



## Paso de guardia en enfermería: Una revisión sistemática

## Nursing shift handover: A systematic review

## Passagem de plantão em enfermagem: Uma revisão sistemática

313

Y. Charfuelan-Laguna<sup>a</sup>, D. Hidalgo-Bolaños<sup>b</sup>, L. Acosta-Franco<sup>c</sup>, D. Espejo-Quiroga<sup>d</sup>, D. Tibaquicha-Bernal<sup>e</sup>, J. Montaña-Vásquez<sup>f</sup>, A. Henao-Castaño<sup>g\*</sup>

ORCID:

<sup>a</sup> 0000-0003-1380-5302

<sup>b</sup> 0000-0003-4881-0742

<sup>c</sup> 0000-0001-6900-7073

<sup>d</sup> 0000-0001-9394-9562

<sup>e</sup> 0000-0002-6162-0823

<sup>f</sup> 0000-0001-6626-0022

<sup>g</sup> 0000-0003-4203-0016

Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, Colombia

Recibido: 6 junio 2017

Aceptado: 13 enero 2019

### Resumen

El paso de guardia en enfermería es una actividad fundamental para dar continuidad al cuidado de los pacientes, se realiza como cumplimiento obligatorio de una tarea en el quehacer laboral.

**Objetivo:** Describir la producción científica publicada entre 2007-2017, referente a la temática de paso de guardia de enfermería en los servicios de urgencias. **Metodología:** Se desarrolló una revisión sistemática en seis bases de datos, se incluyeron estudios en idiomas inglés, español y portugués que estuvieran publicados en revistas indexadas con acceso a texto completo. Se realizó un análisis crítico de cada uno de los artículos con las Herramientas CASPe y STROBE, los resultados se ordenaron en una matriz que facilitó la obtención de información y categorías.

**Resultados:** De un total de 430 artículos, se incluyeron a la investigación únicamente 19, de los cuales 17 están escritos en idioma inglés y dos en español. Después del análisis de los artículos seleccionados se estructuraron dos categorías: *Características del paso de guardia* y *Estandarización del proceso*.

**Conclusiones:** Las brechas en la comunicación se perfilan como uno de los principales aspectos a tener en cuenta, para mejorar el paso de guardia. El lugar más recomendable para que se lleve a cabo el proceso debe ser en la habitación del paciente y verificado por los dos equipos de enfermería. En la actualidad es necesario realizar investigaciones para mejorar el nivel de evidencia de los estudios.

**Palabras clave:** Pase de guardia; traspaso de paciente; servicios de enfermería; literatura de revisión como asunto; Colombia.

\*Autor para correspondencia. Correo electrónico: angmhenaocas@unal.edu.co

<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.3.689>

1665-7063/© 2019 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Abstract

Nursing shift handover is an obligatory and a fundamental activity to ensure continuity in the process of patient care.

**Objective:** To describe the scientific production published between 2007-2017 regarding nursing shift handover within medical emergency services.

**Methodology:** A systematic review was conducted on six databases. Articles with full texts written in English, Spanish, and Portuguese, and published in indexed journals were included. A critical analysis on each article was conducted using the Critical Appraisal Skills Programme Spanish, and the Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology tools. Articles were clustered in a matrix of categories.

**Results:** From a total of 430 possible articles, 19 were included for this study - 17 written in English and 2 written in Spanish. From the corresponding analysis, two categories were structured: Nursing Shift Handover Characteristics, and Process Standardization.

**Conclusions:** Communication gaps seem to be one of the main issues to address while improving the nursing shift handover process. The patient room should be the place for the shift handover, and this process must be acknowledged by both nursing teams.

**Keywords:** Patient handover; patient transfer; nursing services; review literature as topic; Colombia.

## Resumo

A passagem de plantão em enfermagem é uma atividade fundamental para dar continuidade ao cuidado dos pacientes, realiza-se como cumprimento obrigatório de uma tarefa no trabalho laboral.

