



INFORME DE EVIDENCIAS EN LA  
CALIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN  
DE LAS ENFERMERAS EN EL  
TRASPASO CLÍNICO DE  
PACIENTES

Diciembre 2015

---

AUTORES:

- Carmen Aldonza Valderrey, enfermera supervisora de Innovación y Desarrollo, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.
- Mercedes Ramos Sastre, enfermera supervisora de Área de Formación y Calidad, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.
- Miguel Ángel Collazos Martínez, enfermero Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.
- Amelia C. Vicente Morago, enfermera Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.
- Rosa María Conde Vicente, enfermera Unidad de Apoyo a la Investigación Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid

Dirección de contacto:

- Carmen Aldonza Valderrey, Hospital Universitario Río Hortega, Calle Dulzaina 2. 47012. Valladolid. Correo electrónico: [maldonzava@saludcastillayleon.es](mailto:maldonzava@saludcastillayleon.es)

## ÍNDICE

RECOMENDACIONES .....	4
RESUMEN .....	7
ABSTRACT .....	7
INTRODUCCIÓN .....	8
MÉTODO.....	14
RESULTADOS .....	16
DISCUSIÓN.....	19
IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA: .....	20
IMPLICACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN:.....	20
CONCLUSIONES: .....	20
BIBLIOGRAFÍA:.....	22
TABLAS .....	26
Tabla 1. DECs/ MeSH y formato PICO .....	26
Tabla 1a: Formato PICO.....	26
Tabla 1b. DECs/ MeSH.....	26
Tabla 2. Estrategia de búsqueda. ....	27
Tabla 3: Diagrama de estudios seleccionados.....	28
Tabla 4. Tabla de síntesis.....	29
ANEXOS .....	45
ANEXO 1: Formatos estructurados de transmisión de información .....	45
ANEXO 2 Criterios de calidad de la documentación de enfermería.....	45

## RECOMENDACIONES

Nota: Los niveles de evidencia (NE) de las siguientes pautas de actuación están comprendidos entre 2B, 2D, 2b, 2d, 5, 5b y 5c. Los grados de recomendación (GR) oscilan entre A y B, pero aun cuando no existen pruebas de calidad adecuada que apoyan su uso, la factibilidad, adecuación, significación y efectividad (Criterios FAME de JBI), nos conducen a establecer un grado de recomendación fuerte.

Nº	Recomendaciones para la práctica. NE: bajo /GR: Fuerte	Área
1	El traspaso debe incluir tanto comunicación oral como documentación escrita.	TRASPASO CLINICO
2	Todos los trasposos clínicos han de estar documentados, con el plan de atención y notas de evolución.	
3	La transferencia debe realizarse en una ubicación que asegure la vigilancia del paciente y su atención en caso de deterioro, que preserve su intimidad y la confidencialidad de la información aportada.	
4	La transferencia debe realizarse en un entorno libre de ruidos y/o interrupciones que distorsionen la comunicación.	
5	En el traspaso clínico de un paciente, se aconsejan técnicas de comunicación estructurada para evitar omisiones de información.	
6	El tiempo empleado en la transferencia debe ser suficiente e incluir la posibilidad de formular preguntas y contestarlas.	
7	Se aconseja aplicar técnicas de feed-back y read-back para garantizar la exactitud de la información transmitida.	

Nº	Recomendaciones para la práctica. NE: bajo /GR: Fuerte	Área
8	La documentación debe garantizar un registro completo de la información clínica de la asistencia prestada y reflejar todos los aspectos del proceso de enfermería.	DOCUMENTACIÓN. (Contenido)
9	La documentación debe estar centrada en el paciente y familia. Recuerde que no debe documentar quejas del personal o acusaciones.	
10	Se debe documentar el asesoramiento, individual, grupal, comunitario o a la población (incluyendo la educación y apoyo psicosocial)	
11	Los registros deben mostrar los riesgos identificados y las acciones realizadas para evitarlos.	
12	Los eventos adversos deben estar documentados.	
13	Los registros deben ser objetivos, si se precisa información subjetiva, se utilizaran citas directas (entrecomilladas) de los pacientes o sus familias.	
14	La documentación debe ser clara, concisa, completa y relevante. Se obviarán detalles innecesarios.	

Nº	Recomendaciones para la práctica. NE: bajo /GR: Fuerte	Área
15	Los registros cumplirán los estándares sobre documentación, y se apoyarán en la evidencia.	
16	El lenguaje utilizado debe ser claro, sin ambigüedades, ni expresiones coloquiales, y con ortografía y gramática correctas.	DOCUMENTACIÓN (Formato)
17	Los registros deben estar libres de abreviaturas y otras formas cortas <sup>i</sup> del lenguaje.	
18	Se podrán emplear solamente abreviaturas aceptadas por la organización <sup>ii</sup> .	
19	Se consideraran algunas excepciones en el uso de formas cortas o abreviaturas <sup>iii</sup>	
20	Se aconseja emplear un método estructurado de documentación, complementado con texto libre o notas de evolución.	
21	Todas las entradas en un registro deberán estar fechadas (día / mes / año), y su autor debe estar identificado (firma y categoría profesional).	DOCUMENTACIÓN (Proceso)
22	La documentación escrita a mano debe ser legible y con tinta permanente.	
23	En el caso de un error, el registro debe ser corregido, pero la entrada original debe leerse con claridad, o ser accesible (se desaconsejan borradores que oculten el texto).	
24	No se debe alterar o destruir ningún registro sin estar autorizado a hacerlo. Si fuese necesario, el autor estará identificado y el contenido original será claro y auditable.	
25	Debe ser presentada de una manera lógica y secuencial. Deben registrarse tan pronto como sea posible después de la ocurrencia de un evento, y estar actualizados.	
26	Hay que mantener la confidencialidad del paciente en todo momento.	
27	Un registro ha de ser oportuno, permanente y recuperable.	

<sup>i</sup> Formas cortas: siglas, iniciales y reducciones de texto.

<sup>ii</sup> Fuentes nacionales de estándares localizados: Diccionario de siglas médicas. MSC 2003. Guía de unidades y abreviaturas. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Diccionario de la RAE, <http://lema.rae.es/dpd/appendices/appendice2.html>.

<sup>iii</sup> Algunas Unidades de medida o de gestión de medicamentos, formas cortas que no tienen múltiples significados y que el uso del término entero sería una barrera a la comprensión (ej: am/pm, VIH, etc)

Nº	Recomendaciones para la práctica. NE: bajo /GR: Fuerte	Área
28	En la documentación electrónica se respetaran los mismos principios de la documentación escrita, en cuanto a contenido, formato y resto de características los mismos.	DOCUMENTACIÓN ELECTRÓNICA
29	<p>Confidencialidad y Seguridad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El profesional que proporciona la atención dispondrá de una identificación personal con usuario y contraseña intransferibles. A este respecto se comunicaran accesos indebidos.</li> <li>- Las tarjetas inteligentes o contraseñas para acceder a los sistemas de información no deben ser compartidas.</li> <li>- Se recomienda preservar la seguridad de las contraseñas con el cambio de las mismas a intervalos frecuentes e irregulares y con la elección de contraseñas que no sean descifradas fácilmente (poco intuitivas).</li> <li>- Se recomienda cerrar la sesión cuando no se utilice el sistema.</li> <li>- Mantener la confidencialidad de toda la información, tanto de las copias impresas como de la que se muestra en pantalla.</li> <li>- Solamente acceder a la información del paciente que se requiera para proporcionar cuidados de enfermería.</li> <li>- Los registros deben ser recuperables, porque son una prueba documental o pueden necesitarse por motivos clínicos.</li> <li>- No debe tener acceso a los registros de cualquier persona, para hallar información personal que no es relevante a su cuidado.</li> </ul>	

Nº	Recomendaciones para la práctica. NE: bajo /GR: Fuerte	Área
30	<p>Conocimientos y formación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se recomienda la adquisición de habilidades para el traspaso. Los profesionales que participan en un traspaso clínico deben tener los conocimientos y las habilidades necesarias para registrar la atención.</li> <li>- Es aconsejable la formación y el entrenamiento. El entrenamiento en la manera de documentar puede ayudar al desarrollo de una documentación de enfermería de calidad.</li> <li>- Es conveniente evaluar periódicamente la calidad de la documentación. Los programas educativos y las auditorías sobre el traspaso mejoran la práctica y la calidad del mismo.</li> </ul>	LOS PROFESIONALES
31	<p>Coordinación y liderazgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El Supervisor debe vigilar/controlar el traspaso y garantizar cumplimiento de estándares y guías de práctica.</li> </ul>	
32	<p>Legalidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los profesionales sanitarios tienen la obligación de estar al día y cumplir la legislación y las políticas relacionadas con la información y el mantenimiento de los registros. Recordemos que los registros de enfermería se reconocen como una prueba documental.</li> <li>- La documentación debe cumplir con los requisitos legales acerca de la seguridad de los registros de salud, la protección de datos, regulación de accesos y conservación de documentos.</li> </ul>	

## RESUMEN

La implementación de prácticas clínicas seguras disminuye eventos adversos relacionados con medicamentos, infecciones, cirugía, cuidados y comunicación. La comunicación es un elemento clave en el traspaso clínico de los pacientes y el intercambio de información sobre la salud durante la transferencia es fundamental para las enfermeras. Una documentación clara y concisa ayuda a detectar cambios en el paciente, facilita la continuidad y la seguridad y permite evaluar la calidad de la atención. Los sistemas de registro de la atención deben incluir una documentación de calidad.

**Objetivo:** Analizar la calidad del traspaso clínico a través de la documentación de enfermería, y formular recomendaciones para mejorar la transferencia de información escrita entre las enfermeras.

**Método:** Revisión sistemática de la literatura on line publicada entre 2005 y 2015 con una estrategia de búsqueda basada en el formato PICO, sobre intervenciones enfermeras efectivas en la documentación del traspaso clínico.

**Resultados:** Con 17 estudios relevantes para la revisión, publicados entre 2009 y 2015, se obtienen resultados y recomendaciones respecto al contenido, formato y estructura de la documentación en soporte papel y electrónico, así como acerca del valor positivo de la formación, la coordinación del traspaso y la implementación de medidas de auditoría de la calidad del mismo.

**Conclusión:** Una documentación acorde a los estándares de práctica facilita la comunicación en la transferencia de pacientes y promueve una atención segura. Este aspecto junto con el cumplimiento de las normas legales mejora la práctica profesional y la práctica clínica diaria.

La ausencia de rigor metodológico de los estudios publicados sobre la calidad de la documentación de las enfermeras, sugiere la necesidad de investigaciones futuras en esta línea.

**Palabras clave:** seguridad, comunicación, traspaso clínico, documentación escrita, registros de enfermeras, cambio de turno.

## ABSTRACT

The implementation of safe clinical practices reduce adverse events related with drugs, infections, surgery, care and communication. Communication is a key element in the clinical patient transfer and exchange of health information during transfer is essential for nurses. A clear and concise documentation helps to detect changes in the patient, facilitates continuity and security and allows evaluation of the quality of care. The registration systems of care must include quality documentation.

**Objective:** To analyze the quality of clinical transfer through nursing documentation, and make recommendations to improve the transfer of written information among nurses.

**Method:** Systematic review of online published literature between 2005 and 2015 with a search strategy based on the PICO format, about nursing interventions with effectivity in clinical handover documentation.

**Results:** With 17 studies (published between 2009 and 2015 and selected for reviewing), findings and recommendations were obtained regarding the content, format and structure of the written and electronic documentation as well as about the positive value of training, coordination of the transfer and the implementation of auditing measures of quality.

**Conclusion:** The documentation according to the standards of practice facilitates communication in the transfer of patients and promotes a safe care. This aspect along with compliance with legal standards improves professional practice and everyday clinical practice.

The lack of methodological rigor of published studies on the quality of nursing documentation suggests the need for further research in this field.

Keywords: safety, communication, clinical handover, clinical handoff written documentation, records nurses, sift change.

## INTRODUCCIÓN

La seguridad clínica es un componente clave de la calidad asistencial y un derecho de los pacientes ampliamente reconocido por organismos nacionales e internacionales. Esta dimensión implica el despliegue de estrategias que eviten al paciente daños innecesarios asociados a la asistencia sanitaria<sup>1,2,3,4,5,6</sup>.

Las estrategias nacionales e internacionales en seguridad del paciente se orientan principalmente a dos grandes áreas: el cambio cultural de los profesionales (intervenciones educativas en cultura de seguridad) y la implementación de prácticas seguras<sup>2</sup>. (Fig.1)

Las prácticas seguras son aquellas intervenciones orientadas a minimizar riesgos asistenciales y a prevenir o mitigar los eventos adversos<sup>iv</sup> innecesarios asociados a la atención sanitaria. Con este fin se establecen diferentes recomendaciones de actuación que incluyen a los pacientes, a los profesionales (clínicos y gestores), a las organizaciones, y a todas aquellas entidades involucradas en la mejora de la seguridad del paciente<sup>2</sup>.

Estas prácticas implementan mejoras que evitan eventos adversos referidos fundamentalmente a medicamentos, infecciones, cirugía, cuidados y comunicación<sup>2</sup>.

AHRQ Evidence for PSP (2013)	NQF PSP for better healthcare (2010)	JC National PS goals (2014)	OMS Soluciones en seguridad del paciente (2007)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Higiene de manos</li> <li>Conciliación de la medicación</li> <li>Medicamentos de alto riesgo</li> <li>Cirugía segura</li> <li>BRC</li> <li>ITU por catéter</li> <li>NVM</li> <li>Cultura seguridad</li> <li>Dispositivos médicos</li> <li>Transición asistencial</li> <li>UPP</li> <li>Caidas</li> <li>Implicación pacientes/cuidadores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Higiene de manos</li> <li>Medicamentos de alto riesgo</li> <li>Cirugía segura</li> <li>BRC</li> <li>ITU por catéter</li> <li>Infección quirúrgica</li> <li>NVM</li> <li>Cultura seguridad</li> <li>Dispositivos médicos</li> <li>Consentimiento informado</li> <li>Transición asistencial</li> <li>RAM</li> <li>UPP</li> <li>Caidas</li> <li>Trombosis venosa</li> <li>Radiaciones ionizantes en pediatría</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Higiene de manos</li> <li>Conciliación de la medicación</li> <li>Cirugía segura</li> <li>BRC</li> <li>ITU por catéter</li> <li>Infección quirúrgica</li> <li>Identificación</li> <li>Comunicación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Higiene de manos</li> <li>Conciliación de la medicación</li> <li>Medicamentos de alto riesgo (soluciones concentradas de electrolitos)</li> <li>Cirugía segura</li> <li>Identificación</li> <li>Transición asistencial</li> <li>Medicamentos con nombres parecidos</li> </ul>

AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality<sup>86</sup>; National Quality Forum<sup>87</sup>; JC: Joint Commission<sup>88</sup>; OMS: Organización Mundial de la Salud<sup>89</sup> BRC: bacteriemia relacionada con catéter, ITU: infección de tránsito urinario; MAR: medicamentos de alto riesgo, NVM: neumonía asociada a ventilación mecánica, RAM: resistencia a los antimicrobianos, UPP: úlceras por presión,

Figura 1. Fuente: Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud.2015-2020.MSSSP

<sup>iv</sup> Evento adverso: Incidente que produce daño al paciente. Un evento adverso es un suceso no deseado e imprevisto que tiene consecuencias negativas perdurables o no, para el paciente o la propia institución sanitaria, como consecuencia de la atención sanitaria.

