

Evaluación del traspaso de información (*Hand Off*) en equipos de enfermería de urgencias

Evaluation of the transfer of information (Hand Off) in emergency nursing teams

Marta Gilabert Clairol, Alberto Villamor Ordozgoiti, Dolores Olmo Lugo, Eva Castells Maspoch, Montserrat Monereo Font, Meritxell Estragués Oliva

Hospital Clínic de Barcelona, España.

RESUMEN

Introducción: los traspasos, o *Hand Off*, de enfermería en urgencias aseguran la transmisión de información crítica, la continuidad de los cuidados y el tratamiento del paciente. Las incidencias o deficiencias en los Traspasos pueden ocasionar problemas en la seguridad del paciente, por lo que es necesario investigar y desarrollar estrategias para reducirlos.

Objetivo: identificar el contenido y las deficiencias en los traspasos de enfermería en urgencias.

Métodos: estudio descriptivo observacional prospectivo en urgencias del Hospital Clínic de Barcelona durante 2º trimestre 2016 sobre los 95265 traspasos de enfermería anuales realizados. Muestra de conveniencia calculada n=384. Se revisaron los traspasos de equipos de enfermería según modelo de 24 ítems creado por investigadoras basado en evidencia.

Resultados: sobre 24 ítems del modelo de referencia de traspaso, se transmitieron media 7,61 (IC 95 % 7,41 7,81), el 31,7 % del total. Los ítems no comunicados fueron de media 16,38 (IC 95 % 16,18 16,58), el 68,3 %. Se obtuvieron diferencias significativas ($p < 0,001$) según el Área de Urgencias evaluada (perfil de pacientes y cuidados diferenciados). Los ítems no comunicados en valores medios 16,24 (IC95 % 15,97 16,52) en Observación Medicina; 16,74 (IC95 % 16,16 17,32) en Observación Cirugía/Trauma; 15,72 (IC95 % 15,20 16,25) en Emergencias Nivel 2; 16,85 (IC95 % 16,37 17,34) en Urgencias Nivel 3; 17,23 (IC95 % 16,77 17,69) en Urgencias Traumatología.

Conclusiones: los traspasos de enfermería presentaron deficiencias en su contenido, con diferencias por área asistencial. La estandarización del traspaso en equipos de enfermería de urgencias puede mejorar su calidad, su eficiencia y repercutir en una mayor seguridad para el paciente.

Palabras clave: traspaso; pase de guardia; enfermería; atención de urgencias; comunicación.

ABSTRACT

Introduction: Emergency Nursing Hand off ensures the transmission of critical information and continuity of care and treatment of patients. Incidents or deficiencies in Hand off can cause problems in patient safety so it is necessary to investigate and develop strategies to reduce them.

Objective: To identify the content and deficiencies in the Emergency Nursing Hand off.

Methods: Prospective descriptive study in Emergency Service, Hospital Clínic of Barcelona during 2nd quarter 2016 over 95265 annual transfers of nursing made. Calculated convenience sample $n = 384$. Emergency Nursing Teams Hand off were reviewed by 24-item model created by researchers evidence based.

Results: About 24 items reference Hand off model, were transmitted average 7.61 (95 % CI 7.41 7.81), 31.7 % of the total. The items were not reported average 16.38 (95 % CI 16.18 16.58), 68.3 %. Significant differences ($p < 0.001$) were obtained according to the Emergency Department assessed (differentiated profile of patients and care). Items not reported mean = 16.24 (95 % CI 15.97 16.52) in Observation Medicine; mean = 16.85 (95 % CI 16.37 17.34) in Level 3 Emergency Room; mean = 16.74 (95 % CI 16.16 17.32) in Observation Surgery / Trauma; mean = 15.72 (95 % CI 15,20 16,25) in Level 2 Emergency Room; mean = 17.23 (95 % CI 17.69 to 16.77) in Traumatology Emergency Room.

Conclusions: Emergency Nursing Hand Off showed deficiencies in its content, with differences by healthcare area. Hand off standardization in Emergency Nursing Teams could improve their quality, efficiency and get greater impact on patient safety.

Keywords: Personnel turnover; patient handoff; communication; nursing; emergency service; hospital.

INTRODUCCIÓN

El traspaso de enfermería consiste en la comunicación de información esencial de una enfermera a otra y la responsabilidad asociada a la atención de los pacientes.¹⁻³ Se entiende por "Traspaso", "Hand-Off" o "Hand-Over", a la información relativa a un paciente que la enfermera del turno saliente considera relevante ser transmitida a la enfermera del turno entrante para garantizar la continuidad asistencial con la máxima calidad de cuidados de enfermería.⁴

El traspaso, cuando se realiza de modo efectivo, asegura la transmisión de la información crítica y la continuidad de los cuidados y el tratamiento de los pacientes. El aumento de la efectividad de la comunicación entre los profesionales implicados en la atención al paciente durante el traspaso es un objetivo de seguridad prioritario para la OMS, *Joint Commission* y *National Quality Forum*.^{5,6}

La práctica clínica es dinámica y compleja, por lo que una comunicación efectiva entre los cuidadores, los pacientes y las familias es un verdadero reto. Las unidades de enfermería efectúan el traspaso de pacientes de forma rutinaria. Esto puede dar lugar a un gran número de incidencias. Los traspasos pueden ocasionar problemas en la seguridad del paciente por lo que es necesario investigar y desarrollar estrategias para reducirlos.¹ Aunque existen riesgos inherentes a los traspasos, esta actividad puede dar la oportunidad de que dos profesionales sanitarios evalúen la misma situación e identifiquen un problema no reconocido previamente. Deben ser lo suficientemente flexibles para hacer posible la formulación de preguntas, aclaraciones y confirmaciones, con el fin de promover la seguridad.⁵