**Objetivo:** Descrever a produção científica publicada entre 2007-2017, referente à temática de passagem de plantão de enfermagem nos serviços de urgências. **Metodologia:** Desenvolveu-se uma revisão sistemática em seis bases de dados, incluíram-se estudos em idiomas inglês, espanhol e português que estiveram publicados em revistas indexadas com acesso a texto completo. Realizou-se uma análise crítica de cada um dos artigos com as Ferramentas CASPe e STROBE, os resultados ordenaram-se em uma matriz que facilitou a obtenção de informação e categorias.

**Resultados:** De um total de 430 artigos, incluíram-se à pesquisa unicamente 19, dos quais 17 estão escritos em idioma inglês e dois em espanhol. Depois da análise dos artigos selecionados estruturaram-se duas categorias: *Caraterísticas da passagem de plantão* e *Padronização do processo*.

**Conclusões:** Os abismos na comunicação perfilam-se como um dos principais aspectos a ter em conta, para melhorar a passagem de plantão. O lugar mais recomendável para se efetuar o processo deve ser no quarto do paciente e verificado pelas duas equipes de enfermagem. Na atualidade é necessário realizar pesquisas para melhorar o nível de evidência dos estudos.

**Palavras chave:** Transferência da responsabilidade pelo paciente; transferência de paciente; serviços de enfermagem; literatura de revisão como assunto; Colômbia.

## Introducción

El recibo y entrega de turno es entendido como el informe verbal entre el personal de enfermería al momento de iniciar y terminar un turno de trabajo, es una actividad rutinaria con el fin de organizar y planificar las intervenciones pertinentes, para brindar una atención integral y de calidad. Durante dicha actividad, se deben involucrar aspectos, como: identificación de paciente, diagnóstico médico, cambios en el estado clínico del paciente, intervenciones de enfermería, intervenciones pendientes (exámenes, interconsultas), entre otros.

El proceso de paso de guardia es considerado como un componente esencial para la continuidad del cuidado, ya que permite optimizar recursos, priorizar actividades y garantizar una atención integral. Es por eso, que con el paso de los años y con el desarrollo de Enfermería como disciplina, se ha protocolizado por las instituciones de salud como parte del proceso de calidad.

Actualmente, este procedimiento es realizado de forma obligatoria en todas las instituciones al terminar e iniciar una guardia, sin embargo, en algunas ocasiones no es cumplido con la rigurosidad que requiere, ya que existen factores que lo alteran, entre ellos, el poco valor que se le da a esta actividad, la falta de puntualidad y cumplimiento de algunos miembros del equipo de enfermería, constante flujo de personas en el área de trabajo, las llamadas telefónicas o actividades pendientes y la sobrecarga de trabajo.

Con lo anterior, se reconoce que indudablemente este proceso debe mejorar, con el fin de que todos los pacientes puedan recibir una atención en salud de manera integral, sin que se queden atrás aspectos significativos; además se evidencia la importancia de reflexión en los profesionales de enfermería acerca de la trascendencia de esta actividad en la educación, seguimiento, evaluación y retroalimentación para mejorar las prácticas diarias.

Para contribuir a lo anteriormente señalado, se planteó una revisión sistemática que permitiera describir los hallazgos reportados en la evidencia científica, respecto a la temática de paso de guardia de enfermería, con el fin de identificar diversas estrategias para la mejora de este proceso; reconocer aspectos mínimos que se deben realizar y tener en cuenta; así como los diferentes modelos que se han utilizado, el impacto de los mismos y la contribución para brindar un cuidado continuo y de calidad por parte del personal de enfermería. Distinguir las características y formas de ejecutar esta actividad en diferentes partes del mundo, permite tener un panorama general de este proceso, útil para poder estandarizarlo y mejorar la calidad, así como garantizar la continuidad del cuidado. También, se pretende examinar los vacíos del conocimiento, respecto a la temática de paso de guardia de enfermería en los diferentes servicios de salud, en especial los de urgencias, donde es de vital importancia la continuidad del cuidado dada la complejidad de la atención a pacientes en estado agudo y crítico de salud, así como las dinámicas de cuidado que allí se desarrollan. Asimismo, la pregunta que guía esta revisión sistemática es:

¿Qué aspectos relevantes, favorables y dificultades presenta el paso de guardia en el personal de enfermería, con base en la producción científica publicada entre 2007 y 2017?