Establecer una comunicación clara y efectiva entre profesionales ha demostrado ser esencial para proporcionar una atención de alta calidad y ser además una garantía de seguridad para el paciente (Estrategia nacional de seguridad del paciente, Línea Estratégica 2: Prácticas clínicas seguras, objetivo general 2.6)<sup>2</sup>.

La transmisión de la información clínica sobre los pacientes, especialmente durante la transición asistencial, es un proceso de alto riesgo en el que interviene como elemento clave la comunicación. Los fallos en la comunicación entre profesionales constituyen el factor más frecuentemente involucrado en la producción de eventos centinela<sup>v</sup> 2,7,8,9,10,11. Está además relacionada con tratamientos inadecuados, aumento de los periodos de hospitalización, interrupción de la calidad asistencial, insatisfacción del usuario, incremento del gasto sanitario e incluso muertes.

La Organización Mundial de la Salud y la Joint Commission International (JCI)<sup>vi</sup> promueven la adopción de medidas orientadas a reforzar la eficacia de la comunicación durante la transferencia de pacientes<sup>4,11,12</sup>.

Se entiende por “Transferencia” o “Traspaso clínico” del paciente el acto en el que los profesionales trasladan la responsabilidad de la atención y los cuidados de un paciente a otro profesional o grupo de profesionales sanitarios, mediante la transmisión de información clínica de dicho paciente. Este traspaso puede ser de carácter temporal (cambio de turno, relevo) o de carácter definitivo (cambio de unidad o de nivel asistencial)<sup>5,8,13,14,15,16</sup>.

Sobre la calidad de la comunicación durante una transferencia influyen factores como:

- Situación clínica del paciente, que puede hacer necesaria la priorización de la información.
- Entorno de la transferencia.
- Carga asistencial.
- Tiempo empleado en el proceso de la transferencia.
- Formación y experiencia del personal que realiza la transferencia.

---

<sup>v</sup> Evento centinela: Suceso imprevisto que causa la muerte o graves daños físicos o psicológicos, o tiene riesgos de causarlos (por ejemplo muerte o pérdida de función).

<sup>vi</sup> JCI: Líder reconocido en acreditación internacional de atención de la salud. Es una organización no gubernamental, independiente y sin ánimo de lucro que surge en 1996 (en USA, a partir de la Joint Commission) con la finalidad de mejorar la calidad de la atención en la comunidad internacional, facilitando servicios en todo el mundo. JCI tiene la misión de identificar, medir y compartir con el mundo las mejores prácticas relacionadas con la calidad y la seguridad de los pacientes. Para asegurar la aplicabilidad internacional de los estándares, éstos se consensuan por un grupo de expertos y líderes de opinión de los cinco continentes. Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente.

- Utilización de lenguaje normalizado.
- Sistema de comunicación utilizado (verbal, documental en soporte papel, informático o combinación de ambos).

Algunos factores que contribuyen a la ineficacia de la transferencia incluyen la falta de formación y entrenamiento en prácticas de traspaso y habilidades de comunicación, las limitaciones de tiempo, las interrupciones o la falta de protocolos de traspaso. El diseño de estrategias de mejora efectivas se basa en estas limitaciones<sup>17,18,19</sup>. (Fig. 2)

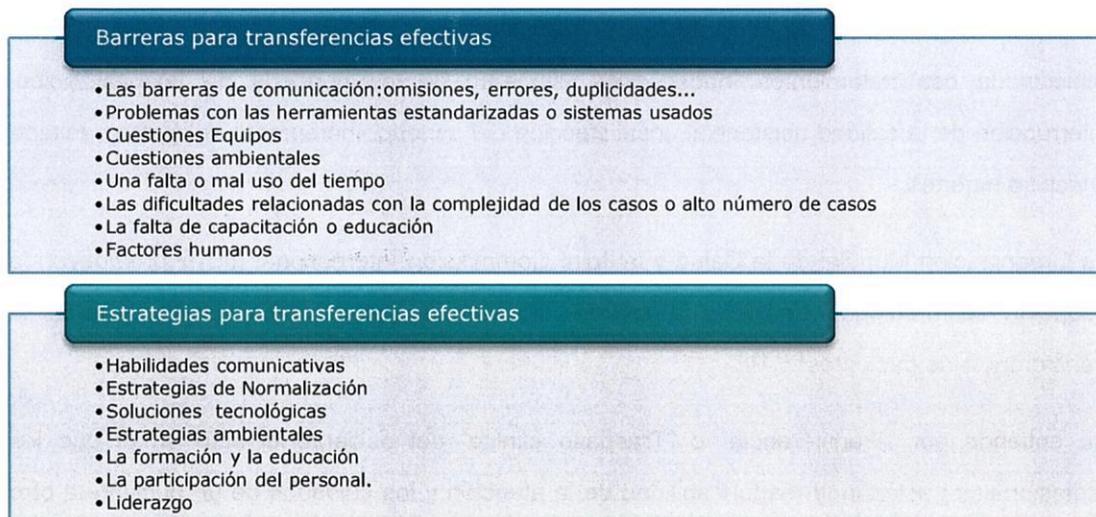


Figura2. Fuente: Wang N, Hailey D, Yu P. Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. *J Adv Nurs*. 2011.

La comunicación entre las unidades y entre los equipos de atención en el momento del traspaso podría no incluir toda la información esencial, o producirse una interpretación incorrecta de la misma. Estas brechas en la comunicación pueden provocar graves interrupciones en la atención, incidencias no esperadas y un daño potencial para el paciente<sup>5,12,14</sup>.

Ante un episodio de enfermedad, el paciente es atendido por un amplio número de profesionales en diferentes unidades, áreas de diagnóstico y tratamiento, y dispositivos asistenciales<sup>14</sup>. Además, cuando el proceso incluye estancias hospitalarias, es atendido por varios turnos de personal. Durante la última década ha aumentado la necesidad de mejorar los trasposos con intervenciones encaminadas a reducir los errores en la comunicación, los malentendidos y las omisiones de información crítica<sup>20</sup>.

Un traspaso de enfermería ocurre cuando una enfermera transfiere la responsabilidad de la atención de un paciente a otra enfermera, por ejemplo, al cambiar de nivel asistencial o al final de un turno de trabajo. La transmisión de información es un proceso vulnerable si ésta no se comparte de manera cuidadosa y eficiente. Un informe efectivo, preciso, completo y pertinente

tiene el potencial de evitar incidentes no deseados, duplicidades innecesarias o cuidados inadecuados<sup>5,14,17,21,22,23</sup>.

En la práctica diaria los trasposos ocurren muy frecuentemente y en diferentes ubicaciones, y en cuanto a los estilos de traspaso en general, la literatura apoya el uso de un traspaso verbal suplementado con documentación escrita, con algún formato estructurado u organizado<sup>10,16,20</sup>.

Muchas organizaciones de atención de la salud han adoptado una técnica de comunicación estructurada durante la transferencia de pacientes. El uso de herramientas estandarizadas, como el método SBAR y otras guías de traspaso, mejoran el intercambio, el flujo y la precisión de la información<sup>8</sup>. (Anexo 1. Métodos sistemáticos de transferencia de información).

Además de la prestación de la atención al paciente, el buen cuidado de enfermería depende también del acceso a información de alta calidad. El intercambio de información sobre la salud de sus pacientes es fundamental para las enfermeras, y los sistemas de registro de enfermería (incluidos en los registros de salud) son la principal fuente de información de dicho intercambio<sup>24</sup>.

Los registros de salud no sólo son herramientas clínicas, también son pruebas de la atención proporcionada<sup>25</sup>. Los profesionales debemos conocer nuestras responsabilidades diarias en la adecuada cumplimentación de los registros, así como las posibles repercusiones legales. Todo ello sin obviar principios éticos, profesionales y legislativos fundamentales, como el derecho a la intimidad, confidencialidad, autonomía y a la información del paciente<sup>26</sup>.

Los registros son parte fundamental de la Historia Clínica y como tal tienen funciones similares: asistencial, docente-investigadora, de gestión y contribución al desarrollo de nuestra profesión. Otra de sus finalidades es la jurídico-legal, pues constituyen el testimonio documental de los actos del profesional a requerimiento de los tribunales <sup>27,28</sup>.

El mantenimiento de los registros ha sido declarado como parte del deber profesional de las enfermeras en la atención a los pacientes<sup>29</sup>. Es preciso recordar la existencia de numerosas directrices que defienden el mantenimiento de los registros precisos como un aspecto intrínseco a la seguridad del paciente <sup>30,31</sup>.

La documentación de enfermería se define como el registro de los cuidados que las enfermeras planifican y administran a los pacientes<sup>19</sup>. (Fig3). A pesar del amplio reconocimiento de la importancia de la documentación de enfermería y los esfuerzos realizados para mejorar su calidad, no hay uniformidad en la definición de una buena documentación debido a diferentes

requisitos locales, sistemas de documentación, y terminologías de diferentes países y contextos<sup>15</sup>. *Figura3, fuente: elaboración propia*



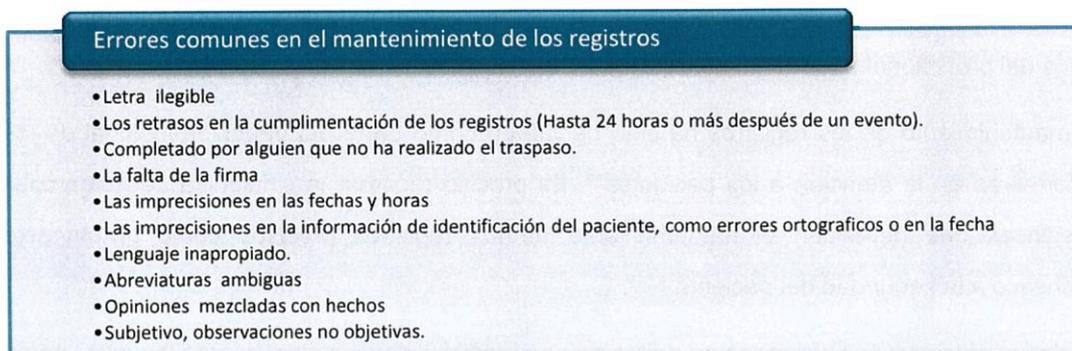
Un buen mantenimiento de la documentación es una parte integral de la práctica enfermera, y es esencial para la prestación de una atención segura. No se trata de algo opcional para ser insertado si las circunstancias lo permiten<sup>29,30,32,34</sup>.

Los propósitos de la documentación son<sup>34</sup>:

- Comunicar y proporcionar continuidad en la atención.
- Probar la responsabilidad e implicaciones legales.
- Proporcionar mejora de la calidad y gestión de riesgos.
- Facilitar la práctica informada en la evidencia.

Dada la relevancia del tema que nos ocupa, los profesionales deben ser conscientes de algunos malos hábitos (figura 4) que pueden tener un efecto negativo sobre el mantenimiento de los registros, y adoptar medidas para evitarlos.

Una documentación de enfermería de calidad promueve la comunicación coherente y eficaz entre los cuidadores y facilita la continuidad e individualidad de la atención y la seguridad de los pacientes<sup>19, 32, 33, 34, 35, 36, 37</sup>.



*Figura 4. Fuente: Pirie 2010<sup>29</sup>.*

En los últimos años los registros electrónicos de la documentación han desplazado a las notas manuscritas. Las Tecnologías de la Información y la Comunicación se han revelado como una

forma de mejorar los registros clínicos en materia de salud. La aplicación de los sistemas de documentación electrónica ha facilitado la introducción del modelo del proceso de enfermería para la práctica clínica, y el uso de los lenguajes estandarizados <sup>19</sup>. El registro de las notas de evolución y otros textos libres complementarios también se facilitan con estos sistemas.

Los registros electrónicos pueden promover la continuidad de la atención de enfermería ya que los datos de los pacientes están disponibles en cualquier momento y a tiempo real, y los indicadores obtenidos facilitan estrategias de mejora a las organizaciones sanitarias<sup>25,38,39</sup>. La Historia Clínica Electrónica mejora la exactitud y legibilidad de los datos; la documentación al respecto, debe garantizar la confidencialidad y seguridad de los accesos y el contenido, y debe estar regulada por políticas claras <sup>34,39</sup>.

Si se utiliza la tecnología, los principios subyacentes de documentación, contenido, acceso, almacenamiento, recuperación y transmisión de la información siguen siendo los mismos que para un sistema tradicional en papel <sup>35, 40,41</sup>.

El concepto de calidad de la documentación de enfermería ha sido operacionalmente definido por diversos instrumentos de auditoría<sup>19</sup>. La medición de la efectividad de la práctica de traspaso clínico (documental en este caso) facilitará, sin duda, la comprensión de potenciales áreas de mejora.

Es fundamental analizar la estructura, el formato y el contenido de la documentación, y aplicar herramientas de medida para establecer pautas de actuación y evitar defectos. La literatura describe varios diseños de auditoría<sup>42,43,44,45,46,47,48</sup> de la documentación de enfermería que tienen propiedades psicométricas aceptables<sup>19</sup>, pero ninguno alcanza carácter universal.

La excelencia en la práctica clínica precisa de unos estándares de cumplimentación que faciliten la práctica informada basada en la mejor evidencia disponible. El presente trabajo propone una serie de recomendaciones de actuación para el traspaso clínico de pacientes y en concreto para el soporte documental. No compara instrumentos de medida ni explora a fondo percepciones de las enfermeras respecto a la documentación del cuidado de los pacientes.

Objetivos:

- Objetivo general
  - o Analizar la calidad del traspaso clínico, la seguridad y la continuidad de cuidados de los pacientes a través de los registros de las enfermeras.
- Objetivos específicos

- Revisar el contenido y la estructura o formato de los documentos de enfermería en cualquier ámbito y momento.
- Localizar evidencias en estándares de cumplimentación de notas de evolución del paciente.
- Formular recomendaciones para mejorar la transferencia de información entre las enfermeras.