En los traspasos, el informe verbal demostró la mayor cantidad de pérdida de información, mientras el uso conjunto del informe verbal con las notas escritas mantenía del 31 % al 58 % de la información.⁷ En cuanto al traspaso impreso hay estudios que demuestran que esta documentación sufre un rápido deterioro en el transcurso de las horas en cuanto a la exactitud de la información que transmite.⁸ La confidencialidad del paciente también es importante en el traspaso ya que puede verse comprometida si no se aborda con la debida atención, así como las distracciones y la falta de información.^{9,10} En la actualidad sigue sin existir consenso sobre qué práctica es la más adecuada para el traspaso de enfermería.¹¹

En ocasiones, y especialmente en Urgencias, el entorno de trabajo puede no ser el adecuado para un traspaso efectivo ya que puede haber barreras en el entorno físico, social y de comunicación.² También puede estar sujeto a interrupciones o realizarse bajo presión física y emocional. El éxito del traspaso depende en gran medida de la habilidad de comunicación del cuidador, de sus conocimientos y experiencias.¹²

Un proceso estandarizado de Traspaso a través de protocolos minimiza la variabilidad del procedimiento, favorece la eficacia de la comunicación e incide sobre la seguridad, la calidad asistencial y mejora la satisfacción del personal.^{2,13-15} Para garantizar el contenido de la información, el apoyo de soportes informáticos en el traspaso no debería sustituir el encuentro cara a cara entre los profesionales, y en el entorno que sea posible hacer partícipe al paciente, tal y como indican recientemente algunos autores.¹⁶

El servicio de Urgencias del Hospital Clínic de Barcelona atiende diariamente unas 240 personas, 90 mil visitas al año. De forma habitual se utiliza el traspaso verbal y a veces notas escritas. El gran volumen de información intercambiada diariamente entre equipos de enfermería motivó investigar la calidad de los traspasos y analizar la situación en el servicio de Urgencias del Hospital, con los siguientes objetivos: identificar el contenido de los traspasos de información en los cambios de turno en Urgencias del Hospital Clínic de Barcelona, identificar deficiencias basadas en referencias internacionales en los traspasos en los cambios de turno de enfermería, e identificar un modelo de Normalización del traspaso en los cambios de turno de Enfermería en Urgencias.

MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y prospectivo en el Hospital Clínic de Barcelona, un centro de alta complejidad, referente en atención Urgente de Adultos 24h de todas las especialidades médicas y quirúrgicas. La atención Urgente se clasifica según niveles de gravedad mediante Triage de Enfermería (Modelo Andorrano de

Triage MAT) en Nivel 1 (enfermos con riesgo vital, atención inmediata), Nivel 2 (enfermos emergentes con compromiso vital, atención inmediata), Nivel 3 (enfermos urgentes, sin compromiso vital, atención demorable), Nivel 4 (enfermos menos urgentes, demorables), Nivel 5 (enfermos no urgentes, demorables o derivables). La atención Urgente se organiza en Áreas Asistenciales (AA) por niveles de gravedad, y dos Áreas de Observación con enfermos en tratamiento inicial tras visita Urgente pendientes de ingreso o alta según evolución las primeras 24h. Los equipos de enfermería de Urgencias se organizan por AA en tres turnos, Mañana (8-15h), Tarde (15-22h) y Noche (22-8h). Se incluyeron en el estudio los trasposos de enfermería de los tres turnos de las AA de Emergencias Nivel 2, Urgencias Nivel 3, Urgencias Traumatología Nivel 3, Área de Observación de Urgencias Medicina, y Área de Observación de Urgencias Cirugía. La recogida de datos se realizó durante el segundo trimestre de 2016.

Población: Traspasos de información de pacientes en proceso asistencial en Urgencias del Hospital Clínic de Barcelona, realizado por las enfermeras de urgencias a los profesionales homólogos entrantes al servicio en el cambio de turno.

La muestra de profesionales objeto de estudio se realizó siguiendo un método de conveniencia, según criterios de inclusión descritos, entre enfermeras del servicio de urgencias del Hospital Clínic de las AA objeto de estudio presentes durante el cambio de turnos mañana, tarde y noche. El muestreo se mantuvo hasta completar el número de trasposos de información de pacientes a incluir según cálculo de la muestra.

Se calculó de la muestra con Error α : 5 %; Nivel de confianza 95 %; Población estimada (trasposos de pacientes anuales en Urgencias) 95265 (87 visitas simultáneas en máxima afluencia + pacientes en observación en máxima ocupación x 3 turnos x 365 días); Distribución de resultados 50 %. Muestra estimada 383 trasposos (considerando 1 por cada paciente traspasado).

Criterios de inclusión: presencia del investigador para la recogida de datos durante el traspaso; Registro íntegro y Comprensión óptima del contenido del traspaso.

