



Transferencia de atención prehospitalaria entre equipos de salud: revisión integradora

Pre-hospital healthcare attention transference among health teams: an integrative review

Transferência de atenção pré-hospitalar entre equipes de saúde: revisão integrativa

J. Dalco-Miorin^{a*}, S. Camponogara^b, T. Silva-de Mello^c,
K.E. Petry^d, A. Bonfada-Torquetti^e, G. Loise-Dias^f

ORCID

^a [0000-0001-7672-7191](https://orcid.org/0000-0001-7672-7191)

^d [0000-0002-5622-2580](https://orcid.org/0000-0002-5622-2580)

^b [0000-0001-9342-3683](https://orcid.org/0000-0001-9342-3683)

^e [0000-0002-6898-1090](https://orcid.org/0000-0002-6898-1090)

^c [0000-0003-0023-6163](https://orcid.org/0000-0003-0023-6163)

^f [0000-0002-9021-7435](https://orcid.org/0000-0002-9021-7435)

¹ Universidade Federal de Santa Maria, Departamento de enfermagem, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil

Recibido: 17 febrero 2020

Aceptado: 26 septiembre 2020

RESUMEN

Introducción: Las transferencias de atención efectivas permiten satisfacer las necesidades de continuidad de la atención; sin embargo, pocos estudios se centran en comunicar información al respecto.

Objetivo: Analizar la evidencia disponible en la literatura sobre la transferencia de atención prehospitalaria entre los equipos de salud.

Metodología: Revisión integradora. La búsqueda de estudios primarios se realizó en cuatro bases de datos (PubMed, CINAHL, LILACS, Scopus). La muestra consistió en 20 investigaciones, que se agruparon en dos categorías.

Resultados: La síntesis de la evidencia indicó las estrategias empleadas por los equipos de salud para estandarizar la comunicación de información durante la transferencia de

*Autora para correspondencia. Correo electrónico: jeaninidmiorin@hotmail.com

<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.4.840>

1665-7063/© 2020 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

la atención prehospitalaria y las circunstancias que intervienen en este momento. Entre las estrategias destacamos el uso de un formulario de ambulancia para utilizar en los servicios que continuarán la atención. Las circunstancias intermedias incluyen demoras en la transferencia y fallas en la información/comunicación.

Discusión: El uso de mnemónicos y protocolos para una mejor transferencia no es generalizado, pero existe consenso que la falta de procesos de comunicación integrados contribuyen a las fallas en la atención.

Conclusión: Las transferencias efectivas de atención son complejas ya que hay varios factores que intervienen en su proceso, los cuales dependen de negociaciones y acuerdos entre los equipos de salud y los gerentes.

Palabras clave: Transferencia de pacientes; continuidad de la atención al paciente; servicios médicos de emergencia; grupo de atención al paciente; Brasil.

ABSTRACT

Introduction: An effective attention transference allows the continuity of healthcare; however, not many studies in the literature are focused on this important process.

Objective: To analyze the available evidence regarding the transference of healthcare attention among healthcare teams at the prehospital stage.

Methodology: This is an integrative review. The primary search was conducted on the PubMed, CINAHL, LILACS, and Scopus databases. The sample was constituted by 20 research studies which were further grouped into two categories.

Results: The synthesis showed some of the strategies which are used by health teams to standardize the information transmission during the transference of healthcare attention at the prehospital stage. One of these strategies is, while still in the ambulance, the use of checklists to be further be used by the health teams continuing the attention at the hospital. Some related issues included delays in the transference and errors in the communications.

Discussion: The use of mnemonics and protocols to improve the transference process is not generalized, and there is consensus that the lack of integration in the communications is a major cause of errors during the attention transference.

Conclusion: Achieving an effective healthcare attention transference can be complex due to the several factors. One of these key factors was found to be related to the agreements among healthcare teams and managers.

Keywords: Patient transfer; continuity of patient care; emergency medical services; patient care team; Brazil.

RESUMO

Introdução: As transferências de atenção efetivas permitem satisfazer as necessidades de continuidade do atendimento; porém, poucos estudos se centram em comunicar informação a esse respeito.

Objetivo: Analisar a evidência disponível na literatura sobre a transferência do atendimento pré-hospitalar entre equipes de saúde.

Metodologia: Revisão integrativa. A busca de estudos primários realizou-se em quatro bases de dados (PubMed, CINAHL, LILACS, Scopus). A amostra consistiu em 20 pesquisas, que se agruparam em duas categorias.

Resultados: A síntese da evidência apontou as estratégias empregadas pelas equipes de saúde para estandarizar a comunicação de informação durante a transferência da atenção pré-hospitalar e as circunstâncias que intervêm neste momento. Dentre as estratégias salientamos o uso de um formulário de ambulância para utilizar nos serviços que continuarão o atendimento. Circunstâncias intermediárias incluem demoras na transferência e falhas na informação/comunicação.

