



ORIGINAL

El traspaso de información en los cambios de turno de enfermeras en Unidades de Cuidados Críticos[☆]

C. Morán-Pozo (RN, MSN)^{a,*} y P. Luna-Castaño (RN, MSN, PHD)^b

^a Responsable de Investigación de Enfermería, Hospital Central Cruz Roja, Madrid, España

^b Supervisora de Investigación en Cuidados, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Recibido el 8 de noviembre de 2021; aceptado el 17 de febrero de 2022

Disponible en Internet el 1 de agosto de 2022



PALABRAS CLAVE
Pase de guardia;
Transferencia de
pacientes;
Cuidados críticos;
Seguridad del
paciente;
Comunicación

Resumen

Objetivo: Conocer las características de los cambios de turnos que realizan las enfermeras de Unidades de Cuidados Críticos en España.

Método: Estudio descriptivo y transversal, cuya población eran enfermeros y enfermeras que trabajasen en Unidades de Cuidados Críticos de España. Se utilizó un cuestionario *ad hoc* que exploraba las características del proceso, la formación recibida, el olvido de información y la influencia de esta actividad en la atención al paciente. El cuestionario era online y la difusión se realizó a través de redes sociales. La muestra fue seleccionada por conveniencia. Se realizó un análisis descriptivo según la naturaleza de las variables y comparación de grupos a través de ANOVA con R software versión 4.0.3 (R Project for Statistical Computing).

Resultado: El total de la muestra fueron 420 enfermeras y enfermeros. La mayoría de participantes (79,5%) contestaron que realizan esta actividad de forma dirigida, de enfermera saliente a enfermera entrante. El espacio físico donde se realizaba el cambio de turno variaba en función del tamaño de la unidad ($p < 0,05$). La realización interdisciplinar del cambio de turno fue escasa ($p < 0,05$). En el último mes (enero del 2020), respecto al momento de recogida de datos, el 29,5% contactó con la unidad por olvido de información relevante, utilizando WhatsApp como primer canal para transmitir esta información.

[☆] El resumen preliminar del análisis descriptivo de los datos fue difundido en el XXIV Encuentro de Investigación en Cuidados (Pamplona/Iruña, online), 9-13 de noviembre del 2020.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: claudiamorandelpozo@gmail.com(C. Morán-Pozo).

Conclusiones: Existe una falta de estandarización del proceso, en cuanto al espacio físico donde se realiza, las herramientas para estructurar la información, la participación de otros profesionales y el uso de canales de comunicación no oficiales para contactar por información omitida durante la realización del traspaso. El cambio de turno se identificó como un proceso vital para garantizar la continuidad de los cuidados y seguridad del paciente, por lo que es importante seguir investigando sobre el traspaso de información.

© 2022 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Patient handoff;
Patient transfer;
Critical care;
Patient safety;
Communication

Shift change handovers between nurses in Critical Care Units

Abstract

Aim: To know the characteristics of the handover performed by nurses working in Critical Care Units in Spain.

Methods: Descriptive and cross-sectional study, whose population was nurses working in Critical Care Units in Spain. An ad hoc questionnaire was used to explore the characteristics of the process, the training received, the information forgotten and the influence of this activity on patient care. The questionnaire was online and dissemination was done through social networks. The sample was selected by convenience. A descriptive analysis was performed according to the nature of the variables and comparison of groups through ANOVA with R software version 4.0.3 (R Project for Statistical Computing).

Results: The sample was 420 nurses. Most of them answered that (79,5%) perform this activity in an individual way, from outgoing nurse to incoming nurse. Location varied according to the size of the unit ($P<0,05$). Interdisciplinary handover was rare ($P<.05$). In the last month, with regard to the time of data collection, 29,5% had to contact the unit due to forgetting relevant information, using WhatsApp as the first channel to transmit this information.

Conclusions: There is a lack of standardization in the handoff between shifts, in terms of the physical space where it is done, tools to structure the information, participation of other professionals and the use of unofficial communication channels to contact for omitted information during the handover. Shift change was identified as a vital process to ensure continuity of care and patient safety, so further researchs are important for patients handoffs.

© 2022 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

¿Qué se conoce/qué aporta?

Los traspasos de información durante el cambio de turno entre enfermeras permiten la transferencia de la responsabilidad y del cuidado del paciente. Este traspaso promueve la continuidad de cuidados y facilita al turno siguiente la toma de decisiones.

¿Qué aporta?

Con el presente estudio nos hemos aproximado a conocer la práctica habitual del cambio de turno entre enfermeras de Cuidados Críticos en cuanto al espacio físico donde se realiza, la participación de otros profesionales, el uso de herramientas, la formación recibida y el manejo de olvidos de información, entre otros.

Implicaciones del estudio

Este estudio constituye un primer paso para asentar las bases de un tema poco explotado, refleja la diversidad que existe en la realización de esta actividad y el margen de mejora, en cuanto a la estandarización y formación que podrían fomentarse. Este trabajo puede ser una oportunidad para la llamada a la investigación sobre los traspasos de información.