## Métodos

Esta revisión se desarrolló como lo establece Antman y Oxman citados en el Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones: *una revisión sistemática tiene como objetivo reunir toda la evidencia empírica que cumple unos criterios de elegibilidad previamente establecidos, con el fin de responder una pregunta específica de investigación. Utiliza métodos sistemáticos y explícitos, que se eligen con el fin de minimizar sesgos, aportando así resultados más fiables a partir de los cuales se puedan extraer conclusiones y tomar decisiones*<sup>1</sup>.

Se tuvo en cuenta lo planteado por el Centro de revisiones y disseminación (Center for Reviews and Dissemination CDR), quienes establecen que la revisión debe realizarse siguiendo un protocolo que establece: los métodos que se utilizarán en la revisión, la cuestión de la revisión, los criterios de inclusión, la estrategia de búsqueda, la selección de los estudios, la extracción de información, la evaluación de la calidad, la síntesis de los datos y los planes de difusión<sup>2</sup>. Especificar los métodos de antemano reduce el riesgo de introducir sesgos, por lo anterior esta revisión se formalizó siguiendo un protocolo establecido.

Se definió una búsqueda de evidencia científica que permita estandarizar el proceso de paso de guardia con énfasis en los servicios de urgencias, para lo anterior se realizó la indagación en fuentes primarias, a través de catálogos y bases de datos. Los criterios de inclusión fueron: 1. Publicaciones en revistas indexadas; 2. artículos limitados a los últimos 10 años; 3. Escritos en español, inglés o portugués; 4. Disponibilidad del artículo original en texto completo; y 5. Artículos relacionados al tópico de revisión.

La elaboración de la estrategia de búsqueda se llevó a cabo a través de una ecuación elaborada con los Descriptores de las Ciencias de la Salud (DeCS)/Medical Subject Headings (MeSH), que fueron: “Handover”/“paso de guardia”/Patient Handoff; “shift delivery”/“traspaso de turno”; “nursing”/“enfermería”. Los operadores booleanos empleados para construir la ecuación fueron: “AND” y “OR”.

Las bases de datos seleccionadas fueron: Scopus, BVS, Scielo, Science Direct, Medline y Web of science, se hizo uso del servicio de conmutación bibliográfica para la obtención de los textos completos de los artículos.

La primera fase consistió en leer el título y el resumen del artículo, de los cuales se descartaron los duplicados y los que no tenían relevancia para la temática; en la segunda fase se procedió a la lectura del texto completo de los artículos seleccionados y en la tercera fase, para el análisis de la validez interna de los artículos incluidos en la revisión, se aplicaron las herramientas: Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe)<sup>3</sup> para la revisión sistemática y Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology (STROBE)<sup>4</sup>, según corresponda al tipo de diseño de investigación y se otorgó un puntaje: 0-3 malo, 4-6 regular, 7-8 bueno y 9-10 excelente.

## Resultados

En las bases de datos consultadas se identificaron 430 artículos, de los cuales de acuerdo a los criterios de inclusión se seleccionaron 180, posteriormente se realizó la selección con base en la relevancia del título y el contenido del resumen, a partir de lo cual quedaron 24 y finalmente sólo 19 artículos tenían disponible el texto completo, (Figura 1). De los artículos encontrados 17 están escritos en idioma inglés y dos en idioma español, se advierte que el idioma inglés muestra mayor fortaleza en la producción científica alrededor de esta temática, sin embargo la especificidad en el servicio de urgencias no es frecuente en sus hallazgos.