Discussão: O uso de mnemônicos e protocolos para uma melhor transferência não é generalizado, mas existe consenso que a falta de processos de comunicação integrados contribui às falhas no atendimento.

Conclusão: As transferências efetivas de atendimento são complexas já que há vários fatores que interferem em seu processo, os quais dependem de negociações e acordos entre as equipes de saúde e os gestores.

Palabras chave: Transferência de pacientes; continuidade da assistência ao paciente; serviços médicos de emergência; equipe de assistência ao paciente; Brasil.

INTRODUCCIÓN

Los servicios de urgencia y emergencia deben mejorar la calidad de las transferencias de atención prehospitalaria, centrándose principalmente en la comunicación efectiva entre los profesionales de la salud y el uso de protocolos de transferencia estandarizados¹⁻². La transferencia implica el intercambio de información verbal y documentada, la cual puede considerarse como una forma de *derivar* a un paciente de un profesional de la salud a otro. Por lo tanto, la transferencia de la atención es un componente de la transición de la atención³.

Las transferencias efectivas siguen siendo un desafío, especialmente en los servicios de emergencia que tienen peculiaridades que incluyen: hacinamiento, sobrecarga de trabajo en los equipos de salud, alta rotación y presión para liberar las camas, lo que causa numerosas dificultades de atención, siendo la transferencia de atención una de ellas⁴. Además de estos desafíos, la realización de una transferencia efectiva de la atención requiere habilidades de comunicación, información, organización, infraestructura, profesionalismo, responsabilidad y conciencia de los profesionales⁵.

Para tener transferencias de atención efectivas es necesario que la institución que remite al paciente se asegure de que la institución que lo recibe sea capaz de satisfacer las necesidades de continuidad de la atención⁶; sin embargo, pocos estudios se centran en comunicar información en el contexto de la transferencia de atención prehospitalaria⁷⁻⁹. Estos mostraron fallas en la comunicación relacionadas con el uso de lenguaje o jerga confusa, transferencias unidireccionales que a menudo son inexactas, incompletas y no relevantes para las condiciones del paciente.

Una encuesta preliminar¹⁰ en la base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas reveló la existencia de una revisión sobre la transferencia de la atención. Su objetivo era determinar la efectividad de las intervenciones realizadas por las enfermeras para mejorar las transferencias hospitalarias, pero no hubo evidencia disponible al respecto, ya que los autores no encontraron estudios que cumplieran con los criterios metodológicos para la revisión. Como consecuencia, persiste la incertidumbre sobre la práctica más efectiva.

Para sintetizar evidencia que pueda ayudar a desarrollar estrategias y posibles respuestas a factores que obstaculizan y/o contribuyen a la transferencia de la atención prehospitalaria, el

objetivo de esta revisión integradora fue analizar la evidencia disponible en la literatura sobre la transferencia de atención prehospitalaria entre equipos de salud.

METODOLOGÍA

El método de síntesis del conocimiento adoptado fue la revisión integradora. Para llevar a cabo esta investigación se tomaron los siguientes pasos: elaboración de la pregunta de investigación (identificación del problema), búsqueda en la literatura de estudios primarios, evaluación de estudios primarios, así como análisis de datos y presentación de la revisión¹¹.

La pregunta de investigación orientadora para esta revisión integradora fue: ¿qué evidencia hay disponible en la literatura sobre la transferencia de atención prehospitalaria entre los equipos de salud? El tipo de investigaciones a incluir fueron: estudios con profesionales de la salud que participan en transferencias de atención, es decir, médicos, enfermeras, técnicos/asistentes de enfermería, paramédicos y técnicos en emergencias médicas. A nivel conceptual se incluyeron estudios sobre la transferencia de la atención. De acuerdo al contexto, se incluyeron los estudios realizados en el ámbito prehospitalario.