En ausencia de herramientas validadas de Hand Off o Traspaso de Enfermería en el entorno de Urgencias, se utilizaron las referencias validadas de la Association of periOperative Registered Nurses AORN, The Joint Commission y el modelo integrado de Hand Off validado entre estudiantes de enfermería por las Facultades de Enfermería de Oklahoma y Arkansas como referencia para definir un modelo adecuado a las necesidades de información en el Traspaso en Urgencias. La propuesta del Equipo Investigador fue revisada por Enfermeras expertas en Urgencias y Asesoras de Investigación, y realizadas las modificaciones sugeridas se obtuvo el presente Modelo de referencia de Traspaso de Enfermería para el cambio de turno en Urgencias.^{13,17,18} Consta de 24 identificadores agrupados en seis (6) bloques de contenido relacionado según criterios intuitivos y mnemotécnicos. Contiene nueve (9) identificadores sobre antecedentes e información previa al proceso asistencial urgente (PRE), dos (2) variables sobre función respiratoria (A, B), una (1) variable sobre función cardiocirculatoria (C), dos (2) variables sobre función neurológica (D), cinco (5) variables sobre valoración externa (E), y cinco (5) variables sobre estado del curso asistencial (POST).

La recogida de datos se realizó por el personal investigador de forma anónima y tras firma de consentimiento informado a los participantes, durante los cambios de

turno mañana a tarde, tarde a noche, y noche a mañana, sin interferir en el proceso asistencial ni en el traspaso de información.

Registro de datos: la existencia de algún contenido de cada una de las variables definidas en el documento de recogida de datos durante el traspaso de información se registraron "presente". Las variables de la herramienta de recogida de datos no transmitidas se consideraron "no presente".

VARIABLES DE ESTUDIO

Bloque de datos PRE visita Urgente

Box: espacio de atención urgente donde se ubica al paciente.

Nombre: Nombre y apellidos.

Edad: en años.

Género: hombre, mujer u otros.

Motivo de consulta: motivo de visita a urgencias.

Alergias: especificar alergias, medicamentosas u otras, o ausencia.

Antecedentes Patológicos: relacionados o no con motivo de visita.

Procedencia: procedencia del paciente a urgencias.

Familia: especificar acompañamiento y situación familiar.

Bloque Evaluación del paciente ABCDE

Estado Respiratorio: parámetros, signos y síntomas respiratorios.

Modelo Ventilatorio: método utilizado para la oxigenación del paciente si lo precisa.

Constantes Vitales: valoración de constantes vitales, valoración circulatoria.

Estado de Consciencia: situación del paciente respecto a su entorno (orientado, desorientado, confuso, agitado...).

Glasgow Coma Scale: evaluación de la consciencia según GCS.

EVA: Escala Visual Analógica del dolor del paciente evaluado del 0-10.

Catéteres: especificar catéteres, sondajes o drenajes.

Eliminación: control de débitos expulsados por el organismo (diuresis, deposiciones, drenajes...).

Estado de la Piel/movilidad: pérdida de integridad cutánea, cambios posturales, inmovilizaciones, férulas o amputaciones.

Contención Mecánica: requerimiento de contención mecánica y motivo.

Bloque POST Visita Urgente

Proceso asistencial: estado del proceso asistencial urgente.

Pruebas Pendientes/en curso: pruebas diagnósticas y clínicas realizadas o por realizar.

Ingestas: dieta y motivo.

Cuidados Especiales: requerimientos y cuidados específicos (Dependencia, riesgos).

Otros: objetos personales custodiados.

Se realizaron tablas de contingencia, frecuencias y porcentajes, tendencia central y dispersión e inferencias entre variables mediante Chi² (frecuencias <5 prueba exacta de Fisher) y ANOVA. Se consideró significativo valores de $p < 0,05$, con índice de confianza del 95 %. Se utilizaron los programas informáticos SPSS 20.0, Excel (tablas de recogida de datos) y R Universidad de Cádiz, (UCA).

El estudio siguió las consideraciones éticas recogidas en la Declaración de Helsinki y sus enmiendas posteriores (Enmienda de Edimburgo, Octubre de 2000). El estudio fue aprobado sin enmiendas por el Comité de Ética e Investigación Clínica (CEIC) del centro. Toda la recogida de datos fue anónima y tras firmar consentimiento informado por participantes. Los datos fueron recogidos y tratados de forma disociada de acuerdo a lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de datos de carácter personal.

RESULTADOS

Se registraron 395 traspasos, 86 (21,83 %) en Turno Mañana a Turno Tarde, 144 (36,55 %) en Turno Tarde a Turno Noche, y 164 (41,62 %) en Turno Noche a Turno Mañana. Por Áreas Asistenciales (AA), los Traspasos se registraron en Urgencias Nivel 3 Medicina/Cirugía $n=48$ (12,18 %); Observación Medicina $n=172$ (43,65 %); Observación Cirugía/Trauma $n=43$ (10,91 %); Emergencias Nivel 2 $n=83$ (21,07 %); y Urgencias N3 Traumatología $n=48$ (12,18 %).

Las Alergias no fueron declaradas en un 93,91 %, sin diferencias entre las AA ($p > 0,05$), rango 91,57 % a 100 %.

El box que ocupaba el enfermo en el área asistencial no se declaró en media 5,08 %, sin diferencias entre AA ($p > 0,05$), rango 0 % a 9,30 %.

El Estado de Consciencia, sin diferencias entre AA ($p>0,05$), no fue declarado de media 79,70 %, (rango 70,83 % a 89,58 %).

Las diferencias en la declaración de contención mecánica pudieron deberse a la mínima incidencia y tratarse de una situación excepcional, con el 98,47 % no declarado y sin diferencias entre AA ($p>0,05$), rango 97,59 % a 100 %.

La evaluación del dolor mediante EVA constó sin declarar en 83,50 % (rango 79,17 % a 93,02 %), y condiciones relacionadas con la presencia de Familia 80,71 % (rango 77,91 % a 87,50 %), sin diferencias entre AA ($p>0,05$).

