resultados

Se encontraron un total de 961 artículos, de los cuales tras seguir los términos de inclusión y exclusión mostrados en la Tabla I, descendieron a un total de 32 artículos. De estos artículos seleccionados, los cuales se muestran en el Gráfico-1, 13 fueron estudios cualitativos, 4 estudios cuantitativos, 6 estudios con métodos mixtos y 9 revisiones bibliográficas.

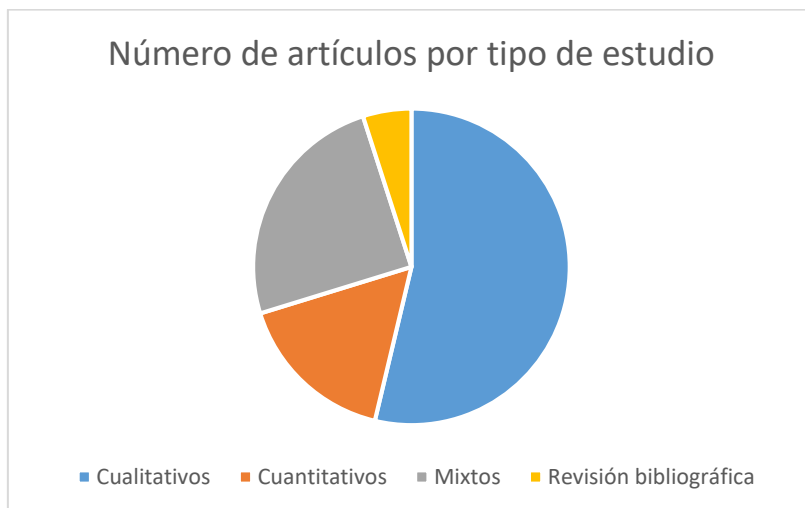


Gráfico-1

En el Gráfico-2 se muestra el número de artículos encontrados por año:

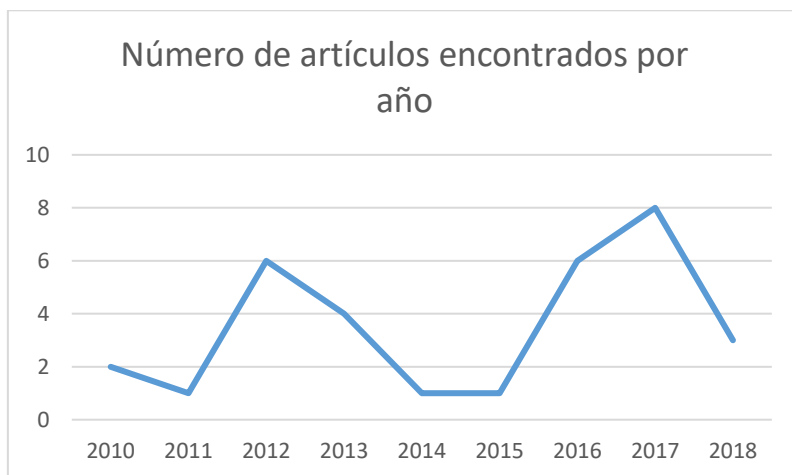


Gráfico-2

Así mismo en el Gráfico-3 se muestra el número de artículos encontrados por idioma:

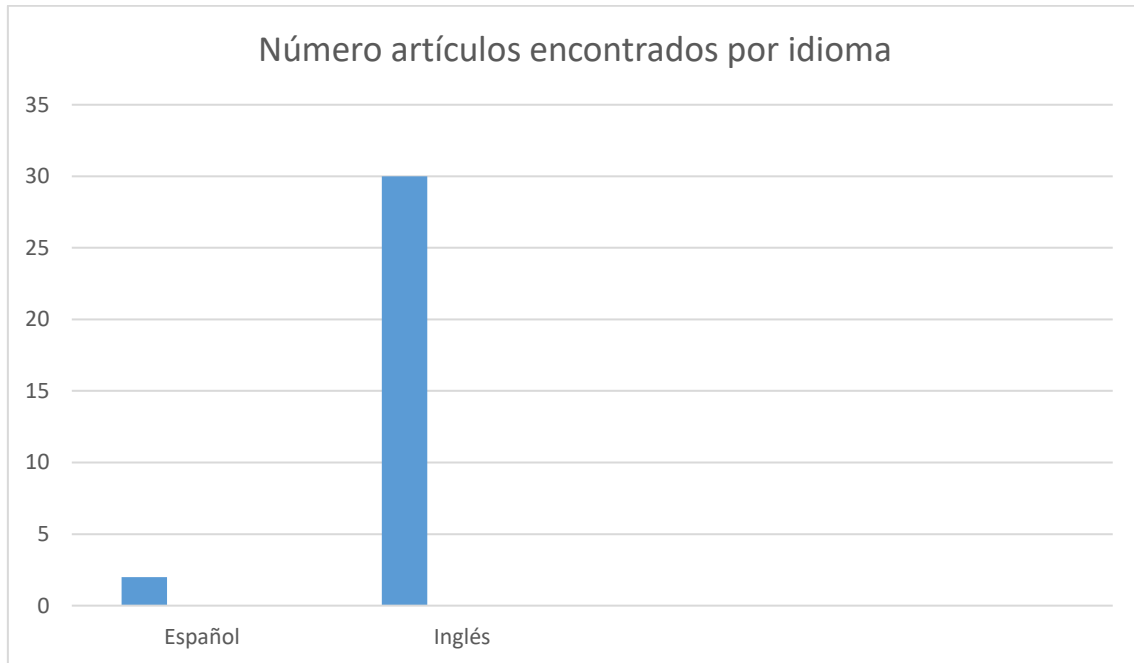


Gráfico-3

En la Tabla II se muestran las bases de datos utilizadas, con los booleanos utilizados en cada caso, los artículos encontrados y los artículos seleccionados:

Base de datos	Palabras clave y booleanos	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
Scopus	(handover OR handoff AND nursing)	353	5
Cinahl	(handover OR handoff OR care transfer OR shift transfer) AND (nursing)	171	9
PubMed	(handover OR handoff AND nursing)	389	16
Dialnet	Cambio de turno enfermería	48	2
Total		961	32

Tabla II

5.1 Síntesis de los resultados

Título inglés//Título español	Autor(es)/Año	Tipo de estudio	Muestra	Objetivo	Resultado
Improving clinical handover in a paediatric Ward: Implications for nursing management // Mejorando el cambio de turno en una planta pediátrica: implicaciones para la gestión en enfermería. ⁽¹⁷⁾	Mannix, T. Parry Y. Roderick A. (2017)	Estudio método mixto (cualitativo y cuantitativo)	N=30 enfermeras	Describir cómo enfermería mejoraba y aplicaba el ISBAR en el pase de enfermería.	Enfermería aplica ISBAR al conocer su funcionamiento. Hubo mejoras significantes en cuanto al pase de enfermería. Las enfermeras necesitan un entrenamiento específico en cuanto al pase de enfermería.
The art of oral handovers: A participant observational study by undergraduate students in a hospital setting. // El arte del cambio de turno oral, un estudio observacional por alumnos no graduados en el entorno hospitalario. ⁽¹⁸⁾	Giske T. Melas S N. Einarsen KA. (2017)	Estudio cualitativo observacional	N= 52 alumnos, 11000 horas de observación en siete unidades diferentes	Explorar las condiciones de los cambios de turno orales en un entorno hospitalario, cómo impacta este en la seguridad del paciente y la calidad del cuidado.	Se hallaron seis temas: el contenido y estructura del pase de enfermería, la conciencia de la propia actitud de las enfermeras, comunicación verbal y no verbal, distracciones, compartir la información de forma correcta, asegurarse de la calidad de los pases de información orales.
Empowering nurses through action research for developing a new nursing handover program in a pediatric ward in Iran. // Empoderar la enfermería por medio de la búsqueda activa para desarrollar un nuevo programa de pase de enfermería en una planta pediátrica en Irán. ⁽¹⁹⁾	Sarvestani RS. Marzieh M. Nasrabadi A N Momennasad M Yektatalab S Jafari A. (2017)	Estudio método mixto (observaciones no intervencionales y semi estructuradas, entrevistas, sesiones de grupo, cuestionarios)	12 enfermeras, 2 auxiliares, una supervisora, y investigadores académicos.	Crear un nuevo protocolo de pase de enfermería	Se encontraron dos temas relacionados con los retos que tiene enfermería en el pase de información: un cuidado poco holístico y una mala gestión del pase de enfermería.

Pase de enfermería: revisión bibliográfica.

Developing a guideline for structured content and process in mental health nursing handover // Desarrollando un protocolo para el pase de enfermería en salud mental con estructuración del contenido y de los procesos. ⁽²⁰⁾	Cowan. D Brunero S. Luo X. Bilton D. Lamont S. (2018)	Estudio cualitativo y descriptivo, con tres procesos de recogida de datos: observación participante, grupos focalizados y entrevistas.	Unidad con 24 camas y 6 enfermeras por la mañana, 6 enfermeras por la tarde y 4 enfermeras por la noche. Unidad con 12 camas, 3 enfermeras de mañana, 3 enfermeras de tarde y 3 enfermeras de noche.	Crear unas pautas para el desarrollo de un pase de enfermería en salud mental con una estructura uniforme.	Se encontró un vínculo entre la estructura, contenido y liderazgo con los procesos del pase de información. Necesitando inclusión en el pase de enfermería para asegurar que se mantiene en el propósito y su eficiencia.
Impact of a modified nursing handover model for improving nursing care and documentation in the emergency department: A pre- and post-implementation study // El impacto de un modelo de pase de enfermería modificado para la mejora de los cuidados de enfermería y documentación en el departamento de emergencias: un estudio pre y post implementación. ⁽²¹⁾	Kerr D. Klim S. Kelly AM. McCann T. (2016)	Estudio cuantitativo	N= 67 enfermeras (pre) N= 59 enfermeras (`post)	Evaluar si la implementación de un nuevo modelo de pase de enfermería lleva a la mejora de los cuidados de enfermería y a su documentación	Mejoras significativas en diversos procesos: transferencia de información enfrente del paciente, los pacientes contribuyeron y/o escucharon la información dada, la provisión de información adecuada sobre todos los pacientes en el departamento.