## MÉTODO

Se realizó una revisión sistemática de la literatura publicada entre 2005 y 2015, sobre intervenciones enfermeras efectivas en la documentación del traspaso clínico de los pacientes, siguiendo un protocolo establecido<sup>49</sup> de revisión. La estrategia de localización de los estudios sigue la elaboración de la frase de búsqueda con el formato PICO<sup>50</sup> (Tabla 1a) y su conversión a DeCs y MeSH (Tabla 1b).

La investigación se basó en la pregunta de búsqueda: “¿Las enfermeras documentamos correctamente la información para garantizar la atención a los pacientes en el traspaso clínico?”.

Los artículos de interés se localizaron entre mayo y septiembre de 2015 en las Bases de Datos Medline, Cochrane plus, Cinahl, y Cuiden. Para las búsquedas se utilizaron descriptores DEC/MeSH y palabras naturales (Tabla 2, estrategia de búsqueda) acotados por los límites determinados en los criterios de inclusión, introduciendo en la sintaxis truncadores y booleanos. También se realizaron búsquedas en plataformas editoriales, referenciales e intuitivas.

Todos los artículos pertinentes para la revisión se localizaron a texto completo para determinar su relevancia en la selección final. Al menos tres autores evaluaron de forma independiente cada artículo incluido, y las diferencias se resolvieron por consenso del grupo. La comunicación entre ellos se realizó en sesiones presenciales y a través de comunicaciones Web.

Los criterios de inclusión adecuados al tema de la revisión fueron los siguientes:

**Participantes:** Población de enfermeras que en el ejercicio de su práctica profesional intervienen en la transferencia de pacientes, en cualquier ámbito y nivel asistencial.

**Intervención:** Traspaso clínico de pacientes en el que interviene la comunicación escrita. Referido a la transferencia de pacientes hospitalizados (cambio de turno, “handover” o “handoff”), en traslados entre centros y unidades o servicios, entre niveles de atención, etc. Y con cualquier tipo de sistema de documentación de enfermería: soporte papel, electrónico. Sin

tener en cuenta la ubicación o modalidad del traspaso (en grupo, individual, a la cabecera del paciente).

Los sistemas electrónicos de registro (mayoritarios en nuestro medio) ya recogen el proceso de enfermería con lenguajes estandarizados, no nos planteamos el análisis de este apartado, solo se tendrán en cuenta las notas de evolución.

Variables de resultado: Se incluyeron medidas de resultado que informaran sobre la calidad de los registros, de la transferencia de información, e indirectamente de la seguridad y efectividad de la atención. Al hablar de la calidad de los registros nos referimos al contenido, formato y estructura de los mismos. (Anexo 2. Criterios de calidad Wang).

Tipos de estudio: Inicialmente incluimos ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas (RS) con o sin metanálisis, Guías de Práctica Clínica (GPC) y estudios cualitativos. La escasez de trabajos de estas características nos obligó a admitir también estudios observacionales metodológicamente bien diseñados.

Temporalidad: Estudios publicados en los últimos 10 años.

Idioma: Ninguna restricción.

Respecto a los criterios de exclusión: No se consideraron documentos relativos a otras profesiones sanitarias, a alumnos de enfermería, ni documentos de opinión, editoriales, o carentes de diseño.

Análisis de los datos: Para la obtención y extracción de datos, se elaboraron tablas de síntesis de evidencia con un formato previamente acordado, que objetivaron la muestra analizada, las intervenciones, los resultados, el seguimiento, la calidad del artículo y el nivel de evidencia alcanzado.

La calidad metodológica de los estudios se determinó con las herramientas CASPe<sup>51</sup> y AGREE<sup>52</sup>, estableciendo el límite aceptable en 6 y 60% respectivamente, y las herramientas Trend<sup>53,54</sup> y Strobe<sup>55,56</sup> en el caso de estudios no aleatorizados y observacionales. La clasificación de evidencias y recomendaciones sigue las nuevas pautas del Instituto Joanna Briggs (JBI) <sup>57,58</sup>.

## RESULTADOS

La búsqueda bibliográfica identificó inicialmente 1321 trabajos potencialmente válidos. La revisión detallada del contenido y de la validez interna de los textos rebajó la selección a 17 estudios publicados entre 2009 y 2015 como fuentes de evidencia (tabla 3).

La selección final incluyó 4 revisiones sistemáticas, 1 estudio de pre y post intervención, 1 estudio de auditoria, 5 guías de práctica clínica y 6 documentos de estándares de buena práctica.

El ámbito geográfico de los estudios es variado, 5 fueron realizados en Australia, 3 en Canadá, 1 en Estados Unidos, 4 en el Reino Unido, 2 en España, 1 en Singapur y 1 en Holanda.

El hallazgo inicial obtenido en esta revisión es la escasez de estudios con calidad metodológica, cuyos diseños impliquen altos niveles de evidencia referidos a la documentación de enfermería, lo que complica en gran medida la tarea de evaluación.

La potencia de nuestros resultados viene determinada por el análisis de la calidad del traspaso clínico a través de estándares, criterios y recomendaciones de la documentación de enfermería. Se obtienen resultados y pautas respecto a:

1. El contenido.
  2. Formato y estructura.
  3. Proceso.
  4. Los registros electrónicos.
  5. Los profesionales.
  6. La evaluación.
  7. El sistema.
1. Contenido<sup>6,13,31,32,33,34,35,36,37,40,41,62</sup>:
    - El contenido de los registros debe ajustarse a las normas establecidas.
    - Los estándares o normas para el contenido deben estar basadas en la mejor evidencia disponible.
    - Tiene que estar centrado en la atención del paciente.
    - Debe incluir el proceso de enfermería y el punto de vista del paciente.
    - Se debe utilizar un lenguaje profesional, libre de jerga y ambigüedades. Se evitarán duplicidades.

- Prescindir de abreviaturas y otras formas cortas<sup>vii</sup> del lenguaje. Solo se admitirán abreviaturas consensuadas.
- Anotar información clínica: cambios en el paciente y/o en el plan de cuidados, eventos adversos, resultados de intervenciones, implicación de la familia y problemas sociales.
- Objetivo y preciso. Para la información subjetiva, se utilizarán citas directas de los pacientes o sus familias.
- Claro, conciso y completo. Sin incluir conclusiones infundadas, juicios de valor o etiquetas.

2. Formato y estructura<sup>6,14,19,21,33,34,35,40,48</sup>:

- La información del registro estará organizada y en un lenguaje estandarizado, complementado con texto libre. Terminologías estandarizadas, clasificaciones y códigos son cruciales para el uso eficiente de los sistemas de registro electrónico, pero es necesaria también la existencia de textos libres para documentar toda la información relevante para la comunicación entre los profesionales y los pacientes.
- Los hallazgos de la literatura revisada indican la necesidad de emplear un formato estructurado de transmisión de la información (la fórmula SBAR<sup>viii</sup> con mayor frecuencia) para mejorar la precisión del intercambio. A pesar de que recogemos varios métodos organizados de entrega de la información no disponemos de suficientes datos para ser categóricos con ninguno.
- Todos los trasposos clínicos han de estar documentados.
- Los trasposos en grupo, a la cabecera del paciente, trasposos fuera de la sala o del hospital, estarán documentados con el plan de atención y las notas necesarias. Para los pacientes dados de alta se elaborará un informe de cuidados con un conjunto mínimo de datos legalmente regulados.

3. Proceso<sup>6,30,31,32,34,36,37</sup>:

- Contemporáneo a los hechos y en una secuencia temporal lógica.
- Relevante y oportuna<sup>ix</sup>.
- Permanente y recuperable.

---

<sup>vii</sup> "Formas cortas" del lenguaje: abreviaturas, siglas, iniciales y cualquier otra forma de reducción de texto. Definición adaptada del Royal College of Nursing (RCN).

<sup>viii</sup> SBAR: Situación inicial e identificación, antecedentes o clínica de fondo, evaluación del problema, recomendaciones de actuación.

<sup>ix</sup> La "oportunidad" de la documentación dependerá de la gravedad, complejidad y variabilidad del paciente. Es directamente proporcional a estos parámetros.

- Confidencial. Además de mantener la confidencialidad del paciente, tampoco se deben utilizar nombres de compañeros o visitas.
  - El autor de cada registro estará identificado con su designación profesional y nombre o firma. De igual modo las inserciones de registro estarán fechadas.
  - La documentación manuscrita será legible y con tinta permanente. En caso de corrección de errores el escrito original será accesible y se podrá leer.
4. Registros electrónicos<sup>21,33,34,35,40,41,61,62</sup>:
- Se aplicaran los mismos principios que a la documentación “en papel”.
  - Se han recopilado normas respecto a la confidencialidad y seguridad.
    - o La identificación de usuarios será personal e intransferible, y se procurará la seguridad de las contraseñas con cambios frecuentes de las mismas.
    - o Hay que mantener la privacidad de toda la información, incluyendo las copias impresas y la que se muestra en los monitores.
    - o Acceder únicamente a la información del paciente que se requiera para proporcionar cuidados de enfermería. Cerrar la sesión cuando no se esté utilizando el sistema.
5. Los profesionales<sup>6,13,14,19,31,40,48,60,61</sup>:
- El conocimiento de las normas de documentación y el entrenamiento en habilidades de traspaso mejoran el registro de la atención.
  - El supervisor o coordinador tiene la responsabilidad de supervisar el traspaso y garantizar el cumplimiento de las guías de buena práctica. Tiene que garantizar la atención al paciente durante el traspaso, la documentación requerida, la reducción de interrupciones, la idoneidad del lugar y la asistencia y capacitación del personal implicado. Además del uso de un formato estructurado de comunicación, la disponibilidad del registro pertinente para la entrega o traspaso clínico, y la implementación de auditorías del proceso.
  - Los profesionales sanitarios tienen que conocer y cumplir la legislación relacionada con el mantenimiento de los registros de salud. El sistema legal asume que la atención no se ha prestado si no se ha documentado, por lo tanto, la existencia de la documentación puede marcar la diferencia entre los resultados jurídicos positivos y negativos.

6. La evaluación<sup>19,32,48,60</sup>:

Los estudios revisados aconsejan la medición regular de la calidad de la documentación. Se han publicado numerosas herramientas de auditoria con diferentes grados de validez y confiabilidad pero no puede recomendarse ninguna que tenga propiedades de aplicabilidad fuera de su ámbito local de uso.

7. El sistema<sup>21,31,35,36</sup>:

La organización debe proporcionar soluciones tecnológicas y estrategias de normalización o estandarización.

En cuanto a los requisitos legales de la documentación de enfermería, las legislaciones nacionales amparan la seguridad de los registros de salud, seguridad y conservación de documentos, al igual que la protección de datos y regulación de accesos.

El detalle de estos resultados se presenta de forma tabulada en las tablas de síntesis de evidencia (Tabla 4).

Debido a la variabilidad de los estudios no se realizó ningún tipo de tratamiento estadístico de los datos.

Las evidencias encontradas y las recomendaciones sugeridas se han insertado al principio del documento.

## DISCUSIÓN

Las principales limitaciones del estudio se refieren a la poca disponibilidad (ya mencionada) de trabajos con un nivel de evidencia aceptable, que presenten intervenciones de efectividad demostrada, con un diseño adecuado, y sesgos tolerables.

Dicho bajo nivel en la calidad del diseño de los estudios determina que los niveles de evidencia obtenidos tampoco sean altos, desde un punto de vista estricto. Si bien, hemos de tener en cuenta que es una realidad que las decisiones sobre la mejora de la práctica clínica no siempre se adoptan de acuerdo con los datos obtenidos a partir de estudios con evidencias de primer nivel (ECAs y o metanálisis), por motivos éticos o de factibilidad.

Asumimos que los niveles de evidencia y grados de recomendación obtenidos (basados en niveles de JBI, y criterios FAME<sup>x</sup>), son positivos para mejorar la práctica diaria en la documentación de enfermería en el traspaso clínico.

---

<sup>x</sup> FAME: F, factibilidad. A, adecuación. M, meaningfulness o significación. E, efectividad. JBI, 2014

Existen diferentes métodos de evaluación con unos niveles aceptables de fiabilidad pero la recomendación de un instrumento en particular excede los límites de este trabajo.

Parece clara la recomendación de emplear algún método estructurado de transmisión de la información, tanto oral como escrita. Existen múltiples reglas mnemotécnicas para recordar dichas estructuras. Aunque la más referenciada es la combinación "SBAR", el análisis comparativo de las diferentes modalidades no se ha realizado puesto que no era nuestro objetivo comparar los formatos.

Por último también hay que tener en cuenta que las pautas de actuación o recomendaciones obtenidas siempre van a estar mediatizados por los ámbitos locales o las legislaciones de cada país.

#### **IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA:**

La aplicación de estándares de cumplimentación de las notas que escribimos las enfermeras acerca de nuestros pacientes debe incluirse en las políticas de nuestras organizaciones.

Las habilidades de cumplimentación deben entrenarse. El liderazgo y la formación son fundamentales, al margen de otras destrezas relacionadas con la comunicación o con el traspaso clínico en general, que no son objeto de la presente revisión.

Es muy relevante además la evaluación periódica como instrumento de mejora, pues es preciso medir para conocer la situación y mejorar. Las auditorías periódicas impulsan a las enfermeras a centrarse en la calidad de la documentación de enfermería, y su utilización habitual constituye un buen método de mejora continua.

#### **IMPLICACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN:**

Las implicaciones de este trabajo para futuras investigaciones se derivan de la necesidad de generar estudios metodológicamente bien diseñados, con rigor científico y que aporten evidencias de elevado nivel a la buena práctica diaria.

También parece interesante profundizar en la comparación de la fiabilidad y aplicabilidad de las distintas herramientas de evaluación, para la realización regular de auditorías.

#### **CONCLUSIONES:**

La documentación de enfermería es un componente fundamental del traspaso clínico de los pacientes. Una documentación de enfermería clara y concisa ayuda a todos los profesionales

de la salud a detectar cambios en el estado del paciente, facilita la continuidad y la seguridad y permite evaluar la calidad de la atención.

Los cauces para mejorar la documentación de enfermería incluyen el uso de registros electrónicos de salud, sistemas de documentación estandarizados, la aplicación de las teorías de enfermería específicas, la educación y los cambios organizativos.

La evidencia muestra que la documentación precisa mejora los resultados clínicos, los procesos de atención y la práctica profesional.

El mantenimiento de registros es esencial en la práctica de enfermería, se utiliza para supervisar la calidad de la atención al paciente, y sirve como un registro legal del cuidado.