La declaración del estado de consciencia valorado mediante Glasgow Coma Scale (GCS) constó sin declarar en el 97,72 %, sin diferencias significativas entre AA ($p>0,05$), rango 88,37 % a 100 %.

Las diferencias en la declaración de objetos personales puede atribuirse a la mínima incidencia y tratarse de una situación excepcional, con el 99,75 % no declarado, sin diferencias entre AA ($p>0,05$), rango 97,92 % a 100 %. (Tabla 1).

Items comunicados en orden por número de traspasos, señalados los ítems traspasados >70 % y <10 %.

Reseñados en negrita ítems con diferencias significativas entre áreas asistenciales con valores $p<0,05$ y valores mínimos no traspasados por área asistencial.

Los Antecedentes Patológicos no se declararon en 28,43 %, con diferencias por AA: ($p<0,001$) mínimo 14,58 % en Urgencias Nivel 3; máximo 58,33 % en Urgencias Traumatología.

Las constantes vitales no se declararon el 67,77 % de media, con diferencias entre AA ($p<0,01$): mínimo 55,81 % en Observación Cirugía/Trauma; máximo 89,58 % en Urgencias Traumatología.

Las diferencias en la declaración de cuidados especiales puede atribuirse a la mínima incidencia y tratarse de casos aislados, con el 94,42 % no declarado, aunque con diferencias significativas entre AA ($p<0,05$): mínimo 86,75 % en Emergencias Nivel 2; máximo 100 % en Urgencias Nivel 3.

La edad constó sin declarar en 61,68 % de los casos, con diferencias según el AA ($p<0,05$): mínimo 47,92 % en Urgencias Traumatología; máximo 68,75 % en Urgencias Nivel 3.

Las condiciones relacionadas con la eliminación no se declararon en 82,74 %, con diferencias entre AA ($p<0,001$): mínimo 75,90 % en Emergencias Nivel 2; máximo 100 % en Urgencias Traumatología.

El estado respiratorio no se declaró en 87,56 % de los casos, con diferencias significativas entre AA ($p<0,01$): mínimo 72,09 % en Observación Cirugía/Trauma; máximo 97,92 % en Urgencias Traumatología.

Tabla 1. Resultados por variables evaluadas en los traspasos o Hand Off objeto de estudio

Ítems comunicados en los Traspasos o Hand Off	No		Si	
	n	%	n	%
Número de Box	20	5,08	374	94,92
Género	37	9,39	357	90,61
Motivo de Consulta	44	11,17	350	88,83
Proceso asistencial	77	19,54	317	80,46
Antecedentes patológicos	112	28,43	282	71,57
Pruebas pendientes/curso	161	40,86	233	59,14
Nombre	248	62,94	146	37,06
Edad	243	61,68	151	38,32
Constantes Vitales	267	67,77	127	32,23
Procedencia	288	73,10	106	26,90
Estado de Consciencia	314	79,70	80	20,30
Familia	318	80,71	76	19,29
Eliminación	326	82,74	68	17,26
EVA	329	83,50	65	16,50
Ingesta	343	87,06	51	12,94
Estado respiratorio	345	87,56	49	12,44
Modelo respiratorio	349	88,58	45	11,42
Vías y Catéteres	358	90,86	36	9,14
Estado de la Piel	369	93,65	25	6,35
Alergias	370	93,91	24	6,09
Cuidados especiales	372	94,42	22	5,58
GCS	385	97,72	9	2,28
Contención mecánica	387	98,22	7	1,78
Objetos Personales	393	99,75	1	0,25

Ítems comunicados en orden por número de traspasos, señalados los ítems traspasados >70 % y <10 %.

Tabla 2. Items no comunicados por Área Asistencial

Ítems	MDI /CIR N3		EMERG N2		TRAUMA		OBS CIR		OBS MDI		Valor p
	N=48		N=83		N=48		N=43		N=172		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Bloque PRE visita Urgente											
Número de Box	3	6,25	2	2,41	0	0,00	4	9,30	11	6,40	>0,05
Nombre	37	77,08	60	72,29	37	77,08	31	72,09	83	48,26	<0,001
Edad	33	68,75	47	56,63	23	47,92	23	53,49	117	68,02	<0,05
Género	6	12,50	3	3,61	1	2,08	6	13,95	21	12,21	<0,05
Motivo de Consulta	3	6,25	5	6,02	1	2,08	10	23,26	25	14,53	<0,01
Familia	40	83,33	66	79,52	42	87,50	36	83,72	134	77,91	>0,05
Ant. patológicos	7	14,58	23	27,71	28	58,33	11	25,58	43	25,00	<0,001
Procedencia	37	77,08	51	61,45	21	43,75	37	86,05	142	82,56	<0,001
Alergias	44	91,67	76	91,57	48	100,0	42	97,67	160	93,02	>0,05
Bloque Valoración del paciente ABCDE											
Estado respiratorio	46	95,83	71	85,54	47	97,92	31	72,09	150	87,21	<0,01
Modelo respiratorio	48	100,0	74	89,16	48	100,0	37	86,05	142	82,56	<0,001
Constantes Vitales	33	68,75	50	60,24	43	89,58	24	55,81	117	68,02	<0,01
Estado de Consciencia	34	70,83	68	81,93	43	89,58	35	81,40	134	77,91	>0,05
GCS	48	100,0	83	100,0	47	97,92	38	88,37	169	98,26	>0,05
EVA	38	79,17	68	81,93	40	83,33	40	93,02	143	83,14	>0,05
Eliminación	40	83,33	63	75,90	48	100,0	37	86,05	138	80,23	<0,001
Estado de la Piel	47	97,92	81	97,59	47	97,92	42	97,67	152	88,37	<0,05
Vías y Catéteres	45	93,75	65	78,31	47	97,92	40	93,02	161	93,60	<0,01
Contención mecánica	47	97,92	81	97,59	48	100,0	43	100,0	168	98,26	>0,05
Bloque POST visita											
Proceso asistencial	14	29,17	13	15,66	19	39,58	8	18,60	23	13,37	<0,001
Pruebas pendientes	16	33,33	29	34,94	11	22,92	21	48,84	84	48,84	<0,01
Ingesta	47	97,92	71	85,54	44	91,67	39	90,70	142	82,56	<0,05
Cuidados especiales	48	100,0	72	86,75	47	97,92	42	97,67	163	94,77	<0,05
Objetos Personales	48	100,0	83	100,0	47	97,92	43	100,0	172	100,0	>0,05
Totales no traspasados	16,85		15,72		17,22		16,74		16,24		<0,001
Media (%) (sobre n=24)	(70,21)		(65,50)		(71,75)		(69,75)		(67,66)		