Pase de enfermería: revisión bibliográfica.

Exploring the structure and organization of information within nursing clinical handovers // Explorando la estructura y organización de la información en el pase de enfermería. ⁽²²⁾	Johnson M. Jefferies D. Nicholls D. (2012)	Estudio cualitativo.	N= 81 pases de enfermería	Investigar el contenido y estructura de los pases de enfermería.	La estructura del pase de enfermería incluye cinco temas: identificación del paciente, historia clínica, el plan de cuidados y objetivos.
Understanding current intensive care unit nursing handover practices // Entendiendo las prácticas de pase de enfermería en unidades de cuidados intensivos. ⁽²³⁾	Spooner A J. Chaboyer W. Corley A. Hammond N. Fraser J F. (2012)	Estudio cuantitativo (observacional prospectivo)	N= 20 pases de enfermería	Valorar el contenido de un cambio de turno de UCI para proporcionar una fuente para el desarrollo de una estandarización del pase de enfermería en UCI.	El contenido del pase de información fue consistente. Hubieron algunos puntos que no se comentaron en estos pases de enfermería como fueron: la resucitación, alta y planes a largo plazo, el uso de re-leer, y la comprobación.
Nursing handover: An integrate review of the different models and processes available // El pase de enfermería: una búsqueda bibliográfica integrada de los diferentes modelos y procesos disponibles. ⁽²⁴⁾	Bakon S. Wirihana L. Christensen M. Craft J. (2016)	Revisión bibliográfica	N= 16 artículos	Explorar los diferentes modelos y procesos en cuanto al pase de enfermería y su eficacia en la mejora de la comunicación enfermera.	Hay diferentes modelos de pase de enfermería en uso, aunque no hay evidencia científica de que haya uno que de mejores resultados que otro. El modelo ISoBar y sus adaptaciones es el único modelo que se ha aplicado a diversas especialidades.
Nurse handoff communication. // Comunicación enfermera del pase de enfermería. ⁽⁴⁾	Ray A. Grant N. (2017)	Análisis cualitativo	N= 286 enfermeras	Describir los comportamientos de comunicación identificados en enfermeras como la clave de un pase de enfermería competente en el cambio de turno.	Los pases de enfermería de calidad incluyen información específica y competencias de comunicación socio-emocionales.

Pase de enfermería: revisión bibliográfica.

Barriers and facilitators to nursing handoffs: Recommendations for redesign. // Barreras y facilitadores para el pase de enfermería: recomendaciones para el re-diseño. ⁽²⁵⁾	Welsh, C. Flanagan M. Ebright P. (2010)	Estudio cualitativo. (Entrevista semi estructurada)	N=20 enfermeras	Identificar factores facilitadores y barreras en cuanto al pase de enfermería.	Se encontraron 6 barreras (poca información, demasiada información, calidad inconsistente de la información, oportunidad limitada de preguntar, malfuncionamiento de equipo de grabado, interrupciones) y 4 facilitadores (contenido pertinente, poder tomar notas con el suficiente espacio, contacto cara a cara, tener una lista)
Nurses' shift reports: a systematic literature search and critical review // Pases de enfermería: una búsqueda bibliográfica. ⁽²⁶⁾	Buus N. Hoeck B. Hamilton E. (2016)	Revisión bibliográfica	N=19 artículos	Identificar las diferentes prácticas que se dan en los pases de enfermería a través de diferentes especialidades.	Pases de enfermería descritos como altamente convencionales y localmente situados aunque con oportunidades para improvisar y negociar entre enfermeras.
Nurse-to-nurse shift handoffs on medical–surgical units: A process within the flow of nursing care // Cambio de turno en unidades médico-quirúrgicas. Un proceso dentro del flujo del cuidado enfermero. ⁽²⁷⁾	Ernst K M McComb S A Ley C (2018)	Estudio cualitativo. Grupos semi estructurados.	N= 21 enfermeras	Investigar cualitativamente el pase de enfermería en un ámbito médico-quirúrgico como un proceso de intercambio de información. Investigar cuál es el mejor pase de enfermería y cuáles son sus desviaciones.	Dos temas surgieron: el trabajo en equipo y cómo de importante es el construir un conocimiento compartido entre enfermeras para comunicarse sobre sus pacientes.

Pase de enfermería: revisión bibliográfica.

Task uncertainty and communication during nursing shift handovers // La incertidumbre del trabajo y comunicación durante el pase de enfermería. ⁽²⁸⁾	Mayor E. Bangerter A Aribot M (2012)	Análisis cuantitativo	N=80 supervisores de enfermería	Explorar las variaciones de comunicación y duración del pase de enfermería según la incerteza a la que se exponen los pacientes de la unidad.	La unidad afecta al pase de enfermería. Cuanta más incerteza rodea al paciente, más tiempo se emplea hablando de las curas de enfermería y tratamiento, y menos sobre las emociones de las propias enfermeras.
Nurse handover: patient and staff experiences // Pase de enfermería: experiencias de enfermería y pacientes. ⁽²⁹⁾	Bruton J. Norton C. Smyth N. Ward H. Day S. (2016)	Estudio cualitativo observacional	N= 2 unidades de agudos	Entender el propósito, impacto y experiencia del pase de enfermería desde la perspectiva de los pacientes y enfermería.	El pase de enfermería no debe estar protocolarizado del mismo modo en todas las áreas. El entrenamiento enfermero en cuanto al pase de información es beneficioso.
Nursing team leader handover in the intensive care unit contains diverse and inconsistent content: An observational study // Líder de pase de enfermería en la UCI contiene contenido inconsistente y diverso ⁽³⁰⁾	Spooner A.J. Aitken L.M. Corley A. Fraser JF. Chaboyer W. (2016)	Estudio cualitativo prospectivo observacional	N= 277 pases de enfermería en una unidad con 21 camas.	Determinar el contenido de la información durante el pase de enfermería	Se usó el ISBAR, el ítem menos usado fue la R (recomendación) y hubo información que no encajaba en ningún de los ítems.
El cambio de turno: Un eje central del cuidado de enfermería ⁽³¹⁾	Guevara L. Maryory M. Ligia P. (2015)	Revisiónbiblio gráfica	N = 50 artículos	Reflexionar acerca del valor del cambio de turno como momento y eje central del cuidado de enfermería	Es necesario educar, realizar seguimiento, evaluación y retroalimentación para permitir la mejora del pase de enfermería.

Pase de enfermería: revisión bibliográfica.

Programación del cambio de turno desde la óptica de los profesionales de enfermería ⁽³²⁾	Llapa E Oliveira C De Andrade J Pontes de Aguilar M Pinto F (2013)	Método mixto	N = 104 profesionales	Analizar la influencia de los factores internos y externos durante el proceso de cambio de turno.	Se resumieron las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas.
Nursing handovers as resilient points of care: linking handover strategies to treatment errors in the patient care in the following shift // Pases de enfermería como puntos de resiliencia para el cuidado: uniendo el pase de enfermería a errores de tratamiento en el cuidado del paciente al siguiente turno ⁽³³⁾	Drach-Zahavy A Hadid N (2014)	Estudio cuantitativo, prospectivo.	N=200 pases de enfermería	Examinar las estrategias de enfermería durante el pase de información y el número de errores en el siguiente turno.	El pase de enfermería es una oportunidad para las enfermeras de prevenir errores y prácticas poco seguras implementando más estrategias.
A systematic review on the transfer of information during nurse transitions in care. // Búsqueda bibliográfica en la transferencia de información durante los cuidados de enfermería ⁽³⁴⁾	Holly C Poletick E (2013)	Revisión bibliográfica	N= 29 estudios cualitativos	Examinar las evidencias cualitativas en las dinámicas de conocimiento al transferir información en el cuidado en un hospital de agudos.	Las propias enfermeras influyen la información que se da y que es usada para determinar las decisiones en el cuidado.

Pase de enfermería: revisión bibliográfica.

Exploring the structure and organization of information within nursing clinical handovers // Explorando la estructura y organización de la información en el pase de enfermería ⁽³⁵⁾	Johnson M Jefferies D Nicholls D (2012)	Estudio cualitativo	N=81 pases de enfermería	Investigar el contenido y organización del pase de enfermería	La estructura contuvo cinco temas principales: identificación del paciente, historia clínica, estado actual, plan de cuidados, y objetivos. Hubo variaciones en cuanto al orden de aparición.
Undertaking effective handovers in the healthcare setting // Llevando a cabo pases de enfermería efectivos en el ámbito sanitario ⁽³⁶⁾	Ballantyne H (2017)	Revisión bibliográfica	N= 56 artículos	Comprender el proceso de pase de enfermería, incluyendo los diversos tipos, la importancia de la comunicación y las barreras.	Se discuten diversos puntos sobre el pase de enfermería: tipos, funciones, el marco de la comunicación, barreras.
SBAR, Communicating, and Patient Safety: An Integrated Literature Review. // SBAR: Comunicación y seguridad: una búsqueda bibliográfica. ⁽³⁷⁾	Stewart K Hand K (2017)	Revisión bibliográfica	N= 21 artículos	Saber si es efectivo el SBAR entre sanitarios	El SBAR mejora las percepciones de comunicación entre enfermeras y de enfermera a médico.
Review: bringing patient safety to the forefront through structured computerization during clinical handover // Análisis: Llevando la seguridad del paciente al frente a través de estructuración computerizada durante el pase de enfermería ⁽³⁸⁾	Matic J Davidson P Salamonson Y Matic J Davidson P Salamonson Y (2010)	Revisión bibliográfica	N= 36 artículos	Examinar los métodos y modos de hacer un pase de enfermería efectivo y mejorar la posibilidad de un sistema computerizado para aumentar la seguridad del paciente.	Darle la importancia a la comunicación eficaz, es la clave para la seguridad del paciente y la frecuencia del pase de enfermería, es imperativo que esta transferencia lleve a cabo un escrutinio, desarrollo y búsqueda.