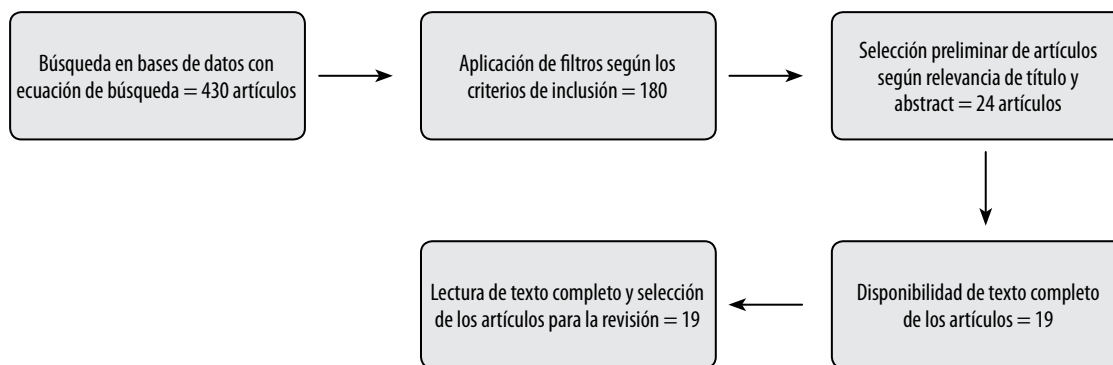


Figura 1. Diagrama de búsqueda

De los 19 artículos, 10 (52.6%) pertenecen a Australia, dos (10.5%) a Holanda y uno (5.3%) tanto para Colombia, Brasil, México, Reino Unido, Italia, Israel y República Checa, respectivamente. En relación con el país, de los artículos seleccionados se evidencia que Australia presenta mayor producción científica respecto al tema.

Según la metodología usada en los estudios, se encontraron 10 artículos de corte cualitativo, cinco estudios con planteamiento cuantitativo y cuatro con metodología mixta.

El total de artículos evaluados con ayuda de la herramienta STROBE fueron 18, estos se clasificaron según se señaló, previamente, de acuerdo con su grado de evidencia en cuatro categorías: en total se encontraron 44% de los artículos con evidencia excelente, 50% con evidencia buena y 6% con evidencia regular.

Otra escala para evaluar el nivel de evidencia es propuesta por la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SING)<sup>5</sup>, al realizar la evaluación de los artículos seleccionados con dicha escala estos se ubicaron en el nivel tres, que corresponde a estudios no analíticos (observaciones clínicas y serie de casos).

De los artículos evaluados uno corresponde a una Revisión Sistemática con un nivel de evidencia (SING), 1+ que se compone de revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgo y esta última se encuentra en grado de recomendación A. Esta revisión se dio con la herramienta CASPe.

Después del análisis y organización de la información de los artículos, se distinguieron cuatro categorías relacionadas con la temática de estudio, conforme a estas se estructuró la discusión.

## Discusión

### Categoría I: Características de la entrega

#### A la cabecera del paciente

Algunos autores mencionan como una parte esencial para el recibo y entrega de turno, también identificado como paso de guardia, que este se debe realizar a la cabecera del paciente y con la participación del mismo, dicha entrega de turno consiste en una relación establecida enfermera(o)-paciente, donde el paciente comprende, busca y mantiene un sentido de control y reconocimiento de su propia responsabilidad frente a su estado de salud, mientras que enfermería actúa para facilitar este papel y proporciona información ajustada a las necesidades de cada individuo. La metodología que plantean estos autores para la entrega de turno comprende a los dos equipos de enfermería (el turno de salida y el turno de entrada), quienes en conjunto pasan por las habitaciones de los pacientes, se detienen en sus camas e intercambian la información vital relacionada con su cuidado<sup>6-22</sup>.

Asimismo, Farhan et al<sup>12</sup>, plantean que la entrega de turno a la cabecera del paciente permite el conocimiento del ambiente y entorno del mismo, de esta manera los miembros del personal de salud pueden anticiparse a los problemas y responder, apropiadamente. También, este planteamiento lo exponen Machaczek et al<sup>19</sup>, que realizar la entrega de turno junto a la cabecera del paciente aumenta de manera positiva la minimización de riesgo, puesto que hay una mayor identificación de problemas físicos del paciente, de esta forma incrementa la confianza, así como la satisfacción del paciente y los miembros de la familia.