Por último, la documentación de la atención de la salud no es sólo la responsabilidad de las enfermeras, sino más bien un problema de calidad importante para todos los profesionales de la salud.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. [Internet] Patient Safety Solutions, 2007. [Consultado 20 mayo 2015] Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/en/>
2. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. Sanidad 2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.  
<http://www.seguridaddelpaciente.es/es/informacion/publicaciones/2015/estrategia-seguridad-del-paciente-2015-2020/> en pdf en  
<http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Seguridad del paciente [Sitio Web]. [Accedido el 3 abril de 2015] Disponible en: [www.seguridaddelpaciente.es](http://www.seguridaddelpaciente.es)
4. Soluciones para la seguridad del paciente. Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente. Organización Mundial de la Salud 2007. Consultado en octubre de 2015.  
<http://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/PatientSolutionsSpanish.pdf>
5. Monográfico seguridad clínica nº 2. Diciembre 2014 grupo de seguridad clínica, gestión del riesgo sanitario y calidad asistencial del 061, Aragón. Disponible en  
[https://www.sinasp.es/comunidadSiNASP/061ARAGON/5\\_MONOGRAFICO\\_N2.pdf](https://www.sinasp.es/comunidadSiNASP/061ARAGON/5_MONOGRAFICO_N2.pdf)
6. Guía de práctica clínica de Seguridad del paciente. Empresa pública emergencias sanitarias (EPES). Junta de Andalucía. Abril 2010.  
[http://www.epes.es/anexos/publicacion/guia\\_practica/Guxa\\_Prxtica\\_Seguridad\\_del\\_Paciente-2ed.pdf](http://www.epes.es/anexos/publicacion/guia_practica/Guxa_Prxtica_Seguridad_del_Paciente-2ed.pdf)
7. Communication Strategies for Patient Handoffs: Communication strategies for patient handoffs. Committee Opinion No. 517. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2012; 119:408–11. disponible en <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Patient-Safety-and-Quality-Improvement/Communication-Strategies-for-Patient-Handoffs>. En pdf <http://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Patient-Safety-and-Quality-Improvement/co517.pdf?dmc=1&ts=20151122T0420212333>
8. Streitenberger K, Breen-Reid K, Harris C. Handoffs in care--can we make them safer? *Pediatr Clin North Am*. 2006 Dec;53 (6):1185-95. Review. PMID: 17126690
9. Holly C, Poletick EB. A systematic review on the transfer of information during nurse transitions in care. *J Clin Nurs*. 2014 Sep;23 (17-18):2387-95. doi: 10.1111/jocn.12365. Epub 2013 Jun 21
10. Arora VM1, Manjarrez E, Dressler DD, Basaviah P, Halasyamani L, Kripalani S. Hospitalist handoffs: a systematic review and task force recommendations. *J Hosp Med*. 2009 Sep;4(7):433-40. doi: 10.1002/jhm.573.
11. Hot Topics In Health Care .Transitions of Care: The need for a more effective approach to continuing patient care. Disponible en [http://www.jointcommission.org/hot\\_topics\\_toc/](http://www.jointcommission.org/hot_topics_toc/) y pdf en [http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Hot\\_Topics\\_Transitions\\_of\\_Care.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Hot_Topics_Transitions_of_Care.pdf)
12. Comunicación durante el traspaso de pacientes, solución 3. Disponible en [http://www.hsr.gob.pe/calidad/images/pdf/soluciones/Solucion\\_3\\_Comunicacion\\_durante\\_el\\_traspaso.pdf](http://www.hsr.gob.pe/calidad/images/pdf/soluciones/Solucion_3_Comunicacion_durante_el_traspaso.pdf) el mismo en inglés: Joint Commission <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf>
13. Nursing Clinical Handover. Abril 2015. Australia. Disponible en [http://www.rch.org.au/rchcpg/hospital\\_clinical\\_guideline\\_index/Nursing\\_Clinical\\_Handover\\_%28Interim%29/](http://www.rch.org.au/rchcpg/hospital_clinical_guideline_index/Nursing_Clinical_Handover_%28Interim%29/)

14. Recomendación nº24.- Traspaso de Pacientes. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Disponible en [http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/export/sites/acsa/.content/galerias/documentos/recomendaciones/R24\\_Traspaso\\_pacientes.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/export/sites/acsa/.content/galerias/documentos/recomendaciones/R24_Traspaso_pacientes.pdf)
15. Wong FW. Chart audit: strategies to improve quality of nursing documentation. *Journal for Nurses in Staff Development (J NURSES STAFF DEV)*, 2009 Mar-Apr; 25 (2): E1-6
16. Gage W. Evaluating handover practice in an acute NHS trust. *Nurs Stand*. 2013 Jul 31-Aug 6; 27 (48):43-50.
17. Ong MS, Coiera E.A systematic review of failures in handoff communication during intrahospital transfers. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2011 Jun; 37 (6):274-84.
18. Welsh CA, Flanagan ME, Ebright P. Barriers and facilitators to nursing handoffs: Recommendations for redesign. *Nurs Outlook*. 2010 May-Jun; 58(3):148-54. doi: 10.1016/j.outlook.2009.10.005.
19. Wang N, Hailey D, Yu P. Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. *J Adv Nurs*. 2011 Sep; 67(9):1858-75.
20. Smeulers M, Lucas C, Vermeulen H. Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014 Issue 6. Art. No.: CD009979. DOI: 10.1002/14651858.CD009979.
21. Riesenber LA, Leitzsch J, Cunningham JM. Nursing handoffs: a systematic review of the literature. *Am J Nurs*. 2010 Apr; 110(4):24-34; quiz 35-6. doi: 10.1097/01.NAJ.0000370154.79857.09.
22. Drach-Zahavy A, Hadid N. Nursing handovers as resilient points of care: linking handover strategies to treatment errors in the patient care in the following shift. *J Adv Nurs*. 2015 May; 71(5):1135-45. doi: 10.1111/jan.12615. Epub 2015 Jan 14.
23. Manser T, Foster S, Gisin S, Jaeckel D, Ummenhofer W. Assessing the quality of patient handoffs at care transitions. *Qual Saf Health Care*. 2010 Dec; 19(6):e44. doi: 10.1136/qshc.2009.038430.
24. Saranto, K. and Kinnunen, U.-M. (2009). Evaluating nursing documentation – research designs and methods: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65: 464–476. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04914.x
25. Beach J1, Oates J.Maintaining best practice in record-keeping and documentation. *Nurs Stand*. 2014 May 13; 28(36):45-50. doi: 10.7748/ns2014.05.28.36.45.e8835.
26. García Ramírez S. Navio Marco AM, Valentin Morganizo L. Normas básicas para la elaboración de registros de Enfermería. *Nure Investigación*, nº 28, Mayo-Junio 07.
27. Prideaux A. Issues in nursing documentation and record-keeping practice.*Br J Nurs*. 2011 Dec 8-2012 Jan 11;20(22):1450-4.PMID: 22241496
28. León Molina, J.Manzanera Saura, JT.López Martínez, P.González Nieto, L. Dudas de enfermería en el manejo de la historia clínica. Aspectos jurídicos. *Enfermería Global* Nº 19 Junio 2010
29. Pirie S. Documentation and record keeping. *J Perioper Pract*. 2011 Jan; 21(1):22-7.
30. Record keeping Guidance for nurses and midwives. NMC. Nursing Midwifery Council.2009. London. Website [www.nmc-uk.org](http://www.nmc-uk.org). Disponible en <http://www.nipec.hscni.net/Image/SitePDFS/nmcGuidanceRecordKeepingGuidanceforNursesandMidwives.pdf>.
31. Record Keeping Guidelines. October 2012. NMC (2012). Disponible en <http://www.unitetheunion.org/uploaded/documents/Job%205408%20Record%20keeping11-7737.pdf>
32. Jefferies D, Johnson M, Griffiths R. A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *Int J Nurs Pract*. 2010 Apr;16(2):112-24. doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01815.x.
33. Nursing Documentation, disponible en [http://www.rch.org.au/rhcpg/hospital\\_clinical\\_guideline\\_index/Nursing\\_Documentation/](http://www.rch.org.au/rhcpg/hospital_clinical_guideline_index/Nursing_Documentation/)

34. Nursing documentation, College of Licensed Practical Nurses of Alberta 2014. (Nursing documentation 101. Colegio de enfermeras de Alberta.) disponible en <http://www.studywithclpna.com/nursingdocumentation101/docs/mod101PR.pdf>
35. Nursing documentation. The CRNBC Practice Standard Documentation. College of Registered Nurses of British Columbia. Vancouver, July 2013 .BRITISH COLUMBIA. CANADÁ <https://www.crnbc.ca/standards/lists/standardresources/151nursingdocumentation.pdf>
36. Nursing documentation. Practice standard documentation. Ontario [https://www.cno.org/Global/docs/prac/41001\\_documentation.pdf](https://www.cno.org/Global/docs/prac/41001_documentation.pdf)
37. EHealth and nursing practice. Making it safer Disponible en [http://www.rcn.org.uk/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/328927/003594.pdf](http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0004/328927/003594.pdf)
38. Sousa, Paulino Artur Ferreira de; Sasso, Grace Teresinha Marcon Dal; Barra, Daniela Couto Carvalho. Contribuições dos registros eletrônicos para a segurança do paciente em terapia intensiva: uma revisão integrativa. *Enferm | 2012 | 21(4):971-979*
39. Johnson M, Jefferies D and Nicholls D. Developing a minimum data set for electronic nursing handover. *Journal of Clinical Nursing*. Volume 21, Issue 3-4, February 2012, Pages: 331–343, Article first published online : 15 NOV 2011, DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.03891
40. Nursing content of eHealth records, disponible en <https://www.google.es/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Nursing+content+of+eHealth+records>
41. Electronic record keeping. (sitio web). [http://www.rcn.org.uk/development/practice/e-health/links\\_to\\_resources](http://www.rcn.org.uk/development/practice/e-health/links_to_resources).
42. Johnson M1, Jefferies D, Langdon R. The Nursing and Midwifery Content Audit Tool (NMCAT): a short nursing documentation audit tool. *J Nurs Manag*. 2010 Oct;18(7):832-45. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01156.x.
43. Insteffjord MH, Aasekjær K, Espehaug B, Graverholt B. Assessment of quality in psychiatric nursing documentation - a clinical audit. *BMC Nurs*. 2014 Oct 17;13:32. doi: 10.1186/1472-6955-13-32. eCollection 2014.
44. Poh CL, Parasuram R, Kannusamy P. Nursing inter-shift handover process in mental health settings: a best practice implementation project. *Int J Evid Based Healthc*. 2013 Mar; 11(1):26-32. doi: 10.1111/j.1744-1609.2012.00293.x.
45. Tucker A, Fox P. Evaluating nursing handover: the REED model. *Nurs Stand*. 2014 Jan 15-21; 28(20):44-8. doi: 10.7748/ns2014.01.28.20.44.e7992.
46. O'Connell B, Ockerby C, Hawkins M. Construct validity and reliability of the Handover Evaluation Scale. *J Clin Nurs*. 2014 Feb; 23(3-4):560-70. doi:10.1111/jocn.12189.
47. Horwitz LI, Dombroski J, Murphy TE, Farnan JM, Johnson JK, Arora VM. Validation of a handoff assessment tool: the Handoff CEX. *J Clin Nurs*. 2013 May;22(9-10):1477-86. doi: 0.1111/j.1365-2702.2012.04131.x.
48. Kasinathan S, Ang E, Lee J. Patient handover in the oncology setting: an evidence utilisation project. *Int J Evid Based Healthc*. 2012 Dec; 10(4):369-76. doi: 10.1111/j.1744-1609.2012.00280.x.
49. Duarte Clíments, G; Sánchez Gómez, MB. 10 pasos para realizar una revisión sistemática: "vayamos paso a paso". *Rev Paraninfo Digital*, 2008; 5. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n5/o086.php>> Consultado el 11 de mayo de 2015.
50. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Cómo formular preguntas clínicas que usted pueda responder. En: Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB, editores. *Medicina basada en la evidencia*. Madrid: Churchill Livingstone; 1997. [Consulta realizada el 13 de mayo de 2015].
51. Programa de habilidades en lectura crítica Espana CASPe | Critical Appraisal Skills Programme Espanol. Disponible en [www.redcaspe.org/](http://www.redcaspe.org/) consultado septiembre 2015.

52. AGREE Next Steps Consortium (2009). Instrumento AGREE II. Instrumento para la evaluación de guías de práctica clínica. Consultado septiembre de 2015. <http://www.agreetrust.org>; Versión en español: <http://www.guiasalud.es/contenidos/12>.
53. Estudios de intervención no aleatorizados. Vallvé C, Artes M, Cobo C. (TREND) Med Clin (Barc). 2005;125(Supl. 1):38-42 <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-estudios-intervencion-no-aleatorizados-trend-13083739>.
54. González de Dios J, Buñuel Álvarez JC, González Rodríguez MP. Listas guía de comprobación de intervenciones no aleatorizadas: declaración TREND. Evid Pediatr. 2013;9:14.
55. Von Elm Erik, Altman Douglas G., Egger Matthias, Pocock Stuart J., Gøtzsche Peter C., Vandenbroucke Jan P.. Declaración de la Iniciativa STROBE (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology): directrices para la comunicación de estudios observacionales. Gac Sanit [revista en la Internet]. 2008 ; 22(2): 144-150. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112008000200011&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000200011&lng=es).
56. González de Dios J, Buñuel Álvarez JC, González Rodríguez P. Listas guía de comprobación de estudios observacionales: declaración STROBE. Evid Pediatr. 2012; 8:65.
57. New JBI Levels of Evidence. Disponible en: [http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/JBI-Levels-of-evidence\\_2014.pdf](http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/JBI-Levels-of-evidence_2014.pdf) [Consulta realizada el 12-oct-2015].
58. New JBI Grades of Recommendation. Disponible en: [http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/JBI-grades-of-recommendation\\_2014.pdf](http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/JBI-grades-of-recommendation_2014.pdf). [Consulta realizada el 12-oct-2015].
59. Smeulers M, Lucas C, Vermeulen H. Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014 Issue 6. Art. No.: CD009979. DOI: 10.1002/14651858.CD009979.
60. Jefferies, D., Johnson, M., Nicholls, D., Langdon, R. and Lad, S. (2012). Evaluating an intensive ward-based writing coach programme to improve nursing documentation: lessons learned. International Nursing Review, 59: 394-401. doi: 10.1111/j.1466-7657.2012.00994.x.
61. CG2. Record Keeping Guidelines. Autor: NHS Professionals. Cathy Winn, Jenny Carpenter, Karen Barraclough. Publisher: NHS Professionals. Publication date: 01 Marzo 2010. United Kingdom.
62. E health and nursing practice. Abbreviations and other short forms in patient/client records Revisados 2014. Royal College of Nursing.