Pase de enfermería: revisión bibliográfica.

Nurses' handoff and Patient Safety Culture in Perinatal Care Units// Pase de enfermería y Cultura de seguridad en unidades perinatales ⁽³⁹⁾	Mi Y Hyang Yuol L Sherwood G Eu Man K (2018)	Estudio cualitativo descriptivo	N= 291 enfermeras	Examinar el pase de enfermería para determinar las causas de los errores, evaluar los actuales métodos y determinar los factores asociados con la evaluación del pase de enfermería en unidades neonatales y paritorios de Korea del Norte.	La comunicación y la frecuencia de errores fueron relacionados positivamente con el pase de enfermería, y la falta de un protocolo o checklists fue relacionado negativamente con el pase de enfermería.
Nurses' perceived barriers to bedside handover and their implication for clinical practica // Las barreras percibidas en enfermería a la hora de hacer un pase de enfermería con el paciente presente y su implicación en la práctica clínica ⁽⁴⁰⁾	Tobiano G Whitty J Bucknall T Chaboyer W (2017)	Estudio transversal cualitativo	N= 176 enfermeras	Entender y explorar las barreras percibidas en los pases de enfermería con el paciente presente.	Diversas barreras fueron concluidas.
Nurses discuss bedside handover and using written handover sheets // Las enfermeras hablan sobre el pase de enfermería con el paciente presente y el uso de hojas en el pase de enfermería. ⁽⁴¹⁾	Johnson M Cowin L (2013)	Estudio cualitativo	N=30 enfermeras	Investigar las perspectivas enfermeras sobre la introducción del pase de enfermería con el paciente y el uso de hojas.	Los temas principales fueron los pros y contras del pase de enfermería con el paciente presente, el paciente que colabora, las tres fuentes de información sobre los pacientes y otros asuntos (el uso de hojas escritas, problemas en el acceso de tecnología y modelos de cuidados)

Pase de enfermería: revisión bibliográfica.

Barriers and facilitators to the implementation of an evidence-based electronic minimum dataset for nursing team leader handover: a descriptive survey ⁽⁴²⁾	Dpooner A Aitken L Chaboyer W (2017)	Estudio cualitativo	N= 39 enfermeras	Saber las barreras y facilitadores de implementar un Sistema informativo en cuanto al pase de enfermería antes de implantarlo	Las barreras y facilitadores sirvieron para informar cómo poder optimizar esta herramienta antes de implantarla.
The inns and outs of a change off shift handoffs between nurses: a communication challenge // Los pros y contras de un cambio de enfermería: un challenge de comunicación ⁽⁴³⁾	Carroll J Williams M Gallivan T (2012)	Método mixto	N = 2 unidades medico quirúrgicas	Estudiar las diferentes expectativas en cuanto a los pases de enfermería.	Se encontraron diferencias entre unidades, enfermeras y roles.
Developing a minimum dataset for electronic nursing handover // Desarrollando un minimo data set para el pase de enfermería electrónico ⁽⁴⁴⁾	Johnson M Jefferies D Nicholls D (2011)	Estudio mixto	N = 195 pases de enfermería	Presentar una base electrónica diseñada para complementar el pase enfermería verbal .	Diferentes enfoques en cada unidad.
Developing a framework for nursing handover in the emergency department: an individualised and systematic approach // Desarrollando un marco teórico para el pase de enfermería en unidades de emergencia: un acercamiento individualizado y sistemático ⁽⁴⁵⁾	Klim S Kelly AM Kerr D Wood S McCan T (2013)	Método mixto	N= 63 entrevista N= 41 entrevista	Explorar la percepción de las enfermeras de emergencias sobre el actual pase de enfermería	La mayoría de las enfermeras perciben que están dando/recibiendo un buen pase de enfermería, pero algunos fallos fueron identificados como medicación, signos vitales y plan de cuidados.

Pase de enfermería: revisión bibliográfica.

Comparing written and oral approaches to clinical reporting in nursing // Comparando el pase de enfermería oral y escrito. ⁽⁴⁶⁾	Jefferies D Johnson M Nicholls D (2012)	Revisión bibliográfica	N= 67 pases de enfermería escritos N= 20 pases de enfermería orales.	Investigar cómo los problemas de los pacientes, intervenciones y objetivos son descritos en los pases de enfermería orales y escritos, así como conocer cuando la información crítica del paciente es omitida.	El pase de enfermería oral es el preferido por enfermería ya que es más entendible que el escrito, por otra parte el pase de enfermería escrito es complementario al oral.
Nurses' shift reports: a systematic literature search and critical review of qualitative field studies // Pase de enfermería: una búsqueda bibliográfica sistemática y revision crítica de estudios cualitativos ⁽⁴⁷⁾	Buus N Hoeck B Hamilton B (2016)	Revisión bibliográfica	N= 19 artículos	Identificar las prácticas en el pase de enfermería en las especialidades de enfermería.	Se describieron las prácticas y se identificó factores que contribuyen a la distribución del conocimiento clínico.

5.2 Contenido y estructura en el pase de enfermería

Una de las mejores transferencias de información ocurre cuando la enfermera emisora tiene información de base sobre este paciente, como el nombre, persona de contacto y situación social, para luego ser capaz de pasar a otro tipo de información más concreta como el diagnóstico y cuidados de enfermería. Aunque la estructura del pase de enfermería varía dentro de cada unidad, podemos decir que mantener una estructura con lógica sería lo más adecuado para cualquier unidad. ⁽¹⁸⁾

Es importante que dentro de la misma unidad se tengan las mismas expectativas en cuanto a la transferencia de información. Las enfermeras que acaban el turno, recogen la información del paciente y la convierten en una narrativa, mientras que las enfermeras que entran a trabajar, tienen unas expectativas en cuanto a las condiciones de los pacientes, y espera poder compararlas con la enfermera que da esta información, por lo que se convierte en necesario el compartir el mismo entendimiento en cuanto a los pacientes. ⁽²⁷⁾

Un punto a favor para mantener una buena estructura es el preguntar si alguien tiene alguna duda sobre el paciente que se está hablando en ese momento, esto marca claramente la transición de un paciente a otro, dando tiempo a que la enfermera receptora tenga la oportunidad de resolver cualquier duda.

Por otro lado, podemos hablar de una estructura no deseable dentro del pase de enfermería como sería una transferencia de información desordenada, estresante y poco preparada. ⁽¹⁸⁾

Streeter y Grant, en su revisión bibliográfica, hablaron de que las cualidades para que un pase de enfermería fuera calificado como “el mejor” tanto por enfermeras receptoras como emisoras, fueron una transferencia ordenada, detallada, información fácil de comprender y la posibilidad de formular preguntas. Por otro lado, “el peor” pase de enfermería sería aquel al que se le aplica el contrario de las mejores características dichas anteriormente. ⁽⁴⁾

En el estudio de Gitske y col. se pudo comprobar que en las unidades que se tenía un pase de enfermería estructurado, las enfermeras se organizaban mejor, entendían mejor la situación y permitía que pudieran darse cuenta de información que faltaba y preguntarla a su compañera. ⁽¹⁸⁾

Esta estructuración de los procesos de transferencia de información proviene de otras industrias, tales como la aviación. Este tipo de procesos dieron resultados en la disminución de errores después de la implementación en el ámbito sanitario, según un estudio de Catchpole y col. ⁽²¹⁾

En el estudio de Kerr y col. se concluye que un marco en cuanto al pase de enfermería enfocado en una estrategia estandarizada, incluyendo checklists con un fuerte énfasis en los cuidados de enfermería, mejoraba la calidad de cuidado al paciente y documentación propia de enfermería en el entorno de emergencias. ⁽²¹⁾

Mencionar que en cuanto al contenido del pase de enfermería, en unidades con pacientes con un plan de cuidados más incierto, tenían una duración más elevada en cuanto a tiempo de la transferencia de la información. ⁽²⁸⁾

Siguiendo con el contenido, en el estudio de Spooner y col. donde se hizo un estudio con 40 enfermeras en el ámbito de cuidados intensivos para estudiar la transferencia de información, la conclusión fue que la información dada en una planta de cuidados intensivos era mucho más extensa que en otra unidad, ya que en la planta de cuidados intensivos se habla mucho más de cuidados de enfermería. Como aspectos a mejorar fue la de no hablar del estado de resucitación de los pacientes, lo cual hacía difícil saber si la enfermera se adhería a los principios de este. ⁽²³⁾

Un aspecto importante de este estudio es la introducción del read-back (re-leer), una técnica nueva en el ámbito sanitario que trata de releer aquella información importante en voz alta y que el receptor de esta información la repita. Esta herramienta es efectiva ya que permite mandar mensajes claros y no ambiguos. Este estudio demostró que las enfermeras no hacían uso del read-back durante el pase incluyendo al paciente, debido a la poca educación y entrenamiento sobre esta. ^{(23) (36)}