En cambio, Smeules et al<sup>20</sup>, proyecta que la entrega de turno junto a la cabecera del paciente, se convierte en una barrera debido a que la participación del paciente en cuanto al estado de salud, toma demasiado tiempo por los problemas que puede generar la comunicación de resultados de laboratorios, pruebas diagnósticas que no han sido discutidos con el paciente, puede generar demoras en la entrega de turno.

Como puede apreciarse, es frecuente considerar el paso de guardia en un espacio aislado sin que el paciente escuche detalles de su estado de salud. Sin embargo, se recomienda que se pueda implementar el paso de guardia en la cabecera del paciente y empoderarlo en su cuidado e incluso como emisor de actividades de cuidado que redunden en su bienestar.

#### Tiempo de entrega de turno

Llapa-Rodríguez et al<sup>14</sup>, identifican factores internos (fortalezas) que favorecen los procesos de cambio de turno, dentro de ellos se encontraron: *Duración máxima de entrega de turno entre 15 a 20 minutos, claridad y objetividad de la información, entorno tranquilo, agilidad en el intercambio de información, cooperación del equipo, compromiso del personal, puntualidad para iniciar el cambio de turno.* Los tiempos de entrega deben ser controlados, ya que algunos aspectos que en ocasiones no se tuvieron en cuenta en el paso de guardia, pueden ser cruciales para el cuidado.

#### 1.3 Ubicación donde se realiza la entrega

Liu et al<sup>17</sup>, en su estudio observaron que el cambio de turno se realizaba en dos etapas, inicialmente, comenzó con un informe de grupo en una sala cerrada, que era el espacio privado para la entrega. En segundo lugar, se realizó un traspaso individual detallado entre las enfermeras que salían y las que llegaban y se realizaba a la cabecera, en el pasillo o en la estación del personal, que eran los espacios públicos para la entrega. La entrega del grupo de los coordinadores de enfermería ocurrió al principio y al final de cada turno. De 10 a 15 minutos fueron asignados para la entrega del grupo, aunque tardó más tiempo cuando el servicio estaba ocupado. El traspaso del grupo tenía la intención de proporcionar una visión general de todos los pacientes, que se atendieron a quienes recibían turno.

#### 1.4 Insuficiencia de información y brechas en la comunicación<sup>6-8, 10, 11, 13-15, 19, 23</sup>

Otro aspecto importante en el recibo y entrega de turno comprende las habilidades de comunicación entre los profesionales que brindan cuidado, los fallos de este tipo han demostrado un aumento que

puede llevar a eventos adversos, incluidos errores de medicación, tratamiento y diagnóstico u omisión del cuidado, de esta manera se disminuye la calidad del cuidado hacia los pacientes, para ello surge la necesidad de mejorar los métodos de comunicación, para evitar omitir aspectos relevantes durante el proceso de atención<sup>6-8, 10, 11, 13-14, 18-19, 22</sup>.

El traspaso se caracteriza a menudo por una falta de consistencia en el método, es demorado y variable en términos de lo que se comunica. Spooner et al<sup>16</sup>, plantean que la mala comunicación es la principal causa de todos los eventos centinela, de que más de un tercio de todos los traslados de pacientes sean deficientes.

Se consideran algunos factores internos que puede afectar la comunicación en la entrega de turno: las conversaciones de temas personales durante la entrega. La insuficiencia de información se observa en la falta de planificación, falta de claridad en los registros, ausencia de comunicación directa entre los equipos de trabajo y excesivo número de personas en la estación de enfermería<sup>14</sup>.