Introducción

La transferencia de información esencial y de la responsabilidad del cuidado del paciente de un profesional sanitario a otro es conocida como el traspaso de información (TI)¹⁻³. El propósito de los TI es garantizar la continuidad de los cuidados y contribuir a la seguridad del paciente^{1,4}, por ello esta actividad constituye un punto crítico de la actividad

asistencial. Los efectos de los TI inefectivos pueden actuar como factores contribuyentes en la aparición de eventos adversos, tales como errores en la medicación, aumento de la estancia media e incremento de los costes y quejas^{5,6}.

La preocupación por la calidad y seguridad de los TI ha ido incrementado desde que, en 2007, la Organización Mundial de la Salud junto con The Joint Commission pusieron en el punto de mira los TI, incluyendo la mejora de estos como una de las «Nueve soluciones para la seguridad del paciente»⁷. Sin embargo, no es hasta 2015 cuando el Ministerio de Sanidad de España incluye, en uno de los objetivos de la Estrategia de Seguridad del Paciente (2015-2020), el promover la comunicación entre profesionales, concretamente, la comunicación estandarizada, tanto dentro de las unidades de hospitalización (cambio de turno, cambio de guardia), como durante las transferencias de pacientes a otras unidades o niveles asistenciales⁸.

Existe una necesidad de investigar sobre los TI⁹ y, particularmente, sobre los traspasos que son llevados a cabo durante los cambios de turno. Este tipo de TI es fundamental e inevitable puesto que ningún profesional puede mantener la responsabilidad sobre el cuidado del paciente las 24 h del día durante los 365 días del año¹⁰.

Los TI durante el cambio de turno entre enfermeras permiten la transferencia de responsabilidad y del cuidado del paciente de la enfermera saliente a la enfermera entrante¹¹, contribuye a la continuidad de cuidados para el turno siguiente¹²⁻¹⁴ y facilita a la enfermera entrante la toma de decisiones sobre la planificación de las intervenciones^{15,16}. Los cambios de turno pueden ser realizados a través del contacto directo de los profesionales, ya sea a pie de cama o en otro emplazamiento, por medio de grabaciones, por escrito o según la metodología que permite el centro de trabajo².

En el ámbito de los Cuidados Críticos (UCC), el cambio de turno implica una serie de características especiales, debido al nivel intensivo de vigilancia y cuidados, llevados a cabo por enfermeras y el uso de equipos de alta tecnología, entre otros¹⁷. En este sentido, el Estudio de Incidentes y Eventos Adversos en Medicina Intensiva (SYREC) identificó la comunicación entre profesionales como factor contribuyente en el 5,76% de incidentes notificados, y en más de la mitad de los casos centinela¹⁸.

La elección de este tema de investigación se debe a la detección por parte de las autoras de carencias en la práctica asistencial habitual para la realización de un cambio de turno seguro; además de que los estudios nacionales interesados en esta actividad han centrado sus investigaciones en los ámbitos de las unidades de hospitalización¹⁹ y del servicio de Urgencias²⁰. Por ello, los objetivos de este estudio son conocer las características de los traspasos de información que se realizan en cambio de turno entre las enfermeras de UCC e identificar si hay diferencias entre estas características según edad, nivel de formación y experiencia en UCC y entre el número de camas de la UCC donde se trabaja.

Método

Estudio observacional descriptivo transversal. La población de estudio fueron enfermeras y enfermeros de las UCC de

España, aplicando un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Como criterios de inclusión se consideró que los participantes se encontraran en activo trabajando en las UCC de forma asistencial. Se excluyeron a las enfermeras y los enfermeros con experiencia en UCC inferior a 6 meses, por considerarse un periodo de aprendizaje y prueba en el servicio.

Instrumento de recogida de datos y variables estudiadas

Se diseñó un cuestionario *ad hoc* teniendo en cuenta las dimensiones de interés sugeridas en la literatura sobre este tema, en cuanto a los limitantes y fortalezas en esta actividad. Constaba de 5 dimensiones, con un total de 38 ítems.

1. La primera dimensión estaba formada por 12 preguntas sobre datos sociodemográficos y laborales; edad, sexo, formación académica, experiencia en UCC, duración de turno, gestión de hospital, hospital universitario, número de camas del hospital, tipo de Unidad, número de camas en UCC, sistema de registro de cuidados e intervenciones, comunidad autónoma.
2. La segunda dimensión se componía de 16 preguntas que indagaban sobre las características del cambio de turno que es realizado habitualmente.
 - La recepción y traspaso de la información, pudiendo ser de enfermera saliente responsable del paciente a enfermera entrante responsable del paciente y viceversa, o de forma grupal, donde la información de los pacientes es recibida por varias enfermeras y enfermeros y luego se reparten los pacientes. No se incluyeron las sesiones clínicas interdisciplinares dentro de esta opción.
 - El espacio físico donde se realiza: control de enfermería, cerca del entorno del paciente o a pie de cama.
 - El hábito con el que se planifica la información que se va a aportar durante el cambio de turno.
 - El uso de sistemas para organizar la información: técnica SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation), patrones de M. Gordon, Necesidades de V. Henderson, sistemas cuerpo humano o sistema propio de la UCC. Las necesidades de Henderson y los patrones de M. Gordon no se incluyen en la bibliografía como herramientas para el cambio de turno; sin embargo, son las 2 estructuras más comunes para realizar la valoración enfermera y, debido a que actualmente en España no hay ninguna herramienta validada para la organización de la información, se introdujo estos 2 sistemas para conocer si eran utilizados para esta actividad.
 - La participación de otros profesionales: médicos residentes, médicos adjuntos, técnicos de cuidados auxiliares de Enfermería, supervisor o supervisora de unidad, alumnas y alumnos pregrado o alumnas y alumnos de posgrado.
3. La tercera dimensión con 4 preguntas exploraba las incidencias sobre el olvido de información durante el cambio de turno y el canal a través del que se contactaba para comunicar esta información. Se preguntaron por los canales más habitualmente utilizados como son la mensajería instantánea (WhatsApp) y las llamadas de teléfono: a la supervisora, al turno entrante o al control