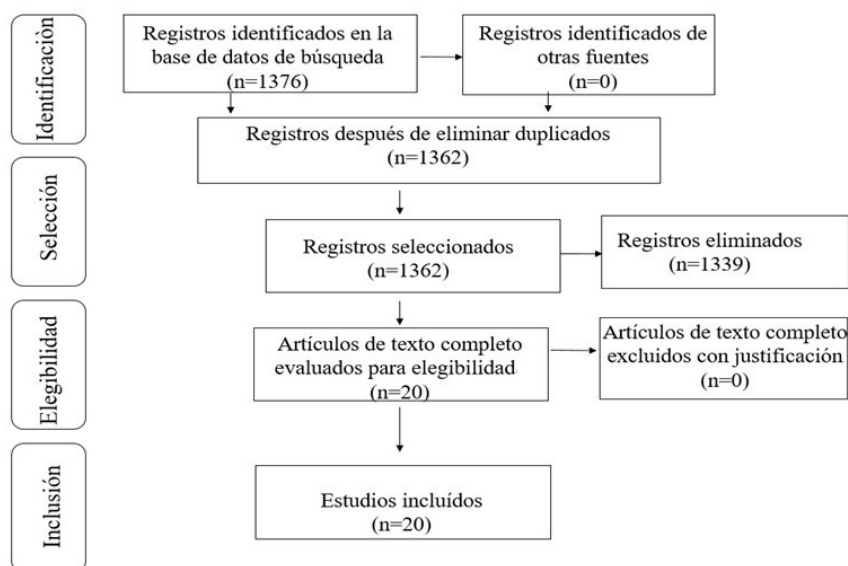
Para la búsqueda de estudios primarios se seleccionaron las bases de datos PubMed, CINAHL (*Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature*), LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) y Scopus. En cada base de datos los descriptores controlados fueron delimitados (*Medical Subject Headings-MeSH*, *CINAHL Headings*, y *Descritores em Ciências da Saúde*) y palabras clave definidas. La búsqueda en las bases de datos tuvo lugar en junio de 2019, sin un marco de tiempo delimitado respecto a la fecha de publicación.

Los descriptores controlados y las palabras clave fueron los siguientes: *patient care team, health personnel, physician assistants, nurses, allied health personnel, emergency medical technicians, patient handoff, continuity of patient care, patient transfer, emergency medical services, ambulances (MeSH); Prehospital Emergency Care, patient handover interdisciplinary health team, health care team, healthcare workers, patient handoffs, patient hand over, patient hand off, patient handover, patient handovers, continuity of care, care continuity, emergency care, emergency health services, emergency mobile units, mobile emergency unit (Palabras clave); Multidisciplinary Care Team, Hand Off (Patient Safety), Prehospital Care, (CINAHL Headings); Transferencia da Responsabilidade pelo Paciente (Descritores em Ciências da Saúde)*.

Para cada base de datos se desarrolló una estrategia de búsqueda con los descriptores controlados y las palabras clave ya mencionadas. Los criterios de selección delimitados fueron artículos de estudios primarios que investigan la transferencia de atención prehospitalaria entre equipos de salud, publicados en portugués, inglés o español. Tesis, disertaciones, monografías, editoriales, artículos de revisión (narrativa, sistemática e integradora), resúmenes de eventos, informes de casos o experiencias fueron excluidos de esta investigación.

La síntesis y el análisis se presentan a continuación en un diagrama de flujo, de acuerdo con los elementos principales para informar revisiones sistemáticas y metanálisis (PRISMA), como se muestra en la Figura 1. Cabe destacar que no se utilizaron otras fuentes de publicaciones como la búsqueda manual de las referencias de los estudios primarios incluidos en la revisión y la literatura gris.

Al evaluar el rigor metodológico de las publicaciones se utilizó un instrumento adaptado de CASP¹². Según la pregunta clínica del estudio, los académicos han propuesto jerarquías de evidencia, mismas que fueron adoptadas en la presente revisión para clasificar la fuerza de la evidencia¹³. La



Fuente: Adaptado de los elementos de informes para la revisión sistemática y los metanálisis (PRISMA)

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección para estudios primarios. Santa María, 2019

extracción de datos se realizó con la ayuda de un instrumento validado en Brasil¹⁴ con los siguientes ítems: autores, año, bases de datos, revista, país, características metodológicas de los artículos y resultados obtenidos. El análisis y síntesis de los datos de la revisión integradora se realizó de forma descriptiva.

RESULTADOS

Con respecto al año de publicación de los 20 artículos incluidos en la revisión integradora, 25% se produjo en el año 2015. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que el artículo más antiguo era del año 2005, lo que demuestra que las publicaciones son recientes, ya que la transferencia de la atención prehospitalaria es un tema relativamente nuevo.

Los estudios se desarrollaron en varios países; Australia con un total de siete estudios (35%), los EE. UU con cinco (25%), Reino Unido con cuatro (20%), los Países Bajos con dos (10%), Dinamarca con uno (5%) y Suecia con uno (5%). En cuanto al diseño metodológico, trece (65%) eran estudios cuantitativos y siete (35%) eran estudios cualitativos.

El análisis de los estudios primarios resultó en dos categorías: *Estandarización de la información entre los equipos de salud durante la transferencia de la atención prehospitalaria* (n=10), y *Circunstancias involucradas en la transferencia de la atención prehospitalaria* (n=10); sus características principales se muestran en las tablas 1 y 2.