### *Categoría II. Estandarización del Proceso*<sup>7, 8, 10, 12, 14-17, 19, 22, 23</sup>.

Spooner et al<sup>16</sup>, sugieren que la introducción de procesos estandarizados de traspaso de pacientes asegura que todos los participantes conozcan el proceso y el contenido requeridos, para presentar información compleja del paciente. Parte del proceso incluye la incorporación de herramientas estructuradas de traspaso, que permiten a los clínicos entregar el turno en un formato estructurado. Entre las herramientas de traspaso se recomienda el ISBAR (Tabla 1), cuyos ítems son los siguientes: Elementos específicos de *Identificación* (nombre, edad, días de estancia), *Situación* (diagnóstico, procedimiento quirúrgico), *Antecedentes (Background)* (acontecimiento significativo y manejo de eventos significativos) y *Recomendaciones*, (plan de paciente para el siguiente turno, equipo de tareas. El líder necesita un seguimiento para el próximo turno) se recomienda que se incluyan las interconsultas de pacientes (por ejemplo, terapeuta ocupacional) y / referencias (por ejemplo, revisión de salud mental). Dentro de la categoría recomendación sólo cuando eran relevantes para el paciente. En la Tabla 1 se muestran los indicadores y el uso de estos que realizan los autores para evaluar la calidad de este proceso.

Igualmente, este artículo propone agregar otros ítems no relacionados con el ISBAR, que los participantes consideraron importante incluir en una entrega de turno, como: (estado de infección, sitio de la infección) actualizaciones adicionales del paciente (plan de fin de vida); consideraron no necesario para discutir en la entrega, las tareas administrativas, problemas de equipo y menús. Los ítems dentro de la categoría de actualizaciones de pacientes adicionales (comportamiento del paciente, investigaciones programadas) se consideraron importantes para incluir en el traspaso sólo si es relevante para el paciente<sup>16</sup>.

Bakon et al<sup>7</sup>, en su búsqueda integrativa para explorar los diferentes modelos de recepción y entrega de turno, muestra en los resultados, que se analizaron cuatro distintos modelos; el único modelo que tuvo éxito en su implementación en diferentes áreas de especialidad y se adaptó fue el modelo ISOBAR.

Adicional al instrumento mencionado dentro de la revisión de los artículos, encontramos que los autores Yáñez-Corral et al<sup>23</sup>, diseñaron un instrumento que está conformado por datos sociodemográficos del personal evaluado, los aspectos organizativos del servicio con cuatro ítems, en un tercer apartado se sitúa la entrega recepción de pacientes (con tres subdimensiones: seguridad del paciente, intervenciones de enfermería, procedimientos y exámenes programados a pacientes), con un total de 21 ítems, y finalmente un espacio para observaciones<sup>23</sup>.

Para Kerr et al<sup>10</sup>, el uso de la herramienta para la entrega de turno contribuye con un mejoramiento en los problemas operacionales del servicio, como los tiempos de espera, muertes, fallas de los equipos. Además, se ha denotado un cambio positivo en cuanto a aspectos de la entrega de turno como: no se percibe pérdida o fugas en la comunicación, veracidad y actualización de la información. Al igual que Smeulers et al<sup>20</sup>, plantea que el uso de herramientas de traspaso estructurado se ha vinculado a la mejora de la continuidad de la atención y los resultados del paciente, que no todas las herramientas de traspaso pueden ser utilizadas con éxito en todos los entornos clínicos.

**Tabla 1. Aplicación del Instrumento ISBR\* en la entrega de turno**

ISBAR categorías/subcategorías (n=17)	Incluir Frecuencia (%)	Incluir si corresponde Frecuencia (%)
<b>Identificación</b>		
Nombre	17 (100)	0
Años	17 (100)	0
Días en la unidad de cuidados intensivos	17 (100)	0
Número de la cama	7 (41)	6 (35)
Consultor / Equipo de análisis	3 (18)	7 (41)
<b>Situación</b>		
Diagnóstico	15 (88)	2 (12)
Procedimiento quirúrgico	11 (65)	6 (35)
Plan de resucitación aguda	10 (59)	7 (41)
Estado de la descarga	7 (41)	10 (59)
<b>Historial</b>		
Historial médico	7 (41)	10 (59)
Historial quirúrgico	7 (41)	10 (59)
Eventos significativos	17 (100)	0
Gestión de eventos significativos	17 (100)	0
<b>Evaluación</b>		
Se presenta en otro cuadro complementario		
<b>Recomendaciones</b>		
Consultas/Referencias a especialistas (Realizado en el turno anterior/ Planeado para el siguiente turno)	6 (35)	11 (65)
Plan del paciente para el siguiente turno (Determinado por la ronda diaria del área clínica)	16 (94)	1 (6)