- de UCC. En las dimensiones 2 y 3 se aplicó la escala Likert con 5 posibles opciones de respuesta: muy frecuentemente, frecuentemente, a veces, raramente y nunca, que posteriormente en el análisis se reconfiguró en 3 puntos: frecuentemente, a veces y raramente.
4. En la cuarta dimensión, formada por 2 preguntas, se indagó sobre la formación recibida durante la etapa universitaria ya bien sea a nivel teórico o práctico, contribuye al desarrollo de esta actividad; asimismo, se indagó por el nivel de aprendizaje obtenido en estos períodos. Para ser respondida esta dimensión se utilizó escala Likert de 6 puntos: mucho, bastante, algo, poco, nada y no recuerdo; para el análisis se reorganizó en 4 puntos: bastante, algo, poco y no recuerdo.
5. La quinta dimensión está constituida por 4 preguntas dirigidas a la relevancia que le otorgan las enfermeras a esta actividad, respecto a la regularización, el aprendizaje y la influencia de este proceso en el paciente, pudiendo ser respondida a través de las opciones de respuesta: totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni desacuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo; que posteriormente para el análisis fue reconfigurada en 3 puntos: de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo y en desacuerdo.

Recogida de datos

El cuestionario se diseñó con la herramienta Google Forms, que permite la administración y el análisis de encuestas. Fue distribuido a través de redes sociales (Twitter e Instagram), correo electrónico y el contacto directo con gerencias de centros sanitarios, grupos de investigación de cuidados y referentes de enfermería. El método de recopilación de datos fue autocumplimentado. El enlace para acceder al cuestionario permaneció abierto durante 30 días naturales (del 12 de enero del 2020 al 11 febrero del 2020).

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables, utilizando porcentajes y frecuencias para las variables cualitativas y la media y la desviación típica para las variables cuantitativas. Para la comparación entre grupos según las variables dependientes de edad (< 30 años y ≥ 30 años), experiencia (≤ 6 años y > 6 años), nivel de formación (grados y posgrado) y número de camas en UCI (≤ 8 camas y > 8 camas), se realizaron 2 subgrupos para cada variable y se llevó a cabo análisis de ANOVA con las respuestas de cada subgrupo. Todos los análisis se realizaron con R software versión 4.0.3 (R Project for Statistical Computing).

Consideraciones éticas

Para la elaboración y difusión del cuestionario, como en la recogida y el análisis de datos obtenidos, se han seguido las recomendaciones recogidas en la Declaración de Helsinki de 1964 y el Convenio de Oviedo de 1997, y se garantiza la confidencialidad de la información y el anonimato de los participantes según lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de

5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación (CEI), así como por la Dirección de Enfermería del Hospital Universitario La Paz y el Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela, el cual es el que corresponde a la investigadora principal.

Resultados

Se obtuvieron un total de 420 respuestas. El 85% de la muestra fueron mujeres. La media \pm DE de edad fue de $32,4 \pm 8,35$ años. El 33,5% de las encuestadas realizaron el grado de Enfermería. El 48,5% tenía una experiencia laboral en UCC de 1 a 6 años. El turno rotatorio de 7 y 10 h fue el más habitual en el 75,2% de los encuestados. Participaron enfermeras y enfermeros de 45 provincias españolas, siendo Madrid y Barcelona las más representadas. La mayoría de las enfermeras trabajaban en hospitales de gestión pública, universitarios y con más de 500 camas. El 38,1% de las participantes trabajaban en unidades polivalentes, perteneciendo a unidades con más de 8 camas el 71,4%. El 49,2% de los enfermeros y las enfermeras combinaban el registro de las intervenciones y cuidados realizados a los pacientes en soporte electrónico a través de la historia clínica electrónica y la gráfica de constantes vitales en papel ([tabla 1](#)).

Los cambios de turno entre las enfermeras y los enfermeros de UCC son habitualmente *dirigidos* en el 79,5% de los participantes y el espacio físico más común donde se realiza es el *control de enfermería*, por el 60,5%. El 64,1% frecuentemente *planifica* esta actividad. La herramienta más utilizada para organizar la información son los *sistemas del cuerpo humano*, utilizado por el 56,7%. Las *alumnas de enfermería de pregrado* son el colectivo que más habitualmente participa, en un 50,5% según la muestra ([tabla 2](#)).

En cuanto a las comparaciones realizadas para la variable edad, se observan diferencias significativas entre los grupos para la variable nivel de formación teórica ($p > 0,05$), siendo mayor el nivel en el grupo de menos de 30 años ([tabla 3](#)) (véase también [material suplementario](#)).