## TABLAS

Tabla 1. DECS/ MeSH y formato PICO

Tabla 1a: Formato PICO. Fuente: elaboración propia

<b>Pregunta de búsqueda</b>	¿Las enfermeras documentamos correctamente la información para garantizar la atención a los pacientes en el traspaso clínico?
<b>P</b> Paciente	Enfermeras
<b>I</b> Intervención	Traspaso clínico escrito. Transmisión escrita de la información de la atención de enfermería (de salud, sanitaria, de cuidados) Comunicación escrita de la información (cambio de turno, transferencia de pacientes, notas de consulta, notas de evolución)
<b>C</b> Comparador	No parece indicado, prescindimos de él. (Incidentes o errores por pérdida de información)
<b>O</b> Resultado/ Outcome	Calidad (criterios de calidad de tabla Wang) de los registros, e indirectamente de la atención. Efectividad Seguridad Continuidad de cuidados Legalidad

Tabla 1b. DECS/ MeSH. Fuente elaboración propia

	PICO	Palabra "Natural"	DeCS	MeSH
<b>P</b>	Enfermeras	Enfermeras, nurses, Enfermera atención primaria	Enfermeras, enfermería	Nurses, Nursing Primary care nursing
<b>I</b>	Traspaso clínico de enfermería: Comunicación escrita de la información de salud, sanitaria, de cuidados (en cambio de turno, transferencia de pacientes, notas de consulta, notas de evolución) Documentación de enfermería. Estándares de cumplimentación.	Cuidados de enfermería NIC7920: Documentación. NIC7980: Informe de incidencias NIC8140: Informe de turnos NIC 7960: Intercambio de información de cuidados de salud. Nursing annotations or notes, anotaciones sift change, "shift handover", "shift report" nursing handover, handoff, evaluation of nursing records nursing documentation "handoff comunication" "intershift handoff" Progress notes o notas de evolución.	Atención de Enfermería Documentos Intercambio de información en salud Comunicación en salud Registros de enfermeras Control de formularios y registros Registros electrónicos de salud / normas Patrones de practica enfermera Pase de guardia Auditoria de enfermería documentación Transferencia de pacientes	Nursing Care Documents, Health information exchange Health communication Nursing records Forms and records control Elecctronic health records/standards Nurses practice patterns Patient Handoff Nursing Audit Documentation Patient transfer Nursing informatics
<b>C</b>	Omitir			
<b>O</b>	Calidad (contenido, estructura, formato) de los registros, y la atención. Efectividad	Impact of Nursing Care Quality criteria of nursing Documention . "Handoff quality"	Calidad Normas de calidad Efectividad Seguridad del paciente	Quality Quality standards Effectiveness Safety, Patient safety

PICO	Palabra "Natural"	DeCS	MeSH
Seguridad. Continuidad de cuidados. Legalidad			

Tabla 2. Estrategia de búsqueda. (Realizada en mayo-septiembre de 2015) Fuente: elaboración propia.

Base Datos/ fuente	DeCS-MeSH-palabras naturales	Resultados	Selección
MEDLINE- PUBMED	(( "Nursing Records"[Mesh] OR "nursing handover" OR ("Patient Handoff"[Mesh] OR ("handover" OR "handoff" AND "nurse")) OR "Nursing audit"[Mesh]) AND ("Continuity of Patient Care"[Mesh] OR ("handoff" OR "handover" AND "quality" OR "effectiveness") AND "nurse")) NOT ("interdisciplinary" OR "interprofesional"))	145	52
	( "Nursing Records/standards"[Mesh] OR "Nursing Records/utilization"[Mesh] ) AND ("Continuity of Patient Care"[Mesh])	24	11
	((("Patient Handoff" AND "Standard of Care"[Mesh])"Nurses"[Mesh])	6	4
	(nursing documentation OR nursing records) AND (quality OR effectiveness) AND patient handoff	15	2
	Forms and records control AND quality AND "nursing documentation "	13	1
	Nursing records AND Nursing Audit AND Continuity of Patient Care : 10años	14	2
	Nursing documentation systems and Continuity of Patient Care: 10 años	24	2
	("Incident Reporting" OR "Shift Report") AND nurs' AND quality: 10 AÑOS	72	2
	Forms and records control AND Patient Handoff AND nurs*10 años	4	1
	Patient Handoff AND (nursing records OR nursing documentation) , 10 años	45	2
	(Patient transfer OR Patient Handoff) AND (nursing records OR nursing documentation)AND effectiveness: 10 años	10	2
	quality standards AND nursing records AND PATIENT TRANSFER: 10 AÑOS	16	0
	Evidence-Based Nursing AND nursing progress notes: 10 años	5	3
	effectiveness AND (records OR document* OR notes) AND patient handover: 10 años	16	1
	nursing documentation AND standards AND patient handoff : 10 años	12	3
	"nursing documentation" AND standards AND (handoff OR handover OR "patient transfer")	3	0
	Forms and records control AND Patient Handoff AND nurs*10 años 4/1	4	1
	Nursing handover AND Process of care outcomes 10 años humans 32/4/1	32	4
	Nursing handover AND nurses outcomes, 10 años, humans 27/5/2 + 1REF	27	5
	records topic nursing AND (Review[ptyp] AND "last 5 years"[Pdat])	35	5
	"records as topic"[MeSH Terms] AND "nurses"[MeSH Terms] AND ((Clinical Trial[ptyp] OR Review[ptyp]) AND "2010/05/17"[PDAT])	20	1
	Continuity of care report nursing effectiveness.	18	2
	(nurse[MeSH Major Topic]) AND shift change. 10 años	31	1
	(nurs*[MeSH Terms]) AND shift change . 10 años	19	0
	((nurs* ) AND communication) AND shift change. 10 años	16	1
	(nurs*[MeSH Terms]) AND shift handoff. 10 años	17	6
	(CHANGE OF SHIFT REPORT) AND NURS* Filters: published in the last 10 years	54	9
((NURSING[MeSH Terms]) AND WRITING[MeSH Terms]) AND continuity of care[MeSH Terms]	10	3	
(((((nursing[MeSH Terms]) OR nurses[MeSH Terms]) OR primary care nursing[MeSH Terms])) AND ((nursing care[MeSH Terms]) AND DOCUMENTS)) AND ((quality of health care[MeSH Terms]) OR healthcare quality[MeSH Terms])	57	4	
(((((nursing[MeSH Terms]) OR nurses[MeSH Terms]) OR primary care nursing[MeSH Terms])) AND ((nursing care[MeSH Terms]) AND DOCUMENTS))) AND effectiveness	4	0	
(((((nursing[MeSH Terms]) OR nurses[MeSH Terms]) OR primary care nursing[MeSH Terms])) AND ((patient handoff) AND documentation)	5	5	
((((((documentation) OR documents) OR nursing records)) AND patient handoff)) AND ((quality of health care[MeSH Terms]) OR healthcare quality[MeSH Terms])) AND (((nursing[MeSH Terms]) OR nurses[MeSH Terms]) OR primary care nursing[MeSH Terms])	11	7	
((((((documentation) OR documents) OR nursing records)) AND patient handoff)) AND (((nursing[MeSH Terms]) OR nurses[MeSH Terms]) OR primary care nursing[MeSH Terms])	13	0	

Base Datos/ fuente	DeCS-MeSH-palabras naturales	Resultados	Selección
	standardization of change of shift report	4	1
	(best practice[MeSH Terms]) AND handoff	14	12
	((best practice[MeSH Terms]) AND nursing) AND handover	6	4
CUIDEN	Registros de Enfermería (revisiones)	35	6
	(Registros enfermeros) and quality	23	6
	(Registros enfermeros) and calidad	61	4
	"Cambio de turno" and enfermería	18	12
	"Cambio de turno" and calidad	5	5
	Documentación and enfermería and transferencia	3	0
	Registros and enfermería and "continuidad de los cuidados"	20	13
COCHRANE PLUS	NURSING HANDOVER OR SHIFT REPORT):TI	1	0
	(CAMBIO DE TURNO) AND (ENFERMERIA)	77	2
	(NURSING) AND (HANDOVER)	1	0
CINAHL	Nursing documentation systems and Continuity of Patient Care: 10 años	69	2
	nursing documentation importance AND nursing audit AND quality: 2005-2015	16	3
	Nursing documentation systems and Continuity of Patient Care: 2005-2015	69	2
	nursing documentation importance AND nursing audit AND quality: 2005-2015	27	73
	Nursing records and transfer of patients, 2000-2015	17	1
	continuity of care and written information and nursing	7	2
Guía salud	Documentación o registros de enfermería o traspaso	0	0
Google (NHS, NICE,)	Guidelines or guidance. Nursing documentation or guidelines record keeping	-	20
Platform: Wiley Online Library	change of shift report in Abstract AND nurs* in Article Titles	40	3
	nurse clinicians in Abstract AND shift handoff in Article Titles	1	1
	nurse clinicians in Abstract AND shift handoff in All Fields	10	3

Tabla 3: Diagrama de estudios seleccionados:

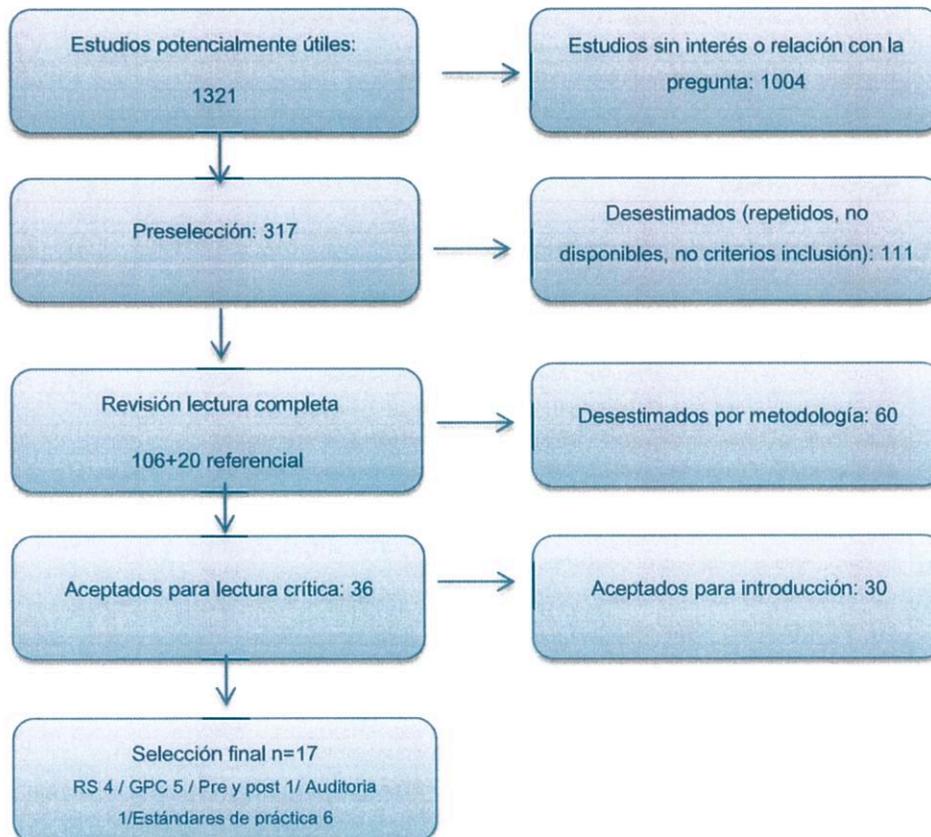


Tabla 4. Tabla de síntesis

Referencia del estudio	Población	Intervención / Variables de resultado	Resultados	Comentario/CASP/ NE-GR
<p>Smeulers M, et Al.</p> <p>Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalized patients. Systematic Review</p> <p>2014 Holanda.</p> <p>Publicación: The Cochrane Collaboration, Published by John Wiley &amp; Sons, Ltd</p>	<p>Revisión sistemática Cochrane.</p> <p>De 2178 citas iniciales, 28 potencialmente relevantes y, finalmente 0 estudios aceptados. No hay ECAs (criterio de inclusión).</p> <p>Se buscaron estudios primarios durante 2012-2013 en Cochrane EPOC, Cochrane CENTRAL, EMBASE, CINAHL, ISI WOK, revisiones DARE, a WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) y en sitios web de literatura gris. Describe la estrategia de búsqueda y utiliza un formulario de extracción de datos y la plantilla del grupo EPOC.</p>	<p>Intervención: traspaso de enfermería, diferentes estilos de cualquier contenido, ubicación y método.</p> <p>Identificar qué estilos de traspaso de enfermería se asocian con mejores resultados para los pacientes en el contexto hospitalario y con mejores resultados del proceso de enfermería.</p>	<p>No hubo pruebas disponibles para apoyar las conclusiones acerca de la efectividad de los estilos de traspaso de enfermería para asegurar la continuidad de la información.</p> <p>No ha lugar el previsto análisis de sesgos y de heterogeneidad clínica.</p> <p>De acuerdo a los criterios iniciales del protocolo de revisión, el resultado principal es que no hay evidencias de alto nivel.</p>	<p>Autores: Persiste la incertidumbre acerca de la práctica más eficaz. Sugiere la necesidad de mayor investigación.</p> <p>Comentario: Los autores no han tenido en cuenta que la práctica clínica real no permite a veces los ECAs, no es ético o no se pueden aleatorizar ni controlar las variables. Los criterios de inclusión son mejorables.</p> <p>Aunque este bien realizado, se deben tener en cuenta otro tipo de estudios para basar las decisiones clínicas.</p> <p>Caspe 7</p> <p>NE 1A, GR B</p>
<p>Wang N, Hailey D, Yu P.</p> <p>Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-</p>	<p>Revisión sistemática mixta de estudios cuantitativos y cualitativos. De 2000-2010</p> <p>77 estudios (45 descriptivos, 25 analíticos, 7 desarrollo y</p>	<p>Calidad de documentación de enfermería.</p> <p>Identificar criterios de calidad de la documentación en las categorías de estructura y</p>	<p>Hallazgos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Criterios de calidad en cuanto a estructura, formato (20 estudios) proceso (23 estudios) y contenido (70 estudios) del proceso de enfermería y notas.</li> <li>- Resultados que informan sobre la falta de documentación de cuidados o inadecuada información sobre el asesoramiento y preferencias de los pacientes.</li> </ul>	<p>Autores: La revisión proporciona una visión general de la medición actual de la documentación de enfermería, de la que se pueden identificar las definiciones, métodos de medición y</p>