Otra herramienta que saca a la luz este artículo es el cross-checking (verificación cruzada), ésta proviene de la industria de la aviación y se realiza con una lista donde la enfermera dando el pase y la enfermera que lo recibe, van tachando cada ítem del cual hablan, para así cubrir todos los ítems necesarios. Un estudio de Perren y col. encontró que un 62% de los pases en la UCI tenían un error que se detectó con esta herramienta. ^{(23) (36)}

Uno de los puntos que se hablan en el estudio de Spooner y col., es la ausencia de un plan de cuidados en la resucitación en el pase de enfermería ⁽³⁰⁾

Como conclusión, en múltiples estudios se habla de la importancia por parte de enfermería de entender el funcionamiento de un buen pase de enfermería, así como su estructura óptima y todas las herramientas que tienen al alcance, así como un buen entrenamiento para poder desarrollar estas técnicas avanzadas con la mayor soltura y ser verdaderamente eficientes, ya que entendiendo cómo funciona esta transmisión de información, podemos implementar los cambios necesarios, mejorando la percepción de las enfermeras para con este evento diario y disminuir el coste que produce este. ^{(23) (24) (25) (17) (19) (36)}

5.3 Comunicación verbal y comunicación no verbal

La comunicación no verbal es una característica muy importante en cuanto a la transferencia de información, aspectos tales como contacto ocular, expresiones faciales, asentimientos de cabeza y el uso de los dedos para subrayar las palabras clave a la hora de hablar, aumentan el entendimiento dentro del grupo. Otro aspecto significativo es la posición en que las enfermeras se sientan a la hora de la transferencia de información, una manera de demostrar que se está abierto a esta transferencia es manteniendo una postura recta y cara a cara con las personas con las que se habla. Si la enfermera emisora se sienta de espaldas a las enfermeras receptoras para leer la información del ordenador, es más difícil que se la oiga. ⁽¹⁸⁾

En cuanto a la comunicación verbal, hay diversos estudios los cuales afirman que la comunicación enfermera es biomédica principalmente, con el uso de jerga sanitaria, abreviaturas y acrónimos, los cuales, los oyentes deben conocer para poder entender esta información correctamente, es decir, que las enfermeras que no están habituadas a esta unidad, necesitan de más explicaciones para poder entender la transferencia de información al completo. ^{(27) (36) (47)}

Mientras que otros autores afirman que la forma de comunicarse de enfermería combina un vocabulario formal con otro más llano, categorizando a los pacientes en casos reconocibles, pudiendo llegar a caer en estereotipos o prejuicios. ^{(26) (47)}

Las dinámicas que se establecen en la comunicación son asimétricas, mientras que en un pase de enfermería ambas enfermeras toman turnos para compartir información, en otro puede que sólo un miembro del equipo tome el monopolio de este. Esto puede ser un problema para algunas enfermeras, que pueden no tener la confianza necesaria para realizar preguntas. ^{(36) (43)}

Streeter y Grant hablaron sobre la comunicación relacional en enfermería, cómo algunos comportamientos eran apreciados ya que incluían confianza y cordialidad. Este tipo de comportamientos asociados a este tipo de comunicación fueron que la enfermera emisora presentara a la receptora delante del paciente y la familia, apreciándola como profesional; que la enfermera emisora saludara a la enfermera receptora antes de darle la información; que la enfermera emisora diera la información de forma calmada, focalizada y profesional; que la enfermera receptora le diera las gracias a la emisora por el pase recibido, así como una apreciación de su trabajo y que la enfermera receptora entendiera si alguna tarea no había sido concluida por la enfermera emisora. ⁽⁴⁾

En el estudio de Carroll y col., se concluyó que los aspectos que hacen de una conversación una buena comunicación tanto no verbal como verbal, como puede ser el contacto ocular y las preguntas por parte de la enfermera receptora, eran vistos por la enfermera transmisora como una

interrupción. Es decir, que ambos roles tienen objetivos distintos aún que la misma enfermera adopta esos dos roles en un mismo turno. ⁽⁴³⁾

La forma en la que se comunica el colectivo enfermero es la forma en la que se consolida la cultura profesional y resaltar que el vocabulario usado afecta a la relación en el grupo de enfermería. ^{(26) (18) (47)}

Como conclusión, en el estudio de Johnson, se afirmó que una buena comunicación era gracias a buenos comunicadores, y comunicarse bien era lo mismo que ser capaz de hablar sobre los problemas. ⁽⁴¹⁾

5.4 Barreras y facilitadores

En un estudio por Welsh y col. se encontraron distintas barreras y facilitadores para dar un pase de enfermería de calidad, basándose en la percepción de las propias enfermeras.

Las barreras incluían tener poca información, ya que disminuía la percepción de calidad enfermera y aumentaba el tiempo que se invertía en buscar toda la información omitida; demasiada información, ya que aumentaba el tiempo en un pase de enfermería con información poco útil; la calidad varía según qué profesional sea la enfermera emisora; limitación de preguntas, ya que este estudio se hizo en pases de enfermería escritos y grabados; así como las interrupciones. ⁽²⁵⁾

Los impedimentos de procedencia interna para realizar una buena transferencia son mencionados en el estudio de Llapa y col., los cuales se resumen en profesionales con prisa por irse, impuntualidad, conversaciones durante éste, falta de planificación previa, profesionales que no valorizaban la transferencia, falta de claridad en los registros, ausencia de comunicación directa en el equipo, documentación insuficiente, falta de claridad en la comunicación verbal y excesivos profesionales en la sala donde se realiza el pase de enfermería. ⁽³²⁾

En cuanto a las interrupciones las podríamos englobar dentro de la barrera de las distracciones, campo que abarca un amplio rango de ítems, como enfermeras llegando tarde o hablando de temas que nada tienen que ver con el pase de enfermería, el ruido que se produce en la propia habitación o fuera de esta o, por último, las acciones que hace la enfermera que entra a trabajar como puede ser coger un café, mirar el móvil u organizar hojas. ^{(18) (31)} Las distracciones presentan un riesgo de errores en el pase de enfermería, incluso en el estudio de Ley y col. se llegó a afirmar que es la forma más común de hacer que un pase de enfermería fuera arruinado ⁽²⁷⁾, ya que se desvía la

atención de este y se quiebra la concentración que el equipo tiene puesta en el momento de la transferencia ⁽¹⁸⁾, además de incrementar el tiempo de esta transferencia de información y disminuir la calidad de los cuidados de la enfermera que entra a trabajar ⁽²⁷⁾, los distractores que causan errores en la comunicación son la principal causa de los eventos centinela ⁽³¹⁾. Una de las acciones a poner en marcha para reducir este riesgo sería que la enfermera que está dando la información pusiera unos límites y reglas para este evento ⁽¹⁸⁾, además de tener a algún profesional atendiendo a las necesidades de los pacientes mientras dura esta transferencia de información ⁽²⁷⁾⁽³⁶⁾⁽³⁹⁾, además de una educación por parte de enfermería con el paciente, dándoles a conocer que durante el periodo de tiempo que se lleva a cabo la transferencia de información, necesitan las menos llamadas posibles. ⁽³⁶⁾

Otra de las barreras, se describen en el estudio de Lozano y col.: los horarios de trabajo, ya que no se superponen los horarios de ambos turnos, o existen superposiciones de sólo 10 minutos, lo cual puede afectar a la calidad de la transferencia de información. ⁽³¹⁾ A lo que se puede añadir el amplio ratio de pacientes por profesional de enfermería, unidades con excesivo número de pacientes, relaciones deficientes con el equipo multidisciplinar y los nuevos modelos de gestión implantados en la institución. ⁽³²⁾

En el estudio de Welsh y col. también se nombraron facilitadores tales como un buen contenido, que puede diferir de contenido entre unidades; la posibilidad de tomar notas; poder estar cara a cara con la enfermera emisora para poder preguntar dudas, aumentar la confianza y obtener feedback; y finalmente contar con un checklist, que también difiere en contenido en las diversas unidades de cuidados. ⁽²⁵⁾

En otro estudio se mencionaron como factores internos que facilitan el pase de enfermería como que estuviera comprendido en un intervalo de entre 15 a 20 minutos, con información clara, objetiva y en un ambiente tranquilo, así como la cooperación y el compromiso del equipo de enfermería. ⁽³²⁾

5.5 Procesos

Hay diversos procesos de pase de enfermería que se han desarrollado a lo largo de la historia. Podemos hablar de cuatro: el grabado, el oral, el escrito y el que incluye al paciente (y familia). Recientemente algunos hospitales han incluido otro proceso, el electrónico, es decir un tipo de pase de enfermería oral con el apoyo de información electrónica. ^{(44) (24)}

Múltiples estudios coinciden en que los pases de enfermería orales dan tiempo para clarificar cualquier duda que pueda surgir sobre el cuidado de los pacientes, este dialogo que se produce entre diferentes enfermeras es una oportunidad de aprendizaje y de formar un vínculo como equipo, ya que se ha podido observar la repartición del trabajo entre las propias enfermeras, comunicándose y llegando a un acuerdo. ^{(18) (24) (33) (34) (47)}

Ampliando lo dicho anteriormente, los pases de enfermería orientan a los nuevos miembros del equipo a la cultura, lenguaje y rituales de este. Es un producto importante de la socialización, los equipos llegan a una cohesión como resultado de estar expuestos a las mismas reglas y procedimientos, que los lleva a tener los mismos valores y finalmente, desarrollan una identidad de grupo. ⁽³⁴⁾

También es un aspecto muy importante el poder hablar sobre las frustraciones que atañen al cuidado de pacientes, esto puede producir vínculos de equipo ya que se procesan estas frustraciones y se recibe apoyo de todos los miembros del equipo, este fenómeno fue llamado por Satggers y Jennings “alumbrar la carretera”, y dijo que podía ser un método para facilitar la transición entre turnos. ^{(18) (34)}