En esta primera categoría siete estudios investigaron el uso de protocolos, tecnologías e intervenciones educativas para el intercambio de información entre equipos durante la transferencia de la atención prehospitalaria como foco principal^{7,16,18,20-23}. Las estrategias descritas en los estudios primarios para mejorar los registros y el intercambio de información se presentan a continuación: tarjeta de doble cara que contiene información clínica, formulario de ambulancia para el uso de los servicios que continuarán la atención (departamento de emergencias), uso del

Tabla 1. Caracterización de los estudios primarios en la categoría *Estandarización de la información entre los equipos de salud durante la transferencia de la atención prehospitalaria* (n=10). Santa María, 2019.

Autor(es)	Año	Tipo de estudio	Problema clínico / Nivel de evidencia
Jenkin et al. ¹⁵	2007	Cuantitativa, descriptiva, transversal	Pronóstico o etiología/IV
Evans et al. ¹⁶	2010	Cualitativa. Teoría fundamentada	Significado/IV
Evans et al. ¹⁷	2010	Cuantitativo, descriptivo	Significado/IV
Iedema et al. ¹⁸	2012	Cualitativa, etnográfica	Significado/II
Zhang et al. ¹⁹	2013	Cualitativa	Significado/II
Waldron; Sixsmith ²⁰	2014	Observacional, prospectivo antes y después	Intervención/Tratamiento/VI
Ebben et al. ²¹	2015	Prospectivo (pre/post prueba)	Intervención/Tratamiento/VI
Budd et al. ²²	2015	Descriptivo cuantitativo	Significado/IV
Campbell et al. ⁷	2017	Sección transversal retrospectiva	Pronóstico o etiología/IV
Fitzpatrick et al. ²³	2018	Prospectivo (pre/post prueba)	Intervención/Tratamiento/VI

mnemónico SBAR, adaptación del modelo de entrega MIST y modalidad de aprendizaje a distancia: *e-learning*.

La tarjeta de plástico de doble cara, en colores de alto contraste, contiene espacios para escribir variables clínicas. Estos se relacionaron con el pronóstico y el grado de gravedad de la lesión o enfermedad y se basaron en las necesidades de los equipos de ambulancia y los equipos que continuarán la atención. El formulario consta de una hoja preimpresa, disponible en el departamento de emergencias, que recibe información de los equipos que trabajan en el prehospitalario. El formulario sirve para registrar esta información antes de la llegada del paciente, lo que permite que el equipo del departamento de emergencias se prepare para brindar atención²³.

SBAR es un mnemónico para la situación, historia breve, evaluación y recomendación. Esto significa que toda comunicación durante la transferencia de la atención debe estructurarse de acuerdo con estas categorías. En un estudio primario realizado en un hospital de referencia en Australia que recomienda el uso de la mnemotecnia SBAR se encontró que su inclusión era inconsistente, ya que los profesionales se centraron en las preocupaciones relacionadas con la prioridad inmediata del paciente, concluyendo que la documentación de la transferencia no contenía información exhaustiva sobre la condición clínica⁷.

El mnemónico MIST se usa ampliamente para transferir la atención prehospitalaria a las víctimas de trauma. M, significa mecanismo de trauma (y tiempo); I, encontré y suspendí heridas; S, signos y síntomas; T, se inició el tratamiento. En un estudio primario realizado con paramédicos y miembros del equipo de trauma se solicitó su opinión o MIST. En los comentarios el modelo fue reformulado para incorporar campos adicionales sugeridos por los profesionales y algunos de ser eliminados o considerados innecesarios^{16,18}.

En los Países Bajos se ha desarrollado una directriz que recomienda el uso del modelo DeMIST para estandarizar las transferencias desde el servicio prehospitalario al departamento de emergencias. Con el fin de ayudar a implementar la recomendación de la guía recientemente desarrollada, uno de los estudios primarios adaptó un programa de aprendizaje electrónico personalizado para servir

como una intervención educativa²¹. Se identificó que en tres estudios no se utilizaron protocolos educativos, tecnologías e intervenciones, lo que comprometió el intercambio de información entre los equipos^{15,17,24}. En la tabla 2 se presenta la caracterización de los estudios primarios agrupados en la segunda categoría.

Tabla 2. Caracterización de estudios primarios en la categoría *Circunstancias involucradas en la transferencia de la atención prehospitalaria* (n=10). Santa María, 2019.