Las condiciones de la ingesta quedaron sin declarar en 87,06 %, con diferencias significativas entre AA ($p < 0,05$), entre el 82,56 % en Observación Medicina y 97,92 % en Urgencias Nivel 3.

El modelo respiratorio no se declaró en 88,58 %, con diferencias significativas entre AA ($p < 0,001$) con rango entre 82,56 % en Observación Medicina y el 100 % en Urgencias Nivel 3 y Urgencias Traumatología.

El motivo de consulta constó sin declarar en sólo el 11,17 %, con diferencias significativas entre AA ($p < 0,01$): mínimo 2,08 % en Urgencias Traumatología; máximo 23,26 % en Observación Cirugía/Trauma.

El nombre del paciente no se mencionó en 62,94 %, con diferencias significativas entre AA: (mucha menor declaración en primera asistencia que en Áreas de Observación, $p < 0,001$): mínimo 48,26 % en Observación Medicina; máximo 77,08 % en Urgencias Nivel 3 y Urgencias Traumatología.

El estado de la piel y mucosas, sin declarar en 93,65 %, con diferencias entre AA ($p < 0,05$): mínimo 88,37 % en Observación Medicina; máximo 97,92 % en Urgencias Nivel 3 y Urgencias Traumatología.

Procedencia del paciente a Urgencias, sin declarar en 73,10 %, también con diferencias según AA ($p < 0,001$): mínimo 43,75 % en Urgencias Traumatología; máximo 86,05 % en Observación Cirugía/Trauma.

El momento del proceso asistencial en que se encuentra el enfermo quedó sin transmitirse en solo el 19,54 %, con diferencias entre AA ($p < 0,001$): mínimo 13,37 % en Observación Medicina; máximo 39,58 % en Urgencias Traumatología.

Pruebas pendientes, no declaradas en 40,86 %, con diferencias por AA ($p < 0,01$): mínimo 22,92 % en Urgencias Traumatología; máximo 48,84 % en Observación Medicina y Observación Cirugía/Trauma.

El género del paciente dejó de declararse en 9,39 %, con diferencias por AA ($p < 0,05$): mínimo 2,08 % en Urgencias Traumatología; máximo 12,50 % en Urgencias Nivel 3.

La clase y calibre de vías venosas y catéteres no se comunicó en 90,86 %, con diferencias según AA ($p < 0,01$): mínimo 78,31 % en Emergencias Nivel 2; máximo 97,92 % en Urgencias Traumatología.

El número total de ítems comunicados en los Traspasos, sobre un total de 24 posibles estimados, es de media $n = 7,61$ (IC 95 % 7,41 7,81), el 31,71 % del total. Los ítems no comunicados son de media global $n = 16,38$ (IC 95 % 16,18 16,58), el 68,25 % (Figura).

Ítems comunicados sobre el total de 24 estimados en el modelo a estudio.

No existe relación significativa entre nº de ítems no comunicados y turno ($p > 0,05$), con resultados casi idénticos entre los valores medios en T. Mañana ($n = 16,07$), T. Tarde ($n = 16,39$) y T. Noche ($n = 16,54$).

Sin embargo, sí existe relación significativa entre ítems no comunicados y área asistencial ($p < 0,001$), con medias de $n = 16,24$ (IC 95 % 15,97 16,52) en Observación Medicina; $n = 16,85$ (IC 95 % 16,37 17,34) en Urgencias Nivel 3; $n = 16,74$ (IC 95 % 16,16 17,32) en Observación Cirugía/Trauma; $n = 15,72$ (IC 95 % 15,20 16,25) en Emergencias Nivel 2; $n = 17,23$ (IC 95 % 16,77 17,69) en Urgencias Traumatología.