Fuente: Spooner A et al<sup>16</sup>. (traducción propia); ISBR (Identificación; Situación; Background=Historial/antecedentes; Recomendaciones); los valores en negritas representan resultados con una concordancia  $\geq 65\%$ . Un plan de reanimación aguda incluye plan de respuesta a la situación que amenace la vida

## Conclusiones

1. La entrega de turno es considerada como una visión general de los pacientes, en la cual se establece una relación enfermera(o)-paciente, éste último, debe ser un participante activo, ya que esto le permite un sentido de control y responsabilidad frente a su salud, para facilitar esto, la entrega de turno debe llevarse a cabo en la cabecera de la cama del paciente.

2. Existen factores que facilitan el proceso de entrega de turno, dentro de estos se encuentran el manejo del tiempo (máximo 20 minutos), información clara y objetiva entregada con agilidad, entorno tranquilo, compromiso y puntualidad por parte de todo el equipo.

3. Varios autores de los consultados en la literatura coinciden en que la principal barrera para el buen desarrollo de un paso de guardia es la brecha de la comunicación, dificultades en la comunicación entre el personal de enfermería, paciente-enfermera(o) y entre todo el equipo de salud incrementan sustancialmente la ocurrencia de eventos adversos y eventos centinela, dentro de las brechas de comunicación incluyen omisión de información, diálogo de temas ajenos al cuidado, falta de claridad en los registros, poca planeación del traspaso y exceso de personal en el lugar de entrega de turno.

4. La estandarización del proceso de paso de guardia asegura la correcta participación del equipo en la actividad, lo que favorece la continuidad del cuidado y para esto se pueden considerar herramientas estructuradas como ISBAR o ISOBAR, se debe tener en cuenta la adaptación de dichas herramientas a los servicios a los cuales vayan a ser aplicadas.

5. No se identificaron hallazgos específicos del paso de guardia en el servicio de urgencias, no obstante, cada una de las temáticas sustentadas podrían ser aplicadas en este contexto, como en cualquier otro servicio de hospitalización.



## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran no haber realizado experimentos en seres humanos ni en animales para el desarrollo de esta investigación, ya que es documental.