Referencia del estudio	Población	Intervención / Variables de resultado	Resultados	Comentario/CASP/ NE-GR
<p>method systematic review.</p> <p>2011</p> <p>Australia</p> <p>Revista: Journal of advanced nursing</p>	<p>pruebas de instrumentos) de técnicas relativos a estructura o formato, proceso y contenido de documentación de enfermería. En 15 países. N=de 15 a 13776, en todos los ámbitos de atención.</p> <p>Detalla criterios inclusión/exclusión.</p> <p>Diseño según criterios DARE</p> <p>No evaluación formal,</p>	<p>formato, proceso y contenido de la documentación como instrumentos guía para auditorías. La generación de criterios de validación (auditoría) surge de los hallazgos en criterios.</p>	<p>- La aplicación de distintas intervenciones (25 estudios) mejora la calidad de la documentación. Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Registros electrónicos de salud, integrados con estructura y lenguaje estandarizados.</li> <li>Sistemas de documentación estandarizados.</li> <li>Aplicación de teorías de enfermería específicas.</li> <li>Educación y cambios organizativos para la documentación del proceso de enfermería y el uso de lenguajes enfermeros estandarizados.</li> </ul> <p>- Resumen de distintas herramientas de auditoría, refiere validación de instrumentos. Las propiedades psicométricas de los instrumentos de auditoría generalmente se presentan sin detalles sobre cada elemento individual y sin datos de significación estadística.</p>	<p>los problemas con la calidad de la documentación de enfermería.</p> <p>Comentario: Puede no ser práctico buscar un instrumento (de evaluación) universal, debido al uso de diferentes sistemas de documentación y terminologías locales. Las técnicas de medición utilizadas son esenciales para determinar si éstos son válidos y seguros y una fuente de evidencia. Se precisa investigación adicional</p> <p>CASP: 7-8, NE2B/1, GR B</p>
<p>Jefferies, D., Johnson, M., Nicholls, D., Langdon, R. and Lad, S. (2012). Evaluating an intensive ward-based writing coach program to improve nursing documentation: lessons learned.</p> <p>2012</p> <p>Sidney, Australia</p> <p>Revista: International Nursing Review</p>	<p>Mixto: intervención pre-post test y diseño controlado para el componente cuantitativo combinado con un enfoque cualitativo utilizando un grupo focal.</p> <p>Aleatorización de 4 salas hospital Sidney (2 quirúrgicas, 1 médica, 1 geriátrica). Registros de salud para 87 pacientes (de intervención) (46 pre y 41 post) y 88 pacientes (control) (51 pre y 37 post)</p> <p>Los datos cuantitativos</p>	<p>Intervención: programa de entrenamiento para mejorar la calidad de la información del paciente en la documentación de enfermería en una sala de intensivos.</p> <p>Grupo intervención: taller de introducción con 2 semanas de entrenamiento a 16 enfermeras de dos salas.</p> <p>Grupo control: ningún taller</p> <p>Cualitativo: grupo focal de 8 enfermeras de entre el grupo de intervención de 16.</p>	<p>El coaching en escritura es un enfoque de apoyo a la mejora de la documentación de enfermería. Además, la auditoría periódica incita a las enfermeras a mejorar la documentación.</p> <p>La evaluación de los datos fue analizada con el programa estadístico SPSS 19. Los resultados del análisis del registro lineal jerárquico se reportan como estadísticas de razón chi-cuadrado de verosimilitud (<math>L^2</math>)</p> <p>Los datos del grupo de discusión fueron profesionalmente transcritos, e importados al NVivo 8. El análisis temático se llevó a cabo por un investigador que no había participado en el programa usando un enfoque inductivo.</p> <p>Resumen de resultados principales</p> <p>Hallazgos cuantitativos: la mayor parte de los criterios no fueron diferentes significativamente, tras la intervención</p> <p>Hallazgos cualitativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los cambios en la documentación de enfermería incluyeron escribir más información y ser más específicas en los cuidados del paciente.</li> </ul>	<p>Autores: El entrenamiento de la escritura realizado en la unidad de trabajo tiene el potencial de involucrar a las enfermeras en un proceso de cambio positivo que puede ayudar en el desarrollo de una documentación de enfermería de calidad.</p> <p>Este estudio sugiere que una evaluación periódica incitaría a las enfermeras a centrarse en la calidad de su documentación de enfermería.</p> <p>Sólo una futura investigación con mayores grupos de enfermeras puede confirmar o descartar estos hallazgos.</p>

Referencia del estudio	Población	Intervención / Variables de resultado	Resultados	Comentario/CASP/ NE-GR
	<p>incluyen una auditoría de registro sanitario pre-post, tanto para la intervención como para las salas de comparación. El NMCAT<sup>xj</sup> se utilizó para examinar los principios de la documentación de enfermería de calidad basada en 15 criterios definidos. El NMCAT ha demostrado fiabilidad y validez.</p> <p>Los datos cualitativos fueron obtenidos de un grupo de enfoque compuesto por ocho enfermeras.</p>	<p>Variables de resultado : Impacto que estos cambios en la documentación tuvieron en enfermeras y pacientes; dificultades percibidas con la documentación; aspectos médico-legales de la misma, y atributos que las enfermeras consideraron necesarios en un entrenamiento eficaz de escritura.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las enfermeras ahorran tiempo y podían consultar la documentación para asegurarse que el cuidado había sido completado</li> <li>- La documentación de enfermería afectaba directamente al plan de cuidados.</li> </ul> <p>Dificultades para completar la documentación, debido a las cargas de trabajo e interrupciones.</p> <p>Aspectos médico-legales</p> <p>Las enfermeras notaron que siendo más específicas y transparentes en su documentación ofrecía mayor protección legal.</p> <p>Las enfermeras vieron estos cambios como una oportunidad de desarrollo profesional y para mejorar la atención del paciente.</p>	<p>Comentario: El estudio es pequeño pero señala el potencial de las herramientas educativas o de entrenamiento para mejorar la documentación.</p> <p>CASPe cualitativo 10</p> <p>Trend 12-13 /22 (60%)</p> <p>NE 2D, GR B</p>
<p>Jefferies D, Johnson M, Griffiths R. A meta-study of the essentials of quality nursing documentation.</p> <p>Revisión sistemática</p> <p>Nueva Gales del sur, Australia</p>	<p>Revisión</p> <p>28 estudios, 12 retrospectivos de auditorías, 3 estudios cualitativos, 2 pre y post test, 2 cuasi experimentales, 1 revisión y 8 estudios descriptivos variados realizados entre 2000 y 2007.</p>	<p>Resultado: Principales aspectos de calidad de la documentación de enfermería de la atención al paciente.</p>	<p>Se identificaron siete componentes esenciales de la documentación de enfermería de calidad:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Debe estar centrada en el paciente.</li> <li>2. Debe contener el trabajo actual de las enfermeras incluyendo la educación y el apoyo psicosocial.</li> <li>3. Debe reflejar el juicio clínico objetivo de la enfermera.</li> <li>4. Debe ser presentada de una manera lógica y secuencial.</li> <li>5. Debe ser escrita contemporáneamente, es decir a medida que se producen los eventos</li> </ol>	<p>Autores: Valoran la comunicación escrita de la atención de enfermería para definir y evaluar la práctica de enfermería profesional. Sugiere la implementación de estos elementos esenciales a través de la educación y de auditoría.</p> <p>La documentación de enfermería clara y concisa ayuda a todos los</p>

<sup>xj</sup> Johnson M, Jefferies D, Langdon R. The Nursing and Midwifery Content Audit Tool (NMCAT): a short nursing documentation audit tool. J Nurs Manag. 2010 Oct;18(7):832-45. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01156.x.

Referencia del estudio	Población	Intervención / Variables de resultado	Resultados	Comentario/CASPe/ NE-GR
<p>Año: 2010</p> <p>Revista: International Journal of Nursing Practice</p>	<p>Búsquedas bibliográficas, limitadas al idioma Inglés, en CINAHL (1982-2008) y en MEDLINE (1996-22008).</p> <p>Análisis en base a criterios consensuados (antecedentes, pregunta de investigación, resultados, políticas) y herramienta SUMARI para artículos de opinión de JBI.</p> <p>Meta síntesis cualitativa que no descarta artículos en función del diseño metodológico.</p>		<p>6. Debe registrar variaciones en la atención de forma clara y concisa.</p> <p>7. Debe cumplir con los requisitos legales (legible, identificados paciente, enfermera y tiempo, solo abreviaturas clínicas aceptadas, con sistema de corrección de errores, etc.)</p>	<p>profesionales de la salud para detectar cambios en el estado del paciente y evaluar la calidad de la atención.</p> <p>Valor cuestionado por limitaciones en calidad del diseño de los estudios.</p> <p>Caspe revisión: 6-7</p> <p>NE 2B /1, GR B</p>
<p>Kasinathan S, Ang E, Lee J. Patient handover in the oncology setting: an evidence utilization project.</p> <p>Año: 2012, Singapur</p> <p>Revista: Int J Evid Based Healthc</p>	<p>Auditoría en una sala de oncología de 16 camas en un hospital de agudos en Singapur, con muestra de 15 enfermeras, en 2011 durante 6 meses</p> <p>Auditoría para mejorar el proceso y la duración del traspaso entre turnos utilizando la mejor evidencia disponible. Emplea la herramienta evaluadora JBI COhNECT+, y sistema PACES (Sistema de</p>	<p><b>Fase 1: Pre-test o auditoría previa:</b> Identificación de los temas, el establecimiento del equipo de auditoría, la identificación de los criterios de auditoría, el establecimiento y tamaño de la muestra, y la realización de una auditoría previa a la ejecución.</p> <p><b>Fase 2: Implementación de buenas prácticas.</b></p> <p>Estrategias para mejorar el cumplimiento de cada auditoría: programa educativo basado en</p>	<p><b>Auditoría previa a la ejecución.</b> Criterios 1, 100% de cumplimiento, mientras que los criterios 2 y 3, un 80%. Criterio 4 alcanzó sólo el 47% e indica un mal cumplimiento, a mejorar.</p> <p><b>Auditoría posterior a la ejecución:</b> El cumplimiento de los criterios 1 se mantiene en 100%. Criterio 2 alcanzado 100% de cumplimiento en comparación con el 80% en la auditoría previa a la ejecución, destacando una significativa mejora de 20% (<math>\chi^2 = 3,333, P = 0,068</math>). Los resultados para los criterios 3 fueron del 100% en comparación con el 80% en la auditoría previa a la ejecución, lo que indica una mejora significativa de 20% (<math>\chi^2 = 3,333, P = 0,068</math>). El resultado para los criterios 4 fue del 100% en comparación con el 53% en la pre-auditoría, lo que indica una mejora significativa del 47% (<math>\chi^2 = 9,130, P = 0,003</math>).</p>	<p>Autores: Este proyecto no sólo mostró una mejora significativa del traspaso entre turnos, sino también acorta la duración del mismo en 21,67 minutos por enfermera.</p> <p>También mostró que el compromiso, la aceptación, el entusiasmo y el apoyo de todas las enfermeras son factores esenciales que contribuyen hacia el éxito de la mejora de la práctica clínica.</p> <p>Comentario: Estas herramientas sugieren que las auditorías mejoran la</p>

Referencia del estudio	Población	Intervención / Variables de resultado	Resultados	Comentario/CASP/ NE-GR
	Aplicación Práctica de la Evidencia Clínica) Para facilitar la implantación de nuevas prácticas clínicas a partir de unos indicadores que la evidencia sugiere como los más apropiados.	<p>critérios, documentar y reducir interrupciones</p> <p><b>Fase 3: Auditoría posterior a la ejecución.</b></p> <p>Criterios de auditoría (4 de 6 de JBI):</p> <p>Criterio 1: Las enfermeras utilizan un procedimiento estandarizado en el proceso de traspaso.</p> <p>Criterio 2: El traspaso debe incluir tanto comunicación oral (cara a cara) como documentación escrita.</p> <p>Criterio 3: Se incluyen observaciones detalladas del paciente.</p> <p>Criterio 4: El proceso de traspaso incluye un plan acordado de atención para el paciente.</p>		<p>práctica del traspaso. Los programas educativos sobre traspaso mejoran la calidad del mismo.</p> <p>Trend: 70-75%</p> <p>NE 2d, GR B</p>
Riesenberg LA, Leitzsch J, Cunningham JM. Nursing handoffs: a systematic review of the literature. 2010. Estados Unidos	Revisión sistemática entre 1987 y 2008. selección final de 20 artículos de investigación. Análisis de calidad y listas de chequeo con propuesta de Downs y Black (puntuación de 1-16). Describe búsqueda y criterios	Transferencias de enfermería.	<p>Identificación de barreras para transferencias efectivas en ocho grandes categorías, y estrategias para transferencias efectivas en siete categorías principales.</p> <p>Barreras a los trasposos clínicos efectivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Las barreras de comunicación.</li> <li>2. Problemas con las herramientas estandarizadas o sistemas usados.</li> <li>3. Cuestiones de los equipos técnicos.</li> <li>4. Cuestiones ambientales.</li> <li>5. Una falta o mal uso del tiempo.</li> <li>6. Las dificultades relacionadas con la complejidad o el alto número de casos</li> </ol>	<p>Los autores concluyen que hay poca evidencia empírica de lo que constituye las mejores prácticas de traspaso de enfermería</p> <p>Comentario: Existe una notable coherencia en las estrategias sugeridas, pero hay una escasez de pruebas para apoyarlas.</p>

Referencia del estudio	Población	Intervención / Variables de resultado	Resultados	Comentario/CASPe/ NE-GR
Revista: AJN	de inclusión.  La fiabilidad entre (acuerdo entre dos o más revisores) se evaluó en todos los estudios de investigación identificadas (n = 20)		<p>7. La falta de capacitación o educación.</p> <p>8. Factores humanos</p> <p>Estrategias para transferencias efectivas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Habilidades comunicativas</li> <li>2. Estrategias de Normalización</li> <li>3. Soluciones tecnológicas</li> <li>4. Estrategias ambientales.</li> <li>5. La formación y la educación</li> <li>6. La participación del personal.</li> <li>7. Liderazgo.</li> </ol> <p>Treinta y tres (35%) artículos incluyen el uso de una regla mnemotécnica de transferencia. La regla 'SBAR' (Situación, Antecedentes, Evaluación, Recomendación) se recomienda con mayor frecuencia (en 14 estudios).</p> <p>Poca calidad metodológica de estudios.</p>	CASPe 6-7  NE 2b, GR B
<p><b>Nursing documentation.</b></p> <p>Tipo de estudio : Guía de práctica clínica (GPC)</p> <p>Nov 2014</p> <p>Australia</p>	Enfermeras Royal Children's Hospital of Melbourne (RCH).	<p>Implementar guía clínica para estandarizar la documentación de enfermería para pacientes hospitalizados.</p> <p>Enfoque estructurado y estandarizado de la documentación de enfermería.</p>	<p>La documentación de enfermería apoyará el proceso de enfermería: evaluación del paciente, plan de cuidados y notas de progreso.</p> <p>RECOMENDACIONES en el contenido y estructura de las notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anotar información clínica: evaluación anormal, cambios en el paciente y/o en el plan de cuidados, eventos adversos, resultados de intervenciones, implicación de la familia y problemas sociales.</li> <li>- Información precisa del paciente.</li> <li>- Evitar duplicar información.</li> <li>- Utilizar lenguaje profesional.</li> <li>- Abreviaturas aceptadas.</li> </ul>	<p>La Guía aporta coherencia en todo el RCH y mejorara la comunicación clínica.</p> <p>Autorizada por "Comité Efectividad Clínica" para apoyar el desarrollo de Guías Clínicas de Enfermería del hospital de Melbourne. Emplea niveles de evidencia de Oxford.</p> <p>AGREE, no aplicado. Se asume</p>