En las comparaciones para la variable experiencia, se observan diferencias significativas entre los grupos para las variables transmisión de información olvidada a través de WhatsApp ($p < 0,05$), siendo más frecuente en el grupo 6 o menos años de experiencia; y nivel de formación práctica ($p < 0,05$), siendo mayor el nivel en el grupo de 6 o menos años de experiencia ([tabla 4](#)) (véase también [material suplementario](#)).

Con relación a las comparaciones con la variable número de camas de UCC, se observan diferencias significativas entre los grupos para las variables recepción del proceso dirigido ($p < 0,05$), siendo más frecuente en el grupo con 8 camas o menos; proceso en el control de enfermería ($p < 0,05$), siendo más frecuente en el grupo con 8 camas o menos; proceso cerca de la cama ($p < 0,05$), siendo mayor en el grupo con más de 8 camas; proceso a pie de cama ($p < 0,05$), siendo mayor en el grupo con más de 8 camas; participación en el proceso de médicos adjuntos ($p < 0,05$), siendo mayor en el grupo con 8 camas o menos; participación

Tabla 1 Datos sociodemográficos

	N = 420
Edad, media ± DE (años)	32,4 ± 8,3
<i>Sexo</i>	
Femenino	85% (n=357)
Masculino	15% (n=63)
<i>Formación académica</i>	
Grado de enfermería	66,9% (n=281)
Experto	7,6% (n=32)
Máster	23,6% (n=99)
Doctorado	1,9% (n=8)
<i>Experiencia en UCC</i>	
Menos de un año	23,5% (n=99)
De 1 a 6 años	48,6% (n=204)
De 7 a 12 años	11% (n=46)
Más de 12 años	16,9% (n=71)
<i>Duración turno rotatorio</i>	
7 y 10 h	75,2% (n=316)
12 h	24,8% (n=104)
<i>Gestión hospital</i>	
Público	80% (n=336)
Privado	20% (n=84)
<i>Hospital Universitario</i>	
Sí	86,9% (n=365)
No	13,1% (n=55)
<i>Tamaño hospital</i>	
Mediano (500 camas o menos)	42,4% (n=178)
Grande (> 500 camas)	57,6% (n=242)
<i>Tipos de unidades</i>	
Cardiaca y coronarias	8,8% (n=37)
Quemados	0,2% (n=1)
Intermedios	0,9% (n=4)
Médica	16,2% (n=68)
Polivalente	38,1% (n=160)
Posquirúrgica y Reanimación	19,8% (n=83)
Pediátrica	6,7% (n=28)
Neonatos	6,4% (n=27)
Trauma	2,9% (n=12)
<i>Número de camas UCI</i>	
8 camas o menos	23,8% (n=100)
Más de 8 camas	76,2% (n=320)
<i>Sistemas de registro de cuidados e intervenciones</i>	
Registros en soporte electrónico	45,7% (n=192)
Registros en formato papel	4,5% (n=19)
Combinación de registros en formato papel y soporte electrónico	49,8% (n=209)
<i>Comunidad Autónoma</i>	
Andalucía	6,1% (n=26)
Aragón	5,4% (n=23)
Principado de Asturias	2,8% (n=12)
Islas Baleares	2,3% (n=10)
Canarias	5,7% (n=24)
Cantabria	3,1% (n=13)
Castilla y León	5,2% (n=22)
Castilla-La Mancha	3,8% (n=16)
Cataluña	13,1% (n=55)
Comunidad Valenciana	8,5% (n=36)
Extremadura	2,8% (n=12)

Tabla 1 (continuación)

	N = 420
Galicia	5,9% (n=25)
Comunidad de Madrid	28,1% (n=118)
Región de Murcia	1,4% (n=6)
Comunidad Foral de Navarra	1,9% (n=8)
País Vasco	2,1% (n=9)
La Rioja	0,9% (n=4)
Ciudad Autónoma de Melilla	0,2% (n=1)

Tabla 2 Características del traspaso de información durante el cambio de turno

	Frecuentemente	A veces	Raramente
<i>Recepción y traspaso de información</i>			
Dirigido	79,5% (n = 334)	10,7% (n = 45)	9,8% (n = 41)
Grupal	22,6% (n = 95)	6,9% (n = 29)	70,5% (n = 296)
<i>Espacio físico donde se realiza</i>			
Control enfermería	60,5% (n = 254)	15% (n = 63)	24,5% (n = 103)
Cerca de la cama del paciente	42,9% (n = 180)	26,9% (n = 113)	30,2% (n = 127)
A pie de cama	39,7% (n = 167)	24,05% (n = 101)	36,1% (n = 152)
<i>Frecuencia con la que se planifica</i>			
Sistemas para organizar información	64,1% (n = 269)	16,2% (n = 68)	19,7% (n = 83)
SBAR	7,6% (n = 32)	6,2% (n = 26)	86,2% (n = 362)
Patrones de Gordon	10,7% (n = 45)	9,3% (39)	80% (336)
Necesidades de Henderson	10,2% (n = 43)	10% (42)	79,8% (335)
Sist. cuerpo humano	56,7% (n = 238)	5,5% (23)	37,8% (n = 159)
Sist. propio UCC	49,3% (n = 207)	7,1% (n = 30)	43,6% (n = 183)
<i>Participación</i>			
Médicos adjuntos	3,3% (n = 14)	5,5% (23)	91,2% (n = 383)
Médicos residentes	2,6% (n = 11)	3,8% (n = 16)	93,6% (n = 393)
TCAE	29,5% (n = 124)	21,4% (n = 90)	49% (n = 206)
Supervisor unidad	6,9% (n = 29)	7,1% (n = 30)	86% (n = 361)
Alumna pregrado	50,5% (n = 212)	28,8% (n = 121)	20,7% (n = 87)
Alumna posgrado	35,7% (n = 150)	15,2% (n = 64)	49% (n = 206)