Autor(es)	Año	Tipo de estudio	Pregunta clínica / nivel de evidencia
Bruce; Suzerud. ²⁴	2005	Cualitativa, fenomenológica	Significado/II
Yong et al. ³	2008	Cuantitativo, exploratorio	Significado/IV
Siemsen et al. ⁵	2012	Cualitativa	Significado/II
Cone et al. ²⁵	2012	Retrospectiva	Pronóstico o etiología/II
Bost et al. ²⁶	2012	Cualitativa, etnográfica	Significado/II
Catchpole et al. ²⁷	2013	Descriptivo cuantitativo	Pronóstico o etiología/IV
Clarey et al. ²⁸	2015	Cuantitativo	Intervención/Tratamiento/IV
Panchal et al. ⁹	2015	Cuantitativo retrospectivo	Pronóstico/Etiología/II
O' Hara et al. ²⁹	2015	Cualitativa	Significado/II
Hovenkamp et al. ³⁰	2018	Observacional, prospectivo	Pronóstico / etiología /IV

En la segunda categoría los investigadores del estudio incluyeron las circunstancias involucradas en la transferencia de la atención prehospitalaria como foco principal (n=10). Tres estudios primarios^{3,24,29} citaron circunstancias que contribuyeron a la transferencia de la atención, y todos los estudios incluidos en esta categoría citaron circunstancias que impiden la transferencia de la atención prehospitalaria.

En dos estudios^{3,24} una de las circunstancias que contribuyeron a la transferencia de la atención fueron las negociaciones y los acuerdos realizados por el equipo prehospitalario con el servicio que continuaría la atención. Las negociaciones se basaron en el hecho de que el equipo de ambulancia presentó un informe que contenía datos clínicos básicos sobre el paciente crítico al equipo del departamento de emergencias. Después de la llegada del paciente al servicio, este informe se ampliaría.

La transmisión de la información contenida en el informe se realizó a través del contacto telefónico durante el transporte del paciente crítico. El motivo de esta comunicación fue informar al departamento de emergencias el estado clínico del paciente y la hora estimada de llegada. En respuesta a esta información, el equipo que recibió al paciente se preparó para la recepción de este, es decir, se organizó al equipo, los materiales necesarios, se notificó al laboratorio para el suministro de sangre, entre otros^{3,24}.

No obstante, en todos los estudios surgieron circunstancias que obstaculizaron la realización de transferencias efectivas, las más comunes fueron: demoras en la transferencia, fallas en la transferencia de responsabilidad y en la información/comunicación. En dos estudios primarios los paramédicos informaron que el tiempo de espera para transferir la atención fue mayor durante los períodos de movimiento, y que las interrupciones en el equipo receptor contribuyeron a un aumento en el tiempo de espera. Esto a su vez provocaría un retraso en la realización de las comidas, cansancio y un aumento en la carga de trabajo de los paramédicos^{26,28}.

Los pacientes no tenían un brazalete de identificación mientras esperaban la transferencia y, durante este período, los miembros del equipo del departamento de emergencias pidieron a los pacientes de edad avanzada, quienes se encontraban, a veces, desorientados, información sobre su nombre y edad. El paramédico responsable del paciente estaba cerca, pero no se le consultaba sobre esta información, lo que generaba la posibilidad de que ocurrieran eventos adversos^{26,28}.

En períodos de hacinamiento los equipos paramédicos pueden esperar hasta noventa minutos para realizar la transferencia²⁶. Se estimó que si llegaran cuatro ambulancias por hora (con un profesional receptor) al departamento de emergencias, el tiempo promedio de espera para el traslado sería de diecinueve minutos²⁸. Los pacientes de edad avanzada tenían más probabilidades de experimentar retrasos en comparación con los menores de dieciséis años, mientras que los pacientes con afecciones clínicas graves tenían menos probabilidades de experimentar retrasos en la transferencia²⁹. Los problemas de coordinación y hacinamiento son los principales responsables del retraso en la transferencia de la atención²⁷.

La mayoría de los profesionales, tanto en atención prehospitalaria como hospitalaria, informaron que mientras el paciente está en la camilla de la ambulancia, esperando la transferencia, la responsabilidad es del equipo prehospitalario. Sin embargo, los paramédicos informaron que realizaron procedimientos dentro del departamento de emergencias como una forma de asistencia y ayuda profesional; no obstante, esta asistencia a menudo fue solicitada demasiado por los equipos del departamento de emergencias²⁶. En dos estudios se mencionó la resistencia de los profesionales de emergencias que continuarían la atención, a asumir la responsabilidad de transferir pacientes que no calificaron como urgentes^{3,24}.

Tres estudios abordaron, como tema central, los defectos en la comunicación interprofesional, relacionados con el intercambio y el flujo de información, ya sea verbal o documentada. La comunicación entre los equipos durante la transferencia de la atención prehospitalaria no fue clara, lo que dio lugar a situaciones que ponen en riesgo la seguridad del paciente, como la no transmisión de información clínica importante o información incompleta^{5,9,30}.