Referencia del estudio	Población	Intervención / Variables de resultado	Resultados	Comentario/CASP/ NE-GR
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anotaciones según estructura ISBAR.</li> </ul>	valoración del RCH NE: V-VII (OCBM, NHMRC) <sup>46</sup> GR: A (fuerte)
<b>Nursing Clinical Handover</b>  Tipo de estudio : Guía de práctica clínica (GPC)  Abril 2015  Australia	Enfermeras Royal Children's hospital of Melbourne (RCH).	Implementar GPC para conseguir el consenso en los requisitos de comunicación en el traspaso clínico.	Recomendaciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Supervisor: debe supervisar el traspaso y garantizar el cumplimiento de GPC. La documentación disponible, en formato ISBAR, con auditorías del proceso de traspaso.</li> <li>- Traspaso en grupo: todos los días en los cambios de turno, supervisados, con interrupciones mínimas, en formato ISBAR, registrado en plan de atención.</li> <li>- Traspaso a la cabecera del paciente: inmediato al traspaso en grupo, documentado en el plan de atención y notas, con identificación del paciente y participación de los padres.</li> <li>- Traspaso a otra sala o fuera del hospital: documentado.</li> <li>- Traspaso temporal fuera de la sala: pacientes inestables acompañados por enfermera. Todos documentados (plan y notas).</li> <li>- Pacientes dados de alta: conjunto mínimo de datos.</li> </ul>	En cualquier situación de traspaso clínico la información debe estar documentada en el plan de atención del paciente. Se aconseja el formato ISBAR, ISR.  Se asume tabla de evidencia del comité de GPC del hospital.  NE: V-VII (OCBM, NHMRC) GR: A (fuerte)
<b>Nursing documentation.</b>  The CRNBC Practice Standard Documentation. College of Registered Nurses of British Columbia.	Enfermeras Canadá	Establece los requisitos relacionados con la documentación y la práctica enfermera.  Requisitos para la documentación y el intercambio, normas legales.	Normas de práctica en la documentación: responsabilidad, basada en el conocimiento/evidencia, centrada en el paciente, ética.  Normas legales: políticas de documentación locales o nacionales.  Métodos: PIE, SOAP/SOAPIER y narrativa	Comentarios: Marco general de normas de documentación de enfermeras, avaladas por el colegio profesional de enfermería.  Aporta normas para documentación

<sup>46</sup> Clinical Guideline Evidence Table. Disponible en [http://www.rch.org.au/rchcpg/development\\_process/Developing\\_and\\_Revising\\_Nursing\\_Clinical\\_Guidelines/](http://www.rch.org.au/rchcpg/development_process/Developing_and_Revising_Nursing_Clinical_Guidelines/)

Referencia del estudio	Población	Intervención / Variables de resultado	Resultados	Comentario/CASPe/ NE-GR
Vancouver, Julio 2013 British Columbia, Canadá		estándares o normas de práctica.  La documentación en los registros electrónicos de salud  En cualquier formato y con cualquier herramienta.	<p>Recomendaciones documentación electrónica. Debe ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Integral, precisa, oportuna e identificar claramente quién proporciona qué atención (Colegio de Enfermeras de Ontario, desde 2002).</li> <li>- Las entradas serán hechas por quien brinda la atención y no por el resto del personal. Se consideran una parte permanente de la historia clínica y no se pueden eliminar.</li> </ul> <p>Políticas de apoyo (documentación electrónica):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Corrección de errores de documentación.</li> <li>- Evitar la supresión de la información.</li> <li>- Identificar los cambios y actualizaciones en el registro.</li> <li>- Proteger la confidencialidad de la información del paciente.</li> <li>- Mantener la seguridad del sistema (contraseñas, protección antivirus, cifrado, firewalls).</li> <li>- Seguimiento de accesos no autorizados a la información del paciente.</li> <li>- Procesos para la documentación de los organismos que utilizan una combinación de métodos electrónicos y en papel.</li> <li>- Copias de seguridad de la información del paciente.</li> <li>- Medios de documentación en el caso de un fallo del sistema.</li> </ul> <p>Directrices para las enfermeras:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nunca permitir que otra persona acceda a tu identificación personal o contraseña, (de hecho es la firma electrónica).</li> <li>- Informar a su supervisor inmediato si hay sospecha de que un código de identificación personal está siendo utilizado por otra persona.</li> <li>- Cambio de contraseñas a intervalos frecuentes e irregulares (según política del centro).</li> <li>- Elegir contraseñas que no son descifrados fácilmente.</li> <li>- Cerrar la sesión cuando no utilice el sistema o al salir del terminal.</li> <li>- Mantener la confidencialidad de toda la información, incluyendo las copias impresas de la misma.</li> </ul>	<p>electrónica.</p> <p>Tener en cuenta la aplicabilidad local de estándares relativos a las normativas locales.</p> <p>No hay base suficiente para recomendar un método estructurado en concreto.</p> <p>NE 5b (JBI)</p> <p>GR B</p>

Referencia del estudio	Población	Intervención / Variables de resultado	Resultados	Comentario/CASP/ NE-GR
			<ul style="list-style-type: none"> <li>– Proteger la información del paciente que se muestra en los monitores (uso de protector de pantalla, ubicación del monitor, etc.)</li> <li>– Utilizar sólo sistemas con acceso seguro a la información del paciente.</li> <li>– Solamente acceder a la información del paciente que se requiere para proporcionar cuidados de enfermería para ese paciente.</li> </ul>	
<p><b>PRACTICE Standard: Documentation.</b></p> <p>College of Nurses of Ontario. Documentation, Revised 2008. ISBN 1-897308-56-Ontario. Junio2009</p> <p>Ontario. CANADÁ</p>	<p>Enfermeras: Normas que se aplican a todas las enfermeras, independientemente de su roles, descripción de las funciones o áreas de práctica.</p>	<p>Incluye tres declaraciones estándar (principios generales que la práctica guía de enfermería) y los indicadores correspondientes (ayudar a las enfermeras aplican la declaraciones estándar a su práctica particular)</p> <p>Áreas de comunicación, responsabilidades y seguridad.</p>	<p>Comunicación: La documentación tiene que presentar una imagen precisa, clara y completa de las necesidades, las intervenciones de la enfermería y los resultados del cliente.</p> <p><b>Indicadores de cumplimiento de los estándares de la documentación en la comunicación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Garantizar que es un registro completo de la asistencia prestada y refleja todos los aspectos del proceso de enfermería.</li> <li>– Expresar datos documentados, no incluir conclusiones infundadas, juicios de valor o etiquetas.</li> <li>– Asegurar un plan de cuidados claro, actual, relevante e individualizado.</li> <li>– Reducir al mínimo la duplicación de la información.</li> <li>– Reflejar comunicación con miembros de la familia y otros proveedores de atención.</li> <li>– Proporcionar firma y designación profesional con toda la documentación.</li> <li>– Asegurarse de que la documentación escrita a mano es legible y con tinta permanente.</li> <li>– Usar abreviaturas y símbolos aprobados por la organización.</li> <li>– Documentar el asesoramiento, a un individuo, grupo, comunidad o población.</li> <li>– Documentar la atención de enfermería proporcionada en las telecomunicaciones.</li> <li>– Documentar el consentimiento.</li> <li>– Promoción de políticas claras y documentación acordes a estándares de práctica.</li> </ul>	<p>NE 5b (JBI)</p> <p>GR B</p>
<p><b>Nursing documentation,</b></p> <p>College of Licensed Practical Nurses of</p>	<p>Enfermeras</p>	<p>Formación en competencias específicas que se ocupen de una documentación de calidad. A</p>	<p>Normas de Documentación. ( Colegio de Enfermeras de Ontario):</p> <p>1. Centrada en el paciente/familia.</p>	<p>Referencias del colegio de Columbia Británica CRNBC2012 (modulo3, College of Registered Nurses of</p>

Referencia del estudio	Población	Intervención / Variables de resultado	Resultados	Comentario/CASPe/ NE-GR
<p>Alberta. (Nursing documentation 101. Colegio de enfermeras de Alberta.)</p> <p>2014</p> <p>Canadá</p> <p>Tipo de estudio: manual de curso</p> <p>ALBERTA.CANADÁ</p>		<p>través de estándares de práctica de colegios profesionales de Ontario.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Relevante.</li> <li>3. Confidencial.</li> <li>4. Clara, concisa y completa.</li> <li>5. Permanente y recuperable.</li> <li>6. Precisa.</li> <li>7. Cronológica y oportuna.</li> <li>8. Registro de la atención según el proceso enfermería.</li> </ol> <p>Otras estrategias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En el registro y el paciente correcto.</li> <li>- Ortografía y gramática correctas. Uso de abreviaturas aceptadas.</li> <li>- Mantener la confidencialidad del paciente en todo momento.</li> <li>- Ser lo más objetivo posible. Para hacer que la información subjetiva sea más precisa, utilice citas directas de los pacientes o sus familias</li> <li>- Documente sólo el cuidado que usted proporciona y nunca antes de tiempo.</li> <li>- Firme sus notas.</li> <li>- Recuerde que no debe documentar quejas del personal, falta de atención, o acusaciones.</li> <li>- En la documentación de su paciente, no utilice nombres de compañeros o visitantes, ya que esto es una violación de la confidencialidad.</li> </ul> <p>Se debe utilizar un método de documentación (SOAP...), completado con las notas de progreso.</p> <p>Documentar los eventos adversos, sobretodo: caídas, fallos del equipo, retorno imprevisto de la cirugía, errores de medicación, infección adquirida en el hospital, muerte inesperada, amenazas, etc.</p> <p>La documentación electrónica, recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se aplican los mismos principios de la documentación escrita.</li> <li>- Confidencialidad y Seguridad <ul style="list-style-type: none"> <li>o ID de usuario (identificaciones)</li> </ul> </li> </ul>	<p>British Columbia (2012). Practice Support - Nursing Documentation. Retrieved February 14, 2014, from <a href="http://www.crnbc.ca">http://www.crnbc.ca</a>. y College of Nurses of Ontario (CNO). (2002). Nursing documentation standards. Toronto, Ontario Canada. Documentation, Revised 2008 Pub. No. 41001.ISBN 1-897308-56-6. College of Nurses of Ontario, 2009, en <a href="https://www.cno.org/Global/docs/prac/41001_documentation.pdf">https://www.cno.org/Global/docs/prac/41001_documentation.pdf</a></p> <p>La evidencia muestra que la documentación precisa mejora los resultados clínicos, los procesos de atención y la práctica profesional (CRNBC, 2012).</p> <p>NE 5b (JBI)</p> <p>GR B</p>

Referencia del estudio	Población	Intervención / Variables de resultado	Resultados	Comentario/CASP/ NE-GR
			<ul style="list-style-type: none"> <li>o Contraseñas seguras</li> <li>o Auditorías de uso</li> <li>o Caducidad de pantallas, sesiones</li> <li>o Recuperación de los registros y corrección de errores.</li> <li>o Copias de seguridad.</li> </ul>	
<p><b>CG2. Record Keeping Guidelines.</b> Autor: NHS Professionals. Cathy Winn, Jenny Carpenter, Karen Barraclough.</p> <p>Publisher: NHS Professionals. Publication date: 01</p> <p>Marzo 2010</p> <p>United kingdom</p>	Enfermeras del reino Unido.	Normas para registros en papel y electrónicos entre profesionales de la salud de cualquier entorno y en cualquier formato.	<p>Directrices o recomendaciones en los registros:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los profesionales sanitarios tienen la obligación de estar al día y cumplir la legislación y las políticas relacionadas con la información y el mantenimiento de los registros.</li> <li>2. La escritura debe ser legible y permitir la reproducción de documentos en caso necesario.</li> <li>3. Los registros deben ser exactos y el significado claro.</li> <li>4. Los registros deben demostrar una relación completa de la valoración, cuidados planificados y acciones realizadas.</li> <li>5. Todas las entradas en un registro deberán estar fechadas (fecha/ mes/ año), y firmadas. Deben realizarse tan pronto como sea posible después de un evento, y estar actualizadas. Se deben registrar, siempre que sea posible, con la participación del paciente o su cuidador.</li> <li>6. Los registros deben mostrar los riesgos identificados y las medidas tomadas para rectificar.</li> <li>7. Las primeras entradas en cada página del registro deben incluir el nombre impreso y firma de la persona que graba la información.</li> <li>8. Abreviaturas, jerga, frases sin sentido o declaraciones ofensivas no deben ser incluidas en ningún registro.</li> <li>9. En el caso de un error, las entradas deben ser corregidas, pero la entrada original debe leerse con claridad.</li> <li>10. Los registros no deben ser falsificados.</li> <li>11. Para los profesionales de la Salud las habilidades de comunicación y los registros exactos son puntos clave especialmente durante los cambios de turno, la transferencia de pacientes y en la atención compartida.</li> </ol>	<p>Avalada por NICE-NHS</p> <p>Recoge recomendaciones de NMC 2005, 2008 y 2009.</p> <p><i>AGREE II= 60%</i></p> <p>NE 4 a -5b.</p> <p>GR B</p> <p>NOTA: Aunque NICE elabora guías de calidad acreditada y con alto grado de recomendación, no disponemos de datos para evaluar correctamente con AGREE II. <i>(teniendo en cuenta que AGREE no parece lo óptimo para evaluar la calidad de las guías enfocadas a los aspectos organizativos de la atención en salud).</i></p>