Tabla 3 Comparaciones entre los grupos según la edad

	< 30 años N = 201	≥ 30 años N = 219	p valor
<i>Nivel de aprendizaje durante la formación teórica en la universidad</i>			
No lo recuerda	5 (2,4%)	13 (5,9%)	
Poco	143 (71,1%)	164 (74,9%)	
Algo	36 (17,9%)	22 (10%)	
Bastante	17 (8,4%)	20 (9,1%)	0,049

Comparaciones estadísticamente significativas (< 0,05) en negrita.

en el proceso de alumnas posgrado ($p < 0,05$), siendo mayor en el grupo más de 8 camas, y participación en el proceso de supervisora ($p < 0,05$), siendo mayor en el grupo con 8 camas (tabla 5) (véase también material suplementario).

En cuanto a las comparaciones realizadas para la variable nivel de formación, ninguna de ellas estableció una relación significativa (véase material suplementario).

Sobre el olvido de información durante el cambio de turno, se preguntó a las enfermeras, si habían tenido que

contactar con su unidad en el último mes para la comunicación de esta información relevante y el 29,7% (n = 125) contestó que sí. Se estudió la relación de la duración del turno de trabajo 7 y 10 h o 12 h con el olvido de información en el último mes y el contacto con la UCC, y no se encontró relación significativa entre ningún turno ($p > 0,05$).

El 98,8% (415) de las y los participantes percibieron esta actividad como bastante influyente en la seguridad del paciente, y el 99% (416), para la continuidad de cuidados.

Tabla 4 Comparaciones entre los grupos según experiencia en UCC

	≤ 6 años N = 303	> 6 años N = 117	p valor
<i>Transmisión de información olvidada a través de WhatsApp</i>			0,003
Raramente	55 (18,2%)	28 (23,9%)	
A veces	50 (16,5%)	33 (28,2%)	
Frecuentemente	198 (65,3%)	56 (47,9%)	
<i>Nivel de aprendizaje durante la formación práctica en la universidad</i>			0,026
No lo recuerda	6 (1,9%)	7 (5,9%)	
Poco	116 (38,3%)	56 (47,9%)	
Algo	63 (20,8%)	21 (17,9%)	
Bastante	118 (38,9%)	33 (28,2%)	

Comparaciones estadísticamente significativas (< 0,05) en negrita.

Tabla 5 Comparaciones entre los grupos según el número de camas de la UCC

	≤ 8 camas N = 100	> 8 camas N = 320	p valor
<i>Recepción de forma dirigida (de enfermera saliente a enfermera entrante)</i>			0,027
Raramente	5 (5%)	36 (11,2%)	
A veces	6 (6%)	39 (12,2%)	
Frecuentemente	89 (89%)	245 (76,6%)	
<i>Realización del cambio de turno: control de Enfermería</i>			0,013
Raramente	17 (17%)	86 (26,9%)	
A veces	10 (10%)	53 (16,6%)	
Frecuentemente	73 (73%)	181 (56,6%)	
<i>Realización del cambio de turno: cerca de la cama</i>			< 0,001
Raramente	46 (46%)	81 (25,3%)	
A veces	23 (23%)	90 (28,1%)	
Frecuentemente	31 (31%)	149 (46,6%)	
<i>Realización del cambio de turno: a pie de cama</i>			0,033
Raramente	45 (45%)	107 (33,4%)	
A veces	26 (26%)	75 (23,4%)	
Frecuentemente	29 (29%)	138 (43,1%)	
Raramente	42 (42%)	141 (44,1%)	
A veces	6 (6%)	24 (7,5%)	
Frecuentemente	52 (52%)	155 (48,4%)	
<i>Participación en el cambio de turno de médicos adjuntos</i>			0,024
Raramente	85 (85%)	298 (93,1%)	
A veces	8 (8%)	15 (4,69%)	
Frecuentemente	7 (7%)	7 (2,19%)	
<i>Participación en el cambio de turno de alumnas y alumnos posgrado</i>			< 0,001
Raramente	68 (68%)	138 (43,1%)	
A veces	12 (12%)	52 (16,2%)	
Frecuentemente	20 (20%)	130 (40,6%)	
<i>Participación en el cambio de turno de supervisor o supervisora</i>			0,009
Raramente	77 (77%)	284 (88,8%)	
A veces	13 (13%)	17 (5,3%)	
Frecuentemente	10 (10%)	19 (5,9%)	

Comparaciones estadísticamente significativas (<0,05) en negrita.

Discusión

Este estudio contribuye a la difusión de conocimiento sobre los traspasos de información entre enfermeras, en concreto,

los que tienen lugar durante el cambio de turno en UCC en España. Los cambios de turno son una actividad frecuente, crítica e inherente a la atención continuada y cuyo estudio y mejora continúan siendo necesario abordar.