DISCUSIÓN

En la primera categoría *Estandarización de la información entre los equipos de salud durante la transferencia de la atención prehospitalaria* los autores destacaron la relevancia de implementar protocolos estandarizados de transferencia de atención. Sin embargo, no está claro que la estandarización o una estructura *estándar de oro* resuelva necesariamente los problemas, ya que el trabajo de emergencia es un proceso inherentemente variable³¹.

En cuatro estudios primarios estos protocolos se llevaron a cabo utilizando mnemónicos^{7,16,18,21}. En contraste, otros cuatro estudios señalaron que no existe un mnemónico considerado ideal para ser implementado. Lo importante no es qué mnemotecnia utilizar, sino más bien reunir a los equipos que participan en el proceso de transferencia y buscar, a través de constantes reflexiones y análisis de prácticas, la introducción de mejoras en términos de transferencia^{7,16,18,21}.

En uno de los estudios se evidenció que los servicios de emergencia no utilizaron protocolos para la transferencia de atención⁷. En un estudio realizado en Noruega se informó que no hay un estándar nacional en ese país basado en un consenso para el transporte interhospitalario de pacientes críticos. Los hospitales locales son responsables de financiar, organizar y llevar a cabo estos transportes, lo que resulta en un nivel diferente de atención, dependiendo de los recursos del hospital local y no del nivel de gravedad de la condición del paciente²⁴. Situaciones como estas favorecen errores y fallas de comunicación entre equipos.

Con respecto a la segunda categoría delimitada *Circunstancias involucradas en la transferencia de la atención prehospitalaria* tres estudios^{3,24,29} mencionaron que la comunicación de información completa y precisa es vital para transferencias de atención efectivas. Dicha situación está relacionada con la capacidad de los equipos prehospitalarios para transmitir información clara y precisa, centrada en el paciente, definiendo los problemas identificables, proporcionando la planificación del equipo receptor en relación con la atención que se debe proporcionar. Cuando esto ocurre, se genera confianza y cooperación entre los equipos prehospitalarios y hospitalarios. La cooperación se obtuvo como resultado de la comunicación formal e informal entre el equipo de ambulancia y el departamento de emergencias, con un enfoque en el paciente²⁵. Para garantizar buenas relaciones y cooperación interprofesional es necesario que los equipos tengan un objetivo común, en lugar de objetivos individuales, y es necesario saber en qué actividades están trabajando los miembros del equipo y cómo se relacionan con el trabajo de los demás⁵.

No obstante, las circunstancias que obstaculizan la transferencia de la atención prehospitalaria se mencionaron en todos los artículos, ya que la calidad de las transferencias de atención depende de muchos factores, tales como: la información transmitida por el solicitante, el paciente, el equipo de atención prehospitalaria y el servicio de recepción. El factor humano contribuyente asociado con el mayor número de eventos adversos es la falta de comunicación de información. Los eventos adversos vinculados con fallas en el proceso de comunicación están altamente relacionados con recetas u órdenes verbales e información sobre los resultados de las pruebas. La falta de procesos de comunicación integrados entre los diferentes equipos de profesionales y servicios de salud son factores que contribuyen a las fallas en la atención. La recomendación de escuchar y repetir al interlocutor la información/orden/receta recibida se considera una medida de seguridad para garantizar una comunicación clara, precisa, completa y sin ambigüedades para el receptor³².

En Brasil, la discusión sobre la transición de la atención es reciente y aún incipiente. El tema está vinculado a los principios del Sistema Único de Salud (SUS), como el acceso universal a los servicios de salud, la jerarquía de la red de servicios de salud y la atención integral. Por lo tanto, la transición de la atención es una forma de superar la fragmentación de la atención, garantizar su continuidad e implementar sistemas de salud integrados. La realización de transiciones efectivas sigue siendo un desafío, especialmente en los servicios de emergencia que tienen peculiaridades que incluyen hacinamiento, sobrecarga de trabajo por parte de los equipos de salud, alta rotación y presión para liberar camas, lo que causa numerosas dificultades asistenciales³³.

Cabe destacar la seguridad del paciente, ya que está relacionada con la calidad de los servicios de salud y se ha convertido en un tema prioritario en el área, pues constituye, a nivel mundial, un grave problema de salud pública. Las consecuencias de los daños o lesiones resultantes de la atención pueden ser graves o fatales y extremadamente costosas para sus víctimas y sus sistemas de salud³⁴.

Por otra parte, la cooperación entre los departamentos de emergencia y los servicios de ambulancia es necesaria para refinar el proceso de transferencia y establecer una ruta, a través de la cual la información esencial es recopilada por personal capacitado y comunicada, sin distorsión, a los profesionales que continuarán la atención²¹. En consecuencia, el conocimiento sobre las circunstancias que contribuyen y/o dificultan la transferencia de la atención prehospitalaria puede contribuir a apoyar la planificación de estrategias más apropiadas, desempeñando un papel importante en la determinación de transferencias más efectivas.