En contraposición, en el estudio de Cowan y col. se habla de que algunos ítems que se discuten en el pase de enfermería, deberían ser llevados a otro entorno, es decir, hacer reuniones multidisciplinarias y discutir sobre asuntos altamente emotivos, los cuales deben ser debatidos por todo el equipo y deben tener un tiempo asignado, ya que en el pase de enfermería aumentan el tiempo empleado en este y dificultan la transferencia de información. ⁽²⁰⁾

El pase de enfermería oral, es el preferido por enfermería ⁽⁴⁶⁾, crea oportunidades de entendimiento para con el paciente y dentro del propio equipo creando camaradería, además de ser un proceso que produce un entorno de trabajo holístico y orientado al paciente ⁽¹⁸⁾

Por otro lado, el pase de enfermería escrito tiene muchas restricciones a la hora de la práctica, ya que no permite a las enfermeras el poder preguntar cualquier duda que les surja sobre el cuidado de los pacientes, además de la pérdida del 31% de la información ⁽³⁸⁾. Este modelo se debe dar juntamente con el oral, como algo complementario ⁽⁴⁶⁾ ya que con un apoyo como lo es un papel que contiene la información, aseguramos que la información que no es retenida por la memoria,

se tenga para poder consultarla más adelante, ya que sólo con el pase de enfermería oral podemos perder información. ^{(24) (20) (36)}

Continuando con el pase de enfermería escrito juntamente con el oral, decir que en las unidades habitualmente se imprime la información y se reparte entre el equipo para tener un soporte escrito. Esta información está guardada habitualmente en sitios que no constan de contraseña o encriptación, pudiendo ser una brecha en la confidencialidad del paciente. Así mismo, es muy probable que el equipo pueda dejarse esta hoja en cualquier zona a la vista de pacientes o familiares, o incluso llevárselo a su domicilio sin darse cuenta. Las enfermeras y los enfermeros son los últimos responsables de la confidencialidad de los datos de los pacientes. ⁽³⁶⁾

En cuanto al modelo de transferencia de información grabada, podemos decir que puede haber errores por parte de la interpretación que se pueda dar de la información, por la falta de comunicación no verbal o por las posibles barreras del lenguaje. Este modelo, como con el modelo exclusivamente escrito, también crea el problema de no poder resolver todas aquellas dudas que tengamos sobre nuestros pacientes. ⁽²⁴⁾

Por último, el modelo de pase de enfermería juntamente con el paciente, en inglés bedside handoff, aumenta la capacidad de los usuarios de tomar las decisiones respecto a sus cuidados y tratamiento, lo que aumenta su satisfacción así como su educación sanitaria y seguridad, y disminuye el coste ya que autogestionan sus propios cuidados dado a la información que obtienen del pase de enfermería. ⁽³¹⁾ Tenemos antes nosotros un modelo holístico y de empoderamiento para con el paciente. ^{(24) (29) (36)}

Tradicionalmente, la transferencia de información se llevaba a cabo lejos del paciente, en salas adaptadas para este objetivo, esto tenía sus puntos a favor como puede ser la total y completa confidencialidad, minimización de las interrupciones y permitir dar a conocer al equipo información sensible como puede llegar a ser órdenes de no resucitación, resultados de pruebas, detalles de enfermedades o detalles familiares (violencia de género, abusos). ⁽³⁶⁾

Por otro lado, en este nuevo modelo se pasa más tiempo con el paciente, que es capaz de reconocer a los diferentes miembros del equipo y se siente mucho más incluido en sus propios cuidados, de hecho en el estudio de Bruton y col., los pacientes hablaban de la inseguridad que les producía si no aparecía la enfermera en el cambio de turno para hablar sobre su tratamiento y cuidados. ⁽²⁴⁾
^{(29) (31) (36)}

Este proceso puede llegar a ahorrar dinero, ya que se ha demostrado que el pase de enfermería juntamente con el paciente, es menos costoso en cuanto a tiempo. Otro beneficio en cuanto a lo económico, según un estudio de Anderson y Mangino, si los pacientes estaban más satisfechos

con su cuidado y se veían más implicados en este, en el caso de que sucediera algún error, era menos probable que llegaran al litigio. ⁽³⁶⁾

Comentar que en el estudio de Cowan y col. se habla de la especialidad de salud mental y el pase de enfermería juntamente con el paciente, ya que este proceso necesita que los pacientes estén encamados y en el ámbito de salud mental, muchos no están físicamente comprometidos y se requeriría de ellos que volvieran a sus perspectivas camas. La solución que se dio en este estudio fue hacer el pase de enfermería en una habitación privada y luego ir por la unidad, presentando a las enfermeras que entraban a trabajar a los pacientes, pasando así la responsabilidad de los cuidados. También es discutido el efecto de des-empoderamiento que podría traer el obligar a este tipo de pacientes el pase juntamente con ellos, es decir, se necesita saber cuánta información quieren recibir, ya que son ellos los que eligen cuánta información son capaces de procesar. ⁽²⁰⁾

Al igual que en los pacientes de salud mental, los demás pacientes también tienen que ser sondeados para saber si están de acuerdo en este tipo de transferencia de información, ya que ellos deciden si quieren ser conocedores de toda la información. ⁽³⁶⁾

En otro estudio, se habla así mismo de la falta de privacidad que puede conllevar este proceso, por lo que se necesita de la enfermera la suficiente autoridad como para pedir a las personas no autorizadas a escuchar esta transferencia de información a que salgan de la habitación. ⁽³⁶⁾ Esto igualmente se puede paliar hablando con el usuario antes de transmitir la información, pidiendo permiso para hacerlo, discutiendo asuntos más delicados lejos del paciente o señalando en una hoja el contenido sensible. Por lo que se ve reflejada la necesidad de la enfermera de desarrollar técnicas para incluir al paciente en el cuidado siendo eficaces y sin romper la brecha de la confidencialidad siempre bajo los deseos del mismo paciente. ⁽⁴⁰⁾

Otro punto en contra del pase de enfermería junto con el paciente es la pérdida de uno de los objetivos de la transferencia de información: el elemento educacional y catártico, ya que las enfermeras no expresarían sus opiniones frente al paciente y las enfermeras con más experiencia no podrían dar consejos a las más inexpertas, por miedo a quebrar la confianza del paciente en el equipo enfermero. ⁽³⁶⁾

Continuando con el punto anterior, en un estudio se vio que las enfermeras observaban que si había muchas enfermeras realizando la transferencia de información, el paciente se sentía influenciado a no hablar durante este proceso. Por otra parte, las enfermeras veían como una interrupción que el usuario o su familia participaran, cuando estas preguntas trataban de temas que nada tenían que ver con los temas discutidos en ese momento. ⁽⁴⁰⁾ En el estudio de Johnson y col. se observó que algunas enfermeras creaban un ambiente apropiado para que el paciente y familia pudiera colaborar, mientras que otras no estaban convencidas y activamente disuadían a los pacientes, realizando el pase fuera de la habitación, al lado de la puerta.

En este mismo estudio, se descubrió que algunos equipos se dividían la planta en subgrupos y llegar a hacer el pase de enfermería de todos los pacientes, hacía que perdieran el tiempo, aunque por otra parte algunas enfermeras hablaron de los beneficios de poder conocer los pacientes de toda la planta aunque sólo se encargaran de unos cuantos, ya que se veían mucho más preparadas para la jornada de trabajo. ⁽⁴¹⁾

Sobre la visión enfermera de este tipo de modelo, basándonos en el estudio de Kerr y col., enfermería tuvo diversas opiniones sobre incluir al paciente y su familia en la transferencia de información. Mientras que un 36% apostaban por el pase de enfermería con el paciente, un 32% lo preferían en un ambiente más tranquilo, lejos del paciente y su entorno. Esto se puede deber a que los pacientes y acompañantes son vistos como una fuente de distracciones y que hay un pensamiento generalizado sobre la relación que existe entre este modelo y la falta de privacidad así como de la rotura de la confidencialidad. ⁽²¹⁾

En otro estudio de Tobiano y col., se llevó a cabo una encuesta donde los resultados fueron que dos tercios de las enfermeras tenían problemas con dar la información en voz alta, ya que veían esta información como privada y eran conscientes de que podía haber una brecha en la confidencialidad. ⁽⁴⁰⁾

Pero por otra parte, el no tener en cuenta al paciente en sus propios cuidados, es una muestra de poder y dominación de la enfermera sobre el paciente, lo cual rompe la relación terapéutica establecida y necesaria. ⁽²⁴⁾

Según algunos estudios, este es el método más acertado de dar un pase de enfermería ya que de todas las ventajas descritas, la más grande es que aumenta las posibilidades de una visión de futuro positiva. ^{(24) (31)}

5.6 Modelos

Uno de los modelos más conocidos es el SBAR, el cual se quedó insuficiente y se tuvo que crear diversas variaciones, la más conocida es la IsoBAR, el cual son las iniciales en inglés para identidad, situación, observaciones, historia, plan de cuidados y releer. Este modelo es fácil de integrar y se acomoda a las necesidades locales, así como a todo tipo de profesionales ya que se focaliza en la información que se necesita dar/recibir. Otro punto positivo de este modelo es la disminución del tiempo empleado en la transferencia de información, así como un aumento en el tiempo de tareas relacionadas con la transferencia de información.