**Financiamiento.** Ninguno.

**Conflicto de intereses.** Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Referencias

1. Green S, Higgins JPT, Alderson P, Clarke M, Mulrow CD, Oxman A. Capítulo 1: Introducción. En: Higgins JPT, Green S (Ed). Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones, versión 5.1.9. Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano; 2012.
2. Centre for Reviews and Dissemination. Systematic Reviews, CRD's guidance for undertaking reviews in health care. Heslington: University of York; 2009. <https://bit.ly/2Q0pjBy>
3. Cabello JB por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p.13-7. <https://bit.ly/2LJx7tb>
4. STROBE Statement. STROBE checklists for cohort, case-control, and cross-sectional studies. Berns, Switzerland: University of Bern; 2009. Disponible en: <https://bit.ly/2LM5hYW>
5. Ministry for Health and Social Policy. Clinical Practice Guidelines on Care in Normal Childbirth. Clinical Practice Guidelines in SNHS. Central Publishing Service of the Basque Government; 2010.
6. Guevara-Lozano M, Arroyo-Marles LP. The Handover a Central Concept in Nursing Care. *Enfermería glob.* 2015; (37): 419-34. <https://bit.ly/2VYeCFE>
7. Bakon S, Wirihana L, Christensen M, Craft J. Nursing handovers: An integrative review of the different models and processes available. *Int J Nurs Pract.* 2016; 23(2): 1-8. <http://dx.doi.org/10.1111/ijn.12520>
8. Calleja P, Aitken L, Cooke M. Staff perceptions of best practice for information transfer about multitrauma patients on discharge from the emergency department: a focus group study. *J Clin Nurs.* 2016; 25(19-20): 2863-73. <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13334>
9. Kerr D, McKay K, Klim S, Kelly AM, McCann T. Attitudes of emergency department patients about handover at the bedside. *J Clin Nurs.* 2014; 23(11-12): 1685-93. <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12308>
10. Kerr D, Klim S, Kelly AM, 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.* 2014; 22(1): 89-97. <http://dx.doi.org/10.1111/ijn.12365>
11. McMurray A, Chaboyer W, Wallis M, Fetherston C. Implementing bedside handover: strategies for change management. *J Clin Nurs.* 2010; 19(17-18): 2580-9. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03033.x>
12. Farhan M, Brown R, Vincent C, Woloshynowych M. The ABC of handover: impact on shift handover in the emergency department. *Emerg Med J.* 2012; 29(12): 947-53. <http://dx.doi.org/10.1136/emermed-2011-200201>
13. Ye K, Taylor McD, Knott JC, Dent A, MacBean CE. Handover in the emergency department: deficiencies and adverse effects. *Emerg Med Australas.* 2007; 19(5): 433-41. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1742-6723.2007.00984.x>
14. Llapa-Rodríguez EO, Da Silva-Oliveira C, Raylane-Santosde Fanca T, Santos-de Andrade J, Pontes-de Aguiar Campos M, Costacurta-Pinto da Silva FJ. Programación del cambio de turno desde la óptica de los profesionales de enfermería. *Enfermería glob.* 2013; 12(3): 206-18. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.12.3.157441>
15. Cochrane nursing care field (CNCf). What is the best nursing handover style to ensure continuity of information for hospital patients? *Int J Nurs Stud.* 2016; 58: 97-9.



- <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.004>
16. Spooner AJ, Aitken LM, Corley A, Chaboyer W. Developing a minimum dataset for nursing team leader handover in the intensive care unit: A focus group study. *Aust Crit Care*. 2017; 31(1): 47-52. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2017.01.005>
  17. Liu W, Manias E, Gerdtz M. Medication communication between nurses and patients during nursing handovers on medical wards: a critical ethnographic study. *Int J Nurs Stud*. 2012; (8): 941-52. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.02.008>
  18. Smeulers M, Dolman CD, Atema D, Dieren SV, Maaskant JM, Vermeulen H. Safe and effective nursing shift handover with NURSEPASS: An interrupted time series. *Appl Nurs Res*. 2016; 32: 199-205. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.07.010>
  19. Machaczek K, Whietfield M, Kilner K, Allmark P. Doctors' and nurses' perceptions of barriers to conducting handover in hospitals in the Czech Republic. *AJNR*. 2013; 1(1): 1-9. <http://dx.doi.org/10.12691/ajnr-1-1-1>
  20. Smeulers M, Vermeulen H. Bost of both worlds: combining evidence with local context to develop a nursing shift handover blueprint. *Int J Qual Health Care*. 2016; 28(6): 749-57. <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzw101>
  21. Wildner J, Ferri P. Patient participation in change of shift procedures: The implementation of the Bedside Handover for the improvement of nursing Quality in an Italian Hospice. *J Hosp Palliat Nurs*. 2012; 14(3): 216-24. <http://dx.doi.org/10.1097/NJH.0b013e318243251f>
  22. Drach-Zahavy A, Shilman O. Patients' participation during a nursing handover: the role of handover characteristics and patients' personal traits. *J Adv Nurs*. 2014; 71(1): 136-47. <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12477>
  23. Yáñez-Corral AM, Zárate-Grajales RA. Diseño de un instrumento para evaluar el proceso de enlace de turno en enfermería. *Enferm. Univ*. 2016; 13(2): 99-106. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.03.002>