En cuanto a las características sociodemográficas de la muestra, cabe resaltar la gran similitud entre los estudios realizados en el marco nacional. Al igual que en las investigaciones de Talleda y Fatjo i Hurio²¹ y Pérez Corral y Simón-Borao²⁰, la mayoría de la muestra pertenece al sexo femenino, con una media de edad situada entre 33,4 y 36,7 años, y con desviaciones típicas entre $\pm 7,2$ años y $\pm 9,7$ años. En el estudio de Talleda y Fatjo i Hurio²¹, también realizado en el ámbito de los Cuidados Críticos, el 78% de la muestra tiene una experiencia laboral en UCI mayor de un año, siendo el 76,4% en este estudio.

Según los resultados de este estudio, los cambios de turno realizados en UCC con menos de 8 camas son comúnmente dirigidos, siendo esta una práctica que sigue la línea de otros estudios a nivel nacional¹⁹⁻²¹. En esta muestra no es habitual la participación de otros profesionales como médicos adjuntos o supervisores y supervisoras en el cambio de turno entre enfermeras, aspecto que dista del ámbito internacional, donde esta actividad suele ser llevada a cabo habitualmente de forma grupal, colaborando varias enfermeras con distinto nivel de competencias^{11,22,23}. En ambos métodos (dirigido y grupal) pueden afectar a distracciones, interrupciones y presiones jerárquicas (según el nivel de experiencia)²⁶. La entrega de forma grupal tiene la ventaja de que la situación del paciente es conocida por gran parte del equipo de Enfermería, pero también conlleva un mayor riesgo de saturación de información y, por tanto, de distracciones^{10,16}. La participación de las alumnas de pregrado es frecuente según refieren más de la mitad de los encuestados. No se preguntó en hasta qué grado participaban las alumnas, pero que su presencia sea tan habitual en los cambios de turno es un aspecto interesante de estudio y de avance para el proceso.

El espacio físico donde se realiza el cambio de turno, control de enfermería, cerca del entorno del paciente o a pie de cama, varía según el número de camas de la UCC. En los estudios de Martín Pérez et al.¹⁹, Llapa Rodríguez et al.²⁴ y Street et al.²⁵ la realización de forma dirigida es principalmente llevada a cabo en el control de Enfermería. En el estudio de Street et al.²⁵, el tercer lugar más común era la cabecera del paciente y la mayoría de las enfermeras y los enfermeros no se encontraban de acuerdo con que los pacientes participaran o con el hecho de que podían ser evaluados durante la actividad. Este lugar para el traspaso se ha recomendado como un método que garantiza un enfoque centrado en el paciente y la seguridad de este, así como una mejora en satisfacción del paciente y de la enfermera⁶. Sin embargo, la implantación del cambio de turno desde la cabecera del paciente implica varios retos, ya que no solo se trata de un cambio de lugar, sino de la incorporación de la participación del paciente, el manejo de datos sensibles de salud, la estructuración de la actividad y la formación de las enfermeras y los enfermeros y otras y otros profesionales sobre esta práctica⁶.

La estructuración de la información en los TI a través del uso de herramientas o reglas mnemotécnicas, específicas o adaptadas para cada unidad o servicio, es una de las recomendaciones de The Joint Commission⁷. En el presente estudio, se preguntó por varias herramientas, siendo algunas específicas para los cambios de turno, como SBAR²⁶,

otras que son utilizadas para la valoración de Enfermería, como son las necesidades de V. Henderson o los patrones de M. Gordon, y también se incluyeron las opciones de sistema propio de la UCI y sistemas del cuerpo humano. Los más utilizados fueron estos 2 últimos, siendo las herramientas para la valoración escasamente utilizadas, lo cual tiene sentido porque el objetivo de estas es distinto del de las específicas del TI. Cabe destacar el escaso uso de SBAR, la cual es la regla mnemotécnica más extendida para la promoción de estrategias de calidad sobre este tema y la más referenciada. Existe más de una veintena de instrumentos para los TI y es posible que otros de estos sean más frecuentemente utilizados y no hayan sido preguntados. Asimismo, el uso de herramientas es un componente más para la realización efectiva de los cambios de turno, pero no el único que garantizará el éxito de esta actividad^{10,26}.

El uso de la red social WhatsApp como primer canal de comunicación para contactar con la unidad cuando se ha olvidado información relevante, identificado en el grupo de participantes con 6 o menos años de experiencia en UCC, expone una necesidad de estandarización. El uso de este medio puede conllevar repercusiones legales debido al intercambio de información confidencial del paciente a través de un medio privado de comunicación. De nuevo, el uso de técnicas para estructurar la actividad puede evitar la omisión de datos relevantes^{2,10,27}. Con la estandarización de esta actividad, debería constar el método de contacto en el caso de olvidos de información. Otra opción de respuesta para la comunicación de los olvidos de información fue la «llamada a la supervisor», pero no se pudo analizar su peso porque no había muestra suficiente. La inclusión de esta opción de respuesta viene de la influencia de la literatura anglosajona donde la participación de las supervisoras y los supervisores en los cambios de turno son habituales. Es posible que, entre los encuestados, esta opción no sea una alternativa puesto que no tiene un fundamento práctico en su ámbito.