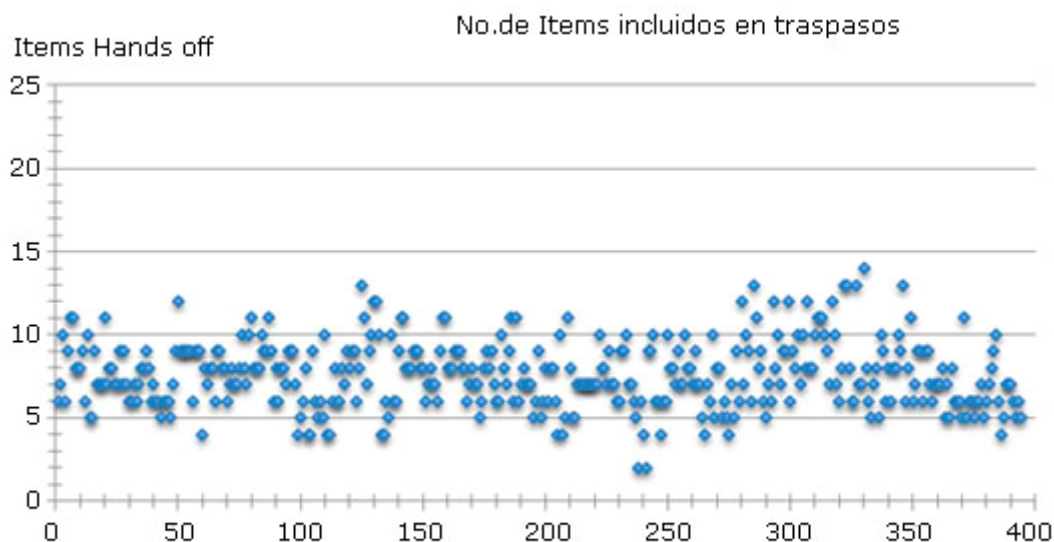


Fig. Número de ítems incluidos en los Traspasos o "Hand Off".

DISCUSIÓN

La *Joint Commission*, organización colaboradora de la Organización Mundial de la Salud para promover la seguridad en el paciente, recomienda el modelo "Situation, Background, Assessment, Recommendations" (SBAR) como referencia metodológica en la comunicación de información entre profesionales.⁴ Numerosos autores proponen modelos basados en la evidencia disponible adecuados a entornos específicos ante la falta de consenso, también en el entorno de Urgencias.^{12,19-24}

El modelo diseñado por el Equipo Investigador de 24 ítems estructurado en 3 bloques de información relacionada reúne los contenidos considerados relevantes para los Traspasos en Urgencias, adecuando el modelo al entorno de Urgencias objeto de estudio en consonancia con las sugerencias de otros autores.^{20,25} El estudio se centró en los ítems no declarados con el ánimo de detectar deficiencias e identificar riesgos para el paciente en el Traspaso de Enfermería.

En la identificación inequívoca del paciente destaca el nº de box y el género, siendo los indicadores más utilizados en la identificación del paciente. A pesar de cumplir mayoritariamente la recomendación de utilizar al menos dos ítems en la identificación,⁵ el nombre y la edad son mucho menos utilizados, lo que repercute en riesgos de identificación inequívoca y es un aspecto mejorable, así como la información relativa a la familia, mayoritariamente no declarada en todas las AA analizadas.

El motivo de consulta muestra diferencias entre las áreas de atención urgente, declarado mayoritariamente, y las áreas de observación, donde se redujo significativamente el traspaso de este ítem. Los antecedentes patológicos del enfermo sólo se declararon de forma mayoritaria en Urgencias Nivel 3 MDI/CIR, quedando en el resto de áreas sin declarar en 1 de cada 4 pacientes, y más de la mitad en Urgencias Traumatología, pudiendo mejorar la valoración global del

paciente. La procedencia del enfermo a Urgencias y tipo de traslado fue de mayor interés en Urgencias Traumatología, y se considera mucho menos relevante en las AA N3 y N2 y menos aún en las Áreas de Observación.

Las alergias constaron mayoritariamente sin declarar (destaca Urgencias Traumatología con 100 %). Aun interpretando que hubiera registro escrito, es un indicador muy mejorable. Contención mecánica y objetos personales, cerca del 100 % sin declarar, aun tratándose de situaciones muy poco frecuentes deberían transmitirse en el traspaso. El estado de consciencia fue poco comunicado, y fue frecuentemente no evaluado mediante GCS a pesar de su relevancia en los cuidados y la valoración clínica del enfermo.

La variabilidad individual de los Traspasos en Urgencias reseñada en la bibliografía se caracteriza en los resultados del presente estudio por observar diferencias significativas entre AA, con cuidados específicos en función del perfil del enfermo, causa de visita y estado del proceso de atención Urgente.²⁵⁻²⁷

Destacaron las Áreas de Observación de Urgencias (con mayor tiempo de estancia de los enfermos, problemas agudos en tratamiento inicial, cuidados de más larga duración y menos variabilidad en afluencia), por un mayor índice con respecto al resto de AA de traspasos de ítems relacionados con la valoración del enfermo (estado respiratorio, modelo respiratorio, constantes vitales, estado de la piel y mucosas, ingesta), y el estado del proceso asistencial.

Las Urgencias de Traumatología, (problemas agudos no sistémicos, de más rápida resolución, con gran dependencia del tratamiento a pruebas diagnósticas y elevada rotación de enfermos) prestaron más atención a la identificación del paciente, procedencia a Urgencias (relacionada con el traslado y sus condiciones), y pruebas pendientes de realización, y traspasaron menos información relativa a antecedentes patológicos y valoración clínica, incluido el dolor.

En Emergencias N2, (enfermos agudos graves, inestabilidad vital y cuidados semi-críticos) traspasaron más información sobre función vital y valoración del enfermo, eliminación, control hemodinámico, cuidados especiales y características de vías venosas que el resto de Áreas de Urgencias, con mayor número de ítems transferidos que en el resto de AA evaluadas.