Ha sido abierto el debate en cuanto a si puede ser transferido a otras especialidades de enfermería. Mayormente es usado en el ámbito de urgencias y emergencias. ⁽³⁷⁾

Otros ámbitos en los que ha sido puesto en marcha son obstetricia, equipos de rápida respuesta, atención primaria, unidad de cuidados intensivos, paros cardíacos, cuidados perinatales y traumatología. En estos ámbitos se encontró una disminución de eventos adversos. ⁽²²⁾

Un estudio por Kerr y col. demuestra que después de la implementación de este modelo hubo un aumento del uso del proceso que incluye al paciente en la transferencia de información, por lo que el pase de enfermería fue visto por las enfermeras como más informativo, así como hubo un aumento en la documentación enfermera y una disminución de los eventos adversos. ^{(21) (22)} Otro estudio en el cual se usó una encuesta con el personal, las enfermeras afirmaron que el SBAR mejoraba la suficiencia, claridad y la precisión del pase de enfermería. ⁽³⁷⁾

Por otra parte, otro artículo mostró que el esquema ISBAR no captura toda la información necesaria para producir un pase de enfermería informativo, ya que el apartado de plan de cuidados/recomendaciones no se mencionó en el 60% de los pases de enfermería observados y la ausencia de un plan de futuro dificulta su cuidado además de aumentar la posibilidad de errores. ⁽³⁰⁾ También ha sido llevado al ámbito de salud mental, siendo este estudio positivo, ya que se habló de que el SBAR aumentaba la eficiencia de la transferencia de información y era una estructura sencilla de seguir para personal nuevo. ⁽²⁰⁾ No ha habido más pruebas de uso en más especialidades. ⁽²⁴⁾ Este modelo se ha visto que es muy flexible dado a las numerosas variaciones que existen de este, ya que se adapta fácilmente a las necesidades de cada unidad. ⁽²²⁾

El modelo VITAL o PVITAL, es un modelo con proceso oral juntamente con documentación física de cada paciente ingresado en la unidad. Las siglas son la traducción en inglés para paciente, signos vitales, cuidados, ingreso/alta y documentación. Es un modelo exclusivamente de emergencias ya que no ha sido aplicado a más ámbitos. Se han encontrado inconsistencias en sus ítems a la hora de la transferencia de datos por lo que se debe valorar su eficacia real a la hora de la protocolarización del pase de enfermería. ⁽²⁴⁾

El último modelo que cabe resaltar es el ICCCO, el cual viene de las siglas en inglés para identificación, historia clínica, estado del paciente, cuidados y objetivos. Este sigue el proceso verbal aunque con apoyo electrónico, con el cual puedes imprimir la hoja con la información de cada usuario. Fue creado ya que se dice que es la información que se da en la transferencia y en el orden que normalmente dan las enfermeras. El uso de este modelo en diferentes áreas y especialidades es debatible ya que sólo se ha puesto en marcha en áreas médicas y quirúrgicas.

(22) (224) (35)

5.7 Base electrónica

Un estudio habla sobre que una base electrónica de calidad mejora la eficiencia, reduce el tiempo gastado en escribir notas a mano, disminuye el tiempo gastado en los pases de enfermería y aumenta la adherencia de la estructura de la información a los protocolos proporcionados por el hospital u unidad.

Por otra parte, si la base electrónica es de mala calidad, consumiendo excesivo tiempo, son lentos de cargar o difíciles de usar por el usuario, impide la aceptación entre el equipo de enfermería.⁽⁴²⁾

En el estudio de Johnson y col., se creó una base electrónica con información de los pacientes que contenía los ítems:

- Identificación del paciente: nombre, fecha de nacimiento, n° historial clínico, diagnóstico.
- Fecha aproximada de alta, alertas clínicas.
- Historial clínico: razón del ingreso, historia clínica relevante, procedimientos.
- Estado clínico, estado de resucitación.
- Plan de cuidados: Observaciones, manejo de los riesgos, citas, resultados fuera de lo normal, condiciones de la piel y tratamiento, estado de las heridas y vendajes.
- Objetivos de los cuidados, plan al alta

Esta plantilla, llamada NHS-MDS, ayuda a las enfermeras a entender la condición y cuidados de los pacientes a su cargo, pudiendo imprimirla para acompañar a la transmisión oral.⁽⁴⁴⁾

5.8 Protocolarización

El estudio de Dracj-Zavat y Hadid, identificó el pase de enfermería como un punto de vulnerabilidad en los cuidados, ya que en 1/5 de estos, había una desviación de la dosis correcta de medicación, en 1/3 se discutió sobre cuidados que se habían realizado tarde o no se habían realizado y en 1/2 de los pases observados, faltaba documentación del paciente discutido. Estas situaciones no crean necesariamente consecuencias adversas, sino que favorecen el entorno haciendo éstas situaciones más probables.⁽³³⁾

Diversos estudios están de acuerdo en que una protocolarización del pase de enfermería sería óptimo para que la información importante fuera realmente transmitida y para asegurar unos cuidados excelentes por parte del equipo así como reducir el número de errores asociados a la mala comunicación^{(23) (30) (33) (35) (36)}

Aunque la protocolarización tiene aspectos positivos, como los mencionados anteriormente, además de reducir el gasto económico a corto término, diversos autores afirman que se podría llegar a una disminución de eficiencia a la larga. ⁽²⁸⁾

En el estudio de Ley y col. Las enfermeras afirmaron la necesidad de seguir un formato común para comunicar y recibir el pase de enfermería. Estas dijeron que seguir un protocolo, hacía que las receptoras de esta información pudieran darse cuenta de si faltaba algún ítem de la transferencia y así preguntar a la enfermera emisora por este. ⁽²⁷⁾

Otro estudio de Mi y col. concluyó que si un hospital tenía buena comunicación entre unidades y departamentos, un buen sistema de comunicación, menos errores médicos reportados, menos errores experimentados y un protocolo estandarizado de pase de enfermería, la evaluación de la transferencia de información mejoraba significativamente, ya que las enfermeras evaluaban mejor un pase de enfermería cuando existía un protocolo a seguir. ⁽³⁹⁾

Añadiendo el estudio de Klim y col., analizaron la percepción de las enfermeras trabajando en una unidad de emergencias sobre el pase de enfermería, la conclusión fue que la transferencia óptima era juntamente con el paciente, sólo los pacientes de los que se iban a hacer cargo y de una forma estructura conteniendo toda la información necesaria, ya que el 20% de los participantes afirmaron que el pase de enfermería recibido no había sido de forma estructurada ni sistematizada, además de que el 51% afirmó que información importante respecto a los signos vitales fue omitida, así como el 35% afirmó que en este caso la información omitida fue en el campo de la medicación. Se resaltó la importancia de un proceso estandarizado de transferencia de información para mejorar la continuidad de cuidados así como la seguridad de los pacientes. ⁽⁴⁵⁾

Por otro lado, el estudio de Carroll y col., basándose en las palabras de otros autores, afirmó que para la protocolarización se necesita ver más allá de los aspectos técnicos, ya que los ítems de efectividad para un pase de enfermería dados por enfermeras tanto receptoras como transmisoras, no tenían nada que ver con los aspectos técnicos estudiados para el pase de enfermería. Más allá de todo lo estudiado, se necesita crear unas prácticas de comunicación que facilite la transmisión de información, unas relaciones de trabajo productivas y una cultura de trabajo que incluya las ganas de aprender. ⁽⁴³⁾

Añadir que en el estudio de Mayor y col. concluyó que para la estandarización del pase de enfermería se debía mirar siempre las unidades por separado, mirando con consideración el pronóstico de los pacientes y las dinámicas de comunicación de esta misma. Se debe adaptar los protocolos al nivel de incerteza de pronóstico de los pacientes ingresados en la unidad ⁽²⁸⁾

Esto se puede realizar a partir de las supervisoras de enfermería, que deben colaborar en mejorar un sistema de pase de enfermería bien definido. ⁽³⁹⁾

Finalmente añadir que otros artículos han hablado sobre la poca evidencia de que una herramienta o formato pueda ser adaptada universalmente, no por la falta de estas, sino porque hay diversas herramientas para ello. ⁽³⁶⁾

6. Conclusión / Discusión

En cuanto al **contenido y estructura**, resaltar la importancia de que la transferencia de información siga una lógica, la cual variará según el tipo de unidad en la que nos encontremos, ya que las necesidades de los pacientes varían también dependiendo del tipo de patología. ⁽¹⁸⁾

Hay que acentuar el papel del pase de enfermería, ya que es un proceso que se lleva a cabo diariamente, y que no se da la importancia necesaria cuando contiene toda la base de los cuidados posteriores.

El conocimiento es poder, y entender las funciones así como la estructura más apropiada y las herramientas al alcance del equipo de enfermería, ayuda a que la transferencia sea verdaderamente eficiente y se consiga llegar a las condiciones óptimas de cuidados. ^{(17) (23) (24) (25) (36) (44)}

Pienso que por parte de las organizaciones sanitarias deberían ofrecer formación continuada sobre este tema, así como introducirlo en la docencia de las universidades, para poder dar a conocer toda la información necesaria.

Desde el punto de vista de la comunicación no verbal, resaltar la importancia de la propia consciencia de gestos y postura, ya que estos nos dan información sobre el grado de apertura hacia la comunicación recibida o generada. ⁽¹⁸⁾

Por otro lado, destacar la incongruencia de los estudios encontrados que hablan de la comunicación verbal, ya que no se ponen de acuerdo en qué tipo de lenguaje utiliza la comunidad enfermera, hablando unos de demasiada medicalización y otros, sobre lo llano del lenguaje. ⁽²⁶⁾⁽²⁷⁾
^{(38) (47)}

Como conclusión de este apartado, decir que es necesario adaptarse al equipo de enfermería, tener consciencia del tipo de conocimientos que se poseen dentro del grupo y acoplarlo a los profesionales con los que estamos transmitiendo la información.