El aprendizaje de esta actividad, desde la formación universitaria, fue escaso en los grupos de enfermeras más jóvenes y con menor experiencia en Cuidados Críticos. La formación de los profesionales del Sistema Nacional de Salud en temas de seguridad del paciente es uno de los objetivos para fomentar la cultura en seguridad y traducirse en mejoras en la asistencia. En la Estrategia Nacional en Seguridad del Paciente 2005-2011²⁸ ya se incluía la mejora de la comunicación entre profesionales, lo que es la base de los cambios de turno entre enfermeras. Y en la Estrategia 2015-2020⁸ se insiste más específicamente en este proceso y se declaran los beneficios de la estandarización. Sin embargo, este interés todavía no había sido trasladado a la formación universitaria como se puede observar. La alta participación de alumnas de pregrado en el cambio de turno puede reflejar el cambio de paradigma sobre el aprendizaje de esta actividad. Aun así, la formación en TI continúa siendo una asignatura pendiente y a través de programas formativos, podrían desarrollarse competencias profesionales para la realización de los TI con eficacia^{10,27,29}; iniciándose en la etapa universitaria e incluyendo este tema de estudio dentro de los cursos de formación continuada sobre seguridad del paciente que reciben los profesionales.

Limitaciones

La utilización de un cuestionario no validado, con preguntas cerradas, puede haber limitado la capacidad de respuesta de los participantes. Asimismo, pueden encontrarse barreras para la representación de las enfermeras de Cuidados Críticos de España, ya bien sea por comunidades autónomas o por centros hospitalarios. No obstante, las preguntas fueron seleccionadas según las percepciones de las autoras y la revisión de la literatura.

Conclusiones

Existe una falta de estandarización del TI en los cambios de turno de enfermeras de UCC, en cuanto al espacio físico donde se realiza, las herramientas para estructurar la información y la participación de otros profesionales. La mayoría son dirigidos de enfermera entrante a enfermera saliente, siendo el control de enfermera el espacio físico más habitual donde se realiza el intercambio de información. Mayoritariamente la información se organiza según los sistemas del cuerpo humano, no existiendo una herramienta como tal. La utilización de otros canales de comunicación no oficiales para comunicar información omitida en el cambio de turno pone de manifiesto la necesidad de estandarizar el procedimiento. La formación sobre este procedimiento es una asignatura pendiente, aunque se han identificado a los estudiantes de pregrado de Enfermería como el colectivo de los que más participa. El cambio de turno se identificó como un proceso vital para garantizar la continuidad de los cuidados y seguridad del paciente, por lo que es importante seguir investigando el TI, adaptar y validar escalas que evalúen la calidad del traspaso en los cambios de turno, con el fin de garantizar una comunicación efectiva y seguridad del paciente.

Financiación

Este estudio no ha contado con ninguna fuente de financiación pública o privada.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

El agradecimiento a las enfermeras y los enfermeros de Cuidados Críticos su entusiasmo e interés en la participación de este estudio, ya que sin su colaboración habría sido imposible de realizar. También a los referentes de Enfermería en redes sociales por la difusión que promovieron de la encuesta, ya que sin su apoyo e influencia masiva no podría haber llegado a tantos participantes. A mis tutores de tesis la orientación que me han ofrecido durante el proceso de investigación de este estudio. A Miriam Abellán Gómez, el apoyo metodológico brindado, ya que nos ha ayudado a aportar el rigor necesario. Y, por último, a mi compañera Patricia Luna Castaño, su apoyo, guía y aportaciones, tanto metodológicas como logísticas.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.enfi.2022.02.002](https://doi.org/10.1016/j.enfi.2022.02.002).

Bibliografía

- Junior Doctor Committee. Safe Handover: Safe patients; guidelines on clinical handover for clinicians and managers. Londres; 2004 [consultado 18 Oct /2021]. Disponible en: <https://www.rcpch.ac.uk/sites/default/files/2018-02/bma.handover.college.tutors.pdf>.
- Friese MA, White S, Byers VJF. Chapter 34 Handoffs: Implications for nurses [Internet]. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses., 28; 2008. p. 1-285 [consultado 18 Oct 2021]. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2649/.
- Australian Medical Association. Safe handover: safe patients. Vol. 7, Guidance on clinical handover for clinicians and managers. London: BMA. 2004 [consultado 18 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.ama.com.au/sites/default/files/documents/Clinical.Handover.0.pdf>.
- Guevara Lozano M, Arroyo Marles LP. El cambio de turno: un eje central del cuidado de enfermería. Enfermería Global. 2015;14:401-18 [consultado 18 Oct 2021]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000100018.
- Kitson AL, Muntlin Athlin Å, Elliott J, Cant ML. What's my line? A narrative review and synthesis of the literature on Registered Nurses' communication behaviours between shifts. Journal of Advanced Nursing. 2014;70:1228-42, <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12321>.
- Bressan V, Cadorin L, Pellegrinet D, Bulfone G, Stevanin S, Palese A. Bedside shift handover implementation quantitative evidence: Findings from a scoping review. Journal of Nursing Management. 2019;27:815-32, <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12746>.
- World Health Organization. Director-General's Office. Communications Office? WHO launches «nine patient safety solutions» to save lives and avoid harm. World Health Organization, 2007 [consultado 18 Oct /2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/73945>.
- Agra Varela Y. Estrategia seguridad del paciente 2015-2020. 2016;131 [consultado 18/10/2021]. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.es/es/informacion/publicaciones/2015/estrategia-seguridad-del-paciente-2015-2020/>.
- Manser T, Foster S. Effective handover communication: An overview of research and improvement efforts. Best Practice and Research: Clinical Anaesthesiology. 2011;25:181-91, <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpa.2011.02.006>.
- Irigo Rodríguez G, Chico Fernández M, Gordo Vidal F, García Arias M, Holanda Peña MS, Azcarate Ayerdi B, et al. Traspaso de información en Medicina Intensiva. Medicina Intensiva. 2018;42:168-79, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2017.12.002>.
- Spencer AJ, Aitken LM, Chaboyer W. Barriers and facilitators to the implementation of an evidence-based electronic minimum dataset for nursing team leader handover: A descriptive survey. Australian Critical Care. 2018;31:278-83, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2017.09.001>.
- Johnson M, Sanchez P, Zheng C. The impact of an integrated nursing handover system on nurses' satisfaction and work practices. Journal of Clinical Nursing. 2016;25(1-2):257-68, <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13080>.