En Urgencias N3, (con máxima afluencia de visitas, mayoritariamente con problemas crónicos reagudizados, máxima rotación de pacientes y menor tiempo de estancia que el resto de AA evaluadas), traspasaron más antecedentes patológicos, y en total más ítems que el Área de Urgencias Traumatología.

La falta de traspaso de ítems podría haber sido debida a la falta de datos sobre la situación del paciente, pero según numerosos autores la falta de información es causante de errores y demoras innecesarias en el proceso de atención urgente (pruebas pendientes). La estandarización del traspaso con comentario sistemático de todos los ítems del modelo, aún sin datos relevantes, garantiza una óptima transferencia de información tal y como se declara en la bibliografía.^{1,6,10,28,29} Obviar información y pensar que el interlocutor sabe lo que no hemos declarado es un conocido error de comunicación.³⁰

Los resultados del estudio muestran como, de acuerdo con otros autores,^{10,12,23,25} los Traspasos en ausencia de estándares son muy variables y comunican menos información de la recomendable^{6,15,24,25} en las áreas de Urgencias analizadas, pudiendo realizarse acciones de mejora.^{26,27}

En conclusión, el contenido de los traspasos en las Áreas Asistenciales de Urgencias objeto de estudio declaran menos de un tercio de los ítems considerados óptimos según el modelo utilizado basado en el consenso científico internacional. Las deficiencias de información identificadas tienen relación significativa con las Áreas Asistenciales y la atención y cuidados urgentes realizados por los Equipos de Enfermería. El Modelo de Traspaso específico de Urgencias, basado en la evidencia disponible, utilizado en el estudio puede normalizar y mejorar el contenido de la información y la seguridad del paciente en Urgencias, y hacer los traspasos más satisfactorios y eficientes. La relevancia de estos resultados ha de considerarse en relación al volumen de traspasos realizados, estimados anualmente en más de 95 000 en el ámbito objeto de estudio.

Limitaciones

La utilización de una herramienta de recogida de datos modificada sobre documentos de consenso y creado expresamente para esta investigación puede provocar falta de sensibilidad, especificidad y sesgo en las respuestas y los resultados.

Al requerirse la interpretación del evaluador sobre la información transferida, podría haber deficiencias o errores en el registro de algunas variables. Para minimizarlas, todos los registradores eran miembros del equipo investigador y recibieron información específica para unificar los criterios de registro y minimizar el sesgo de los resultados. Los resultados obtenidos podrían no ser ampliables a otros centros, dado el carácter local de la muestra.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McGregor J, Slade D, Lee M, Eiggins S. Effective clinical handover communication: Improving patient safety, experiences and outcomes. EMA - Emerg Med Australas. 2012 [cited 2016 Jul 22];24:11. Available from: <http://sfx.scholarsportal.info/ottawa?sid=OVID:embase&id=pmid:&id=doi:10.1111/j.1742-6723.2012.01520.x&issn=1742-6731&isbn=&volume=24&issue=&spage=11&pages=11&date=2012&title=EMA+-+Emergency+Medicine+Australasia&atitle=Effective+clinical+handover+communic>
2. Loney T, Cooling RF, Aw T-C. Lost in Translation? Challenges and Opportunities for Raising Health and Safety Awareness among a Multinational Workforce in the United Arab Emirates. Saf Health Work. 2012 [cited 2016 Jul 22];3(4):298-304. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2093791112340080>
3. Jensen C. Clinical handover and patient safety. Qld Nurse. 2010 [cited 2016 Jul 16];29(1):18-9. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2010601662&site=ehost-live>
4. Haig KM, Sutton S, Whittington J. SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2006 [cited 2016 Jul 16];32(3):167-75.

5. The Joint Commission. National Patient Safety Goals Effective January 1, 2016. Hospital Accreditation Program. The Joint Commission. 2016 [cited 2016 Jul 11]. Available from: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/2016_NPSG_HAP.pdf
6. OMS. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente. 2007 [cited 2016 Jul 11]. Available from: <http://www.who.int/patientsafety/es/>
7. Pothier D, Monteiro P, Mooktiar M, Shaw A. Pilot study to show the loss of important data in nursing handover. *Br J Nurs*. 2005 [cited 2016 Jul 16];14(20):1090-3.
8. Rosenbluth G, Jacolbia R, Milev D, Auerbach AD. Half-life of a printed handoff document. *BMJ Qual Saf*. 2016 [cited 2016 Jul 11];25(5):324-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26558826>
9. Bradley A. Improving the quality of patient handover on a surgical ward. *BMJ Qual Improv Reports*. 2014;3(1):1-4.
10. Colvin MO, Eisen LA, Gong MN. Improving the Patient Handoff Process in the Intensive Care Unit: Keys to Reducing Errors and Improving Outcomes. *Semin Respir Crit Care Med*. 2016 [cited 2016 Jul 11];37(1):96-106. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26820277>
11. Smeulers M, Lucas C, Vermeulen H. Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients. Vol. 6. The Cochrane database of systematic reviews. 2014. p. CD009979.
12. Sutherland D, Danielson L, Heilman J, Sklar D, Crandall C. Improving emergency department handoffs: The plan study. *Ann Emerg Med*. 2014 [cited 2016 Jul 11];64(4):S137. Available from: http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L71668304\nhttp://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.07.411\nhttp://mun-primo.hosted.exlibrisgroup.com/openurl/01MUN/01MUN_SERVICES?sid=EMBASE&issn=01960644&id=doi:10.1016/j.ann
13. Gore A, Leasure AR, Carithers C, Miller B. Integrating hand-off communication into undergraduate nursing clinical courses. *J Nurs Educ Pract*. 2015 [cited 2016 Jul 11];5(4):70. Available from: [http://search.proquest.com/docview/1655766028?accountid=14477\nhttps://nevada.ual.es/biblioteca/gtb/sod/poa_login.php?centro=\\$UALMG&sid=\\$UALMG&title=Journal+of+Nursing+Education+and+Practice&atitle=Integrating+hand-off+communication+into+undergraduate+nur](http://search.proquest.com/docview/1655766028?accountid=14477\nhttps://nevada.ual.es/biblioteca/gtb/sod/poa_login.php?centro=$UALMG&sid=$UALMG&title=Journal+of+Nursing+Education+and+Practice&atitle=Integrating+hand-off+communication+into+undergraduate+nur)
14. Collins SA, Stein DM, Vawdrey DK, Stetson PD, Bakken S. Content overlap in nurse and physician handoff artifacts and the potential role of electronic health records: A systematic review. Vol. 44, *Journal of Biomedical Informatics*. 2011. p. 704-12.
15. Blouin AS. Improving Hand-Off Communications New Solutions for Nurses. *J Nurs Care Qual*. 2011;26(2):97-100.
16. Lockwood C. What is the best nursing handover style to ensure continuity of information for hospital patients? *Int J Nurs Stud*. 2016;58:97-9.