En cuanto a las **barreras y facilitadores**, se han encontrado múltiples ítems en diversos estudios. ^{(25) (32) (36) (31) (32)}

Las soluciones dadas para sobrellevar las barreras son las de poner unas reglas y límites en cuanto a la transferencia, que una enfermera del equipo se quedara en el control de enfermería atendiendo a los enfermos y hacer pedagogía haciéndoles saber que durante el periodo de tiempo acordado, se realiza una tarea importante que necesita de máxima atención por parte del equipo enfermero. ^{(18) (27) (36) (39)}

En cuanto a posibles soluciones que puedo añadir en base a las barreras percibidas en los distintos estudios, decir la necesidad de asignar una sala sólo para realizar el pase de enfermería y otra de descanso, para poder diferenciar claramente los dos ambientes y las dos tareas; hacer coincidir

los horarios de ambos turnos, ya que el pase de enfermería ocurre en un limbo atemporal donde se tiene que llegar más temprano o irse más tarde de la hora acordada, pudiendo llegar a haber profesionales con prisa por irse o profesionales llegando tarde; mejorar las relaciones del equipo de enfermería, como se ha dicho anteriormente el pase de enfermería sirve para fortalecer las relaciones pero hay temas altamente emocionales que se deberían discutir aparte, esto sería el tema perfecto para hacer reuniones tanto del equipo enfermero como el equipo multidisciplinar y mejorar las relaciones por medio del diálogo y la comprensión mutua; finalmente el protocolarizar el pase de enfermería para no perder tiempo en la búsqueda de información omitida.

En cuanto a los **procesos**, se han visto cuatro modelos diferentes y destacar la importancia de poder hacer una mezcla de los tres principales, el oral, el escrito y conjuntamente con el paciente.

(46)

Todos tienen unas fortalezas y debilidades, que si juntamos, podemos paliarlas. Se debe mantener una mentalidad abierta para poder implementar el pase de enfermería juntamente con el paciente, ya que se han visto los diversos efectos positivos tanto en los usuarios como en la institución y trabajadores ^{(24) (29) (31) (36)}, pero teniendo en cuenta siempre al paciente y su deseo de conocer o no información propia.

Se podría hacer dos etapas en el pase de enfermería diferenciadas, donde por una parte se hiciera la transferencia dentro de salas para dar información sensible ⁽³⁶⁾ y después hacer la ronda y conocer al paciente, así como dar la segunda parte de información.

Sobre los **modelos**, decir que hay diversos y que cada uno se puede adaptar a según qué unidad. Mientras el SBAR se podría adaptar a la unidad de urgencias y emergencias por su rapidez y simpleza, así como en otras áreas como obstetricia, equipos de rápida respuesta, atención primaria, unidad de cuidados intensivos, paros cardíacos, cuidados perinatales y traumatología; el VITAL/PVITAL se podría adaptar así mismo a esta unidad y el ICCCO en áreas médicas y quirúrgicas. ^{(20) (22) (24) (35) (37)} Es importante tener en cuenta las características de cada unidad y el tipo de información más importante para poder decidir entre un modelo u otro. Además de necesitar más estudios para poder comprobar el funcionamiento de los diversos modelos en las distintas unidades.

Las **bases electrónicas** ofrecen una ayuda a la hora de la transferencia de información, pero se tiene que asegurar antes de implantarlas su calidad y que sea fácil de usar, así como rápidas y entendibles, para que el personal de enfermería la acepte y la use. ⁽⁴²⁾

En cuanto a la **protocolarización**, decir que es necesario que se lleve a cabo en todas las unidades, ya que es un método para no perder información porque se estructura el contenido siguiendo una lógica, se pierde menos información y se tiene claro qué tipo de contenido se busca. La

protocolarización es necesaria, aunque hay estudios que afirman la falta de estudios que argumenten la evidencia de que un modelo sea mejor que otro, por lo que es necesario enfocar los estudios hacia esta dirección. ^{(23) (30) (33) (35) (36)}

7. Propuesta de mejora

Mi propuesta de mejora es que todos los hospitales hagan una comisión de comunicación, divididos en diversos grupos de trabajo en cada unidad, formados por trabajadores de cada unidad, que se encargaran de analizar qué tipo de información es necesaria en cada área, y crear un protocolo, ya sea basándose en un modelo o no.

Por otra parte, dar suficiente formación en el grado de enfermería sobre el pase de enfermería, así como en los hospitales hacer formación continua, constando de clases teóricas así como de prácticas para poner en marcha las habilidades adquiridas en la teoría.

Por último, la concienciación a las organizaciones sanitarias y a los gestores de estas sobre la importancia de establecer espacios conjuntos en los turnos de trabajo de enfermería, pudiendo disponer de un tiempo en el pase de enfermería para así transferir la información adecuadamente sobre los pacientes.

8. Bibliografía

- (1) Lockwood C. What is the best nursing handover style to ensure continuity of information for hospital patients? Int J Nurs Pract [Internet]. 2016 [citado 20/02/2018]; 58 [97-99] Disponible en: [https://www.sciencedirect-com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S0020748916000870?via%3Dihub](https://www.sciencedirect.com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S0020748916000870?via%3Dihub)
- (2) Groves P. Manges K. Scott-Cawiezell J. Handing Off Safety at the Bedside Clin. Nurs. Res. [Internet] 2016 [citado 20/02/2018]; 25(5) [473-493] Disponible en: <http://journals.sagepub.com.sabidi.urv.cat/doi/abs/10.1177/1054773816630535>
- (3) The Joint Comission [Internet] Estados Unidos: The Joint Comission; c2018 [actualizada 20 Febrero 2018; citada 20 Febrero 2018]. Disponible en: <https://www.jointcommission.org/>
- (4) Ray A. Grant N. Nurse Handoff Communication. Semin Oncol Nurs [Internet]. Diciembre 2017 [citado 20/02/2018]; 33 (5) [536-543]. Disponible en: https://www.sciencedirect-com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S0749208117301043?_rdoc=1&_fmt=high&_origin=gateway&_docanchor=&md5=b8429449ccfc9c30159a5f9aeaa92ffb
- (5) Zakrison TL. Rosenbloom B. McFarlan A. Jovicic A. Soklaridis S. Allen C. Schulman C. Namias N. Rizoli S. Lost information during the handover of critically injured trauma patients: a mixed-methods study. BMJ Qual Saf [Internet] Noviembre 2015 [citado 20/02/2018]; 25 [929-936]. Disponible en: <https://search-proquest-com.sabidi.urv.cat/docview/1845240668/fulltextPDF/F894F9B3F8E04B36PQ/1?accountid=14733>
- (6) Romero-Nieva J, Sánchez R. Enfermería y seguridad del paciente. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2011.
- (7) Real Academia Española [Internet]. Rae.es. 2018 [citado 20 February 2018]. Disponible en: <http://www.rae.es/>
- (8) Maternal, newborn, child and adolescent health [Internet]. World health Organization [citado 20/02/2018]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/quality-of-care/definition/en/
- (9) Topic Details [Internet]. The Joint Comission [citado 20/02/2018]. Disponible en: https://www.jointcommission.org/patient_safety_systems_chapter_for_the_hospital_program/
- (10) Donabedian A. Los siete pilares de la calidad. RCA [Internet]. 2001 [citado 20/02/2018]; 16 [96-100]. Disponible en: http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo11/files/calidad_2011/Los-siete-pilares-de-la-Calidad-A-Donabedian.pdf

- (11) Documento consolidado BOE-A-2003-10715 [Internet]. Gobierno de España; c2003-05 [citado 20/02/2018]; Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>
- (12) Moreno A. La calidad de la acción de enfermería. Enferm Global -Esp- [Internet]. Mayo 2005 [citado 20/02/2018]; 6 [9]. Disponible en: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/24049/1/La%20calidad%20de%20la%20accion%20de%20enfermeria..pdf>
- (13) Kerfoot K. Rohe D. KAIZEN: Innovations for Nurse Managers to Improve Productivity. Nurs Econ [Internet]. Agosto 1989 [citado 20/02/2018]; 7 (4) [4]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2770908>
- (14) Tetteh H A. Kaizen: A Process Improvement Model for the Business of Health Care and Perioperative Nursing Professionals. AORN J [Internet]. Enero 2012 [citado 20/02/2018]; 95 (1) [6]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com.sabidi.urv.cat/doi/10.1016/j.aorn.2011.11.001/abstract;jsessionid=3D9137494BF25BB6A6ACADC6A3E2A7CC.f03t01>
- (15) Sherwood, G. Zomorodi, M. A new mindset for quality and safety: The QSEN competencies redefine nurses' roles in practice. Nephrol Nurs J [Internet] Enero 2014 [citado 20/02/2018]; 41(1), 15- 22, 72. Disponible en: <http://www.prolibraries.com/anna/?select=session&sessionID=2965>
- (16) Sherwood G. Perspectives: Nurses' expanding role in developing safety culture: Quality and Safety Education for Nurses – competencies in action. J. Res. Nurs. [Internet]. 2015 [citado 20/02/2018]; 20 (8) [734–740]. Disponible en: <http://journals.sagepub.com.sabidi.urv.cat/toc/jrn/20/8>
- (17) Mannix T. Parry Y. Roderick A. Improving clinical handover in a paediatric ward: implications for nursing management. J Nurs Manag [Internet]. 2017 [citado 20/02/2018]; 25 [215-222]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com.sabidi.urv.cat/doi/10.1111/jonm.12462/full>
- (18) Giske T. Melas S N. Einarsen K A. The art of oral handovers: a participant observational study by undergraduate students in a hospital setting. J Clin Nurs [Internet]. Noviembre 2017 [citado 20/02/2018]; 2018 [1-9]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com.sabidi.urv.cat/doi/10.1111/jocn.14177/full>