Limitaciones del estudio: el presente estudio tiene limitaciones que impiden la generalización de sus resultados porque es un estudio bibliográfico. Sin embargo, señala la necesidad de más estudios para investigar el tema en el contexto interprofesional.

CONCLUSIÓN

En vista del contexto organizacional en el que se inserta la atención prehospitalaria, las circunstancias que dificultan las transferencias de atención son diversas, entre las que se encuentran la transferencia de responsabilidad y las fallas de información/comunicación, que requieren todos los profesionales de la salud, así como una comunicación clara y efectiva. Esto puede ocurrir con base en protocolos y con la ayuda de recursos tecnológicos.

En la mayoría de los estudios primarios incluidos en esta revisión fue evidente la necesidad de mejorar la comunicación de información durante la transferencia de la atención, lo que parece ser un obstáculo que deben superar los profesionales de la atención prehospitalaria. Por lo tanto, surgen posibilidades para nuevas investigaciones, como la realización de un estudio que ahonde en la causa de las principales circunstancias involucradas en la transferencia de la atención prehospitalaria, mencionada en la revisión. Aunque estos puntos no se han profundizado, la relevancia del presente estudio radica en la medida en que plantea aspectos fundamentales en relación con la comunicación de información que se establece entre los servicios de emergencia durante la transferencia de la atención. Los profesionales que participan en las transferencias de atención pueden usar los resultados de esta revisión para rediseñar las estrategias apropiadas con el fin de implementar transferencias más efectivas.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS:

Protección de personas y animales. Este estudio no incluyó animales o humanos, ya que fue un estudio de revisión.

Conflicto de intereses. Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Financiamiento. Ninguno

REFERENCIAS

1. Streeter AR, Harrington NG. Nurse handoff communication. *Semin Oncol Nurs.* 2017; 33(5): 536-43. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2017.10.002>
2. Brito-de Souza R, Paes-da Silva MJ, Nori A. Pronto-socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e pacientes. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2007; 28(2): 242-9. <https://bit.ly/3apjNUY>
3. Yong G, Dent AW, Weiland TJ. Handover from paramedics: Observations and emergency department clinician perceptions. *Emerg Med Australas.* 2008; 20(2): 149-55. <https://doi.org/10.1111/j.1742-6723.2007.01035.x>
4. AlBashtawy M, Aljezawi M. Emergency nurses' perspective of workplace violence in Jordanian hospitals: A national survey. *Int Emerg Nurs.* 2016; 24: 61-5. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.06.005>
5. Siemsen IMD, Madsen MD, Pedersen LF, Michaelsen L, Pedersen AV, Andersen HB, et al. Factors that impact on the safety of patient handovers: An interview study. *Scand J Public Health.* 2012; 40(5): 439-48. <https://doi.org/10.1177/1403494812453889>
6. Joint Commission International. *Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais.* 5^{ta} ed. EUA: JCI; 2014.