17. AORN. Patient Hand-Off/Over Tool Kit. Association of periOperative Registered Nurses AORN. 2016 [cited 2016 Jul 4]. Available from: <https://www.aorn.org/guidelines/clinical-resources/tool-kits/patient-hand-off-tool-kit>
18. The Joint Commission. Improving Hand-Off Communications. Meghan Pillow, editor. Joint Commission Resources. Illinois: Joint Commission Resources. 2007 [cited 2016 Jul 11]. Available from: https://books.google.es/books?id=0IrhEyL7AVUC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_atb#v=onepage&q&f=false
19. Cohen MD, Hilligoss PB. The published literature on handoffs in hospitals: deficiencies identified in an extensive review. Qual Saf Health Care. 2010 [cited 2016 Jul 11];19(6):493-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20378628>
20. Stebelton JD, Kozlowski K, Neldberg-Weesen L, Politi R. Improving t-PA assessment compliance using a hand-off communication tool. Stroke. 2013 [cited 2016 Jul 11];44(2):ATMP87. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L71143815>
21. Dyches R, Volume O, Bsn RD, June RN. Implementation of a Standardized, Electronic Patient Hand Off Communication Tool in a Level III NICU. OJNI. 2014 [cited 2016 Jul 11];18(2):1-12. Available from: <http://www.himss.org/ResourceLibrary/GenResourceDetail.aspx?ItemNumber=30535>
22. Gopwani PR, Brown KM, Quinn MJ, Dorosz EJ, Chamberlain JM. Sound: A structured handoff tool improves patient handoffs in a pediatric emergency department. Pediatr Emerg Care. 2015 [cited 2016 Jul 11];31(2):83-7. Available from: http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed12&AN=2015747733\nhttp://sfx.ucl.ac.uk/sfx_local?sid=OVID:embase&id=pmid:&id=doi:10.1097/PEC.0000000000000347&issn=0749-5161&isbn=&volume=31&issue=2&spage=83&pages=83-87&date=2015&
23. Patterson E, Wears R. Patient Handoffs: Standardized and Reliable Measurement Tools Remain Elusive. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2010;36(2):52-61.
24. Riesenber LA, Leisch J, Cunningham JM. Nursing handoffs: a systematic review of the literature. Am J Nurs. 2010;110(4):24-34.
25. Cheung DS, Kelly JJ, Beach C, Berkeley RP, Bitterman RA, Broida RI, et al. Improving Handoffs in the Emergency Department. Ann Emerg Med. 2010;55(2):171-80.
26. Cheung DS, Kelly JJ, Fuller D, McCullough L, Farley H, Dalsey W. Variation in the practice of emergency department handoffs . Vol. 54, Annals of Emergency Medicine. 2009 [cited 2016 Jul 11]. p. S133-4. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed9&NEWS=N&AN=70251877>

27. Horsky J, Suh EH, Sayan O, Patel V. Uncertainty, Case Complexity and the Content of Verbal Handoffs at the Emergency Department. AMIA Annu Symp Proc. 2015 [cited 2016 Jul 11];2015:630-9. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4765702&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
28. Foster-Hunt T, Parush A, Ellis J, Thomas M, Rashotte J. Information structure and organisation in change of shift reports: An observational study of nursing hand-offs in a Paediatric Intensive Care Unit. Intensive Crit Care Nurs. 2015;31(3):155-64.
29. Torres SL. Impact of hand-off communication on fall reduction in an inpatient setting. . Vol. 70, Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. ProQuest Information & Learning. 2010 [cited 2016 Jul 11]. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2010-99040-292&login.asp&site=ehost-live&scope=site>
30. Chang VY, Arora VM, Lev-Ari S, D'Arcy M, Keysar B. Interns overestimate the effectiveness of their hand-off communication. Pediatrics. 2010 [cited 2016 Jul 11];125(3):491-6. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-0351>
<http://publication/doi/10.1542/peds.2009-0351>

Recibido: 2016-07-19
Aprobado: 2016-08-15

Marta Gilabert Clairol. Servicio de Urgencias, Hospital Clínic de Barcelona, España.
Dirección electrónica: MGILABER@clinic.ub.es