- (19) Sarvestani R S. MoattARI m. Nasrabadi A N. Momennasab M. Shahrzad Y. Jafari A. Empowering nurses through action research for developing a new nursing handover program in a pediatric ward in Iran. *Action Res* [Internet]. 2017 [citado 20/02/2018]; 12(2) [214-235]. Disponible en: <http://journals.sagepub.com.sabidi.urv.cat/doi/abs/10.1177/1476750316636667>
- (20) Cowan D. Brunero S. Luo X. Bilton D. Lamont S. Developing a guideline for structured content and process in mental health nursing handover. *Int J Ment Health Nurs* [Internet]. 2018 [citado 20/02/2018]; 27 [429-439]. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.sabidi.urv.cat/doi/full/10.1111/inm.12337>
- (21) Kerr D. Klim S. Kelly A. McCann T. Impact of a modified nursing handover model for improving nursing care and documentation in the emergency department: A pre- and post-implementation study. *Int J Nurs Pract* [Internet]. Junio 2014 [citado 20/02/2018]; 22(1) [89-97]. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.sabidi.urv.cat/doi/abs/10.1111/ijn.12365>
- (22) Johnosn M. Jefferies D. Nicholls D. Exploring the structure and organization of information within nursing clinical handovers. *Int J Nurs Pract* [Internet]. Septiembre 2012 [citado 20/02/2018]; Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.sabidi.urv.cat/doi/abs/10.1111/j.1440-172X.2012.02059.x>
- (23) Spooner A. Chaboyer W. Corley A. Hammond N. Fraser J. Understanding current intensive care unit nursing handover practices. *Int J Nurs Pract* [Internet]. Abril 2012 [citado 20/02/2018]; Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.sabidi.urv.cat/doi/abs/10.1111/ijn.12058>
- (24) Bakon S. Wirihana L. Christensen M. Craft J. Nursing handovers: An integrate review of the different models and processes available. *Int J Nurs Pract* [Internet]. Diciembre 2016 [citado 20/02/2018]; 23 [1-8] Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com.sabidi.urv.cat/doi/10.1111/ijn.12520/full>
- (25) Welsh C. Flanagan M. Ebright P. Barriers and facilitators to nursing handoffs: Recommendations for redesign. *Nurs Outlook* [Internet]. Junio 2010 [citado 20/02/2018]; Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S002965540900195X?via%3Dihub>
- (26) Buus N. Hoeck B. Hamilton B. Nurses' shift reports: a systematic literature search and critical review. *J Clin Nurs* [Internet]. Noviembre 2016 [citado 20/02/2018]; Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.sabidi.urv.cat/doi/abs/10.1111/jocn.13655>

- (27) Ernst K. McComb S. Ley C. Nurse-to-nurse shift handoffs on medical–surgical units: A process within the flow of nursing care. . J Clin Nurs [Internet]. Enero 2018 [citado 20/02/2018]; 27 (5-6) [e1189-e1201]. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.sabidi.urv.cat/doi/abs/10.1111/jocn.14254>
- (28) Mayor E. Bangerter A. Aribot M. Task uncertainty and communication during nursing shift handovers. JAN [Internet]. Noviembre 2011 [citado 20/02/2018]; 68 (9) [1956-1966]. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.sabidi.urv.cat/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2011.05880.x>
- (29) Bruton J. Norton C. Smyth N. Ward H. Day S. Nurse handover: patient and staff experiences. Br J Nurs [Internet]. Abril 2015 [citado 20/02/2018]; 25(7) [386-393]. Disponible en: https://www-magonlinelibrary-com.sabidi.urv.cat/doi/abs/10.12968/bjon.2016.25.7.386?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rft_dat=cr_pub%3Dpubmed
- (30) Spooner A J. Aitken L M. Corley A. Fraser J F. Chaboyer W. Nursing team leader handover in the intensive care unit contains diverse and inconsistent content: An observational study. IJNS [Internet]. Septiembre 2016 [citado 20/02/2018] 61 [165-172]. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S0020748916300530?via%3Dihub>
- (31) Guevara M. Arroyo L. El cambio de turno: un eje central del cuidado de enfermería. Enferm Global [Internet]. Enero 2015 [citado 20/02/2018]; 37 [401-418] Disponible en: <https://search-proquest-com.sabidi.urv.cat/docview/1658888756?OpenUrlRefId=info:xri/sid:wcdiscovery&accountid=14733>
- (32) Llapa E O. Oliveira C S. De França T R S. De Andrade J S. Pontes de Aguiar M. Pinto da Silva F J C. Programación del cambio de turno desde la óptica de los profesionales de enfermería. Enferm Global [Internet]. Julio 2013 [citado 20/02/2018]; 31 [206-218]. Disponible en: <http://revistas.um.es.sabidi.urv.cat/eglobal/article/view/157441>
- (33) Drach-Zahavy A. Hadid N. Nursing handovers as resilient points of care: linking handover strategies to treatment errors in the patient care in the following shift. JAN [Internet]. Enero 2015 [citado 20/02/2018]; 71(5) [1135-1145]. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.sabidi.urv.cat/doi/abs/10.1111/jan.12615>
- (34) Holly C. Poletick E. A systematic review on the transfer of information during nurse transitions in care. J Clin Nurs [Internet]. Junio 2013 [citado 20/02/2018]; 23(17-18) [2387-2396]. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.sabidi.urv.cat/doi/abs/10.1111/jocn.12365>

- (35) Johnson M. Jefferies M. Nicholls D. Exploring the structure and organization of information within nursing clinical handovers. *Int J Nurs Pract* [Internet]. Septiembre 2012 [citado 20/02/2018]; 18(5) [462-470]. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.sabidi.urv.cat/doi/abs/10.1111/j.1440-172X.2012.02059.x>
- (36) Ballantyne H. Undertaking effective handovers in the healthcare setting. *Nurs Stand* [Internet]. Mayo 2017 [citado 20/02/2018]; 31 (45) [53-62]. Disponible en: <https://search-proquest-com.sabidi.urv.cat/docview/1920038545/fulltextPDF/F1372F5E4A044AB7PQ/1?accountid=14733>
- (37) Stewart K. Hand K. SBAR, Communication, and Patient Safety: An Integrated Literature Review. *AMSN* [Internet]. Septiembre 2017 [citado 20/02/2018]; 26 (5) [297-305]. Disponible en: <https://search-proquest-com.sabidi.urv.cat/docview/1953856305?OpenUrlRefId=info:xri/sid:wcdiscovery&accountid=14733>
- (38) Matic J. Davidson P. Salamoson Y. Review: bringing patient safety to the forefront through structured computerization during clinical handover. *J Clin Nurs* [Internet]. 2010 [citado 20/02/2018]; 20 [184-189]. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.sabidi.urv.cat/doi/abs/10.1111/j.1365-2702.2010.03242.x>
- (39) Mi Y. Hyang Yuol L. Sherwood G. Eun Man K. Nurses' Handoff and Patient Safety Culture in Perinatal Care Units. . *J Clin Nurs* [Internet]. 2018 [citado 20/02/2018]; 27 (7-8) [e1442-e1450]. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.sabidi.urv.cat/doi/abs/10.1111/jocn.14260>
- (40) Tobiano G. Whitty J. Bucknall T. Chaboyer W. Nurses' Perceived Barriers to Bedside Handover and Their Implication for Clinical Practice. *Worldviews Evid Based Nurs* [Internet]. 2017 [citado 20/02/2018]; 14 (5) [343-349]. Disponible en: <https://sigmapubs-onlinelibrary-wiley-com.sabidi.urv.cat/doi/full/10.1111/wvn.12241>
- (41) Johnson M. Cowing LS. Nurses discuss bedside handover and using written handover sheets. *J Nurs Manag* [Internet]. 2013 [citado 20/02/2018]; 21 [121-129]. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.sabidi.urv.cat/doi/full/10.1111/j.1365-2834.2012.01438.x>
- (42) Spooner A. Aitken L. Dip G. Chaboyer W. Barriers and facilitators to the implementation of an evidence-based electronic minimum dataset for nursing team leader handover. A descriptive survey. *Aust Crit Care* [Internet]. 2017 [citado 20/02/2018]. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S1036731417302503?via%3Dihub>

- (43) Carrol J. Williams M. Gallivan T. The inns and outs of change of shift handoffs between nurses: a communication challenge. BMJ [Internet] 2012 [citado 20/02/2018]; 21 [533-534]. Disponible en: <http://qualitysafety.bmj.com.sabidi.urv.cat/content/21/7/586.long>
- (44) Johnson M. Jefferies D. Nicholls D. Developing a minimum data set for electronic nursing handover. J Clin Nurs [Internet]. Julio 2011 [citado 20/02/2018]; 21 [331-343]. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.sabidi.urv.cat/doi/full/10.1111/j.1365-2702.2011.03891.x>
- (45) Klim S. Kelly AM. Kerr D. Wood S. McCann T. Developing a framework for nursing handover in the emergency department: an individualized and systematic approach. J Clin Nurs [Internet]. Enero 2013 [citado 20/02/2018]; 22 [2233-2243]. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.sabidi.urv.cat/doi/full/10.1111/jocn.12274>
- (46) Jefferies D. Johnson M. Nicholls D. Comparing written and oral approaches to clinical reporting in nursing. Contemp Nurse [Internet]. 2012 [citado 20/02/2018]; 42 (1) [129-138]. Disponible en: <https://search-proquest-com.sabidi.urv.cat/docview/1268705300?accountid=14733>
- (47) Buus N. Hoeck B. Hamilton BE. Nurses' shift reports: a systematic literature search and critical review of qualitative field studies. J Clin Nurs [Internet]. 2016 [citado 20/02/2018]; 26 [2891-2906]. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.sabidi.urv.cat/doi/full/10.1111/jocn.13655>

Pase de enfermería: revisión bibliográfica.