7. Campbell B, Stirling C, Cummings E. Continuity matters: Examining the 'information gap' in transfer from Residential Aged Care, ambulance to emergency triage in southern Tasmania. *Int Emerg Nurs*. 2017; 32: 09-14. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.05.001>
8. Jamshidi H, Jazani RK, Alibabaei A, Alamdari S, Kalyani MN. Challenges of Cooperation between the Pre-hospital and In-hospital Emergency services in the handover of victims of road traffic accidents: A Qualitative Study. *Invest Educ Enferm*. 2019; 37(1): 70-9. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v37n1e08>
9. Panchal AR, Gaither JB, Svirsky I, Prosser B, Stolz U, Spaite DW. The impact of professionalism on transfer of care to the emergency department. *J Emerg Med*. 2015; 49(1): 18-25. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2014.12.062>
10. Smeulders M, Lucas C, Vermeulen H. Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014; (6): CD009979. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009979.pub2>
11. Whittmore R, Knafl K. The integrative review: Updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005; 52(5): 546-53. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
12. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklists. Oxford: 2014. <https://bit.ly/3qw2W8w>
13. Fineout-Overholt E, Stillwell SB. Asking compelling, clinical questions. En: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. 2nd ed. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2010.
14. Silva-Ursi E, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2006; 14(1): 124-31. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000100017>
15. Jenkin A, Abelson-Mitchell N, Cooper S. Patient handover: Time for a change? *Accid Emerg Nurs*. 2007; 15(3): 141-7. <https://doi.org/10.1016/j.aaen.2007.04.004>
16. Evans SM, Murray A, Patrick I, Fitzgerald M, Smith S, Cameron P. Clinical handover in the trauma setting: A qualitative study of paramedics and trauma team members. *Qual Saf Health Care*. 2010; 19(6): e57. <https://doi.org/10.1136/qshc.2009.039073>
17. Evans SM, Murray A, Patrick I, Fitzgerald M, Smith S, Andrianopoulos N, et al. Assessing clinical handover between paramedics and the trauma team. *Injury* 2010; 41(5): 460-4. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2009.07.065>
18. Iedema R, Ball C, Daly B, Young J, Green T, Middleton PM, et al. Design and trial of a new ambulance-to-emergency department handover protocol: 'IMIST-AMBO'. *BMJ Qual Saf*. 2012; 21(8): 627-33. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000766>
19. Zhang Z, Sarcevic A, Burd RS. Supporting information use and retention of pre-hospital information during trauma resuscitation: A qualitative study of pre-hospital communications and information needs. *AMIA Annu Symp Proc*. 2013; 2013: 1579-88. <https://bit.ly/37nMos1>
20. Waldron R, Sixsmith DM. Emergency physician awareness of prehospital procedures and medications. *West J Emerg Med*. 2014; 15(4): 504-10. <https://doi.org/10.5811/westjem.2014.2.18651>
21. Ebben RH, van Grunsven PM, Moors ML, Aldenhoven P, de Vaan J, van Hout R, et al. A tailored e-learning program to improve handover in the chain of emergency care: A pre-test post-test study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2015; 23(33): 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13049-015-0113-3>
22. Budd HR, Almond LM, Porter K. A survey of trauma alert criteria and handover practice in England and Wales. *Emerg Med J*. 2007; 24(4): 302-4. <https://doi.org/10.1136/emj.2006.038323>

23. Fitzpatrick D, Maxwell D, Craigie A. The feasibility, acceptability and preliminary testing of a novel, low-tech intervention to improve pre-hospital data recording for pre-alert and handover to the Emergency Department. *BCM Emerg Med*. 2018; 18(1): 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12873-018-0168-3>
24. Bruce K, Suserud BO. The handover process and triage of ambulance-borne patients: the experiences of emergency nurses. *Nurs Crit Care*. 2005; 10(4): 201-9. <https://doi.org/10.1111/j.1362-1017.2005.00124.x>
25. Cone DC, Middleton PM, Marashi-Pour S. Analysis and impact of delays in ambulance to emergency department handovers. *Emerg Med Australas*. 2012; 24(5): 525-33. <https://doi.org/10.1111/j.1742-6723.2012.01589.x>
26. Bost N, Crilly J, Patterson E, Chaboyer W. Clinical handover of patients arriving by ambulance to a hospital emergency department: A qualitative study. *Int Emerg Nurs*. 2012; 20(3): 133-41. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2011.10.002>
27. Catchpole KR, Gangi A, Blocker RC, Ley EJ, Blaha J, Gewertz BL, et al. Flow disruptions in trauma care handoffs. *J Surg Res*. 2013; 184: 586-91. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2013.02.038>
28. Clarey A, Allen M, Bruce-McDonnell S, Cooke MW. Ambulance handovers: Can a dedicated ED nurse solve the delay in ambulance turnaround times? *Emerg Med J*. 2014; 31(5): 419-20. <http://dx.doi.org/10.1136/emered-2012-202258>
29. O'Hara R, Johnson M, Siriwardena AN, Weyman A, Turner J, Shaw D, et al. A qualitative study of systemic influences on paramedic decision making: Care transitions and patient safety. *J Health Serv Res Policy*. 2015; 20(1 Suppl) :45-53. <https://doi.org/10.1177/1355819614558472>
30. Hovenkamp GT, Olgers TJ, Wortel RR, Noltes ME, Dercksen B, Ter Maaten JC . The satisfaction regarding handovers between ambulance and emergency department nurses: an observational study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2018; 26(1): 78. <https://doi.org/10.1186/s13049-018-0545-7>
31. Lawrence RH, Tomolo AM, Garlisi AP, Aron DC. Conceptualizing handover strategies at change of shift in the emergency department: A grounded theory study. *BMC Health Serv Res*. 2008; 8: 1-12. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-256>
32. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: ANVISA; 2017. <https://n9.cl/r3ov>
33. Marques-Acosta A. Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas: do serviço de emergência para o domicílio [Tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016.
34. Pereira-da Silva MV, Gomes-de Carvalho PM. Cultura de segurança do paciente: atitudes dos profissionais de enfermagem de um serviço de pronto-atendimento. *Rev. Interdiscip*. 2016; 9(1): 1-12. <https://bit.ly/3uguanG>