Referencia del estudio	Población	Intervención / Variables de resultado	Resultados	Comentario/CASPa/ NE-GR
			<p>12. Se deben seguir en todo momento los requisitos legales y las políticas locales respecto a la confidencialidad de los registros de los pacientes. A los registros electrónicos se aplican también los principios de confidencialidad de la información.</p> <p>13. Las enfermeras tienen que saber cómo utilizar los sistemas de información y las herramientas disponibles en su área de práctica.</p>	
<p><b>Record Keeping Guidelines.</b> NMC (2012). London: Nursing and Midwifery Council. OCTUBRE 2012. United Kingdom</p>	<p>Se aplica a todos los que entregan atención en centros de salud y de asistencia social. Complementa políticas locales y nacionales del NHS.</p> <p>Para cualquier formato de registro</p>		<p>Estos registros deberían ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Factuales, de hechos.</li> <li>- Consistente o coherentes.</li> <li>- Precisos o exactos.</li> <li>- En una secuencia lógica</li> <li>- Con terminología aceptada.</li> <li>- Contemporáneos.</li> </ul> <p>Los profesionales que participan en un traspaso clínico deben tener conocimientos y habilidades para registrar la atención. Cada paciente tiene derecho a un registro individual con un orden cronológico.</p> <p>El contenido y estilo del registro debe proteger al paciente y al profesional.</p> <p>La ley ampara la seguridad de los registros de salud, seguridad y conservación de documentos. Legislación de protección de datos, y regulación de accesos.</p> <p>Recoge 17 cuestiones frecuentes en la práctica, que tienen que ver con la calidad de los registros, la identificación, corrección de errores, confidencialidad, accesos, etc.</p>	<p>Los registros que se completan con un alto nivel demuestran que cuidado se ha planeado y entregado de forma coherente y organizada, experta y segura.</p> <p>NE 5</p> <p>GR B</p>
<p><b>E health and nursing practice. Nursing content of e-Health records.</b> Revisados 2014. Royal College of</p>	<p>Población: Personal de enfermería (enfermeras).</p> <p>Registros electrónicos.</p>	<p>Asegurar que el contenido de los registros representa con precisión el trabajo de la enfermera, está centrado en el paciente, respeta confidencialidad, mejora la comunicación, los cuidados,</p>	<p>Puntos clave:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Las normas para el contenido, esenciales para la seguridad (Evidencias basadas en NICE, NCGC, SIGN).</li> <li>2. Debe incluir el proceso de enfermería y el punto de vista del paciente.</li> <li>3. La información del registro será estructurada y en lenguaje estandarizado, complementado con texto libre.</li> </ol>	<p>Documento del RCN apoyado en NICE, NCGC Y SIGN. Aval de calidad.</p> <p>El mantenimiento de registros es esencial de la práctica de enfermería; es un método importante de la</p>

Referencia del estudio	Población	Intervención / Variables de resultado	Resultados	Comentario/CASP/ NE-GR
Nursing. UK		apoya la toma decisiones y mejora la calidad de la asistencia.	<p>4. Centrado en la atención del paciente.</p> <p>5. SAFER.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>S: Se ajustan a las normas (STANDARDS)</li> <li>A: Ser aceptable (ACCEPTABLE) para los pacientes, cuidadores y trabajadores de la salud.</li> <li>F: Serán adecuadas (FIT) al uso y la práctica.</li> <li>E: Con el apoyo de EVIDENCIA.</li> <li>R: Se gestionó el riesgo (RISK MANAGEMENT).</li> </ul> <p>6. El registro debe ser multidisciplinario, pero la enfermera ha de ser identificable siempre.</p>	<p>comunicación, se utiliza para supervisar la calidad de la atención al paciente, y sirve como un registro legal del cuidado.</p> <p>NE 5b-5c GR B</p>
E health and nursing practice. <b>Abbreviations and other short forms in patient/client records</b>  Revisados 2014.  Royal College of Nursing(RCN).	Dirigido a personal de enfermería que realice registros de los pacientes. Refleja la posición de RCN en el uso de abreviaturas y otras formas cortas (abreviaturas, siglas, iniciales y cualquier otra forma de reducción de texto), e incluye orientación específica sobre registros electrónicos.	Orientación específica sobre uso de formas cortas del lenguaje y registros electrónicos.	<p>1. El registro es una herramienta para la comunicación, por lo tanto el contenido necesita ser entendido por todos los que utilizan el registro, incluidos los pacientes y pacientes.</p> <p>2. El RCN apoya, que los registros deben ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Libres de jerga, abreviaturas libre, y sin ambigüedades.</li> <li>Fáciles de usar y de entender.</li> </ul> <p>3. Una lista estándar de abreviaturas debe ser acordada a nivel nacional por las organizaciones, incluyendo profesionales, organismos y grupos de pacientes.</p> <p>4. Algunas unidades de medición y términos relacionados también pueden ser aceptables en forma abreviada.</p> <p>5. Las abreviaturas que son bien comprendidas en un entorno local pueden ser mal interpretadas en sistemas nacionales.</p> <p>6. Algunas limitaciones de diseño pueden significar que el término de espacio disponible para inserciones, visualización o frases en la pantalla del ordenador está limitado. En algunos casos el propio sistema puede generar una forma corta para ajustarse al espacio.</p> <p>7. Las abreviaturas y otras formas cortas son una manera útil de introducción rápida de datos pero no se deben utilizar, con dos excepciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Formas cortas en el uso diario por parte del público en general que no tienen</li> </ul>	<p>Best practice de UK Department of Health's Essence of Care.</p> <p>Establece la necesidad de estándares acordados a nivel nacional por organizaciones y organismos reguladores.</p> <p>A tal efecto estándares localizados en España:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diccionario de siglas médicas. MSC 2003.</li> <li>- Guía de unidades y abreviaturas. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo.</li> <li>- Diccionario de la RAE. <a href="http://lema.rae.es/dpd/apendices/apendice2.html">http://lema.rae.es/dpd/apendices/apendice2.html</a></li> </ul> <p>NE 5b-5c</p>

Referencia del estudio	Población	Intervención / Variables de resultado	Resultados	Comentario/CASPa/ NE-GR
			<p>múltiples significados (el uso del término entero o frase sería una barrera a la comprensión). Ej: am/pm (ante meridiem/post meridiem. VIH, etc)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Las unidades y formas cortas utilizadas en gestión de medicamentos</li> </ul> <p>1. Cuando una abreviatura u otra forma corta se utiliza para la entrada de datos, el sistema debe mostrar el texto completo para que el usuario pueda confirmar que la entrada es correcta.</p>	GR B
<p>Traspaso de pacientes. N° 24. Recomendaciones de la agencia de calidad sanitaria de Andalucía.</p>	<p>Las recomendaciones se recogen también en la guía de seguridad del paciente, referenciada a continuación.</p>	<p>Documento resumen</p>	<p>Agencia de Calidad Sanitaria formula las siguientes recomendaciones:</p> <p>Contenido:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La información que se proporciona en la transferencia debe ser precisa y pertinente, obviando detalles irrelevantes.</li> <li>El lenguaje debe ser claro, evitando términos ambiguos.</li> <li>En el traspaso de un paciente, se aconsejan técnicas de comunicación estructuradas (SBAR, ISOBAR, o similares) que incluyan: <ul style="list-style-type: none"> <li>Identificación del paciente.</li> <li>Motivo del traspaso.</li> <li>Situación del paciente, posibles complicaciones y aspectos que deben vigilarse.</li> <li>Evaluación del paciente (signos vitales, pruebas realizadas, etc.)</li> <li>Antecedentes clínicos relevantes (riesgos, alergias, etc.)</li> <li>Elaboración de un plan de atención o cuidados.</li> </ul> </li> </ul> <p>Ubicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El traspaso debe realizarse a la cabecera del paciente, lo que favorece la verificación de la información proporcionada por él mismo y su familia. En pacientes con limitaciones cognitivas, neurológicas o pacientes pediátricos, debe hacerse en presencia de un familiar o allegado.</li> <li>La transferencia debe realizarse en un área en la que existan recursos que aseguren la vigilancia del paciente y la atención urgente en caso necesario.</li> <li>El traspaso debe realizarse en un lugar en el que se pueda preservar la intimidad del paciente y la confidencialidad de la información aportada, reduciendo al mínimo cualquier elemento que pueda dificultar la comunicación (ruidos, interrupciones,</li> </ul>	<p>NE 5b-5c</p> <p>GR B</p>

Referencia del estudio	Población	Intervención / Variables de resultado	Resultados	Comentario/CASP/ NE-GR
			<p>tránsito de personas, etc.).</p> <p>Tiempo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El tiempo empleado para la transferencia debe ser el suficiente para dar la oportunidad de formular preguntas y contestarlas.</li> <li>El Informe de Alta que acompaña al paciente en su traspaso, debe contener toda la información clave referida a los diagnósticos al alta, planes de tratamiento y cuidados, medicamentos prescritos, resultados de las pruebas realizadas, etc.</li> </ul> <p>Organización:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Las organizaciones y centros sanitarios deben fomentar la intercomunicación fluida, eficaz y efectiva.</li> </ul>	
<p>Guía de práctica clínica seguridad del paciente.</p> <p>Año 2010</p> <p>España</p>	<p>Guía de práctica clínica elaborada por la Empresa pública de emergencias sanitarias de Andalucía (EPES).</p>	<p>Aborda seis líneas de actuación sanitaria con las principales recomendaciones que los profesionales sanitarios deben seguir en cada una de ellas para incrementar la seguridad de los pacientes durante la asistencia, máxime en situaciones de urgencias y emergencias en el que el entorno cambiante y el factor tiempo incorporan mayores riesgos a la atención sanitaria.</p> <p>Sigue metodología AGREE de elaboración del documento.</p>	<p>Aporta recomendaciones para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identificación de pacientes</li> <li>Control de infecciones</li> <li>Órdenes verbales</li> <li>Administración de medicación</li> <li>Prevención de caídas</li> <li>Transferencia y comunicación en el traspaso de pacientes</li> <li>Higiene de manos</li> </ul> <p>Recomendaciones en el traspaso de pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La transferencia debe realizarse de manera estructurada y sistematizada, a la cabecera del paciente. En caso de pacientes neurológicos, limitados o pediátricos, en presencia de un allegado. (Evidencia Muy Baja). GR: FUERTE.</li> <li>La transferencia debe realizarse en un área que asegure la vigilancia del paciente y la atención en caso de deterioro. (Evidencia Muy Baja). GR FUERTE.</li> <li>La transferencia debe realizarse en un lugar en el que se pueda preservar la intimidad del paciente y la confidencialidad de la información aportada, libre de ruidos y/o interrupciones que dificulten la comunicación. (Evidencia Muy Baja) GR: FUERTE.</li> <li>La información transferida debe ser precisa y pertinente obviando detalles</li> </ul>	<p>NE 5</p> <p>GR A(Asumimos fuerza de recomendación de la guía)</p>

Referencia del estudio	Población	Intervención / Variables de resultado	Resultados	Comentario/CASPe/ NE-GR
			<p>innecesarios. El modelo ISOBAR es el que mejor se adapta al ámbito de las Urgencias-Emergencias. (Evidencia Muy Baja) GR FUERTE.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El lenguaje utilizado debe ser claro y normalizado, aclarando los términos que puedan resultar ambiguos. No son apropiadas las expresiones coloquiales ni las interpretaciones personales de la situación clínica del paciente (Evidencia Muy Baja) GR FUERTE</li> <li>- La transmisión de la información de forma verbal cara a cara enriquece la comunicación, y el registro documentado de la asistencia prestada (soporte papel o informatizado) es la herramienta para verificar y ampliar la información transmitida.</li> <li>- Si el registro es manuscrito debe ser legible y no se recomienda utilizar abreviaturas. (Evidencia Muy Baja) GR FUERTE.</li> <li>- El tiempo empleado en la transferencia debe ser suficiente e incluir la posibilidad de formular preguntas y contestarlas. (Evidencia Muy Baja) GR FUERTE.</li> <li>- Se aconsejan técnicas de feed-back y read-back para garantizar la exactitud de la información transmitida. ((Evidencia Muy Baja) GR FUERTE.</li> </ul>	

## ANEXOS

ANEXO 1: Formatos estructurados de transmisión de información. Fuente: Riesemberg<sup>21</sup> modificado

MÉTODOS SISTEMÁTICOS DE TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN		
SBAR	S	Situation, situación
	B	Background, antecedentes o información
	A	Assessment, evaluación
	R	Recommendation, recomendación.
I-SBAR	I	Introduction
	S	Situation
	B	Background
	A	Assessment
	R	Recommendations
ISOBAR:	I	Identificación del paciente e Identificación de los profesionales
	S	Situación. Motivo de la asistencia sanitaria, cambios en el estado del paciente, posibles complicaciones y aspectos a vigilar.
	O	Observación. Signos vitales recientes, pruebas realizadas, evaluación del paciente
	B	Background o antecedentes clínicos relevantes. Riesgos y alergias.
	A	Acordar un plan.
	R	Read-back. Confirmar la eficacia de la transferencia.
SOAP	S	Subjective information about the patient's concerns, sensations, and behaviors related to the problem. Información subjetiva de las sensaciones o comportamientos del paciente
	O	Objective information related to the problema. Información objetiva
	A	Assessment of the patient. Evaluación del paciente
	P	Plan de atención.
SOAPIE	S	Datos Subjetivos. Incluyen los sentimientos, síntomas y preocupaciones del paciente, se documente las palabras del paciente o un resumen de la conversación.
	O	Datos objetivos
	A	Interpretaciones y análisis de los datos
	P	Plan de atención
	I	Intervención o ejecución.
	E	Evaluación de los resultados esperados

ANEXO 2 Criterios de calidad de la documentación de enfermería. Fuente: Wang<sup>19</sup> resumido

CRITERIOS DE CALIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN	
Estructura y formato	Criterios de calidad de la estructura y formato de documentación: la legibilidad, la verosimilitud, la identificación del paciente, abreviaturas, corrección de errores, la corrección lingüística informe cronológico de los acontecimientos, un lenguaje claro, evitar el uso de jerga o técnica.→ facilidad de comprensión y acceso
Proceso	Criterios de calidad de proceso de documentación: Firma, fecha, oportunidad, informe cronológico de los

CRITERIOS DE CALIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN	
	acontecimientos, la regularidad, la exactitud, y la accesibilidad.→ información válida y confiable
Contenido	<p>Criterios de calidad del contenido: integralidad de la atención (proceso de enfermería, informe de alta, asesoramiento de paciente y familia, apoyo...). Descripción adecuada de la atención, evaluación de riesgos, evaluaciones específicas, precisión en descripción de problemas, intervenciones y resultados de enfermería, objetividad.</p> <p>En determinados tipos de documentación (por ejemplo, historia de la enfermería y la nota de descarga), la presencia de variables específicas, la integralidad de las cinco fases del proceso de enfermería.), la presencia de información sobre temas de cuidado específicas (por ejemplo, la enseñanza y el aprendizaje del paciente, emocional y apoyo físico del paciente o la familia, la preferencia del paciente)→ concordancia entre el contenido de la documentación y la evaluación del paciente, expresar la atención de enfermería,</p>