13. Bradley S, Mott S. Adopting a patient-centred approach: An investigation into the introduction of bedside handover to three rural hospitals. *Journal of Clinical Nursing*. 2014;23(13-14):1927–36, <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12403>.
14. Pun J, Chan EA, Eggins S, Slade D. Training in communication and interaction during shift-to-shift nursing handovers in a bilingual hospital: A case study. *Nurse Education Today*. 2020;84:104212, <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104212>.
15. O'Connell B, Penney W. Challenging the handover ritual. Recommendations for research and practice. *Collegian* (Royal College of Nursing, Australia). 2001;8:14–8, [http://dx.doi.org/10.1016/s1322-7696\(08\)60017-7](http://dx.doi.org/10.1016/s1322-7696(08)60017-7).
16. Anderson J, Malone L, Shanahan K, Manning J. Nursing bedside clinical handover—an integrated review of issues and tolos. *Journal of Clinical Nursing*. 2015;24(5-6):662–71, <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12706>.
17. Spooner AJ, Chaboyer W, Corley A, Hammond N, Fraser JF. Understanding current intensive care unit nursing handover practices. *International Journal of Nursing Practice*. 2013;19:214–20, <http://dx.doi.org/10.1111/ijn.12058>.
18. Merino P, Álvarez J, Martín MC, Gutiérrez I, Alonso A, Álvarez J. Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico. SYREC 2007 Informe mayo 2009. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2009 [consultado 18/10/2021]. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/e-epidemiologicos/2008/>.
19. Martín Pérez S, Vázquez Calatayud M, Lizarraga Ursúa Y, Ortega Oroviogoicoechea C. Comunicación intraprofesional durante el cambio de turno. *Rev ROL Enf*. 2013;36.
20. Pérez Corral M, Simón-Borao J. Analysis of the shift change and transfer of information in emergency nursing teams. *Inv Nure*. 2020;17:1–11.
21. Talleda J, Fatjo i Hurio F. Briefing de seguridad para la transferencia de pacientes de enfermería en UCI. *Rev ROL Enf*. 2015;38:208–16.
22. O'Connell B, MacDonald K, Kelly C. Nursing handover: It's time for a change. *Contemporary Nurse*. 2008;30:2–11, <http://dx.doi.org/10.5172/conu.673.30.1.2>.
23. Sexton A, Chan C, Elliott M, Stuart J, Jayasuriya R, Crookes P. Nursing handovers: Do we really need them? *Journal of Nursing Management*. 2004;12:37–42, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2004.00415.x>.
24. Llapa Rodriguez E, Oliveira C, de Franca T, de Andrade J, Ponter de Aguiar Campos M, Pinto da Silva F, et al. Programación del cambio de turno desde la óptica de los profesionales de enfermería. *Enfermería Clínica*. 2013;206–18 [consultado 18 Oct 2021]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000300013.
25. Street M, Eustace P, Livingston PM, Craike MJ, Kent B, Patterson D. Communication at the bedside to enhance patient care: A survey of nurses' experience and perspective of handover. *International Journal of Nursing Practice*. 2011;17:133–40, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-172X.2011.01918.x>.
26. Riesenber L, Leitzsch J, Cunningham JM. Nursing handoffs: A systematic review of the literature. *American Journal of Nursing*. 2010;110:24–34, <http://dx.doi.org/10.1097/01.NAJ.0000370154.79857.09>.
27. Moya Suárez AB, Mora Banderas A, Fuentes Gómez V, Sepúlveda Sánchez JM, Canca Sánchez JC. Modal analysis of failures and effects in intra-hospital transfers. *Journal of Healthcare Quality Research*. 2019;34:66–77, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.08.005>.
28. Ministerio de Sanidad. Desarrollo Estrategia Nacional en Seguridad del Paciente 2005-2011. Madrid, 2011 [consultado 18 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/excelencia/msp/mspDocs.htm>.
29. Smeulers M, Lucas C, Vermeulen H. Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009979.pub2>.